



**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN
ODONTOLOGÍA.**

**ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS VIVIDAS Y GRADO DE
SATISFACCIÓN DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL POR
PARTE DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON DISCAPACIDAD
AUDITIVA Y PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON DISCAPACIDAD
VISUAL EN EL INSTITUTO DE REHABILITACIÓN Y FORMACIÓN
HELEN KELLER Y ESCUELA PARA SORDOS DR. CARLOS SÁENZ
HERRERA, UNIVERSIDAD LATINA DE COSTA RICA EN EL
PERÍODO DE ENERO A SEPTIEMBRE 2022**

SUSTENTANTE:

Melissa Bermúdez Gutiérrez.

Tutor: Dra. Reyna Garita Quesada

San José – Costa Rica

Tribunal Examinador

Esta tesis es aprobada por el Tribunal Examinador, como requisito para optar por el grado académico de Licenciatura en Odontología de la Universidad Latina de Costa Rica.



Dra. Reyna Garita Quesada

Tutora



Dra. Tatiana Delgado Pitti

Lector que preside



Dr. Randal Masís Muñoz

Lector

Dedicatoria

Quiero dedicar mi tesis a mi familia, a mis amigos, a mi novio y a personas externas que siempre estuvieron ahí y me dieron apoyo desde que inicié la carrera.

Agradecimientos

Quiero agradecer primordialmente a Dios y también a mis papás por todo el esfuerzo y sacrificio que han hecho, para que hoy pueda concluir satisfactoriamente con esta etapa de mi vida. Les agradezco por siempre estar para mí y por apoyarme, ya que sin ellos no hubiera sido nada de esto posible.

Agradezco a mi hermana por ser mi apoyo incondicional, por estar siempre motivándome a mejorar y por ser mi inspiración a conseguir todo lo que me proponga.

Agradezco a mi novio y amigos por estar siempre pendientes de mí, por el amor incondicional que me brindan, por escucharme y darme apoyo aún en los momentos en los que pensé que no iba a lograr concluir la carrera.

Agradezco a mis compañeros de universidad que a lo largo de la carrera se volvieron amigos. Por ayudarme, por compartir conocimientos y por hacer de este proceso una experiencia mucho más linda.

También agradezco a los profesores y doctores por todas las enseñanzas y ayuda que me brindaron durante la carrera. Agradezco siempre que hayan intentado sacar lo mejor de mí como estudiante y en especial, agradezco a mi tutora de tesis por su guía a lo largo de este proyecto.

A todas las personas que se incluyeron en mis agradecimientos saben que no existen palabras para describir lo agradecida que estoy con cada uno y que espero en algún momento poder retribuirles un poco de todo lo que han hecho por mí.

Tabla de Contenido

Tribunal Examinador	¡Error! Marcador no definido.
Declaración Jurada	¡Error! Marcador no definido.
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Justificación del problema.....	10
1.3 Planteamiento del problema	11
1.3.1 Cuestionamientos del problema	11
1.4 Objetivos	12
1.4.1 Objetivo general.....	12
1.4.2 Objetivos específicos.....	12
1.5 Alcances y límites	13
1.5.1 Alcances.....	13
1.5.2 Límites	14
1.5.2.1 Limitaciones	15
1.6 Hipótesis.....	16
CAPÍTULO II	17
MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 Discapacidad.....	17
2.1.1 Ley 7600 Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad	17
2.2 Discapacidad auditiva.....	18
2.2.1 Clasificación de sordera o hipoacusia	18
2.2.2 Etiología de la discapacidad auditiva	19
2.2.3 Tratamiento de la discapacidad auditiva	20
2.2.4 Comunicación	20
2.2.4.1 Palabra complementaria	21
2.2.4.2 Dactilología.....	21
2.2.4.3 Intérprete	22
2.2.4.4 Lenguaje de señas	22
2.2.4.5 Lenguaje de señas costarricense LESCO.....	23

2.2.5 Atención dental en personas con deficiencia auditiva.....	24
2.2.5.1 Historia clínica de personas con deficiencia auditiva.....	25
2.2.5.2 Uso de pictografías en personas con discapacidad auditiva.....	25
2.2.5.3 Técnicas para el manejo odontopediátrico en niños con deficiencia auditiva	26
2.2.5.4 Manifestaciones orales más comunes en personas con discapacidad auditiva	27
2.3 Discapacidad visual	28
2.3.1 Tipos de discapacidad visual o ceguera	28
2.3.2 Etiología de la discapacidad visual	29
2.3.3 Comunicación.....	30
2.3.3.1 Sistema software Jaws	30
2.3.3.2 Escritura Braille	31
2.3.3.3 Escritura Braille a mano y en máquina.....	31
2.3.4 Orientación y movilidad	32
2.3.4.1 Uso de bastón.....	33
2.3.4.2 Actualizaciones del bastón.....	33
2.3.4.3 Perros guía.....	34
2.3.5 Atención dental en personas con discapacidad visual.....	35
2.3.5.1 Historia clínica de personas no videntes.....	36
2.3.5.2 Ansiedad durante la atención dental y personas no videntes.....	36
2.3.5.3 Adaptación del consultorio dental para personas con discapacidad visual.....	37
2.3.5.4 Señalización Braille en el consultorio dental.....	38
2.3.5.5 Técnicas para el manejo odontopediátrico en niños con discapacidad visual	38
2.3.5.6 Manifestaciones orales más comunes en personas ciegas.....	39
2.4 Consulta odontológica, discapacidad y COVID 19.....	39
2.5 Experiencia	40
2.5.1 Cuestionarios.....	41
2.6 Grado de satisfacción	42
2.6.1 Escalas	43
2.6.1.1 Escala de tipo Likert	44
CAPÍTULO III	45
MARCO METODOLÓGICO.....	45
3.1 Tipo de estudio.....	45
3.2 Fuentes de información	47

3.2.1 Fuentes materiales	47
3.2.2 Fuentes humanas	47
3.3 Población	47
3.3.1 Muestra	48
3.4 Definición de variables	48
3.4.1 Variable	48
3.4.1.1 Definición conceptual.....	48
3.4.1.2 Definición instrumental.....	49
3.4.2 Variable	50
3.4.2.1 Definición conceptual.....	50
3.4.2.2 Definición instrumental.....	50
3.4.2.3 Definición operacional	50
3.5 Descripción de instrumentos	51
3.5.1 Prueba de jueces	53
3.6 Tratamiento de la información	53
CAPÍTULO IV	54
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	54
4.1 Análisis para las personas con discapacidad auditiva	54
4.2 Análisis para las personas con discapacidad visual.....	82
CAPÍTULO V	117
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	117
5.1 Conclusiones.....	117
5.2 Recomendaciones	121
CAPÍTULO VI	123
BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS.....	123
6.1 Bibliografía citada.....	123
6.2 Bibliografía consultada.....	123
6.3 Anexos	132

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

Para empezar, en Costa Rica a través de un censo poblacional total por condición y tipo de discapacidad, según provincia, sexo y grupos de edad en 2011, se obtiene que el total de personas con discapacidad visual en el país es de 251464 personas y de personas con discapacidad auditiva es de 70709. En San José, existen 88721 personas con discapacidad visual, que van desde menores de 1 año hasta los 85 años o más, de las cuales 37846 son hombres y 50875 son mujeres. Con respecto a la discapacidad auditiva, en San José existen 23782 personas que van desde menores de 1 año hasta los 85 años o más, de los cuales 11599 son hombres y 12183 son mujeres. (INEC, 2011).

Por otra parte, se debe tener en consideración que existen ciertas alteraciones de los tejidos duros que pueden ser más comunes o tener mayor prevalencia en personas con deficiencia auditiva. Según Encina, Martínez, Vila y Barrios (2012), “las alteraciones de tejidos duros incluyen una mayor prevalencia de hipoplasias del esmalte y de desmineralización dental, relacionadas con la prematurez y la rubéola, dos causas frecuentes de sordera. El desgaste dentario (bruxismo) durante la vigilia es común” (p. 214).

Al tener esa información en cuenta, Encina y col. (2013) también plantearon en su estudio sobre las personas sordas, que estos individuos necesitaban que se les tomara mayor consideración y medidas diferentes en el tratamiento odontológico, saliéndose de lo que se considera normal para así lograr una mayor adaptación.

Por otro lado, se determinó que en pacientes pediátricos con discapacidad visual también existen factores y medidas a tomar en consideración antes de la atención dental, dentro de los que se encuentran: edad, causa de la discapacidad, actitud de los padres y escolaridad. Además, ellos mencionaron que la primera visita al odontólogo es de suma importancia y que se debían seguir determinadas indicaciones: vía de paso hasta la silla dental sin ningún obstáculo u objetos atravesados, habitación con una adecuada iluminación para aquellos que tienen visibilidad disminuida, escrituras en braille, muebles no afilados, hablarles de frente y darles la mano. En las siguientes citas, realizar procedimientos cortos y utilizaron el refuerzo positivo junto a una explicación breve. En consecuencia, ellos concluyeron que estos métodos anteriormente mencionados disminuyen el temor y la ansiedad tanto por parte de los padres como de los niños durante la atención dental. (Rodríguez, Pérez, Pérez, Rey, Reyes, Salgado, Feijóo, Planells, 2013)

Con base a lo anterior, es importante entender que un correcto manejo odontológico no debe cambiar los métodos convencionales al tratar a pacientes no videntes, lo que verdaderamente se debe hacer, es mejorar o cambiar la forma de comunicación con ellos. Siempre describirle al paciente el consultorio, los instrumentos y materiales que se vayan a utilizar. (Antonio, Mill, Páez, Sayago y Valero, 2013)

Bajo esta premisa, Antonio y col. (2013), confirmaron que sería de gran utilidad para el odontólogo que pudiera aprender, al menos en un nivel básico, lengua de señas, y algunas pictografías para poder saludar al paciente, recibirlo en el consultorio y presentarse con él. También, fomentaron el uso de los demás sentidos los cuales están más desarrollados (olfato, tacto, gusto). Asimismo, una vez que la persona está sentada en el sillón dental no realizar ningún movimiento brusco ni reposicionarlo de la silla sin antes haberle avisado. Por último, mencionaron que algunos pacientes pueden ser sensibles a determinadas luces por

lo que es de suma importancia tener a disposición lentes oscuros y tratar de que la luz ilumine únicamente la cavidad oral.

Dentro del ámbito nacional, en cuanto a la prevalencia de caries dental en Costa Rica, se comparó discapacidad visual y auditiva (2 de las 3 discapacidades más frecuentes en el país) con el sistema ICDAS. Se evidenció que, todos los sujetos evaluados presentaron al menos una lesión cariosa en una superficie, también que, la mayor prevalencia de caries dental se dio en quienes presentan discapacidad visual y que, en definitiva, es indispensable el manejo del lenguaje LESCO para lograr una buena comunicación con el grupo de personas sordas. (Gómez y Gudiño, 2013)

Al mismo tiempo, los autores García, Suárez y De la Huerta (2014) contradicen la teoría a través de una revisión bibliográfica, redactando que los pacientes sordos y ciegos no difieren en enfermedades bucales de las personas que no presentan discapacidad. Y aportaron que, al tener un problema para comunicarse, el odontólogo debería aprovechar al máximo los otros 4 sentidos para lograr así la confianza necesaria de ellos y brindarles la mejor atención posible.

En vista, de que la comunidad sorda está descuidada en materia de lenguaje de señas que les instruya sobre temas educativos, como por ejemplo la salud, es necesario que los odontólogos promuevan la salud a través de materiales educativos, siempre teniendo en cuenta que este debe ser un manejo interdisciplinario entre los docentes, odontólogos e incluso la misma comunidad sorda. (Perdomo, Flores y Dávila, 2015).

Con relación al texto anterior, Vásquez, Jaimes y Andrades (2016), realizaron una investigación cuasi experimental a través de un instrumento tipo encuesta (14 preguntas) que deseaba comparar el antes y el después de aplicarles un programa educativo sobre la promoción de la salud bucal a personas no videntes. De manera

que se realizó dicha investigación con 50 personas, de las cuales el 56% eran hombres. Antes de que se les aplicara el programa educativo (el cual abarcaba información en Braille, entrega de cepillos dentales, pasta e hilo dental y su correcto uso) el 10% tenía un amplio conocimiento sobre salud bucodental, ya que respondieron adecuadamente las 14 preguntas y el 90% tenían bajo conocimiento. Se esperó un tiempo prudente para realizar la siguiente encuesta. Después de que realizaron el estudio, se logró satisfactoriamente que el 98% obtuviera un alto conocimiento y solo un 2% obtuvo un bajo conocimiento, logrando que al 100% les gustara el programa y que fuera útil.

Por otro lado, Briones (2016) también realizó un estudio con el fin de demostrar qué técnica funcionaba más durante la atención dental, por lo cual escogió a una población infantil con diagnóstico de hipoacusia (todos conocían el lenguaje de señas) y los dividió en dos grupos, al primer grupo únicamente se le aplicó la técnica "mostrar-enseñar-hacer" mientras que el segundo grupo a parte de esta técnica, recibió también apoyo a través de pictografías. El resultado fue, que se logró una mejora en la atención dental sin importar la edad, si se aplicaban métodos más prácticos como en este caso fue el uso de pictografías.

Partiendo de ese tema, Santos y Novoa (2016) también realizaron un estudio de tipo encuesta a 42 estomatólogos, en el que se preguntó sobre el nivel de conocimiento acerca de personas sordas, las causas por las cuáles las personas con esta discapacidad se sienten insatisfechas a la hora de recibir atención dental, si reconocen o no qué tipo de estímulos podrían generar una reacción negativa en estos pacientes y los elementos que se deberían tomar en cuenta para su atención. Dentro de los resultados, se evidenció que el 78,6 % de los odontólogos no sabía qué elementos tomar en cuenta para la atención de pacientes sordos, el 100% no reconoció qué estímulos pueden afectar de manera negativa al paciente. En este estudio, se evidenció la falta de conocimiento que tienen los odontólogos sobre las

personas con discapacidad auditiva y cómo esto afecta significativamente que la atención dental fuera de calidad.

En un artículo publicado por estos mismos autores, Santos y Novoa (2017), se lleva a cabo un estudio a 35 estudiantes de odontología de quinto año en el Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón del Municipio Playa en La Habana, donde se les impartió el curso “manejo odontológico del paciente sordo”, posterior a una encuesta. El resultado fue que el 65.7% creyó que el plan de estudios impartido por la universidad no satisface las necesidades para poder atender a un paciente con discapacidad auditiva, además el sexo femenino fue el más interesado y el 91.4% creían que era necesario recibir este curso a parte de lo que ya se impartía en la universidad. Todo esto con el fin de que los futuros odontólogos estén capacitados para cualquier reto, en especial el que presenta un paciente sordo

Por otra parte, Hernández, Robles, Medina, Jiménez y Centeno (2017), evidenciaron el reporte de un caso, paciente femenino 7 años de edad diagnosticada con hipoacusia bilateral la cual acudió a la clínica por presentar dolor espontáneo en segundo molar inferior. A la paciente se le permitió tocar y oler los instrumentos y materiales en la primera cita. Para que se lograra una comunicación eficaz crearon y adaptaron señas como “dolor, tranquila, abrir y cerrar la boca, diente” entre otras, las cuales permitieron que la interprete ni siquiera tuviera que interferir en la comunicación. Fue fundamental, además, el retirarse la mascarilla durante la comunicación y el modelado con otros pacientes.

En relación con la prevalencia de caries y enfermedad periodontal en una población de ciegos, se realizó una investigación donde se utilizó como instrumento una encuesta, periodontograma y cuadro ICDAS. La población por evaluar fueron 25 personas de las cuales 11 eran niños y 14 eran adultos. Con respecto a los adultos, el 92,9% presentaban caries según ICDAS (53% con ceguera y 46% con

baja visión), el 85,7% presentó enfermedad periodontal de igual manera tanto en ceguera como en baja visión. En el caso de los niños, con respecto al examen ICDAS EL 90% presentó caries, las condiciones de enfermedad periodontal fueron de 45,5%, tanto para pacientes ciegos como los que presentaban baja visión. Por lo que llegaron a la conclusión que la discapacidad visual sí interfiere en la higiene bucal de las personas. (Lizcano y Morales, 2018)

De esa manera, se logra evidenciar que las personas no videntes si poseen una higiene oral deficiente conjunto a la enfermedad periodontal, esto muchas veces producto de no estar supervisados durante el cepillado dental ni en el momento de pasarse el hilo dental. Por lo que se debe tomar en cuenta, que el nivel de supervisión que ellos necesiten va a depender de cada individuo y la severidad de la discapacidad visual. Puede que unos necesiten de motivación y un poco de asistencia, a como otros requirieran de supervisión permanente. (Alvarado, 2018)

Por otro lado, enfocándose en las personas sordas, según Morán (2019), “existen tres grupos de pacientes según la forma de entender: pacientes que leen los labios, pacientes que usan la lengua de signos como principal método de comunicación y pacientes que llevan prótesis auditivas” (p. 27). Por lo que se recomienda hacer una combinación de todas para que el manejo odontológico sea óptimo, además, se debe tener el conocimiento suficiente sobre la sordera, lenguaje de señas, pictogramas y todo lo que sea necesario para que el paciente se sienta cómodo e incluido. A su vez, se mencionaron ciertas pautas a tomar en consideración como siempre tener una historia clínica completa, si se requería el uso del dique evitar que este bloqueara el campo de visión del paciente ya que puede generar conductas negativas al ser la visión uno de los métodos más importantes para la comunicación de ellos, utilizar la técnica mostrar-hacer y retirarse la mascarilla para una lectura de labios adecuada.

En un artículo publicado por Quezada (2019) se realizó una capacitación sobre la lengua de señas a estudiantes y doctores (30 personas) de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, en un lapso de 5 sesiones cada uno de 5 horas. Se logró llegar a la conclusión que los tres grupos lograron un aprendizaje 8/10 puntos, el cuál es aceptable, dando a entender que es necesario seguir realizando estas capacitaciones para que los odontólogos de las futuras generaciones puedan enfrentar de la mejor manera el desafío de atender a personas con discapacidad auditiva.

Los autores Martínez, Encina, Barrios, López, Romero, Acosta (2019) realizaron una investigación, la cual incluyó 60 estudiantes con discapacidad auditiva de la escuela Helen Keller, en la cual posibilitaron la promoción de la salud a través de la técnica decir-mostrar-hacer, recursos audiovisuales y a través de un intérprete. Dando como resultado que solo los que recibieron la información por medio de un intérprete lograron una reducción de la placa bacteriana. Lo cual da a conocer la importancia de conocer el lenguaje de señas para así una promoción de la salud más eficiente y no depender de un intérprete.

Enfocados en la población ciega, Villalobos y Benavides (2019) realizaron un estudio en el cual compararon 3 estrategias de técnica Bass para enseñarles a pacientes ciegos a cepillarse adecuadamente. Se tomaron 48 personas divididas en 3 grupos de 16. Al primer grupo se le enseñó la técnica Bass a través de un audio, el cual explicaba la importancia y cómo se realiza la técnica, el siguiente a través de lectura Braille y por último, de forma más táctil se le guió al último grupo con las manos para que ellos realizaran la acción. Como resultado, el primer grupo presentó un índice de placa de 24,02% (deficiente), el segundo grupo 17% (cuestionable) y el último grupo 21,48% (cuestionable). Aquí se observó que efectivamente todos los grupos disminuyeron el nivel de placa dental en comparación a la inicial. Siendo el grupo de Braille y kinestésico los más favorecidos.

Partiendo de este tema, Bertollini, llevó a cabo una investigación en la cual utilizaron a 10 niños escolares con discapacidad visual, 5 hombres y 5 mujeres para determinar el riesgo que tienen los mismos a presentar caries dentales. Lo primero que se realizó fue un cuestionario a los padres sobre el nivel de conocimiento sobre la salud bucal, seguido el protocolo CAMBRA y por último la detección de placa bacteriana a través del índice de O'Leary. Los resultados indicaron que, del total de niños estudiados, 50% presentaron una higiene oral deficiente, un 40% cuestionable y un 10% aceptable. Esto principalmente por la falta de conocimiento de los padres sobre el tema. Aún con todo esto, se identificó que el riesgo que presentan estos niños de tener caries dentales es bajo según CAMBRA. (Pérez, Guzmán, Miranda y Moreno, 2019)

Con base a esa información, se utilizó una población de 75 personas invidentes del centro de educación especial "Nuestra Señora de Copacabana" para realizar un estudio cuasi experimental, en el cual su objetivo era determinar el nivel de higiene oral antes y después de haber aplicado el programa educativo de prevención oral. Para el primer día, se les realizó una prueba sobre el conocimiento que estos poseían acerca de la higiene oral y un examen clínico, aparte de explicarles y enseñarles sobre prevención y promoción de la salud oral. El segundo día, se les volvió a realizar las mismas preguntas solo que en un orden distinto, se les realizó de igual manera el examen clínico y por último con ayuda de un dentoformo se les explicó técnicas de cepillado. El tercer día se aplicó nuevamente la prueba y se les reforzó los conocimientos anteriormente adquiridos. Finalmente, el cuarto día se aplicó el examen clínico final y la evaluación a los conocimientos ya adquiridos.

Dentro de los resultados de ese estudio, se analizó el nivel de conocimiento sobre la salud bucal donde el 13.3% tiene un nivel bueno, el 46.7 % tiene un nivel regular y el 40.0 % tienen un nivel de conocimiento malo. Predominando así el nivel regular. Con respecto al examen clínico realizado el 13,3% tiene un índice de higiene oral bueno, el 80.0% lo tiene regular y por último, 6.7% tiene un índice malo.

Predominando el regular nuevamente. Logrando así, evidenciar la importancia de dar buenas técnicas sobre prevención de la salud para lograr una buena higiene oral. (Chávez, 2020).

En resumen, con respecto a la señalización, es de suma importancia su correcta utilización, tanto en clínicas como en hospitales para las personas con discapacidad visual. Para esto, se deben tomar en cuenta ciertos criterios para que sea eficaz, como por ejemplo información precisa y básica sencilla de comprender, todos los símbolos, flechas y letras deben ser de altorrelieve, así como colocar señas para la identificación de zonas (baño, salida de emergencias, zona propiamente de clínicas, sala de espera y recepción, escaleras o ascensores) y también señas de prohibición tales como de fumado, uso de celular o para ingerir alimentos. Todo esto con el fin de lograr así una mejor comprensión y comunicación para/con el paciente no vidente. Y además lograr que ellos se sientan incluidos durante el ambiente clínico. (Mongelli, 2020)

Para finalizar, se logró determinar que efectivamente, las personas con discapacidad visual tienen una higiene oral más deficiente que aquellas personas que no presentan dicha discapacidad. Lo que no se logró relacionar fue que la deficiencia visual sea la causa directa de la mala higiene oral. Esto se le atribuye más que a nada a la falta de prevención y malas técnicas de cepillado. También, a través de este estudio se concluyó que las principales manifestaciones bucales en personas no videntes son las caries dentales, enfermedad periodontal y gingivitis. Ya que estas personas no logran observar un proceso carioso hasta que ya presentan una molestia o dolor. (Vera, 2021)

1.2 Justificación del problema

En este estudio se muestra la importancia de que los odontólogos sepan cómo darles a las personas con discapacidad auditiva y visual diferentes prácticas y soluciones (promoción y prevención de la salud), para que ellos apliquen en su día a día y poder mejorar la higiene oral, debido a que por su discapacidad y temor a la atención dental, en la mayoría de los casos tienen una higiene oral ineficiente o inadecuada.

También, esta investigación evidencia las fallas o los aciertos que tienen los odontólogos junto con todo su equipo administrativo y de salud, durante la atención dental de las personas con discapacidad visual o auditiva, por lo que se busca la manera de que se haga conciencia y en conjunto mejoren o continúen con el trato brindado a esta población, para dar una atención de calidad y lograr una comunicación eficiente.

Adicionalmente, se expone el interés que existe en que el odontólogo conozca el Lenguaje de Señas Costarricense, para lograr una comunicación efectiva con personas con discapacidad auditiva, también la señalización del consultorio en Braille, el cuál debería seguir ciertas pautas para que las personas con discapacidad visual logren entender el mensaje y las pictografías como medio de comunicación

En este estudio, se da a conocer la necesidad de informar adecuadamente a los padres, los cuales cumplen un rol sumamente importante para el niño, sobre técnicas similares y otras distintas a las que se aplican en los adultos para mejorar la visita al odontólogo de los niños. Esto debido a que esta población por sí sola tiene dificultades para visitar al odontólogo, y si se les suma la discapacidad visual o auditiva esta aumenta.

Por último, esta investigación mostrará a través de experiencias vividas por esta población, la necesidad de que los odontólogos sepan cuáles son los elementos o situaciones que pueden generar sentimientos o actitudes negativas durante la atención dental en personas diagnosticadas con discapacidad auditiva y visual. La importancia de conocer los efectos de las luces y las vibraciones sobre estos individuos para evitar situaciones de estrés o de ansiedad en estas personas.

1.3 Planteamiento del problema

¿Cómo han sido las experiencias vividas y grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticadas con discapacidad auditiva y personas diagnosticadas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller y escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, Universidad Latina de Costa Rica en el período de enero a septiembre 2022?

1.3.1 Cuestionamientos del problema

¿Cuáles son las principales dificultades y aciertos a los que se enfrentan las personas diagnosticadas con discapacidad visual al recibir tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud?

¿Cuál es la percepción de las personas diagnosticadas con discapacidad visual respecto a la atención que se les brinda en tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud?

¿Cuáles son las principales dificultades y aciertos a los que se enfrentan las personas diagnosticadas con discapacidad auditiva al recibir tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud?

¿Cuál es la percepción de las personas diagnosticadas con discapacidad auditiva respecto a la atención que se les brinda en tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Analizar las experiencias vividas y grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticadas con discapacidad auditiva y personas diagnosticadas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller y escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, Universidad Latina de Costa Rica en el período de enero a septiembre 2022

1.4.2 Objetivos específicos

Identificar las principales dificultades y aciertos a los que se enfrentan las personas diagnosticadas con discapacidad visual al recibir tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud.

Interpretar la percepción de las personas diagnosticadas con discapacidad visual respecto a la atención que se les brinda en tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud.

Identificar las principales dificultades y aciertos a los que se enfrentan las personas diagnosticadas con discapacidad auditiva al recibir tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud.

Interpretar la percepción de las personas diagnosticadas con discapacidad auditiva con respecto a la atención que se les brinda en tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud.

1.5 Alcances y límites

1.5.1 Alcances

El presente estudio pretende concientizar a los odontólogos a través de experiencias que hayan vivido las personas con discapacidad auditiva y visual para mejorar la atención y el abordaje durante la atención dental. Que se logre reconocer la importancia de que estén en constante actualización, renovando conocimientos, revisando diferentes métodos de comunicación y señalización para evitar sentimientos de rechazo o de discriminación de esta población.

También, este es de mucha ayuda para las personas diagnosticadas con discapacidad auditiva y visual, ya que va a contribuir a buscar una futura solución en caso de que se evidencien a través de las experiencias que han tenido estos pacientes, ciertas problemáticas (inseguridades, ansiedad y estrés) durante la visita al odontólogo.

Por otro lado, la investigación busca reforzar las áreas en las cuáles los odontólogos no están en la mayoría del tiempo trabajando o del cuál no están muy acostumbrados o familiarizados, como es el tema de la discapacidad. Esto con el fin de quitar esas barreras por desconocimiento o falta de práctica que impiden una atención dental de calidad hacia esta comunidad.

Se evidencia la relevancia de conocer los aspectos o elementos dentro del consultorio dental o que pueda realizar un odontólogo, que podrían desencadenar sentimientos negativos como la ansiedad y el estrés de los pacientes sordos y ciegos durante la atención dental.

Además, el estudio será de utilidad para que la Facultad de Odontología brinde a los estudiantes, cursos enfocados en discapacidad auditiva y visual, que permita un mejor manejo de estas personas durante la cita dental, tanto a nivel teórico como práctico.

Por último, mediante este presente trabajo se pretende poder comprender y solidarizarse con los pacientes con estas discapacidades y entender las dificultades que ellos atraviesan durante la atención dental. Esto al recalcar la importancia y la necesidad del conocimiento básico en LESCO para mejorar así la comunicación entre la persona con discapacidad auditiva y el odontólogo, sin necesidad obligatoria de un intérprete, logrando mucho mejores resultados y una inclusión y participación más activa y no tan pasiva del paciente.

1.5.2 Límites

Enfoque: Cuantitativo

Problema de investigación: ¿Cómo han sido las experiencias vividas y grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticadas con discapacidad auditiva y personas diagnosticadas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller y escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, Universidad Latina de Costa Rica en el período de enero a septiembre 2022?

Población: Personas diagnosticadas con discapacidad auditiva y personas diagnosticadas con discapacidad visual

Tiempo: Enero a septiembre 2022

Lugar: Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller y escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera

Diseño: Descriptivo

Metodología: Cuestionario

1.5.2.1 Limitaciones

Una de las limitaciones más evidentes de este estudio es la disposición del participante a ser encuestado, ya sea por sentirse incómodo o sientan vergüenza de exponer las experiencias que hayan tenido durante la atención dental.

Por otro lado, otra limitación importante es que solo se tomaron datos en los dos lugares que ofrecieron su permiso, aunque estos no necesariamente representen el total de la población con discapacidad auditiva o visual.

También, se tiene como limitación, que muchas de las personas de estos centros educativos reciben clases de manera virtual, por lo que no hay manera de contactar a los estudiantes ya que la institución no puede brindar datos personales.

Por último, las vacaciones de medio año en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera retrasa la recolección de datos.

1.6 Hipótesis

Hi: Las experiencias vividas y el grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticados con discapacidad auditiva y visual son malas.

Ho: Ni las experiencias vividas ni el grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticados con discapacidad auditiva y visual son malas.

Ha: Las experiencias vividas y el grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticados con discapacidad auditiva son malas, mientras que para personas diagnosticados con discapacidad visual son buenas.

Las experiencias vividas y el grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticados con discapacidad visual son malas, mientras que para personas diagnosticados con discapacidad auditiva son buenas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Discapacidad

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) se le conoce como discapacidad a las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación y se caracteriza por insuficiencias o deficiencias físicas, psicológicas, sensoriales o de otros tipos que afectan en el cumplimiento de una actividad rutinaria normal. Estas deficiencias pueden ser permanentes o temporales y reversibles o irreversibles dependiendo del caso.

2.1.1 Ley 7600 Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad

La Asamblea Legislativa declara que la Ley 7600 en Costa Rica tiene como objetivo servir de instrumento a las personas con discapacidad, para que así, se logren cumplir los deberes y derechos de esta población y puedan alcanzar plenitud en todos los ámbitos de su vida cotidiana como lo son la salud, educación, trabajo, recreación, deportes y familia. También, dentro de los objetivos se encuentra no permitir y eliminar cualquier acto de discriminación hacia los costarricenses con discapacidad. (Asamblea Legislativa, 1996)

Según el artículo 31, el acceso a los servicios de salud debe ser ofrecido en igualdad de condiciones a cualquier persona que lo necesite. Y será considerado como discriminación, si debido a la discapacidad no se presten los servicios de salud o se presten, pero con menor calidad. Continuando con el tema, según el artículo 43 cualquier establecimiento público y privado que, de servicio al público, debe contar con un 5% del total de espacios en el estacionamiento, para los

vehículos que son conducidos o que transporten a personas con discapacidad. Estos vehículos deban portar identificación y autorización por parte del MOPT para poder hacer uso de estos espacios. Los mismos espacios deben estar cercanos a la entrada principal del establecimiento y en ningún caso deben tenerse menos de dos espacios para este fin. El artículo 44 decreta que los ascensores deben poseer facilidad de acceso, señalización visual, auditiva y táctil y que tengan mecanismos de emergencia que pueda utilizar cualquier ciudadano. (Asamblea Legislativa, 1996)

2.2 Discapacidad auditiva

La discapacidad auditiva se define como la pérdida o una anomalía en la función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, con una pérdida superior a 25 dB donde se presenta como consecuencia inmediata una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral, además, genera una repercusión negativa a nivel físico y psicológico en la vida cotidiana de la persona afectada. La pérdida auditiva se puede clasificar en leve, moderada, grave o profunda y puede afectar a uno o ambos oídos. (Carrascosa, 2015)

2.2.1 Clasificación de sordera o hipoacusia

Según la intensidad de la pérdida auditiva se puede clasificar en cuatro niveles que son leve, moderada, severa y profunda. La leve abarca un rango que va de 21-40 dB HL de pérdida auditiva, por lo general a estas personas se les dificulta comprender una conversación en ambientes muy ruidosos. La moderada comprende un rango de 41-70 dB HL y estas personas presentan dificultad para comprender conversaciones cuando no están utilizando prótesis auditiva, la severa incluye el rango de 71-90 dB HL, para este punto la persona debe usar una prótesis auditiva y en ocasiones se pueden ayudar con lectura labial y lenguaje de señas.

Por último, la profunda, en estos casos la pérdida de la audición es superior a 90 dB HL y por lo general requieren de un implante coclear. (Benito y Silva, 2013)

Según la localización se puede dividir en conductiva, neurosensorial, mixta o central. En la conductiva el daño se ubica en el oído externo o medio; en la neurosensorial la parte afectada se localiza en el órgano de Corti o en la vía auditiva, la mixta involucra los dos tipos de hipoacusia mencionados anteriormente (conductiva y neurosensorial) y finalmente, la central la cual ocurre cuando hay dificultad para procesar la información auditiva a nivel cerebral. (Benito y Silva, 2013)

2.2.2 Etiología de la discapacidad auditiva

Dentro de las hipoacusias congénitas infantiles, el 50-60% son heredadas y dentro de estas, el 30% se agrupa con otros signos y síntomas que las convierte en un síndrome genético. Se han estudiado alrededor de 600 síndromes que pueden estar relacionados con la sordera, como lo son el síndrome de Pendred y el 70% restante de los casos, se da de manera aislada. El 80% de la población que posee hipoacusia genética aislada, son como producto de una transmisión hereditaria autosómica recesiva, por lo que muchas veces pasa desapercibida al no haber antecedentes familiares cercanos con esta discapacidad. La mutación más característica es la del gen GJB2. (Benito y Silva, 2013)

También, un 35-40% de la hipoacusia infantil es adquirida, es decir, por factores externos, como lo es una infección, en especial la del citomegalovirus, por agentes tóxicos o por otros agentes durante el periodo prenatal (20%), durante el parto (20%) y en los primeros años de vida (60%). Finalmente, dentro de un 10-20% de personas, poseen hipoacusia de etiología desconocida. (Benito y Silva, 2013)

2.2.3 Tratamiento de la discapacidad auditiva

El tratamiento de la hipoacusia de manera súbita es muy controversial, ya que existe evidencia donde se resuelve de manera espontánea en el 45 a 65% de los casos. No hay evidencia sólida de las diferentes opciones de tratamiento, aunque se consideran a los glucocorticoides orales sobre los intratimpánicos como los de primera línea ya que se cree que reducen la inflamación y el edema que existe en el oído interno. Como segunda opción, se recomienda el uso de antivirales, en caso de que existiera la posibilidad de que el virus del herpes simple fuera el causante. (Martínez y Aldecoa, 2019)

La eficiencia con glucocorticoides intratimpánicos se ha demostrado en pacientes que hayan tenido una respuesta deficiente después de la administración sistémica, también se ha observado que en pacientes con sordera moderada a severa ha tenido beneficios, excepto en los casos de sordera profunda. Y se han visto mejores resultados en la administración conjunta tanto intratimpánica como oral en pacientes con sordera severa. (Urrejola, Papuzinski y Wegman, 2015)

También, han sido probadas otras terapias que requieren de mayores estudios, como lo son la aféresis de fibrinógenos y proteínas de baja densidad, magnesio oral, oxígeno hiperbárico, timpanotomía, zinc, ácido diatrizoico intravenoso, sellado de la ventana redonda, medicamentos a base de hierbas, entre otros. (Martínez y Aldecoa, 2019)

2.2.4 Comunicación

La comunicación de las personas con discapacidad auditiva muchas veces puede verse afectada por el entorno que los rodea, por lo que, para esto, existen distintos métodos que facilitan la manera en la que la comunidad sorda pueda relacionarse y entablar una comunicación asertiva con las demás personas oyentes. Es muy importante conocer las características individuales, así como de la pérdida

auditiva de cada una de estas personas para así poder elegir el método más conveniente. (Carrascosa, 2015)

Dentro de estos métodos se encuentran, métodos orales (palabra complementaria), métodos gestuales (dactilología y lenguaje de señas) y método mixto. (Carrascosa, 2015)

2.2.4.1 Palabra complementaria

Este es un sistema de comunicación que se basa en el uso de la lectura labiofacial y otros métodos manuales complementarios. La lectura labiofacial se refiere a la propia palabra hablada a través de las expresiones faciales, a esto se le conoce como método Vinema, y una vez que este se complementa con el uso de las manos, se le conoce como método Kinema, el cual siempre tiene que ir acompañado de la palabra y por ninguna circunstancia reemplazarla, ya que por sí solo o de manera aislada carece de valor a nivel lingüístico. Dentro de sus ventajas se encuentra la facilidad de aprendizaje de la lengua escrita y del desarrollo léxico. (Carrascosa, 2015).

2.2.4.2 Dactilología

La dactilología es un sistema de comunicación en el cual se utiliza el alfabeto dactilológico, en este, cada letra del alfabeto se realiza de forma manual mediante un movimiento de la mano que es discreto y único. Una persona sorda puede usar la dactilología por dos motivos. El primero sería cuando el individuo necesita comunicar nombres propios de personas, lugares, instituciones, entre otros. Y como segunda opción sería cuando todavía no existe un signo convencional cuando existen conceptos nuevos. Existe una variante para personas sordociegas, ejecutando en la palma de la mano el deletreo. (Carrascosa, 2015)

2.2.4.3 Intérprete

La interpretación en lengua de señas es un servicio a la comunidad sorda, el cual está regulado de manera internacional por medio de distintas legislaciones y asociaciones encargadas de los intérpretes de cada país, donde está la información en sus artículos sobre los requisitos que debe cumplir una persona para poder ejercer esta profesión. (Pérez, Muñoz y Chávez, 2020)

En Costa Rica es novedoso aún el tema de la interpretación de señas, ya que hasta hace poco tiempo se ofrece la interpretación como una carrera técnica en la Universidad de Costa Rica. Dentro de los requisitos de esta institución para que una persona pueda ser intérprete de LESCO se encuentran, poseer un amplio vocabulario tanto en la lengua oral como en lengua de señas, debe tener dominio y demostrar variedad lingüística en la lengua de señas, para así lograr una interacción adecuada con personas nativas de LESCO, personas sordas donde la lengua nativa sea el español, personas sordas bilingües, etc. Debe tener habilidad para conocer expresiones propias de un determinado lugar o provincia, así como también, expresiones propias de personas de un grupo de edad en específico, como lo son los niños, adolescentes y otros.

El intérprete, debe también tener la habilidad de traducir y trasladar la información de lenguaje de señas a la oral y viceversa, rápidamente, debe ser capaz de saber utilizar los recursos tecnológicos para poder acceder a la información necesaria para la interpretación y, por último, debe ser sensible y comprensible con las personas sordas y oyentes a las que les está brindando el servicio, esto implica, tener vocación por su profesión. (Poder Judicial de Costa Rica, 2013)

2.2.4.4 Lenguaje de señas

El lenguaje de señas es la lengua natural de las personas con discapacidad auditiva. Este consiste en expresiones, movimientos y ademanes que se realizan a

través de las manos, el cuerpo, gestos faciales, boca y ojos. Gracias a este lenguaje las personas sordas pueden entablar una vía de comunicación con su entorno sin la necesidad de hacer uso del lenguaje hablado, ya sea, tanto con personas que tienen la misma discapacidad o cualquier otra persona que conozca y aplique el lenguaje de señas. Este lenguaje no es universal, es decir, cada país tiene su propio lenguaje de señas. (Ruíz, 2021)

2.2.4.5 Lenguaje de señas costarricense LESCO

No es mucho lo que se conoce de lenguaje de señas antes de 1939, por lo que se cree que todo empieza con el contacto que hubo entre el lenguaje de señas española y las señas propias de Costa Rica. A partir de los años setenta, se reunían los jóvenes sordos de San José en el tramo de Lolo Mora en el Mercado Central y entre ellos se comunicaban a través de señas, por lo que en este tramo se crearon muchas de las señas que se utilizan hoy en día. En 1976, Ermida Bravo Stahl consigue una beca para crear un proyecto que decreta el léxico de señas en Costa Rica, para realizarlo se va a la Universidad de Gallaudet en compañía de otros costarricenses y logran registrar 500 señas que logran publicar. (Retana, 2011)

Dentro de las investigaciones realizadas durante los últimos 20 años, James Woodward observa que hay una semejanza entre el lenguaje de señas norteamericano y el lenguaje de señas que se aplica en Costa Rica, por lo que él establece que existen dos variedades distintas de lenguaje de señas en el país, las cuáles denominó Original LESCO (lengua de señas antigua en Costa Rica) y NLESCO (moderna lengua de señas en Costa Rica). En la actualidad, se utilizan ambas lenguas, predominando la lengua de señas moderna en personas menores de 30 años. (Retana, 2011)

2.2.5 Atención dental en personas con deficiencia auditiva

Se debe entender y asumir la dificultad y la ansiedad que puede generarle a un odontólogo el atender a un paciente con discapacidad auditiva dentro de la rutina en el consultorio dental, también considerar la importancia de tener las condiciones arquitectónicas adecuadas, invertir la cantidad de tiempo suficiente en cada uno de estos pacientes y poder tener una comunicación adecuada para poder prestar un servicio digno de atención odontológica. (Giraldo et al., 2017)

Para la atención de una persona con discapacidad auditiva, es fundamental que el odontólogo siempre hable de frente sin tapar los labios, tener buena iluminación, hablar con un tono de voz normal, hablar con la misma velocidad que con cualquier otra persona para evitar situaciones de discriminación. Cerciorarse de hablarles a ellos y de mirarlos, aunque haya un intérprete ayudando, utilizar expresiones corporales y faciales las cuales muchas veces son más explicativas y sencillas que otros medios de comunicación, además, se deben evitar sonidos y luces muy fuertes que generen molestia al paciente, y si es el caso de que estos utilizan audífonos, el odontólogo debe verificar que esté encendido y calibrar el volumen, ya que si está muy alto se puede generar incomodidad con sonidos como los de la pieza de alta o de baja velocidad. También, para la toma de radiografías se debe apagar el audífono debido a que la radiación intensifica los sonidos. (Rangell, 2021)

Es indispensable que tanto el odontólogo como las asistentes y todo el personal de la clínica odontológica tengan un conocimiento previo de la condición que presenta la persona con discapacidad, para lograr así, una atención dental de calidad. Los asistentes por lo general son la primera línea a la que se enfrentan estas personas, desde el momento en que son llamadas a viva voz en la sala de espera por lo que es fundamental que estos estén enterados. (Campos y Velásquez, 2021)

El lenguaje que se utilice debe ser fácil y preciso, el odontólogo debe permitir que el paciente pueda preguntar siempre en caso de que no haya entendido lo que se quiso transmitir. Es importante utilizar la creatividad para comunicarse, el uso de pictografías puede ser de mucha utilidad. Por último, se debe tener en consideración que los sordos van a valorar el interés que muestre el odontólogo por mantener una conversación y dentro de sus posibilidades harán lo posible para que se establezca de forma efectiva. (Giraldo et al., 2017)

2.2.5.1 Historia clínica de personas con deficiencia auditiva

La presencia de cualquier tipo de deficiencia auditiva debe ser colocada en la historia clínica, donde se debe anotar historial médico completo de la persona, donde se muestre, tipo de discapacidad auditiva, el uso o no de prótesis coclear para saber si el ruido de la pieza de mano o algún ruido externo los afecta, presencia o no de intérprete, trastornos o enfermedades asociadas a la discapacidad, su estado físico, psicológico, también el tipo de lenguaje utilizado por el paciente y el perfil de aprendizaje que este obtuvo. (Hernández, Reyes, Crescente y López, 2014)

2.2.5.2 Uso de pictografías en personas con discapacidad auditiva

Las imágenes pueden ser muy útiles durante la atención dental de pacientes sordos, ya que ayudan a mejorar la comprensión y la comunicación con estas personas. También, son una gran herramienta de apoyo para la promoción y prevención de la salud oral. Existen varios pictogramas para mostrar diferentes acciones odontológicas (como el cepillado dental, abrir y cerrar la boca, escupir, enjuagarse, entre otros) y dependiendo de la edad se pueden utilizar imágenes en blanco y negro para adultos o pictogramas con colores cálidos y llamativos preferiblemente para niños. (Morán, 2019)

Es necesario que el odontólogo tenga en su consultorio pictogramas fáciles de observar, no improvisar con las mismas y tenerlas listas antes de la cita dental ya que esto es de gran importancia a nivel psicológico para que la persona se sienta incluida y confiada en que el profesional que lo atiende conoce del tema, se toma el tiempo de realizar este tipo de apoyo visual y está familiarizado con este tipo de situaciones. (Morán, 2019)

A veces realizar este tipo de pictogramas para el paciente puede ser costoso y llevar mucho tiempo, por lo que a través de la tecnología se han desarrollado unos programas y distintas aplicaciones en informática que convierten el texto que se introduzca en imágenes, mediante técnicas de gráfico en computador y así simplificar esta tarea. (Briones, 2016)

2.2.5.3 Técnicas para el manejo odontopediátrico en niños con deficiencia auditiva

Se debe tomar en cuenta que no existe una única estrategia para el manejo del control del niño durante la consulta dental, si no por el contrario, es una combinación de varias modalidades según la edad del paciente, para que se logre el objetivo deseado. (Salvador, 2015)

La atención dental debe ser periódica y no únicamente cuando hay molestia para así, mantener la motivación del niño y realizar tratamientos preventivos. Además, se deben evitar las consultas de urgencia en niños, ya que se va a generar un trauma y una conducta negativa del mismo al tener que tratar una lesión avanzada de forma abrupta, por el contrario, se debe iniciar desde el primer año de vida, para realizar promoción y prevención de la salud oral. (Vilela et al., 2017)

Con los niños diagnosticados con sordera se debe ir trabajando paulatinamente, hasta que el niño por sí solo entienda la importancia de que se le realice el tratamiento, el odontólogo deberá aplicar las técnicas de manejo

conductual, como por ejemplo decir, mostrar, hacer, refuerzo positivo, lenguaje acorde a la edad del niño, desensibilización, distracción, entre otras. Las técnicas de refuerzo negativo, tiempo fuera y restricción física se utilizarán únicamente en pacientes con hipoacusia leve que logren entender perfectamente el objetivo de estas. (Salvador, 2015)

Otras técnicas por utilizar son el uso de imágenes o pictogramas que le enseñen al niño lo que se le va a ir realizando, utilizar dibujos llamativos con colores encendidos que capten la atención del niño. Revisar siempre el historial clínico del paciente, estado psicológico, tipo de lenguaje utilizado por el niño, perfil de aprendizaje y tener en cuenta si el niño utiliza prótesis coclear, esto para saber si el ruido de la pieza de mano afecta al niño. Es de suma importancia que el odontólogo y la asistente se comuniquen con el paciente a través de gestos faciales, ademanes y lectura de labios (deben quitarse el cubre bocas) para que así el niño se sienta incluido. (Salvador, 2015)

2.2.5.4 Manifestaciones orales más comunes en personas con discapacidad auditiva

Las personas con discapacidad auditiva por lo general no difieren de otras personas con respecto a la cavidad bucal, pero algunas veces se pueden encontrar ciertas manifestaciones bucales distintivas. Entre estas se encuentran las hipoplasias y la desmineralización dentales, ya que estas dos tienen relación con la rubeola y la prematuridad durante el embarazo, las cuales son causas bastante frecuentes de la hipoacusia. También se observó abfracción y atrición en un porcentaje alto de pacientes sordos. (Morán, 2019)

Por otro lado, se puede encontrar también durante el examen clínico desgaste dental debido a bruxismo, que se da con mayor frecuencia durante el sueño o en momentos de reposo. Se han realizado estudios donde se muestra que

este hábito parafuncional se produce por la necesidad de estas personas de llenar o suplir el vacío a nivel sensorial que presentan. (Morán, 2019)

2.3 Discapacidad visual

Se le conoce como ceguera a la ausencia de la percepción de la luz, en la cual las personas cuentan con una agudeza visual de $<20/400$ en el mejor ojo con una corrección disponible y con un campo visual menor o igual a 10 grados desde el punto de fijación central. (Arias et al., 2018).

Por otra parte, se entiende como ceguera legal a aquella donde la visión es menor de 20/200 en el mejor ojo con la mejor corrección o donde el campo visual sea menor de 20 grados. (OMS, 2015)

En 2015 en Costa Rica con la ERCE, se consideró que el porcentaje de ceguera en personas mayores de 50 años es de 1,7% de las cuales 1.6% contribuye a hombres y un 1,8% contribuye a mujeres. Con estas cifras, se puede estimar que hay 18.096 ciegos en el país de los cuales 8137 son hombres y 9958 son mujeres. (Acevedo et al., 2015)

2.3.1 Tipos de discapacidad visual o ceguera

Uno de los tipos de ceguera existentes es la congénita, la cual se da desde el nacimiento y puede darse por algún problema durante el desarrollo prenatal, hereditario o por causa de factores ambientales externos. Dentro de la ceguera congénita se encuentran el glaucoma, que consiste en un aumento de presión en los ojos, la catarata que se origina si la madre tiene rubéola en los primeros tres meses de gestación y, por último, la miopía degenerativa donde se va disminuyendo progresivamente la agudeza visual. (Chávez, 2020)

El otro tipo de ceguera es la adquirida, que como el nombre lo menciona se adquiere a través de los años por diferentes factores externos, como lo son las enfermedades, traumas o por factores ambientales. Estas personas aún conservan recuerdos visuales de cuando no habían perdido la vista y para ellos puede ser aún más complejo y requerir más necesidades durante la adaptación y aceptación de la pérdida visual que las personas con ceguera congénita, ya que estas últimas no se vieron obligadas a adaptarse a la pérdida de la visión, si no que desde que nacen se adaptan. (Chávez, 2020)

2.3.2 Etiología de la discapacidad visual

Existen múltiples etiologías oftalmológicas y no oftalmológicas causantes de discapacidad visual. Dentro de las oftálmicas se encuentran: la catarata, la cual es una opacidad progresiva del cristalino, el error refractivo sin corregir (la miopía, hipermetropía y el astigmatismo), también, el glaucoma, el cual es una neuropatía óptica, donde su principal signo es el aumento crónico de la presión intraocular, dentro de este grupo se observa también la degeneración macular, la cual constituye una pérdida progresiva del campo y la visión central y por último, la retinopatía diabética, enfermedad donde existen altos niveles de glucosa en sangre y que, al no tratarse provoca daño en los vasos sanguíneos de la retina. (Fraille, 2014)

Dentro de las causas no oftalmológicas existen las infecciosas, como el tracoma causado por la bacteria *Chlamydia Trachomatis* y la oncocercosis, infección comúnmente conocida como ceguera de los ríos, causada por el parásito *Onchocera Volvulus* y finalmente, la ceguera infantil, dentro de las cuales sus principales causas: son la retinopatía del prematuro, la falta de vitamina A, la ceguera corneal por sarampión, la catarata por rubeola y la oftalmía del recién nacido. (Fraille, 2014)

2.3.3 Comunicación

Las personas con discapacidad pueden presentar limitaciones importantes durante la ejecución de sus tareas cotidianas, producto del entorno que los rodea. Dentro de unos de los obstáculos más grandes a tomar en cuenta, son las barreras de comunicación (afectan la forma de comunicarse e informarse) que deben asumir día a día estas personas. (Alarcón y Vizcarra, 2016)

Existen diferentes soluciones para esta problemática dentro de las cuales se encuentra implementar nuevas tecnologías, como el identificador de billetes, el software jaws, el cual es un lector de pantalla para ciegos, la escritura, lectura e impresora Braille, magnificadores de imagen y la tipografía grande. Todo esto mejora la inclusión social de las personas con discapacidad auditiva, para que puedan tomar decisiones de manera autónoma sin la necesidad de otra persona que les ayude a realizar sus actividades diarias, sin embargo, estos no son accesibles para todas las personas. (Alarcón y Vizcarra, 2016)

2.3.3.1 Sistema software Jaws

El software Jaws es un programa el cual ayuda a la persona no vidente a saber a través de un comando de voz que es lo que está pasando en la pantalla de la computadora, literalmente dice todo procedimiento que se esté llevando a cabo, como por ejemplo la ubicación, es decir, si el usuario está en el escritorio, en internet, en Word (entre otras). Además, también guía a la persona para poder desplazarse de un sitio a otro dentro del computador. (Tocto, 2013)

También, este programa está diseñado para poder leer textos de letra en letra, de palabra en palabra, de frase en frase, de renglón en renglón y de párrafo en párrafo, con la facilidad de poder meterse en internet o en algún programa Microsoft con la misma facilidad que lo haría una persona vidente. Cabe mencionar

que dentro de las limitaciones de este programa está que solo se encuentra disponible para Microsoft Windows. (Tocto, 2013)

2.3.3.2 Escritura Braille

Antiguamente como la escritura para personas con deficiencia visual se dificultaba, se utilizaban nudos de diferente grosor, letras en relieve y regletas, todo con el fin de mejorar la comunicación escrita. En 1821 Charles Barbier de la Serre, presentó un sistema puntiforme de lectura que inventó para que los soldados de la armada francesa pudieran escribir en la oscuridad y con la yema de los dedos, este consistía en una serie de ocho puntos, los cuales podían ser leídos al tacto. A partir de este sistema de Barbier, Louise Braille, propuso una idea mejorada en la cual redujo el tamaño de los signos y creó un alfabeto consistente en puntos por medio del tacto. Este sistema fue público en 1827 y se logró adaptar a otros idiomas. (Ministerio de Educación de Bolivia, 2013)

El braille es el mecanismo más eficiente, directo y seguro para el aprendizaje de la lectura y de la escritura de las personas con discapacidad visual, también es el más utilizado por estas personas durante toda su enseñanza en la niñez y a lo largo de su vida. Con este sistema les es muy fácil acceder a información valiosa de todo tipo, como lo son las ciencias, matemáticas, música, informática, entre otras. (Ministerio de Educación de Bolivia, 2013).

2.3.3.3 Escritura Braille a mano y en máquina

Para escribir a mano se necesita una pauta o una regleta, un punzón y un papel. A demás se debe tener en consideración que debe empezar a escribirse de derecha a izquierda, el contrario de cómo lo realizan las personas videntes, se debe invertir la numeración de los puntos del cajetín y de esta manera, cuando se hunde va a quedar como un punto en relieve que va a estar localizado en el lugar correcto

cuando se le dé vuelta al papel, por último, todos los puntos deben tener un relieve idéntico para facilitar la lectura. (Sirias et al., 2021)

Anteriormente, una vez ya aprendido este sistema, se pasaba a la escritura en máquina, pero varios estudios indican que, en los últimos años, el aprendizaje empieza primero en máquina y como método complementario se utiliza la escritura manual. La máquina contiene 6 teclas, una para cada uno de los puntos del cajetín, también tiene una tecla para el retroceso, un espaciador y otra para el cambio de línea. El modelo más utilizado es el Perkins-Braille. El modelo denominado Perkins-Braille, fabricado en Estados Unidos. (Sirias et al., 2021)

2.3.4 Orientación y movilidad

Existen ciertas técnicas donde se utilizan las capacidades mentales, sensoriales y perceptivas de las personas con discapacidad visual, para que estos aprendan a moverse independientemente alrededor de su entorno. Dentro de estas se encuentran: los puntos de referencia y las pistas, es decir características, olores, objetos y sonidos que logren identificar un lugar y permita orientarlos, también, el aprovechar sus demás sentidos, la técnica de cubrirse, la cual consiste en colocar el brazo a la altura de la cara flexionando el codo de manera que quede en un ángulo de 90 grados, esto le permite a la persona protegerse la cara contra objetos que puedan estar a su altura. (Murillo y Serna, 2017)

Hay herramientas para que la persona no vidente pueda estar segura y desplazarse de manera independiente de un lugar a otro, como lo son el uso de bastón, perros guías y ayudas a través de la tecnología.

2.3.4.1 Uso de bastón

El bastón se considera el elemento más utilizado a nivel mundial, este se utiliza para localizar objetos u obstáculos y le brinda información a la persona no vidente sobre su entorno. Dentro de la gran cantidad de ventajas que tiene este dispositivo se encuentra la prevención de caídas, golpes y accidentes, permite interactuar con otras personas y con el medio ambiente, mejora el estado de ánimo de estos individuos, aumenta el sentido de independencia y de confianza en ellos mismos, también permite que estas personas se integren de manera activa en la sociedad (educativa, social, laboral, espiritual). (Matarrita y Vega, 2012)

Además, es de mucha utilidad porque así, los demás ciudadanos logran identificar fácilmente que la persona portadora del bastón presenta algún tipo de discapacidad visual. Otra ventaja que tomar en consideración es el valor económico que posee, en comparación con elementos más caros como lo sería un perro guía o un dispositivo electrónico. (Matarrita y Vega, 2012)

2.3.4.2 Actualizaciones del bastón

Otra alternativa al bastón blanco tradicional son los bastones telescópicos y los bastones láser. El bastón telescópico se recoge de forma telescópica en vez de plegarse y es ligero y de fácil transporte; como inconveniente, ante un obstáculo puede ser relativamente fácil que el bastón se cierre. En cuanto a los bastones láser, funcionan con luces infrarrojas que detectan los obstáculos, transmitiendo al usuario mediante vibración a la empuñadura del bastón que se ha detectado algo en el camino.

Por otro lado, el bastón electrónico funciona con un sistema de ultrasonidos y está pensado especialmente para la detección de obstáculos situados por encima de la cintura, que es el principal inconveniente que presenta el bastón tradicional; algunos modelos comercializados son el UltraCane¹⁴ o el SmartCane¹⁵. Estos

modelos informan al usuario sobre si hay algún objeto o persona con el que exista riesgo de chocar. En caso afirmativo, envía una señal al dueño en forma de vibración: según el patrón, es posible determinar la distancia a la que se encuentra el peligro. Una herramienta similar al SmartCane ha sido desarrollada en España, por la Universidad Miguel Hernández; el bastón tiene una serie de sensores encargados de detectar obstáculos situados por encima de la cabeza del usuario, como ramas y toldos, y avisa a la persona mediante una pulsera vibratoria.

En los últimos tiempos, y gracias a tecnologías como la del reconocimiento facial, se han desarrollado bastones como el XploR, que puede reconocer caras en un rango de diez metros e incluye un GPS para ayudar en la navegación. Funciona gracias a una cámara digital que analiza la cara de las personas próximas al usuario: al identificar una cara conocida vibra.

2.3.4.3 Perros guía

El perro guía se utiliza como medio y auxiliar de movilidad para la persona no vidente, ayudándole en la seguridad y rapidez de los movimientos. Es de gran utilidad ya que le genera menos estrés a la persona ciega, disminuyendo la cantidad de decisiones que debe tomar esta por sí sola; el perro también tiene la capacidad de resolver diferentes situaciones en diferentes escenarios, por lo que esquiva objetos, se para en gradas o escalones y camina en línea recta. El entrenamiento del canino es bastante largo y costoso, y durante el mismo tienen que estar involucrados tanto los adiestradores como la familia que necesita los servicios del perro. (García, 2017)

Además, no está indicado para toda persona con discapacidad visual, por el contrario, la persona debe cumplir con una serie de requisitos, como lo son tener buenas capacidades auditivas para poder anticipar situaciones, ya que el que elige hacia qué lugar quiere ir, qué movimiento hacer y qué decisión tomar es la persona y no el perro, también debe tener buenas habilidades de orientación, buenas

capacidades mentales y espaciales y por último, la persona debe tener buenas capacidades físicas que permitan controlar la fuerza, la velocidad y las distracciones que pueda enfrentar el perro y a su vez, para poder controlar su propio equilibrio. (García, 2017)

2.3.5 Atención dental en personas con discapacidad visual

Durante la atención odontológica de estas personas es muy importante la comunicación verbal, estar conscientes de que los demás sentidos están más agudizados y utilizar esto a favor. Se debe describir con detalle el consultorio dental y todo lo que esté alrededor, materiales, instrumentos y equipo, también se debe guiar al paciente hasta el consultorio dental, pudiendo ser que el paciente coloque la mano sobre el hombro del odontólogo o agarrarle la mano.

Otra medida importante, es advertirle a la persona de cualquier movimiento que se haga, si se va a reposicionar la silla dental, si se va a colocar el succionador o el babero, todo debe informarse para que el paciente ya sepa de antemano lo que va a sentir y evitar cualquier movimiento brusco. También, para la toma de modelos de estudios se debe dar al paciente antes de la toma de impresiones material para que el mismo sienta el olor y la textura antes y después de que el material gelifique.

Por último, se debe colocar lentes oscuros al paciente para evitar molestias con la luz, dependiendo de la foto sensibilidad que tenga el mismo, además, darle un dentoformo al paciente para que él mismo cuente la cantidad de dientes, la forma y el tamaño. Brindarle un cepillo para observar la manera en la que se cepilla los dientes y realizar lo mismo con el hilo dental, también, el odontólogo puede guiar al paciente colocando las manos de él encima de las del paciente. (López et al., 2017)

2.3.5.1 Historia clínica de personas no videntes

Dentro de la historia clínica es imprescindible colocar todo lo relacionado con la discapacidad visual para que con toda esta información, el tratamiento se pueda adaptar de la mejor manera, la historia debe ser individualizada para cada paciente, colocar el grado de discapacidad visual del paciente, enfermedades asociadas a la misma, colocar si el paciente utiliza bastón, perros guías u otros métodos para desplazarse, colocar grado de cooperación del paciente, mencionar cómo han sido experiencias anteriores, existen individuos que son extremadamente sensibles a la luz operatoria por lo que debe ser anotado para colocarle en la próxima cita lentes oscuros. (Zúñiga, 2013)

2.3.5.2 Ansiedad durante la atención dental y personas no videntes

En personas con ceguera puede que la ansiedad dental se vea exacerbada, ya que ellos al tener los demás sentidos más sensibles como lo es el oído, oyen con más agudeza los sonidos dentales, esto podría ser un problema si anteriormente tuvieron una mala experiencia o si desconocen del todo este tipo de sonidos. También el sentido del olfato puede generar una mala jugada, ya que hay ciertos materiales con olores muy fuertes que pueden ser irritantes para los pacientes con discapacidad visual y esto les puede generar un sentimiento de repulsión o de ansiedad durante la consulta.

Una muy buena opción para estos casos es la musicoterapia, ya que hay estudios que demuestran que reduce los niveles de estrés y ansiedad en estos pacientes, además es una opción fácil de conseguir, barata y segura. Otra opción en casos de ansiedad severa, es el uso de sedación consciente o de ansiolíticos previos a la consulta dental, para esto se debe trabajar multidisciplinariamente con psicólogos y el ansiolítico de elección es el diazepam, siempre teniendo en cuenta los efectos secundarios del mismo. (Vera, 2021)

También, otra manera de disminuir la ansiedad en los pacientes no videntes es que tanto los odontólogos como el resto del equipo profesional transmitan confianza suficiente desde el primer momento en el que la persona entra al consultorio dental. Mostrarles a estas personas que el equipo está capacitado para atenderlos ayuda a que estos puedan sentir seguridad. (Vera, 2021).

2.3.5.3 Adaptación del consultorio dental para personas con discapacidad visual

Es fundamental tener el consultorio dental equipado y adaptado con todas las necesidades que requieren los pacientes con pérdida de la visión, para así mejorar la estadía y la atención dental de ellos. Para esto, se necesita tener despejado el acceso al consultorio dental para evitar tropiezos o caídas, las puertas que sean de preferencia automáticas, siempre brindar la información tanto de manera verbal como en señalización táctil (braille) y tener en el consultorio muebles que no tengan bordes filosos para evitar lesiones.

Se deben mantener las luces bajas, como lo es la de la lámpara dental o durante la toma de fotografías con flash ya que en pacientes que presenten foto sensibilidad puede provocarles migrañas, también, en el caso de pacientes que no toleren el ruido puede ser muy útil el uso de tapones y por último, es de gran ayuda permitir el acceso a perros guías que faciliten el movimiento del paciente dentro del consultorio, teniendo siempre en cuenta que estos perros han sido entrenados y educados para esa labor, por lo que no deberían representar ningún tipo de problema. Todo esto ayudará significativamente en la comunicación y desplazo del paciente de manera más segura. (Vera, 2021)

2.3.5.4 Señalización Braille en el consultorio dental

Dentro de los criterios a tomar en cuenta para una adecuada señalización Braille dentro del consultorio dental se encuentran el uso de información precisa, básica y con símbolos sencillos de entender, esta escritura tiene ciertas características como lo son el tamaño de las celdas de 5 por 7,5 mm, distancia entre puntos de 2.5 mm, altura del punto de 0,6 mm y diámetro del punto de 1,3 mm.

Siempre que se utilicen flechas, símbolos y letras deben ser en macrorelieve y estas deben estar ubicadas en el área de barrido ergonómico, esto se refiere a la zona de interacción donde se mueve el brazo hasta la información permaneciendo estático la persona que lo lee. También, se deben señalar áreas importantes como lo son los baños de mujeres y hombres, salidas de emergencia, extintor, ascensores, escaleras o rampas. (Mongelli, 2020)

2.3.5.5 Técnicas para el manejo odontopediátrico en niños con discapacidad visual

En los niños, las causas de discapacidad visual más frecuentes son retinoblastoma, cataratas, glaucoma infantil, deficiencia de vitamina A4, retinopatía del prematuro y tumores intracraneales. Los niños con ceguera no presentan una condición oral que sea propia de su condición, pero como se mencionaba anteriormente, a ellos se les complica la remoción adecuada de placa bacteriana, por lo que son propensos a la formación de caries y de gingivitis o periodontitis desde edades muy tempranas. (López et al., 2017)

Es importante que la odontología preventiva se comience anticipadamente, también se necesita trabajar en conjunto con los niños, padres y personal de salud para que así se logre una correcta eliminación del biofilm dental. EL odontólogo debe proponer un plan de salud oral que sea fácil de aplicar, cómodo, con equipo fácil de conseguir, eficiente y que pueda utilizarse en un lapso corto de tiempo; no

existe un sólo plan que se adapte a las necesidades y capacidades de cada niño, por lo que este debe ser personalizado. (López et al., 2017)

Se deben tener ciertas consideraciones con estas personas, como la edad, actitud de los padres, grado de escolaridad, sobreprotección, tratamientos odontológicos previos y su aceptación. Para el manejo de la conducta se pueden utilizar técnicas como decir, tocar, oler y hacer, visitas sucesivas, y la sensibilización y desensibilización. En los niños pueden existir dos detonantes de la conducta, los cuales son el ruido, donde pueden existir dos tipos, el interno por la caída de los instrumentos a la bandeja metálica o del instrumental rotatorio, o el externo como los son las conversaciones o el ruido de timbres. (Chavira et al., 2018)

2.3.5.6 Manifestaciones orales más comunes en personas ciegas

No hay una manifestación oral específica que se le atribuya a la discapacidad visual, pero por lo general, estos pacientes tienen una higiene oral deficiente que se deriva a la formación de caries, gingivitis y enfermedad periodontal. La principal razón de esto es la incapacidad de poder visualizar y eliminar la placa bacteriana correctamente.

Debido a lo mencionado anteriormente, es de suma importancia que las personas ciegas estén acompañadas durante el cepillado dental de otra persona con todas sus capacidades sensitivas y motoras, para que las ayuden, orienten y supervisen y así se logre una limpieza dental óptima. (Muñoz y Mora, 2020)

2.4 Consulta odontológica, discapacidad y COVID 19

Durante la pandemia, se establecieron normas específicas para minimizar el riesgo de contagio y conservar la salud de la población, por lo que con estas

medidas se vio perjudicada la población con discapacidad, ya que por sí solos la condición que presentan los sitúa en un estado vulnerable. (Grandas et al., 2020)

Una problemática importante durante la pandemia fue la suspensión de los servicios odontológicos, para su posterior reactivación, pero únicamente se estaba realizando la atención de emergencias, por lo que muchos de estos pacientes al no poder pagar un servicio privado se vieron afectados y aunque aún no hay evidencia directa de los efectos producto de la pandemia si se estima que debe haber un deterioro importante en la salud bucodental de estas personas. (Grandas et al., 2020)

Se han buscado soluciones como lo son las teleconsultas como primera línea de atención, esta ayuda a poder tener una idea del grado de urgencia o emergencia del paciente, teniendo en cuenta que, de igual manera, que existen ciertas brechas con el uso de la tecnología para este tipo de pacientes. (Cancado et al., 2020)

Para las personas con discapacidad auditiva es recomendable utilizar caretas o barbijos que sean transparentes para favorecer la lectura de labios, permitir que lleguen con un acompañante o intérprete que facilite la comunicación y se recomienda el uso de la aplicación “háblalo” donde el odontólogo puede oralizar algo que desee comunicar y la aplicación automáticamente lo convierte en letras.

Para las personas con discapacidad visual no hay cambios significativos producto de la pandemia por lo que, de igual manera, se recomienda identificar medicamentos con el sistema Braille, avisar con anticipación cualquier intervención que se va a realizar, entre otras. (Ministerio de Salud, provincia de Santa Fe, 2022)

2.5 Experiencia

La experiencia del cliente constituye un conjunto en total de percepciones que surgen a través de la interacción física, racional, emocional y psicológica entre

un cliente y cada parte de la organización que le suministra un producto o servicio. (Schwarz, 2018)

Es importante analizar la experiencia que está teniendo el consumidor, cliente o en este caso paciente, con el objetivo de que desde su opinión personal indique cómo se está realizando el servicio, y desde estas evaluaciones, buscar mejorar la gestión de las experiencias que vive el cliente con una determinada empresa. Muchas veces gestionar la experiencia de los clientes es un reto, ya que existen entornos variables, distintos tipos de personalidades, clientes que exigen una solución casi de inmediata, entre otros. (Nicolás, 2014)

Existen indicadores que miden la experiencia que ha tenido un cliente, dentro de estos los principales serían Net Promoter Score (NPS), Customer Effort Score (CES), Customer Advocacy (CA), Customer Satisfaction Index (CSI). (Schwarz, 2018)

Además de estas, para medir las experiencias de un cliente, se pueden utilizar encuestas o cuestionarios que ayuden a medir cuantitativamente la percepción que ha tenido un cliente con una determinada empresa. (Nicolás, 2014)

2.5.1 Cuestionarios

El cuestionario se refiere a una serie de preguntas que se proponen con un fin, para su elaboración, se deben tener ciertas consideraciones: en primera instancia, se deben incluir dos tipos de preguntas, las primeras de aspecto personal (nombre, edad y cualquier otra información útil), y, en segundo lugar, las preguntas propias sobre las variables o el objetivo de la investigación.

Por otro lado, se debe evitar que el cuestionario sea muy largo ya que estos cansan, se responden descuidadamente y muchos sujetos dejan preguntas sin responder, es preferible que las preguntas sean cerradas, también, evitar preguntas

redundantes, siempre y en la medida de lo posible, mantener la confidencialidad del participante para garantizar la sinceridad de las respuestas y, por último, evitar la opción otras, para esto se puede cambiar por la opción especifique. (López y Fachelli, 2015)

Según el tipo de respuesta que se desea, existen tres tipos de preguntas, las cerradas, donde la posibilidad de respuesta está predeterminada, estas pueden ser de afirmación o negación, de tipo escala, de orden de mayor a menor y de elección o respuesta múltiple. La segunda opción, son las preguntas abiertas, las cuales dejan a criterio del sujeto la respuesta; estas podrían provocar errores como difícil interpretación, redacción imprecisa por lo que se recomienda que sean las menos utilizadas. Por último, las respuestas semiabiertas o semicerradas, dentro de estas existen respuestas ya preestablecidas con la posibilidad de que el sujeto pueda dar su punto de vista. (López y Fachelli, 2015)

2.6 Grado de satisfacción

La satisfacción se define según Ríos (2017) “como un estado de ánimo que crea agrado y complacencia por la realización completa de las necesidades y expectativas creadas” (p. 20). Este parámetro es de suma importancia ya que genera la oportunidad de que se diseñe un sistema que ayude a lograr un alto desempeño en el sector que está siendo evaluado.

Las escalas son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los clientes y pueden referirse a tres aspectos distintos: los de tipo organizativos (tiempo de espera y ambiente); los que tienen que ver con la atención recibida y su repercusión en el estado de salud de los sujetos; y el trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal. (Ríos, 2017)

Entre los modelos para medir la satisfacción del cliente se encuentran el modelo ACSI, en el cual la información se obtiene a través de llamadas telefónicas donde se le pregunta calidad del servicio, expectativas y quejas al cliente, otro modelo es el KANO, donde se pide al cliente tres tipos de requisitos, el básico, de desempeño y de deleite y como tercer modelo se encuentra el SERVQUAL, este utiliza como herramienta, un cuestionario que consta de 22 preguntas iniciales que miden expectativas del cliente y una segunda serie de 22 preguntas donde se mide la experiencia que tuvo el mismo. (Ríos, 2017)

2.6.1 Escalas

Se define como escala a una serie de ítems que han sido seleccionados cuidadosamente y que se utilizan para medir en gran parte, emociones, sentimientos, actitudes y satisfacción por parte de un cliente. Las escalas pueden dividirse en tres grandes categorías (por su propósito, por su forma de representación y por su tipología). (García et al., 2012)

Por su propósito, se clasifican en escalas de valoración y escalas de actitud, la escala de valoración es la encargada de caracterizar cualidades externas de lo que se mide y la escala de actitud, es la que caracteriza cualidades internas, como opiniones, estados de ánimo y actitudes, por su forma de representación se dividen en verbales, numéricas o gráficas y por su tipología, se dividen en nominal, ordinal, intervalos o proporción. Dentro de las tres escalas más estudiadas se encuentran la escala de Thurstone, la de Guttman y la más utilizada la de tipo Likert. (García et al., 2012)

2.6.1.1 Escala de tipo Likert

Son instrumentos psicométricos donde el encuestado debe indicar su acuerdo o desacuerdo sobre una afirmación o ítem, a través de una escala ordenada y unidimensional que por lo general presenta 5 ítems, aunque pueden ser más o menos. Esta escala es ideal para medir actitudes, comportamientos y reacciones de una persona. Existen tres formas de escala Likert, la descriptiva (nada satisfecho, refiriéndose a que el participante no está complacido con el servicio que se le brindó, por lo que este tipo de respuestas ayudan a buscar una mejoría en la gestión de las experiencias que vive el cliente, poco satisfecho donde el participante se encuentra poco complacido, es decir la experiencia ha sido poco agradable desde su perspectiva, neutral, muy satisfecho dando a entender que la persona se encuentra muy cercana a un estado completo de agrado y de complacencia al completar una necesidad o experiencia esperada y por último, totalmente satisfecho donde la persona sí se encuentra en un estado completo de agrado y de complacencia, esta respuesta es indicadora para la empresa a continuar realizando esta gestión en particular), la numérica (1 2 3 4 y 5) y la de tipo gráfica. (Matas, 2018)

Dentro de esta escala se ha encontrado un sesgo relacionado con la alternativa intermedia, es decir, son las opciones de indecisión o de ambivalencia, colocados para no obligar al participante a estar totalmente de acuerdo o totalmente en desacuerdo con lo que se le pregunta. Existen cuatro tipos de electores que escogen esta opción, el primer grupo los ambivalentes, estos son los que realmente se posicionan en el medio de los dos extremos, los indiferentes, los cuales marcan desinteresadamente la opción ya que no tienen interés por el tema, los aquiescentes, son los que responden lo que consideran que las otras personas quieren que contesten y los que evitan opiniones socialmente no deseables, es decir, las personas que evitan marcar opciones que se puedan ver mal vistas ante su grupo. (Matas, 2018)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

El enfoque de este trabajo es de tipo cuantitativo, ya que plantea el problema de investigación de forma concreta y delimitada. Además de esto, es objetivo y sigue un patrón predecible y estructurado. Las hipótesis del estudio se generan antes de analizar y recolectar los datos; los cuales se basan en la medición, a través de procedimientos estandarizados y admitidos por la comunidad científica y que se representan a través de números, los cuales deben ser analizados mediante métodos estadísticos. Se basa en la lógica deductiva, los reportes se realizan con un tono impersonal, no emotivo y es neutral. (Hernández et al., 2014).

El paradigma del estudio es positivista, este se utiliza en investigaciones donde se requiera comprobar una hipótesis a través de las estadísticas o determinar una variable a través de cifras numéricas. Tiene como característica que únicamente es válido lo que se pueda investigar y pueda ser comprobado; se basa en lo observable, manipulable y verificable. Además, se apoya en lo racional y objetivo y su origen procede de las ciencias exactas. (Ramos, 2015).

El diseño de la investigación es descriptivo, ya que este busca identificar las propiedades y dar características propias de cualquier fenómeno o variable que pueda someterse a un análisis. La literatura puede mostrar que hay fragmentos de teoría con sostén empírico que ya han medido la variable. (Hernández et al., 2014)

El estudio es de tipo transeccional ya que se recolectan los datos en un único momento y se miden las variables una única vez, este investiga la incidencia de una o más variables en una población. (Hernández et al., 2014)

El estudio es de tipo retrospectivo, debido a que se documentan casos y controles hacia el pasado, es decir, si el hecho a registrar ya ocurrió al momento de la planificación del estudio. (Corona y Fonseca, 2021).

El tipo de estudio es no experimental, ya que no se manipulan intencionalmente las variables, si no que se observa desde su entorno natural la situación que ya existía previamente. (Hernández et al., 2014)

La metodología por utilizar será a través de cuestionario administrado mediante entrevista estructurada para personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera y, para personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller. Los participantes deberán firmar un consentimiento informado (en el caso de personas menores de edad a través de su tutor o responsable legal), respetando así los derechos fundamentales de cada participante, donde los mismos accederán a participar del estudio con el fin de conocer sus experiencias y la satisfacción que hayan tenido durante la atención dental. Para la población con discapacidad auditiva, se necesitará de un intérprete en LESCO que facilite una efectiva comunicación para realizar la entrevista.

La recolección de datos para personas con discapacidad auditiva se proyecta durante el receso de los niños, aprovechando la presencia de sus padres y para los adultos con discapacidad visual se proyecta durante las clases de educación física. Además, para medir la variable experiencias vividas y la variable grado de satisfacción, será a través de cuestionario de tipo Likert.

También, se van a comparar algunas respuestas entre ambas poblaciones, si fuera el caso de que los modelos de las preguntas no sean exactamente iguales, pero si similares, se homologarán los resultados ya que esto no impide hacer las comparaciones temáticas. Por último, se buscará información obtenida de internet

sobre métodos para mejorar la estadía de estas personas en el consultorio dental, así como también qué evitar durante la misma.

3.2 Fuentes de información

3.2.1 Fuentes materiales

La información será recolectada a través de cuestionario y entrevista junto con el consentimiento informado de la Universidad de Costa Rica, donde se necesitará papel, lapicero, computadora con el programa de Excel e impresora.

3.2.2 Fuentes humanas

Dentro del equipo humano se encuentran las personas con discapacidad auditiva y visual, la docente en audición y lenguaje Raquel Rodríguez Quesada la cual colaboró con la prueba de jueces y la interpretación en LESCO, el profesional en orientación Jonathan Quesada Herrera quién también ayudó con la prueba de jueces, el filólogo Álvaro Acosta Quirós y el estadístico Gustavo Castro Miranda.

3.3 Población

La unidad de análisis del estudio son las personas con discapacidad auditiva de la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera y personas con discapacidad visual en la Institución de Rehabilitación y Formación Helen Keller, sin distinción de género ni edad.

La población es finita y requiere de cálculos estadísticos. (Hernández et al., 2014). Aproximadamente la población la conformarán 22 personas con discapacidad visual y 9 personas con discapacidad auditiva.

3.3.1 Muestra

El tipo de muestra es no probabilística ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador. (Hernández et al., 2014). En este caso en particular, la forma en la que se determinó el total de participantes en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera y en el Instituto Helen Keller fue considerando a aquellos participantes que asistieran de forma presencial y que dieran su consentimiento para poder recolectar los datos, debido a esto, la cantidad de la población.

3.4 Definición de variables

3.4.1 Variable

Experiencias vividas y grado de satisfacción por parte de personas diagnosticadas con discapacidad auditiva durante el tratamiento dental.

3.4.1.1 Definición conceptual

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) se dice que alguien sufre pérdida de audición cuando no es capaz de oír tan bien como una persona cuyo sentido del oído es normal, es decir, cuyo umbral de audición en ambos oídos es igual o mejor que 20 dB. La pérdida de audición puede ser leve, moderada, grave o profunda. Puede afectar a uno o ambos oídos y entrañar dificultades para oír una conversación o sonidos fuertes.

La Real Academia de la Lengua Española (RAE, 2021) define experiencia como el hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo. El grado como cada uno de los diversos estados o niveles que, en relación de menor a mayor,

puede tener algo y satisfacción como acción y efecto de satisfacer o satisfacerse, cumplimiento del deseo o del gusto.

Se busca medir qué tan satisfechos están los pacientes con discapacidad auditiva y cómo han sido las experiencias que han tenido durante la atención dental.

3.4.1.2 Definición instrumental

El instrumento para utilizar es un cuestionario administrado mediante una entrevista estructurada, que consta de preguntas cerradas de marcar con x para participantes diagnosticados con discapacidad auditiva que accedan a participar en el estudio.

3.4.1.3 Definición operacional

Indicador	Subindicador	Evaluación
Experiencias vividas por parte de personas diagnosticadas con discapacidad auditiva durante el tratamiento dental.	Si el número de respuestas esperadas es menor o igual al 50%.	La experiencia es mala.
	Si el número de respuestas esperadas es mayor al 50%.	La experiencia es buena.

Indicador	Subindicador	Evaluación
Grado de satisfacción por parte de personas diagnosticadas con discapacidad auditiva durante el tratamiento dental.	Si el número de cuestionarios positivos es menor o igual al 50%.	El grado de satisfacción es malo.
	Si el número de cuestionarios positivos es mayor al 50%.	El grado de satisfacción es bueno.

3.4.2 Variable

Experiencias vividas y grado de satisfacción por parte de personas diagnosticadas con discapacidad visual durante el tratamiento dental.

3.4.2.1 Definición conceptual

La OMS (2021) define que el término ceguera abarca desde 0.05 de agudeza visual hasta la no percepción de la luz o una reducción del campo visual inferior a 10° y el término baja visión comprende una agudeza máxima inferior a 0.3 y mínima superior a 0.065.

Se busca medir qué tan satisfechos están los pacientes con discapacidad visual y cómo han sido las experiencias que han tenido durante la atención dental.

3.4.2.2 Definición instrumental

El instrumento para utilizar es un cuestionario administrado mediante una entrevista estructurada, que consta de preguntas cerradas de marcar con x para participantes diagnosticados con discapacidad visual que accedan a participar en el estudio.

3.4.2.3 Definición operacional

Indicador	Subindicador	Evaluación
Experiencias vividas por parte de personas diagnosticadas con discapacidad visual durante el tratamiento dental.	Si el número de respuestas esperadas es menor o igual al 50%.	La experiencia es mala.
	Si el número de respuestas esperadas es mayor al 50%.	La experiencia es buena.

Indicador	Subindicador	Evaluación
Grado de satisfacción por parte de personas diagnosticadas con discapacidad visual durante el tratamiento dental.	Si el número de cuestionarios positivos es menor o igual al 50%.	El grado de satisfacción es malo.
	Si el número de cuestionarios positivos es mayor al 50%.	El grado de satisfacción es bueno.

3.5 Descripción de instrumentos

El instrumento por utilizar para la población con discapacidad auditiva es un cuestionario estructurado con preguntas cerradas, el cual se administrará a través de una entrevista por medio de un intérprete. Consta de un encabezado, que cuenta con el nombre de la Universidad, título del trabajo final de grado y el nombre y teléfono de la estudiante que lo aplicará. Seguido, cuenta con una sección de presentación, la cual incluye una breve explicación de lo que consiste el cuestionario, los datos generales (sexo, nombre, edad y condición auditiva: baja audición o sordera) de la persona a la que se le aplica y el consentimiento informado de la Universidad de Costa Rica, el cual abarca datos de la estudiante encargada, el propósito, riesgos, beneficios, voluntariedad, confidencialidad e información de la investigación.

Seguido de lo anterior, se encuentran tres secciones de preguntas (14 preguntas en total) a través de cuestionario de tipo Likert, la primera sección, I. Adecuaciones en el tratamiento, contiene 3 preguntas de la 1 a la 3 en fila, que miden las experiencias vividas del participante, y 4 columnas con opciones de sí, no, N/A y NS/NR; la segunda sección II. Comunicación, el cual consiste en 7 preguntas de la 4 a la 10 en fila, que miden las experiencias vividas del participante y 4 columnas con opciones de sí, no, N/A y NS/NR, por último, la tercera sección III.

Satisfacción consta de 5 preguntas que van de la 11 a la 14, que miden el grado de satisfacción del participante y 5 columnas con opciones de nada satisfecho, poco satisfecho, neutral, muy satisfecho y totalmente satisfecho.

El instrumento por utilizar para la población con discapacidad visual es un cuestionario estructurado con preguntas cerradas, el cual se administrará mediante una entrevista. Consta de un encabezado que cuenta con el nombre de la Universidad, título del trabajo final de grado y el nombre y de la estudiante que lo aplicará. Seguido, cuenta con una sección de presentación, la cual incluye una breve explicación de lo que consta el cuestionario y los datos generales (sexo, nombre, edad y condición visual: baja visión o ceguera) de la persona a la que se le aplica y el consentimiento informado de la Universidad de Costa Rica, el cual abarca datos de la estudiante encargada, el propósito, riesgos, beneficios, voluntariedad, confidencialidad e información de la investigación.

Luego de lo anterior, se encuentran tres secciones de preguntas (12 preguntas en total) a través de cuestionario de tipo Likert. La primera sección, I. Adecuaciones en el tratamiento, contiene 3 preguntas de la 1 a la 3 en fila, que miden las experiencias vividas del participante, y 5 columnas con opciones de nada, poco, regular, bastante y mucho, la segunda sección II. Espacio físico del consultorio, el cual consiste en 5 preguntas de la 4 a la 8 en fila, que miden las experiencias vividas del participante y 5 columnas con opciones de nada, poco, regular, bastante y mucho, por último, la tercera sección III. Satisfacción, el cual consta de 4 preguntas que van de la 9 a la 12, que miden el grado de satisfacción del participante y 5 columnas con opciones de nada satisfecho, poco satisfecho, neutral, muy satisfecho y totalmente satisfecho.

3.5.1 Prueba de jueces

La valoración del instrumento para personas con discapacidad visual será realizada por Jonathan Herrera Quesada, profesional en Orientación del Centro Nacional de Educación Helen Keller y la valoración del instrumento para personas con discapacidad auditiva se realizará por parte de Ana Raquel Rodríguez Picado, docente de audición y lenguaje del centro educativo Dr. Carlos Sáenz Herrera. Ambos verificarán que se cumplan los tres requisitos que requiere que son la confiabilidad, validez y objetividad. Estas personas fueron las encargadas de la revisión del instrumento debido a la recomendación de los centros educativos mencionados anteriormente, ya que ambos tienen un amplio conocimiento y experiencia en sus respectivas ramas.

3.6 Tratamiento de la información

Se realizará una tabulación de resultados mediante la estadística, a partir de los instrumentos que se van a utilizar para la recolección de datos. Se utilizará el programa Excel y tablas dinámicas para un análisis estadístico descriptivo e inferencial para la comprobación de la hipótesis, de acuerdo con la organización de los resultados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se procede con el análisis e interpretación de los resultados obtenidos acerca de las experiencias vividas y grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticados con discapacidad auditiva y personas diagnosticados con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller y escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, Universidad Latina de Costa Rica en el período de enero a septiembre 2022

Para efectos de esta investigación, como se indicó en el capítulo anterior, se diseñó un cuestionario administrado y de marcar con X para los 9 participantes diagnosticados con discapacidad auditiva que accedieron a ser parte del estudio y un cuestionario administrado mediante una entrevista estructurada para los 22 participantes diagnosticados con discapacidad visual.

4.1 Análisis para las personas con discapacidad auditiva

A continuación, se detallan las preguntas realizadas a cada persona diagnosticada con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera que recibieron tratamiento dental entre enero y septiembre 2022, así como el correspondiente análisis de acuerdo con sus respuestas obtenidas utilizando para ello gráficas informativas.

Tabla 1.

Distribución de frecuencias según el sexo de los participantes con discapacidad auditiva, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, entre enero y septiembre 2022.

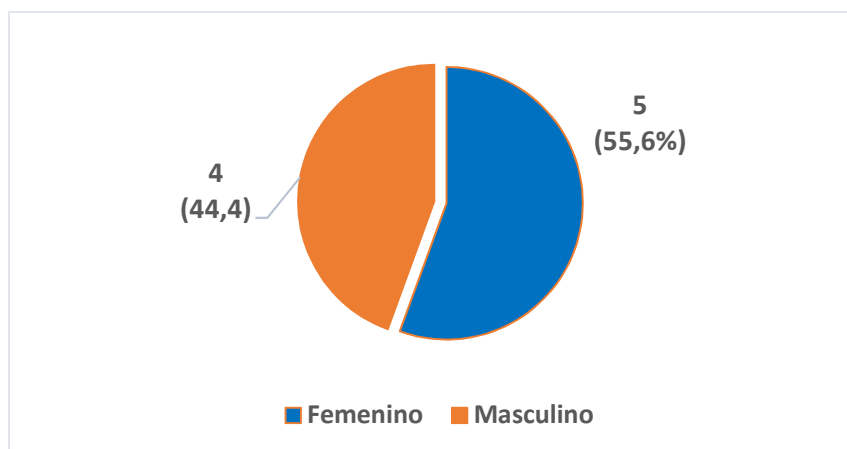
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Femenino	5	55.6%
Masculino	4	44.4%
Total	9	100.00%

Fuente: Datos tomados del anexo datos generales ítem # a del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022.

De acuerdo con la tabla 1 se observa que la mayoría de las personas diagnosticados con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera que han recibido tratamiento dental fueron del sexo femenino con un 55,6% (n=5) y un 44,4% (n=4) del sexo masculino.

En este resultado se puede observar que una leve mayoría de entrevistas realizadas a personas con discapacidad auditiva fueron del sexo femenino.

Figura 1. Distribución de frecuencias según el sexo de los participantes con discapacidad auditiva, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 1

Tabla 2

Distribución de frecuencias según edades de los participantes, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, entre enero y septiembre 2022.

Tabla 2.

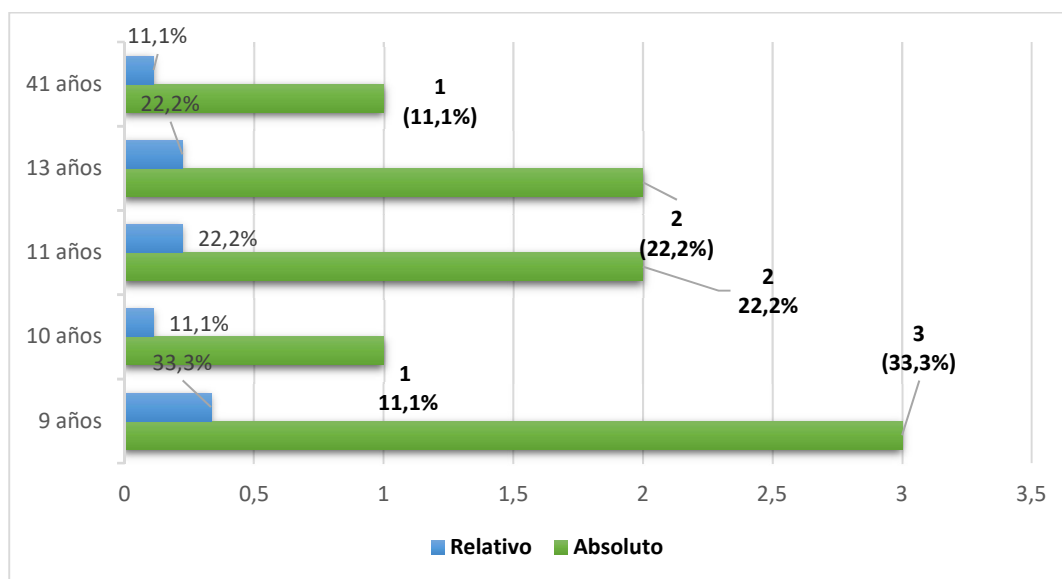
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
9 años	3	33.3%
10 años	1	11.1%
11 años	2	22.2%
13 años	2	22.2%
41 años	1	11.1%
Total	9	100.00%

Fuente: Datos tomados del anexo: datos generales ítem # b del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022.

En la tabla 2 se presentan la frecuencia de las edades de las personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera que han recibido tratamiento dental. Se obtuvo que la mayoría con el 33,3% (n=3) tenían 9 años; con el 22,2% (n=2) con 11 y 13 años respectivamente. Por último, con 11,1% una persona con 10 años y otro de 41 años.

En el análisis de este resultado los % más altos los ocupan la población adolescente.

Figura 2. Distribución de frecuencias según edades de los participantes, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, entre enero y septiembre 2022.



Fuente: Tabla 2

Tabla 3.

Distribución de frecuencias según condición auditiva de los participantes, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, entre enero y septiembre 2022.

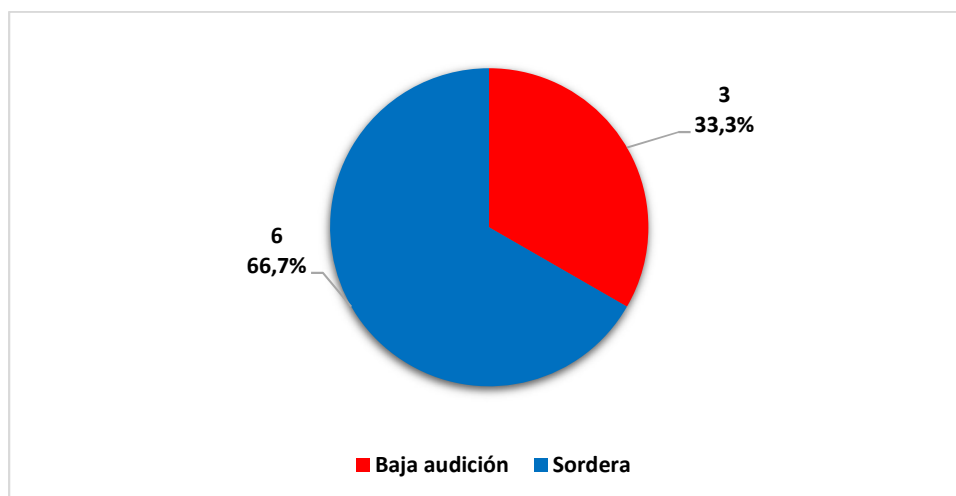
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Baja audición	3	33.3%
Sordera	6	66.7%
Total	9	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo datos generales ítem #d del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022.

La tabla 3 muestra la frecuencia de la condición auditiva de los participantes en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera han recibido tratamiento dental. Se observa que la mayoría con el 66,7% (n=6) padecen de sordera y el restante 33,3% (n=3) presentaron baja audición.

Se observa que la condición auditiva de la gran mayoría de las personas con discapacidad auditiva entrevistadas es de sordera.

Figura 3. Distribución de frecuencias según condición auditiva de los participantes, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 3

Tabla 4

Distribución de la frecuencia de motivos de visita al dentista desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, de enero a septiembre 2022.

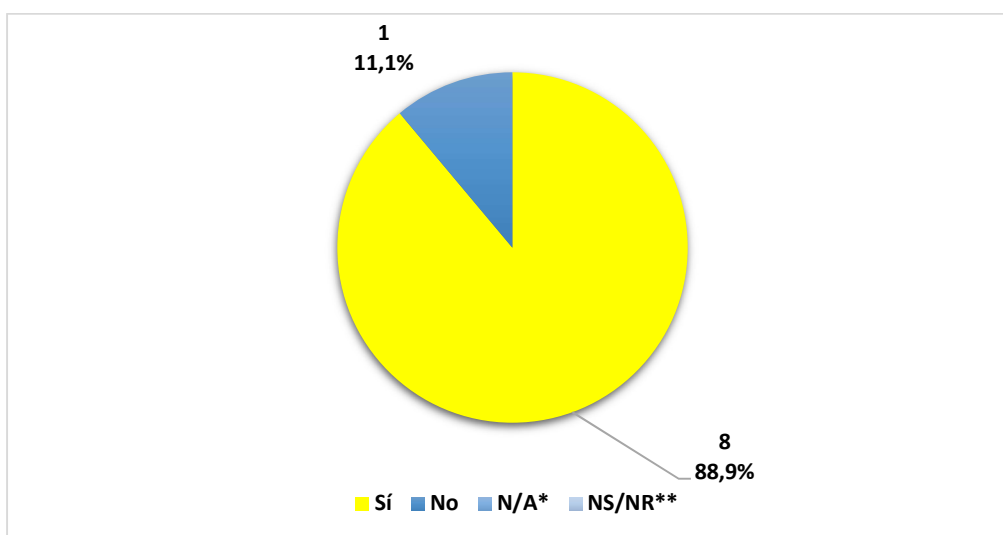
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Por molestia	8	88.9%
Sin molestia	1	11.1%
N/A*	0	0.0%
NS/NR**	0	0.0%

Fuente: Datos tomados de anexo adecuaciones en el tratamiento ítem # 1 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022. *No hay datos ** No sabe/No responde.

En la tabla 4 se observa la frecuencia de las respuestas de las personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera que han recibido tratamiento dental, acerca de si el padre o encargado lo llevan al dentista únicamente cuando tiene alguna molestia, a lo que la mayoría con el 88,9% (n=8) respondió que Sí es únicamente cuando tiene molestias. Solamente 1 persona para un 11,1%, señaló que No.

La gran mayoría de los entrevistados en la escuela para sordos indican que únicamente sus padres o encargados los llevan al dentista cuando tienen algún tipo de molestia. De lo cual Vilela et al. (2017) indica que los controles deben ser periódicos y no únicamente cuando hay molestia para así, mantener la motivación del niño y realizar tratamientos preventivos. Además, menciona que se deben evitar las consultas de urgencia en niños ya que se va a generar un trauma y un sentimiento negativo del mismo al tener que tratar una lesión avanzada de forma abrupta.

Figura 4. Distribución de la frecuencia de motivos de visita al dentista desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, de enero a septiembre 2022.



Fuente: tabla 4

Tabla 5.

Distribución de la frecuencia del conocimiento de la discapacidad por parte del personal de salud y administrativo en el consultorio, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, de enero a septiembre 2022.

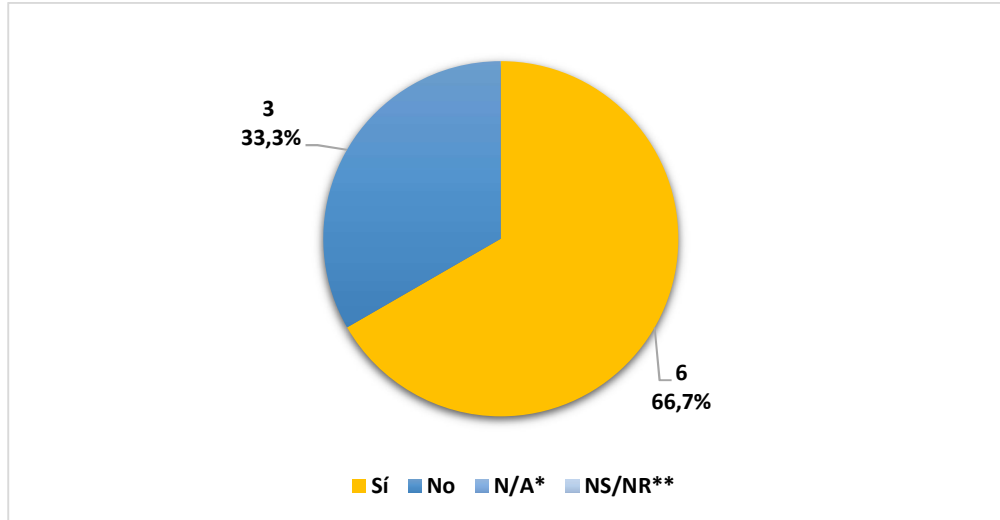
	Total	9	100.00%
		<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Sí		6	66.7%
No		3	33.3%
N/A*		0	0.0%
NS/NR**		0	0.0%
	Total	9	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo adecuaciones en el tratamiento ítem # 2 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022. *No hay datos ** No sabe/No responde.

La tabla 5 presenta la frecuencia de las respuestas de las personas de este estudio acerca de si las personas que los atienden junto con el dentista saben de su discapacidad auditiva. La mayoría con el 66,7% (n=6) señaló que Sí. El resto para un 33,3% (n=3) indicó que el personal de la Clínica No lo sabían.

Los autores Campos y Velásquez (2021), afirman que el conocimiento del personal de salud y administrativo acerca de la persona con discapacidad es determinante a la hora de entregar una atención de calidad, ya que por lo general son la primera línea a la que se enfrentan estas personas, por ejemplo, en el momento de ser llamados para pasar a la silla dental.

Figura 5. Distribución de la frecuencia del conocimiento de la discapacidad por parte del personal de salud y administrativo en el consultorio, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, de enero a septiembre 2022.



Fuente: tabla 5

Tabla 6.

Distribución de la frecuencia de los dentistas al evitar sonidos y luces fuertes para evitar molestias durante la atención dental, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, entre enero y septiembre 2022.

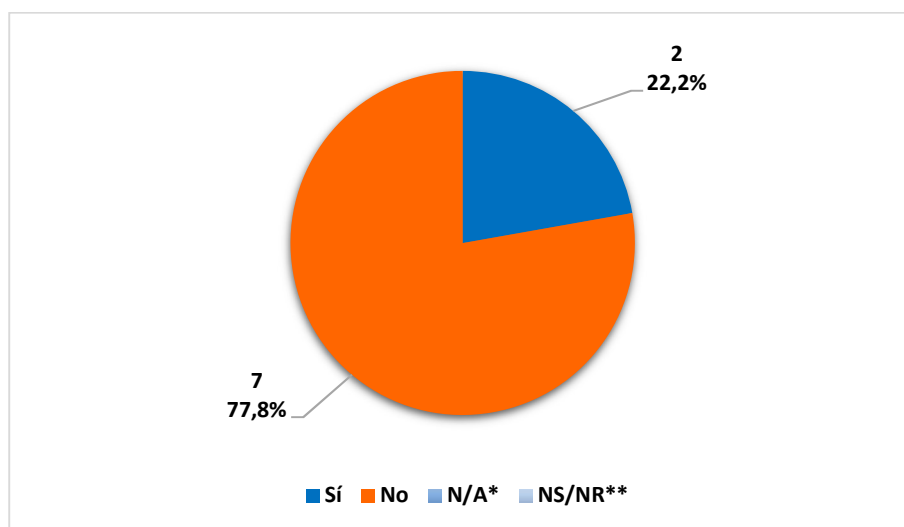
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Sí	2	22.2%
No	7	77.8%
N/A*	0	0.0%
NS/NR**	0	0.0%
Total	9	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo adecuaciones en el tratamiento ítem #3 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022. *No hay datos ** No sabe/No responde.

En la tabla 6 se muestran los resultados de la pregunta hecha a las personas con discapacidad auditiva que han acudido a revisión odontológica acerca de si los dentistas evitaron los sonidos y luces muy fuertes que pudieron afectarle durante la cita. Se obtuvo que la mayoría con el 77,8% (n=7) señaló que No lo hicieron. Solamente 2 pacientes (22,2%) indicaron que el odontólogo sí tomó medidas para evitar los sonidos y luces fuertes durante la consulta.

En este resultado se muestra que la gran mayoría de personas con discapacidad auditiva entrevistadas coinciden en que los odontólogos no evitan sonidos y luces muy fuertes que puedan afectarles durante la cita, al respecto Rangell (2021) indica que el odontólogo sí debería evitar luces y sonidos fuertes como lo son la pieza de alta y baja velocidad o cualquier otro sonido fuerte emitido durante el tratamiento ya que si la persona con discapacidad utiliza algún tipo de audífono y este está con un volumen muy alto puede generar incomodidad durante la consulta.

Figura 6. Distribución de la frecuencia de los dentistas al evitar sonidos y luces fuertes para evitar molestias durante la atención dental, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 6

Tabla 7.

Distribución de la frecuencia de los dentistas con conocimiento de LESCO para atender en el consultorio, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, entre enero y septiembre 2022.

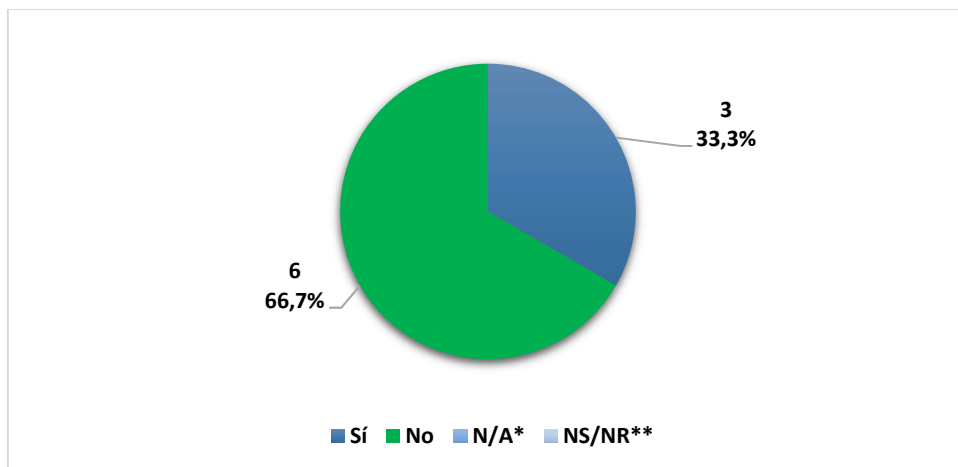
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Sí	3	33.3%
No	6	66.7%
N/A*	0	0.0%
NS/NR**	0	0.0%
Total	9	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo comunicación ítem #4 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022. *No hay datos ** No sabe/No responde.

La tabla 7 presenta los resultados de la pregunta hecha a las personas con discapacidad auditiva participantes del estudio acerca de si consideran que el dentista tuvo el suficiente conocimiento en LESCO para atenderlos. Se obtuvo que la mayoría con el 66,7% (n=6) señaló que No lo tuvo. Y el restante 33,3% (n=3) considera que el odontólogo sí tenía esos conocimientos.

En el análisis de este resultado se observa que la mayoría de las personas con discapacidad auditiva entrevistadas consideran basados en su experiencia personal que el dentista no tiene suficiente conocimiento en LESCO para poder atenderlos. La literatura indica que es indispensable el manejo del lenguaje LESCO para lograr una buena comunicación con personas que tienen discapacidad auditiva, además, de que así ellos se sienten incluidos y el mensaje llega directamente sin errores de interpretación. (Gómez y Gudiño, 2013).

Figura 7. Distribución de la frecuencia de los dentistas con conocimiento de LESCO para atender en el consultorio, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 7

Tabla 8.

Distribución de la frecuencia de los dentistas utilizando pictogramas (dibujos) para mejorar la comunicación, desde la percepción de la persona con discapacidad auditiva, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.

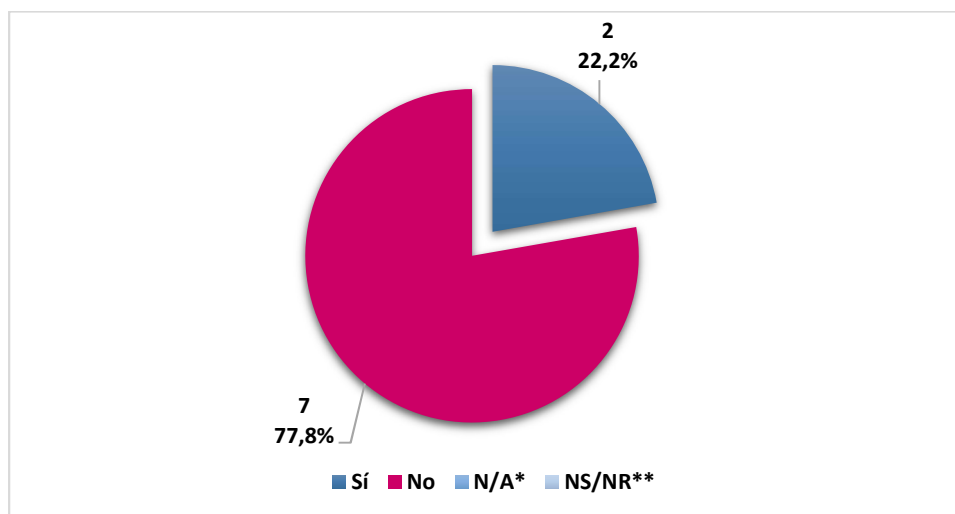
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Sí	2	22.2%
No	7	77.8%
N/A*	0	0.0%
NS/NR**	0	0.0%
Total	9	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo comunicación ítem #5 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022. *No hay datos ** No sabe/No responde.

En la tabla 8 se observan los resultados obtenidos de la pregunta hecha a las personas con discapacidad auditiva en su visita a recibir tratamiento dental acerca de si el dentista empleó dibujos para mejorar la comunicación. Se tiene que la mayoría con el 77,8% (n=7) respondió que No los utilizó. Y solamente 2 pacientes (22,2%) (n=3) señalaron que el dentista Sí los empleó.

La gran mayoría de los entrevistados en la escuela para sordos señalan que el dentista no utiliza (dibujos) o pictografías para mejorar con la comunicación con ellos. A lo que Morán (2019), menciona que es necesario que el odontólogo tenga en su consultorio pictogramas fáciles de observar y entender, que tengan colores llamativos ya que esto mejora la capacidad del paciente de entenderle al odontólogo.

Figura 8. Distribución de la frecuencia de los dentistas utilizando pictogramas (dibujos) para mejorar la comunicación, desde la percepción de la persona con discapacidad auditiva, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 8

Tabla 9.

Distribución de la frecuencia desde la percepción del paciente con discapacidad auditiva de si los dentistas tienen listos los pictogramas o los dibujos antes de atenderlos, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.

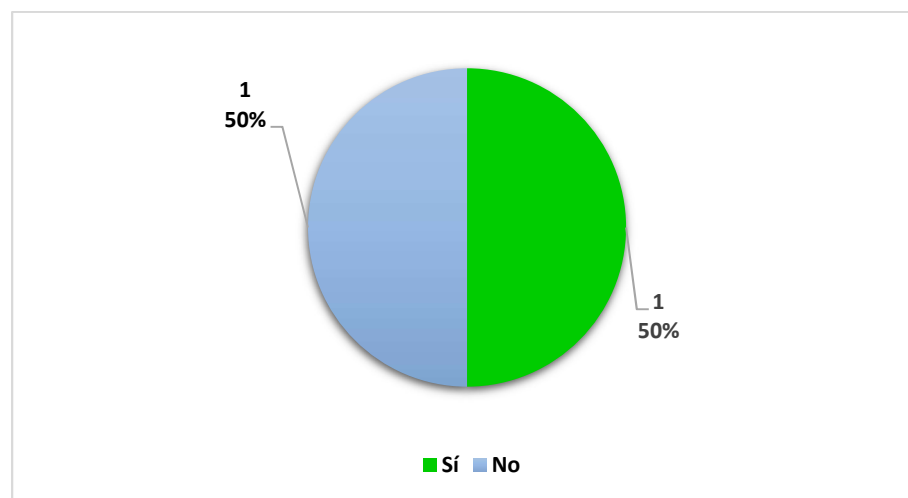
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Sí	1	50.0%
No	1	50.0%
Total	2	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo comunicación ítem #6 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022. *No hay datos ** No sabe/No responde.

En la tabla 9 se presentan los resultados obtenidos, con base a la pregunta 8 anterior, acerca de si el dentista tenía listos dibujos para mejorar la comunicación. Se obtuvo que de los 2 pacientes que respondieron afirmativamente al uso de dibujos por parte del odontólogo, solamente en 1 caso (50%) indicó que Sí los tenía preparados y en el otro caso No.

En los resultados obtenidos de la pregunta anterior sobre si el dentista utiliza dibujos para mejorar la comunicación; de las dos personas con discapacidad auditiva que respondieron que sí, se observa que uno de los dos indicó que si los tenía listos y el otro indicó que no estaban listos. Con este resultado es importante recalcar que no se debe improvisar con las pictografías y hay que tenerlas listas antes de la cita dental, para que la persona se sienta incluida y confiada en que el profesional que lo atiende conoce del tema y se toma el tiempo de realizar este tipo de apoyo visual. (Morán, 2019).

Figura 9. Distribución de la frecuencia desde la percepción del paciente con discapacidad auditiva de si los dentistas tienen listos los pictogramas o los dibujos antes de atenderlos, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 9

Tabla 10.

Distribución de la frecuencia del uso de los dentistas de expresiones faciales o gestos para mejorar la comunicación, desde la percepción de la persona con deficiencia auditiva, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.

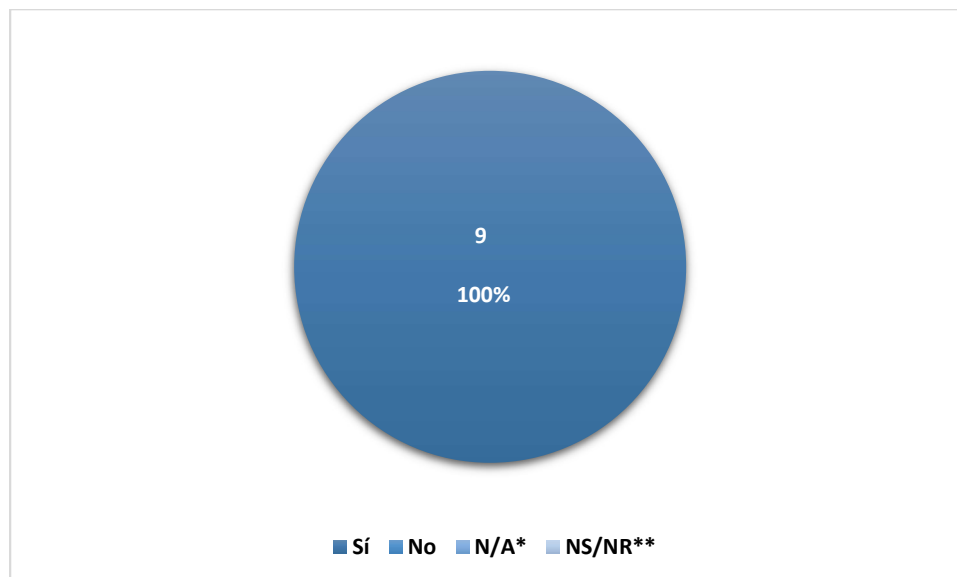
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Sí	9	100.0%
No	0	0.0%
N/A*	0	0.0%
NS/NR**	0	0.0%
Total	9	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo comunicación ítem #7 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022. *No hay datos ** No sabe/No responde.

En la tabla 10 se observa que la totalidad de las personas con diagnóstico de discapacidad auditiva y participantes del estudio, señalaron que el dentista empleó expresiones faciales o gestos que ayudaron a mejorar la comunicación durante la cita a la que acudieron.

En la investigación se encontró que la totalidad de las personas con discapacidad auditiva entrevistadas, consideran que el dentista empleó expresiones faciales o gestos que ayudaron a mejorar la comunicación durante la cita. Con lo que Giraldo et al. (2017) coincide, ya que se deben utilizar expresiones corporales y faciales, las cuales muchas veces son más explicativas y sencillas que otros medios de comunicación.

Figura 10. Distribución de la frecuencia del uso de los dentistas de expresiones faciales o gestos para mejorar la comunicación, desde la percepción de la persona con deficiencia auditiva, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 10

Tabla 11.

Distribución de la frecuencia de los dentistas hablando más lento de lo normal, desde la percepción de las personas con discapacidad auditiva, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.

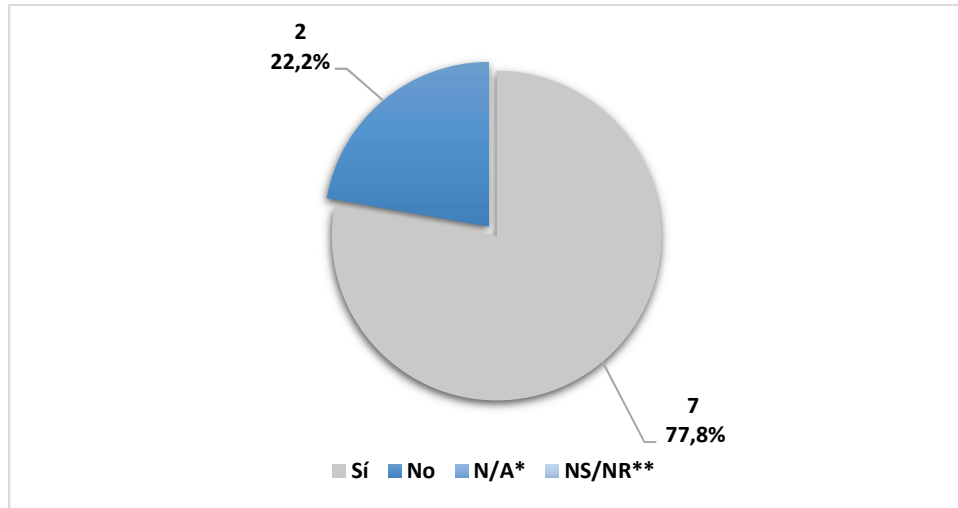
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Sí	7	77.8%
No	2	22.2%
N/A*	0	0.0%
NS/NR**	0	0.0%
Total	9	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo comunicación ítem #8 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022. *No hay datos ** No sabe/No responde.

En la tabla 11 se presentan los resultados del cuestionario realizado para las personas con diagnóstico de discapacidad auditiva acerca de si el dentista les habló un poco más lento de lo normal durante la visita a la Clínica de Odontología para recibir tratamiento dental. Se obtuvo que la mayoría con el 77,8% (n=7) indicaron que efectivamente el odontólogo habló más lento de lo normal, sin embargo, en 2 casos (22,2%) se señaló que No lo hicieron.

En el resultado a esta pregunta se observa que la mayoría de las personas con discapacidad entrevistadas coinciden en que el dentista les habló un poco más lento de lo normal. Lo cual según Giraldo et al. (2017) no debe realizarse, por el contrario, se debe hablar con la misma velocidad que con cualquier otra persona para evitar situaciones de discriminación.

Figura 11. Distribución de la frecuencia de los dentistas hablando más lento de lo normal, desde la percepción de las personas con discapacidad auditiva, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 11

Tabla 12.

Distribución de la frecuencia de los dentistas que al haber un intérprete aun habla y se dirige a la persona con discapacidad, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.

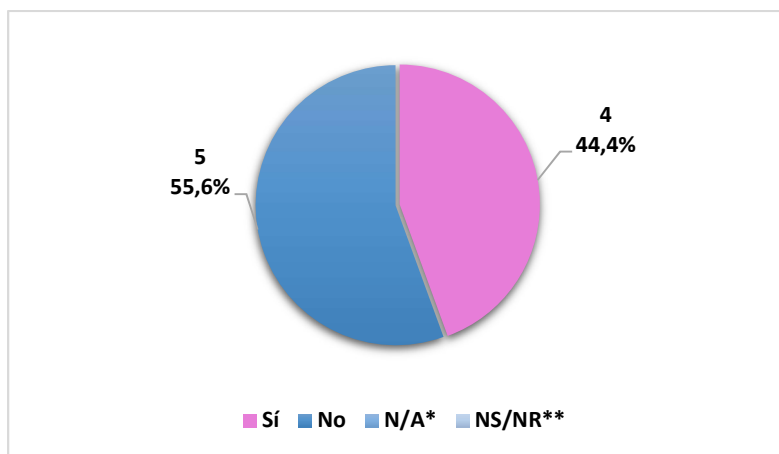
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Sí	4	44.4%
No	5	55.6%
N/A*	0	0.0%
NS/NR**	0	0.0%
Total	9	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo comunicación ítem #9 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022. *No hay datos ** No sabe/No responde.

La tabla 12 muestra los resultados de la pregunta hecha a las personas con discapacidad auditiva participantes del estudio acerca de si en el caso de haber un intérprete, el dentista continúa hablándole y dirigiéndose hacia ellos. Se obtuvo que una mayoría con el 55,6% (n=5) señalaron que No fue así durante la cita. Por otro lado, el 44,4% (n=4) respondió que Sí ocurrió que el odontólogo continuó hablándoles y dirigiéndose a ellos a pesar de la presencia del intérprete de LESCO.

Dentro de este resultado, se observa que la mayoría de los participantes con discapacidad auditiva entrevistados señalaron que, cuando acude un intérprete durante la cita dental, el odontólogo no se dirige hacia ellos, si no que la comunicación es propiamente entre intérprete y odontólogo. Lo cual es un comportamiento erróneo ya que según Giraldo et al. (2017) hay que cerciorarse de hablarles a ellos y de mirarlos, aunque haya un intérprete ayudando para así incluirlos y que la comunicación no dependa únicamente de una tercera persona, además de que estas personas van a valorar el interés que muestre el odontólogo por mantener una conversación.

Figura 12. Distribución de la frecuencia de los dentistas que al haber un intérprete aun habla y se dirige a la persona con discapacidad, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 12

Tabla 13.

Distribución de la frecuencia del uso de mascarilla o careta que permita leer los labios del dentista, desde la percepción de personas con discapacidad auditiva, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.

	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Sí	5	55.6%
No	4	44.4%
N/A*	0	0.0%
NS/NR**	0	0.0%
Total	9	100.00%

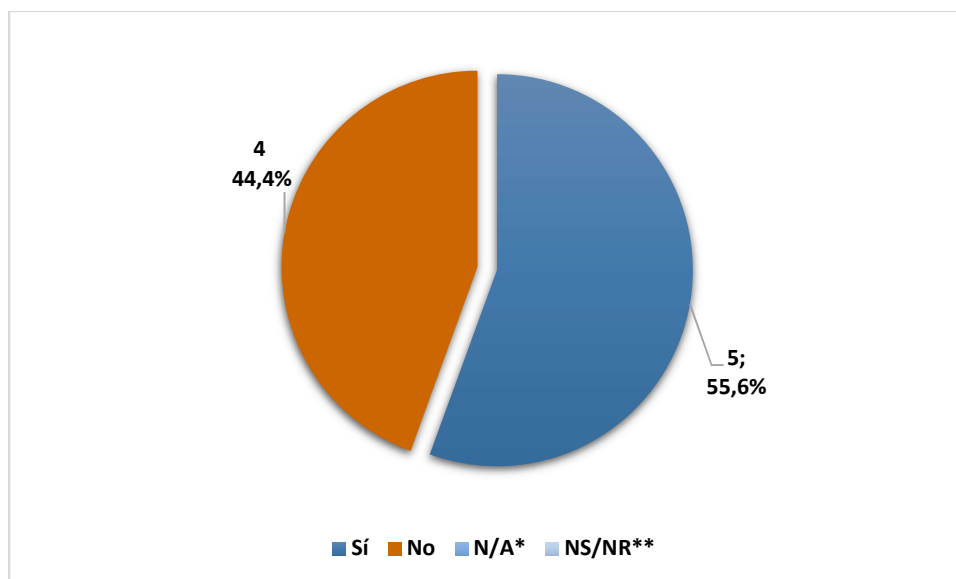
Fuente: Datos tomados de anexo comunicación ítem #10 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022. *No hay datos ** No sabe/No responde.

En la tabla 13 se observan los resultados de la pregunta a las personas con discapacidad auditiva acerca de si el dentista utilizó algún tipo de mascarilla o careta que permitiera que se le pudiera leer los labios. Se obtuvo que una mayoría con el 55,6% (n=5) respondieron que Sí fue así durante el tratamiento dental. El 44,4% (n=4) señalaron que el dentista No utilizó ni mascarilla o careta.

La gran mayoría de las personas con discapacidad auditiva entrevistadas respondieron que los dentistas si utilizaron algún tipo de mascarilla o careta que permitiera que se pudiera leer los labios, o en su defecto, se retiraron la mascarilla. Según Giraldo et al. (2017), es de suma importancia que el odontólogo y la asistente se comuniquen con el paciente hablando de frente y sin tapar los labios para lograr una lectura de labios eficiente y que así, la persona se sienta incluida y la

comunicación sea efectiva. Sin embargo, es importante mencionar que el uso de estos implementos se hace necesario como parte de las medidas de bioseguridad durante la atención dental propiamente. Por lo que es recomendable entonces que toda indicación y contacto preliminar al acto clínico se realice sin barreras físicas que impidan observar gestos, movimientos y expresiones faciales o corporales.

Figura 13. Distribución de la frecuencia del uso de mascarilla o careta que permita leer los labios del dentista, desde la percepción de personas con discapacidad auditiva, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 13

Tabla 14.

Distribución del grado de satisfacción desde la percepción de las personas con discapacidad auditiva con el trato recibido de las personas que atienden junto al dentista, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.

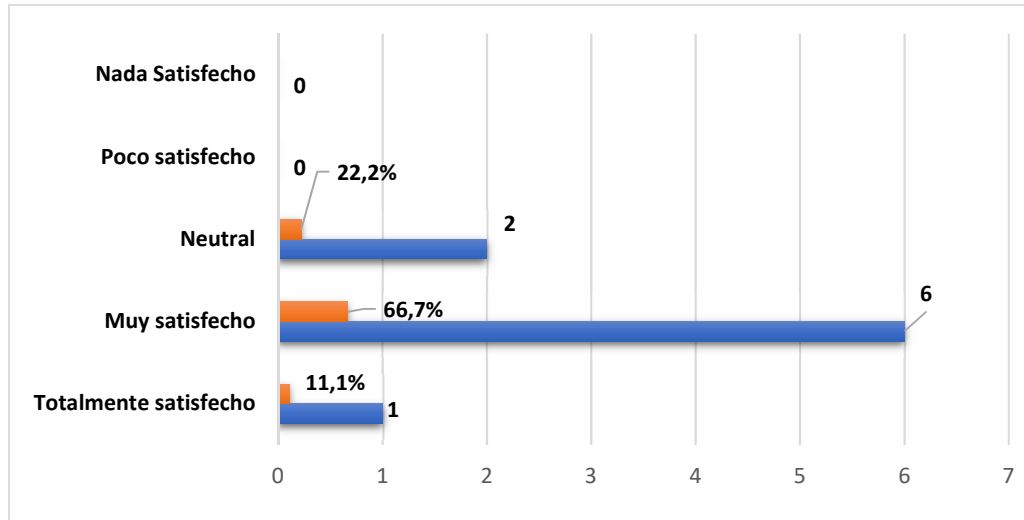
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Totalmente satisfecho	1	11.1%
Muy satisfecho	6	66.7%
Neutral	2	22.2%
Poco satisfecho	0	0.0%
Nada Satisfecho	0	0.0%
Total	9	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo satisfacción ítem #11 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022.

En la tabla 14 se presentan los resultados del grado de satisfacción acerca del trato recibido por parte de las personas que atienden junto con el dentista de los pacientes con discapacidad auditiva que participaron de este estudio. Se obtuvo que una mayoría con el 66,7% (n=5) dijeron estar muy satisfechos; el 22,2% (n=2) tuvieron una opinión neutral sobre el tema y, solamente 1 persona, indicó sentirse totalmente satisfecho con el trato recibido de parte de las personas que le atendieron junto con el odontólogo.

En el resultado a esta pregunta se observa que la gran mayoría de las personas con discapacidad entrevistadas se sienten muy satisfechos con el trato recibido por parte de las personas que lo atienden junto con el dentista. A lo que Matas (2018), indica que una persona al estar muy satisfecho con un servicio, se encuentra muy cercana a un estado completo de agrado y de complacencia al completar una necesidad o experiencia esperada.

Figura 14. Distribución del grado de satisfacción desde la percepción de las personas con discapacidad auditiva con el trato recibido de las personas que atienden junto al dentista, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 14

Tabla 15.

Distribución del grado de satisfacción desde la percepción de las personas con discapacidad auditiva sobre la confianza que transmite el dentista durante la cita, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.

	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Totalmente satisfecho	2	22.2%
Muy satisfecho	4	44.4%
Neutral	3	33.3%
Poco satisfecho	0	0.0%
Nada Satisfecho	0	0.0%
Total	9	100.00%

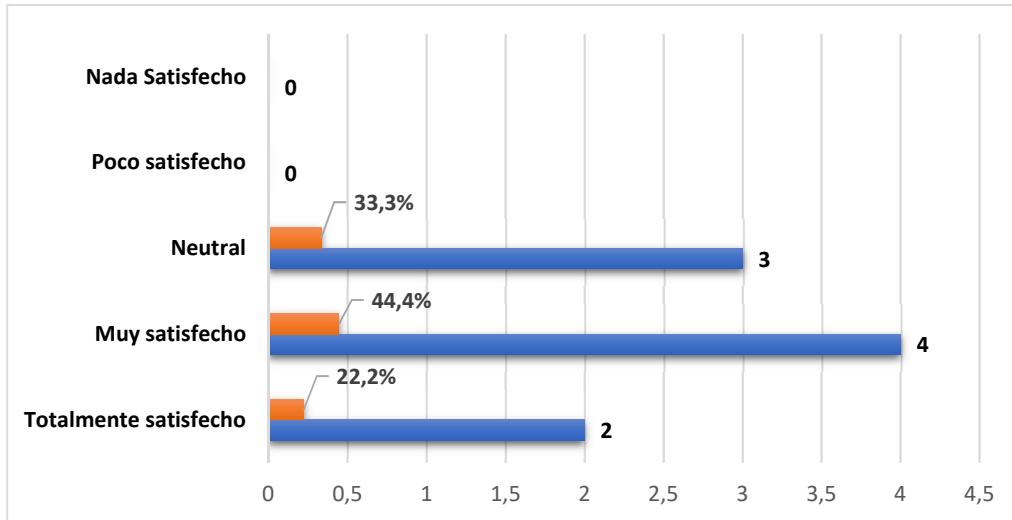
Fuente: Datos tomados de anexo satisfacción ítem #12 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022.

La tabla 15 muestra los resultados obtenidos del grado de satisfacción acerca de la confianza que transmite el dentista durante la atención dental a los pacientes con discapacidad auditiva que acudieron a la Clínica Odontológica. Se tiene que una mayoría con el 44,4% (n=4) opinaron estar muy satisfechos; el 33,3% (n=3) señalaron una posición neutral acerca del tema y un 22,2% (n=2) manifestaron estar totalmente satisfechos con la confianza transmitida por el odontólogo durante el tratamiento dental.

La mayoría de personas con discapacidad auditiva entrevistadas se sienten muy satisfechas con la confianza que les transmite el dentista durante la atención dental. A lo que Matas (2018) indica que una persona al estar muy satisfecho con un servicio, se encuentra muy cercana a un estado completo de agrado y de complacencia al completar una necesidad o experiencia esperada.

Además, Vera (2021) expresa que es importante la confianza que transmita el odontólogo y todo el equipo profesional para disminuir la ansiedad y el estrés que estas personas sienten durante la consulta dental. Mostrarles a estas personas que el equipo está capacitado para atenderlos ayuda a que estos puedan sentir seguridad.

Figura 15. Distribución del grado de satisfacción desde la percepción de las personas con discapacidad auditiva sobre la confianza que transmite el dentista durante la cita, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022



Fuente: tabla 15

Tabla 16.

Distribución del grado de satisfacción desde la percepción de personas con discapacidad auditiva sobre la rapidez con la que el dentista habla, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.

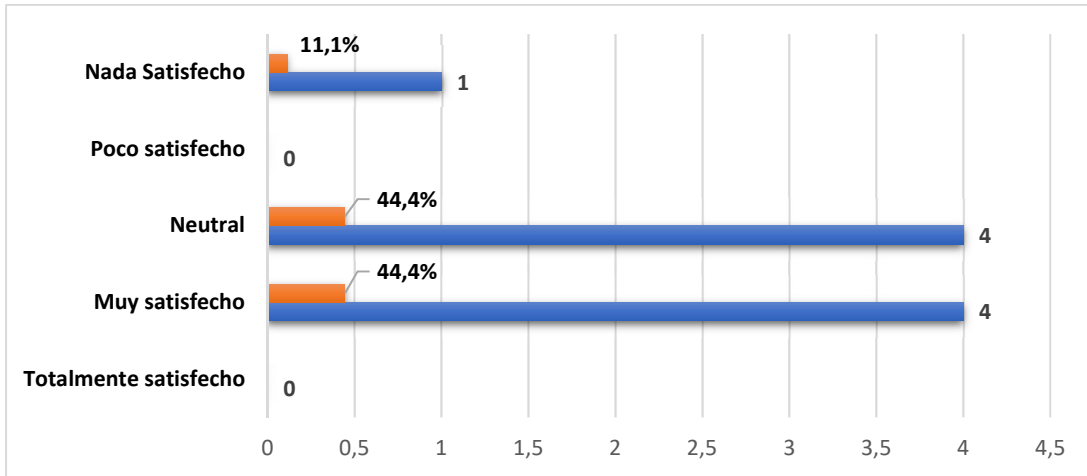
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Totalmente satisfecho	0	0.0%
Muy satisfecho	4	44.4%
Neutral	4	44.4%
Poco satisfecho	0	0.0%
Nada Satisfecho	1	11.1%
Total	9	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo satisfacción ítem #13 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022.

En la tabla 16 se aprecian los resultados obtenidos del grado de satisfacción acerca de la rapidez con la que el dentista habla a los pacientes con discapacidad auditiva que participaron del estudio. Se obtuvo que con el 44,4% del total, 4 pacientes por un lado opinaron estar muy satisfechos y otros 4, señalaron una posición neutral acerca del tema. En un caso (11,1%) el paciente expresó que se encontraba nada satisfecho con la rapidez con la que el odontólogo le hablaba durante la cita dental.

En el análisis de este resultado se observa que las opiniones de las personas con discapacidad auditiva se encuentran divididas, entre los que se sienten muy satisfechos con la rapidez con la que le habla el odontólogo y aquellas que tienen una posición neutral al respecto. Para ello, Matas (2018), menciona que la posición neutral en la escala de Likert se coloca para no obligar al participante a estar totalmente de acuerdo o totalmente en desacuerdo con lo que se le pregunta, esto puede convertirse en un sesgo por la falta de decisión de la persona encuestada y el motivo del por el cual está eligiendo esta opción.

Figura 16. Distribución del grado de satisfacción desde la percepción de personas con discapacidad auditiva sobre la rapidez con la que el dentista habla, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 16

Tabla 17.

Distribución del grado de satisfacción desde la percepción de personas con discapacidad auditiva acerca del nivel de conocimiento en LESCO del dentista, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.

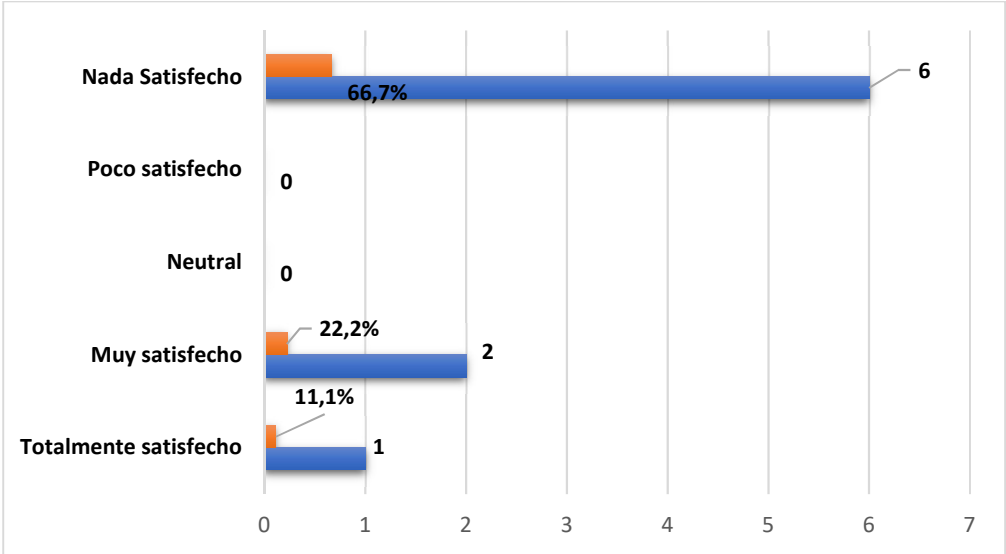
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Totalmente satisfecho	1	11.1%
Muy satisfecho	2	22.2%
Neutral	0	0.0%
Poco satisfecho	0	0.0%
Nada Satisfecho	6	66.7%
Total	9	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo satisfacción ítem #14 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2022.

En la tabla 17 se observan los resultados obtenidos del grado de satisfacción acerca del nivel de conocimiento en LESCO que tiene el dentista mostrado a las personas con discapacidad auditiva cuando han recibido atención dental. Se obtuvo que la mayoría con el 66,7% (n=6) indicaron encontrarse nada satisfechos; con el 22,2% (n=2) indicaron estar muy satisfechos y, por otro lado, un paciente (11,1%) señaló que se encontraba totalmente satisfecho con el nivel de conocimiento en LESCO del odontólogo.

La mayoría de las personas con discapacidad auditiva entrevistadas en la escuela para sordos coinciden en sentirse nada satisfechos con el nivel de conocimiento en LESCO que tiene el dentista. Para Matas (2018), si un participante se siente nada satisfecho es porque no se está complacido con el servicio que se le brindó, por lo que este tipo de respuestas ayudan a buscar una mejoría en la gestión de las experiencias que vive el cliente.

Figura 17. Distribución del grado de satisfacción desde la percepción de personas con discapacidad auditiva acerca del nivel de conocimiento en LESCO del dentista, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 17

4.2 Análisis para las personas con discapacidad visual

A continuación, se detallan las preguntas realizadas a cada persona diagnosticada con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller que recibieron tratamiento dental entre enero y septiembre 2022, así como el análisis de sus respuestas.

Tabla 18.

Distribución de frecuencias según el sexo de los participantes con discapacidad visual, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.

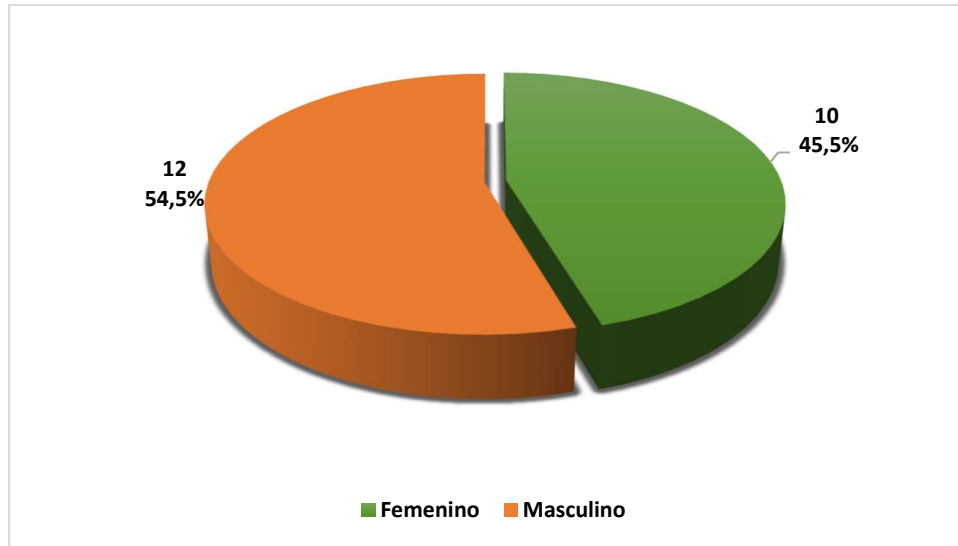
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Femenino	10	45.5%
Masculino	12	54.5%
Total	22	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo datos personales ítem #a del cuestionario aplicado a personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, 2022.

De acuerdo con la tabla 18 se observa que la mayoría de las personas diagnosticadas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller que han recibido tratamiento dental fueron del sexo masculino con un 54,5% (n=12) y un 45,5% (n=10) del sexo femenino.

En el análisis de este resultado se encontró que la mayoría de los participantes con discapacidad visual entrevistados son del sexo masculino.

Figura 18. Distribución de frecuencias según el sexo de los participantes con discapacidad visual, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 18

Tabla 19.

Distribución de frecuencias según las edades de las personas con discapacidad visual, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.

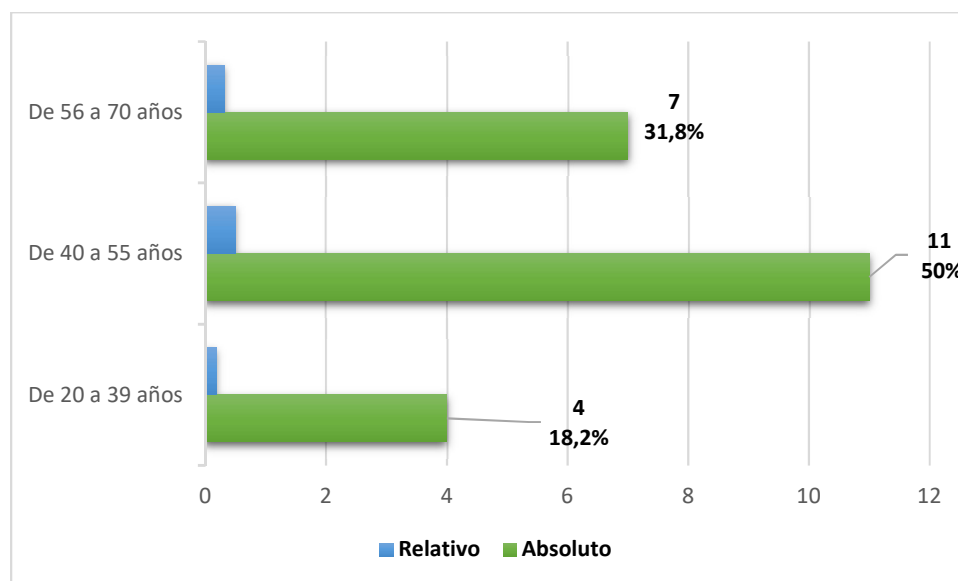
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
De 20 a 39 años	4	18.2%
De 40 a 55 años	11	50.0%
De 56 a 70 años	7	31.8%
Total	22	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo datos personales ítem #b del cuestionario aplicado a personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, 2022.

En la tabla 19 se presentan la frecuencia de las edades por rangos de las personas con discapacidad visual que participaron en este estudio, se obtuvo que la mayoría con el 50% (n=3) tenían de 40 a 55 años; con el 31,8% (n=7) con edades de 56 a 70 años y, finalmente, con 11% (n=4) pacientes con edades de 20 a 39 años.

Dentro de este resultado se muestra que todos los participantes fueron adultos y predominó el rango de edad de 40 a 55 años.

Figura 19. Distribución de frecuencias según las edades de las personas con discapacidad visual, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 19

Tabla 20.

Distribución de frecuencias según condición visual de las personas con discapacidad visual, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.

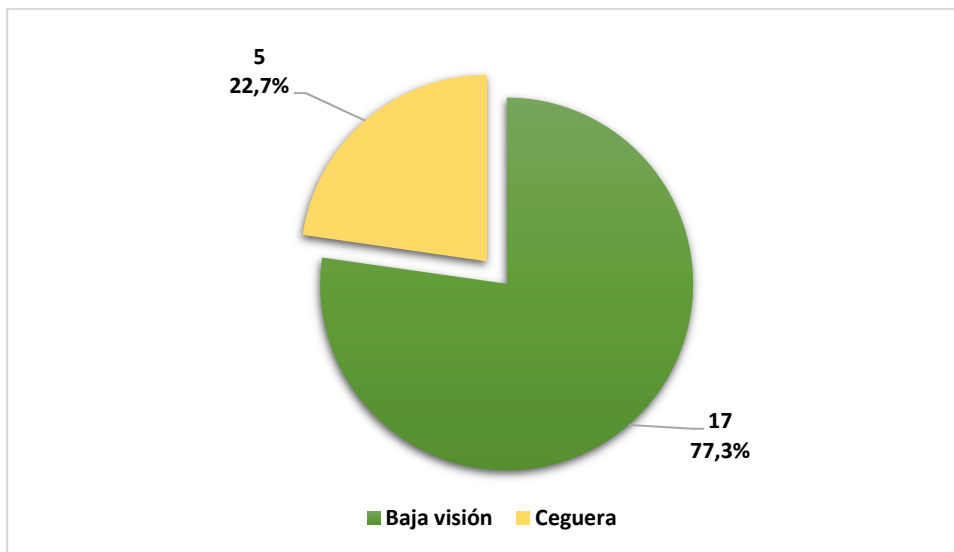
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Baja visión	17	77.3%
Ceguera	5	22.7%
Total	22	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo datos personales ítem # d del cuestionario aplicado a personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, 2022.

La tabla 20 muestra la frecuencia de la condición visual de las personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller que recibieron tratamiento dental. Se observa que la mayoría con el 77,3% (n=17) señaló que tienen baja visión y el restante 22,7% (n=5) que presentan ceguera.

Se observa que la condición visual de la gran mayoría de las personas con discapacidad entrevistadas en el Instituto Helen Keller es de baja visión.

Figura 20. Distribución de frecuencias según condición visual de las personas con discapacidad visual, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 20

Tabla 21.

Distribución de la frecuencia de visita al dentista por molestia según la percepción del paciente, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.

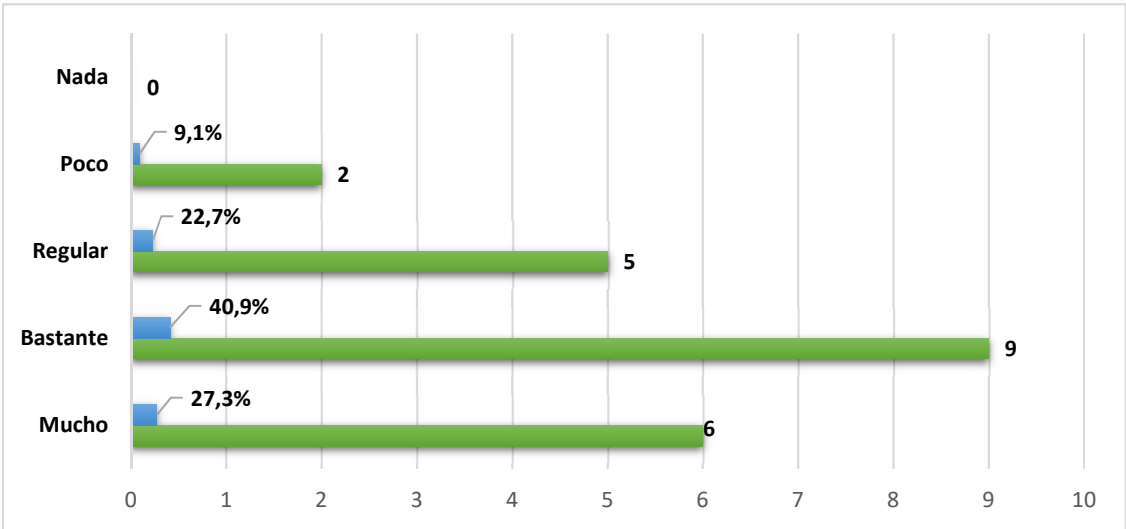
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Mucha molestia	6	27.3%
Bastante molestia	9	40.9%
Regular	5	22.7%
Poca molestia	2	9.1%
Sin molestia	0	0.0%
Total	22	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo adecuaciones en el tratamiento ítem #1 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, 2022.

En la tabla 21 se observan los resultados de la frecuencia con respecto a si la persona con discapacidad visual visita al odontólogo únicamente cuando tiene alguna molestia. Se obtuvo que la mayoría con el 40,9% (n=9) expresó que lo hace bastante; el 27,3% (n=6) señaló que lo hacen mucho; el 22,7% (n=5) opinó que lo hace regularmente y, finalmente, con el 9,1%, 2 personas indicaron que lo hacen poco, es decir, que pocas veces visitan al dentista cuando tienen molestias.

La mayoría de personas con discapacidad visual entrevistadas en el Instituto Helen Keller coinciden en que visitan bastante al odontólogo únicamente cuando tienen alguna molestia. De lo cual Vilela et al. (2017) indica que los controles deben ser periódicos y no únicamente cuando hay molestia para así, mantener la motivación y realizar tratamientos preventivos. Además, menciona que se deben evitar las consultas de urgencia ya que se puede generar un trauma y un sentimiento negativo de la persona discapacitada, al tener que tratar una lesión avanzada de forma abrupta.

Figura 21. Distribución de la frecuencia de visita al dentista por molestia según la percepción del paciente, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 21

Tabla 22.

Distribución de la frecuencia con que el odontólogo le coloca lentes oscuros para evitar la luz desde la percepción de personas con discapacidad visual, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, entre enero y septiembre 2022.

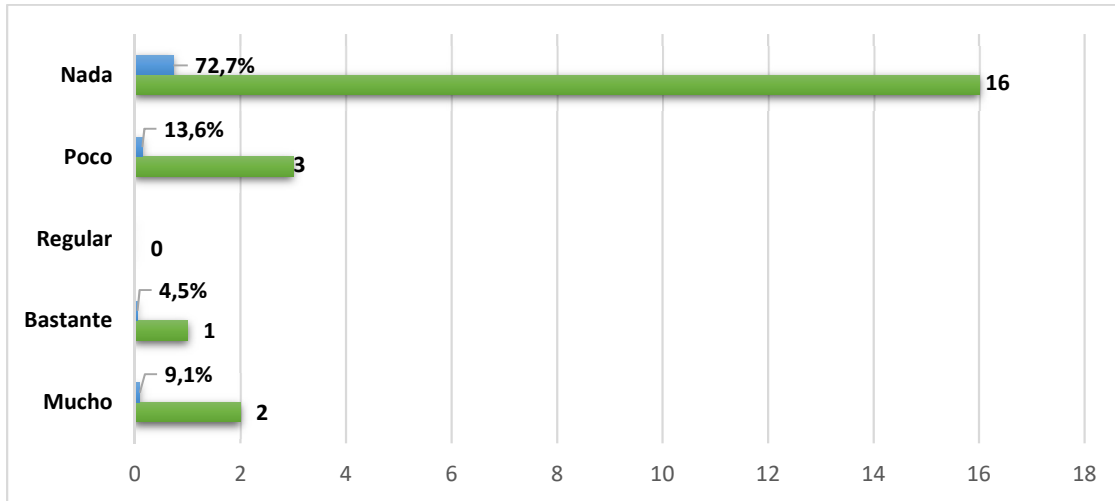
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Mucho	2	9.1%
Bastante	1	4.5%
Regular	0	0.0%
Poco	3	13.6%
Nada	16	72.7%
Total	22	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo adecuaciones en el tratamiento ítem #2 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, 2022.

La tabla 22 presenta los resultados de la frecuencia con respecto a si el odontólogo coloca lentes oscuros que eviten la molestia con la luz a las personas con discapacidad visual y que participaron de este estudio. Se obtuvo que la mayoría con el 72,7% (n=16) señaló que no le colocaron nada; el 13,6% (n=3) señaló que muy pocas veces; el 9,1% (n=2) opinó que lo hacen mucho y, finalmente, con el 4,5%, una persona indicó que lo hacen bastante.

Se observa que la gran mayoría de las personas con discapacidad visual entrevistadas coinciden en que los odontólogos no les colocan lentes oscuros o alguna protección que les evite molestia con la luz. Lo cual, si deberían hacer, ya que algunos pacientes pueden ser sensibles a determinadas luces por lo que es de suma importancia tener a disposición lentes oscuros y tratar de que la luz ilumine únicamente la cavidad oral. (Antonio et al., 2013).

Figura 22. Distribución de la frecuencia con que el odontólogo le coloca lentes oscuros para evitar la luz, desde la percepción de personas con discapacidad visual, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 22

Tabla 23.

Distribución de la frecuencia con que el odontólogo le avisa a las personas con discapacidad visual de cualquier movimiento antes, como acomodar la silla, desde la percepción del paciente, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.

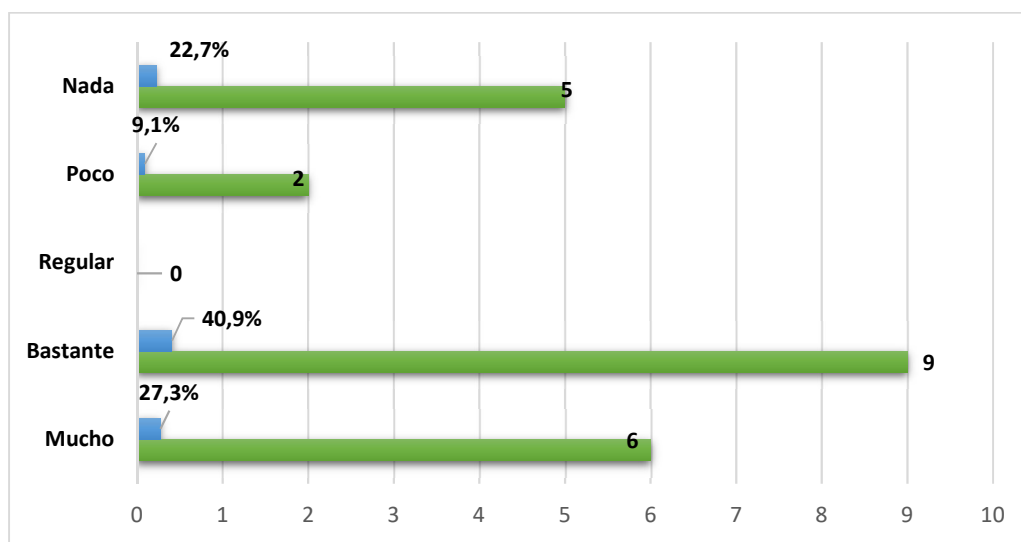
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Mucho	6	27.3%
Bastante	9	40.9%
Regular	0	0.0%
Poco	2	9.1%
Nada	5	22.7%
Total	22	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo adecuaciones en el tratamiento ítem #3 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, 2022.

En la tabla 23 se observan los resultados de la frecuencia con respecto a si el odontólogo indica cualquier movimiento antes de realizarlo, por ejemplo, acomodar la silla dental de los pacientes con discapacidad visual que acuden a tratamiento dental. Se obtuvo que la mayoría con el 40,9% (n=9) señaló que esto sucede bastante; el 27,3% (n=6) indicó que eso sucede mucho; el 22,7% (n=5) opinó que nada de eso sucede y, finalmente, con el 9,1%, 2 personas mencionaron que el dentista pocas veces avisa de movimientos antes de realizarlo en la consulta dental.

La mayoría de las personas con discapacidad visual entrevistadas opinan que los odontólogos les indican cualquier movimiento antes de realizarlo con bastante frecuencia. López et al. (2017) confirma que es importante advertirle a la persona de cualquier movimiento que se haga, si se va a reposicionar la silla dental, si se va a colocar el suctor o el babero, todo debe informarse para que el paciente ya sepa de antemano lo que va a sentir y evitar cualquier movimiento brusco.

Figura 23. Distribución de la frecuencia con que el odontólogo le avisa a las personas con discapacidad visual de cualquier movimiento antes, como acomodar la silla, desde la percepción del paciente, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 23

Tabla 24.

Distribución de la frecuencia con que el odontólogo le describe a la persona con discapacidad visual el consultorio, instrumentos, materiales y equipo, desde la percepción del paciente, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.

	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Mucho	2	9.1%
Bastante	8	36.4%
Regular	1	4.5%
Poco	1	4.5%
Nada	10	45.5%
Total	22	100.00%

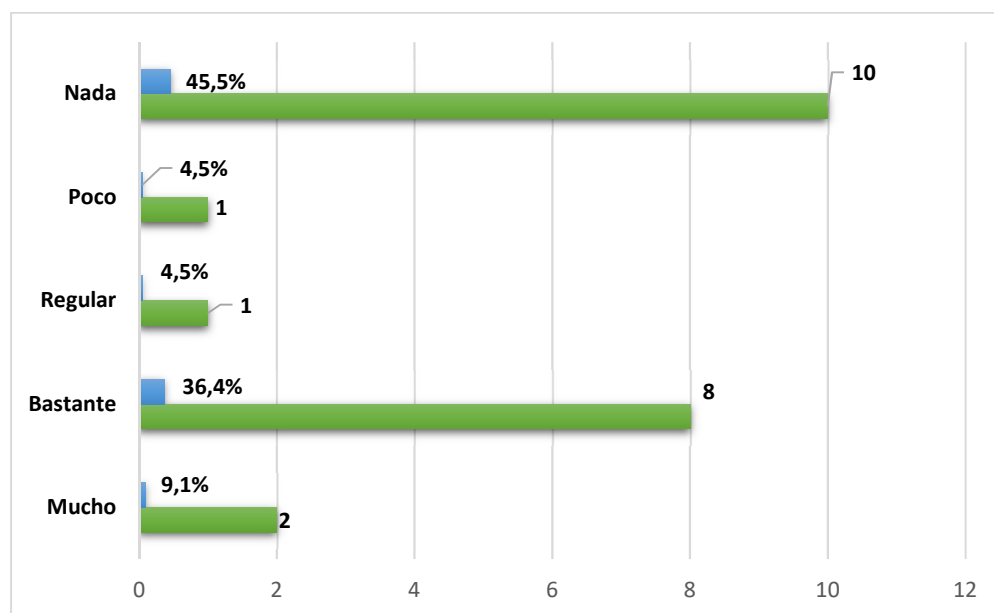
Fuente: Datos tomados de anexo espacio físico del consultorio ítem #4 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, 2022.

La tabla 24 muestra los resultados de la frecuencia con respecto a si el odontólogo describe con detalle el consultorio dental y todo lo que esté alrededor, como instrumentos, materiales y equipo, a las personas con discapacidad visual. Se obtuvo que hay una equivalencia entre preguntas positivas y negativas, donde el 50% (n=10) considera que el odontólogo le describe con detalle el consultorio, instrumentos, materiales y equipo al paciente, mientras que el otro 50% (n=10) menciona que nada de esto ocurre.

Dentro de este resultado se observa que las opiniones se encuentran divididas entre las personas con discapacidad visual que consideran que los odontólogos les describen con detalle el consultorio y todo lo que está alrededor y la otra mitad que considera que nada de esto es así. Según López et al. (2017) sí se debe describir con detalle el consultorio dental y todo lo que esté alrededor, materiales, instrumentos y equipo para que la persona se sienta cómoda dentro del

consultorio y pueda a través de los demás sentidos descubrir qué le están colocando dentro de la boca.

Figura 24. Distribución de la frecuencia con que el odontólogo le describe a la persona con discapacidad visual el consultorio, instrumentos, materiales y equipo, desde la percepción del paciente, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 24

Tabla 25.

Distribución de la frecuencia con que el odontólogo guía a la persona con discapacidad visual hasta la silla dental, desde la percepción del paciente, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.

	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Mucho	8	36.4%
Bastante	8	36.4%
Regular	2	9.1%
Poco	1	4.5%
Nada	3	13.6%
Total	22	100.00%

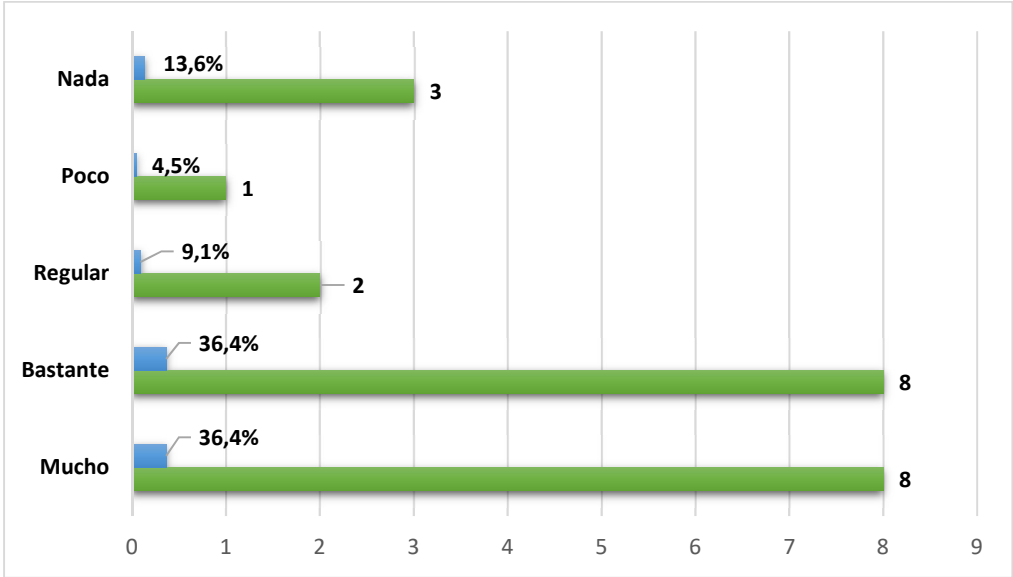
Fuente: Datos tomados de anexo espacio físico del consultorio ítem #5 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, 2022.

La tabla 25 presenta los resultados de la frecuencia de la pregunta hecha a las personas con discapacidad visual acerca de si el odontólogo los guía hasta donde se encuentra la silla dental al momento de recibirlos en su consultorio. Se tiene que con el 36,4%, 8 personas indicaron que sucede mucho, al igual que otras 8 personas que señalaron que esto ocurre bastante en la cita. Por otro lado, el 13,6% (n=3) expresaron que nada de eso sucede; el 9,1% (n=2) opinaron que eso sucede regularmente y, finalmente, con el 4,5%, 1 persona mencionó que eso sucede poco.

En la interpretación de este resultado se observa que las opiniones de las personas con discapacidad visual se encuentran divididas entre las que consideran que con mucha frecuencia los odontólogos los guían hasta donde está la silla dental y los que consideran que esto sucede con bastante frecuencia. Según la investigación realizada por López et al. (2017), si se debe guiar al paciente hasta el

consultorio dental, pudiendo ser que el paciente coloque la mano sobre el hombro del odontólogo o agarrarle la mano para evitar de esta manera tropiezos o caídas.

Figura 25. Distribución de la frecuencia con que el odontólogo guía a la persona con discapacidad visual hasta la silla dental, desde la percepción del paciente, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 25

Tabla 26.

Distribución de la frecuencia con que las personas con discapacidad visual consideran desde su percepción que el odontólogo posee una correcta señalización en su consultorio, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.

	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Mucho	0	0.0%
Bastante	0	0.0%
Regular	0	0.0%
Poco	1	4.5%
Nada	21	95.5%
Total	22	100.00%

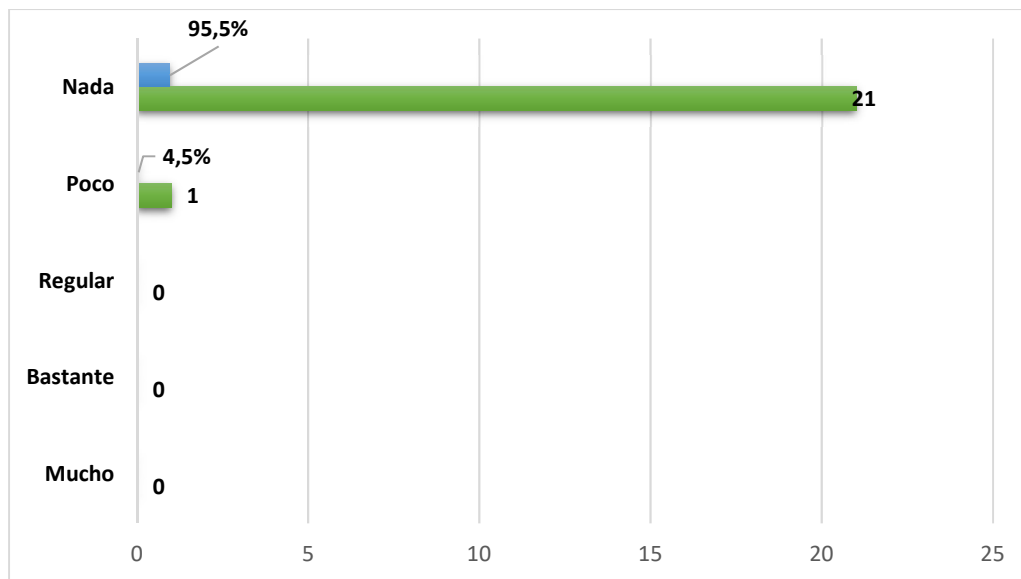
Fuente: Datos tomados de anexo espacio físico del consultorio ítem #6 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, 2022.

En la tabla 26 se observan los resultados de la frecuencia de la pregunta hecha a los pacientes con deficiencia visual acerca de si consideran que el odontólogo posee una correcta señalización en su consultorio. Se obtuvo que una gran mayoría con el 95,5% (n=21) de los pacientes indicaron que nada de eso es así y solamente 1 persona (4,5%) señaló que es poca la señalización dentro del consultorio dental.

La gran mayoría de las personas con discapacidad visual entrevistadas en el Instituto Helen Keller coinciden en que la frecuencia en la que los odontólogos poseen una correcta señalización dentro del consultorio es nula. Para Mongelli (2020) es necesario tener señalización en áreas importantes del consultorio, por ejemplo, los baños de mujeres y hombres, salidas de emergencia, extintor, ascensores, escaleras o rampas que permitan independencia y comodidad para

estas personas. Esta debe ser información precisa, básica y con símbolos de fácil comprensión.

Figura 26. Distribución de la frecuencia con que las personas con discapacidad visual consideran desde su percepción que el odontólogo posee una correcta señalización en su consultorio, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 26

Tabla 27.

Distribución de la frecuencia con que las personas con discapacidad visual se han tropezado con algún objeto camino a la silla dental, desde la percepción del paciente, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.

	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Mucho	1	4.5%
Bastante	6	27.3%
Regular	0	0.0%
Poco	6	27.3%
Nada	9	40.9%
Total	22	100.00%

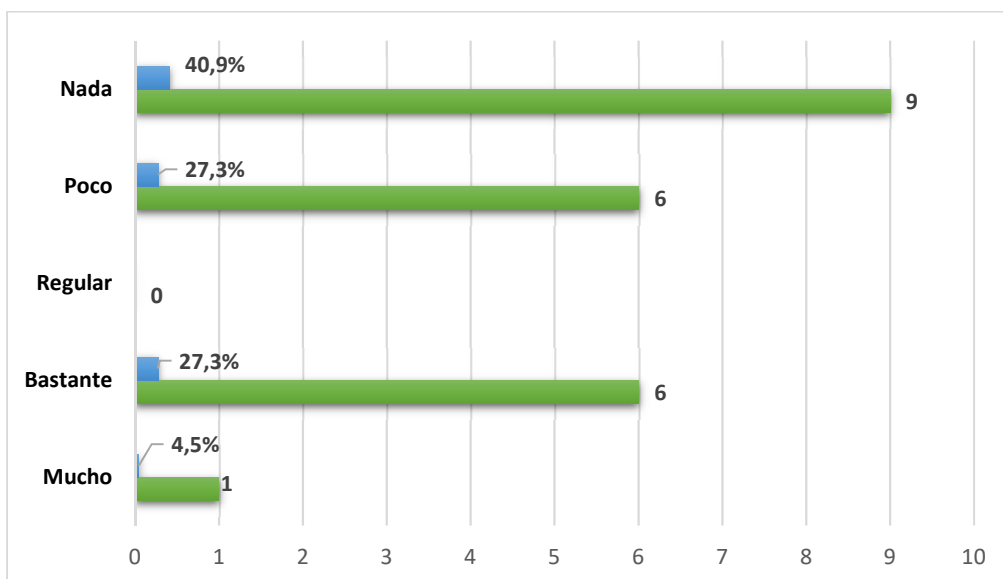
Fuente: Datos tomados de anexo espacio físico del consultorio ítem #7 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, 2022.

La tabla 27 muestra los resultados de la frecuencia de la pregunta hecha a las personas con discapacidad visual acerca de si ha tropezado con algún objeto como sillones, muebles o plantas de la clínica en su camino a la silla dental. Se obtuvo que la mayoría con el 40,9% (n=9) indicaron que nada de eso ha ocurrido; con el 27,3%, 6 personas señalaron que eso ha sucedido bastante y otras 6 personas a su vez mencionaron que eso sucede poco. Finalmente, 1 persona (4,5%) mencionó que tropezarse con objetos dentro del consultorio sucede mucho.

Dentro de este resultado se observa que la mayoría de las personas con discapacidad visual entrevistadas consideran que la frecuencia con la que se han tropezado con algún objeto camino a la silla dental es nula. Para Rodríguez et al. (2013) las personas con discapacidad visual no deberían tropezarse con ningún

objeto, ya que el consultorio debe tener una vía de paso hasta la silla dental despejada y sin obstáculos.

Figura 27. Distribución de la frecuencia con que las personas con discapacidad visual se han tropezado con algún objeto camino a la silla dental, desde la percepción del paciente, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 27

Tabla 28.

Distribución de la frecuencia de la percepción de las personas con discapacidad visual acerca de si el consultorio tiene condiciones de accesibilidad adecuadas, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.

	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Mucho	7	31.8%
Bastante	4	18.2%
Regular	3	13.6%
Poco	3	13.6%
Nada	5	22.7%
Total	22	100.00%

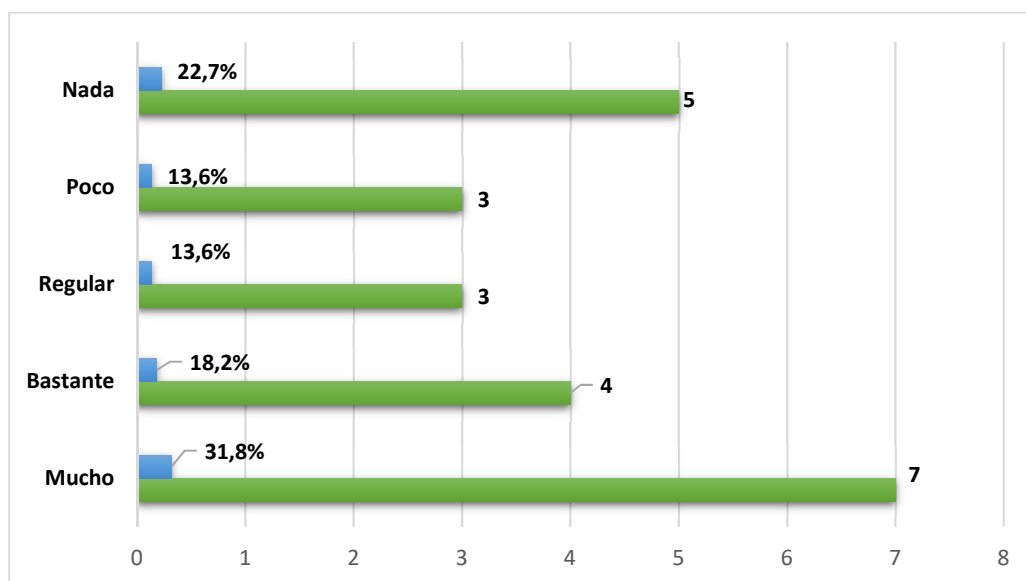
Fuente: Datos tomados de anexo espacio físico del consultorio ítem #8 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, 2022.

En la tabla 28 se presentan los resultados de la frecuencia de la opinión de las personas con deficiencia visual acerca de si el consultorio tenía condiciones de accesibilidad adecuadas. Se obtuvo una equivalencia entre lo positivo y lo negativo, dando como resultado que el 50% (n=11) de las personas con discapacidad visual consideran que el consultorio si tiene condiciones de accesibilidad adecuadas, mientras que, el 49.9% (n=11) restante indicaron que el consultorio no presentaba estas condiciones.

La mitad de las personas entrevistadas con discapacidad visual coinciden en que en el consultorio dental tenía las condiciones de accesibilidad adecuadas mientras que a otra mitad que considera que no. Según Vera (2021) el consultorio dental debe estar equipado y adaptado con todas las necesidades que requieren los pacientes con pérdida de la visión, para así mejorar la estadía y la atención

dental de ellos. Para esto, se necesita tener despejado el acceso, puertas que sean de preferencia automáticas, tener en el consultorio muebles que no tengan bordes filosos para evitar lesiones.

Figura 28. Distribución de la frecuencia de la percepción de las personas con discapacidad visual acerca de si el consultorio tiene condiciones de accesibilidad adecuadas, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 28

Tabla 29.

Distribución del grado de satisfacción desde la percepción del paciente del trato que recibe la persona con deficiencia visual por parte del personal de salud y administrativo que laboran con el odontólogo, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.

	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Totalmente satisfecho	14	63.6%
Muy satisfecho	4	18.2%
Neutral	1	4.5%
Poco satisfecho	1	4.5%
Nada Satisfecho	2	9.1%
Total	22	100.00%

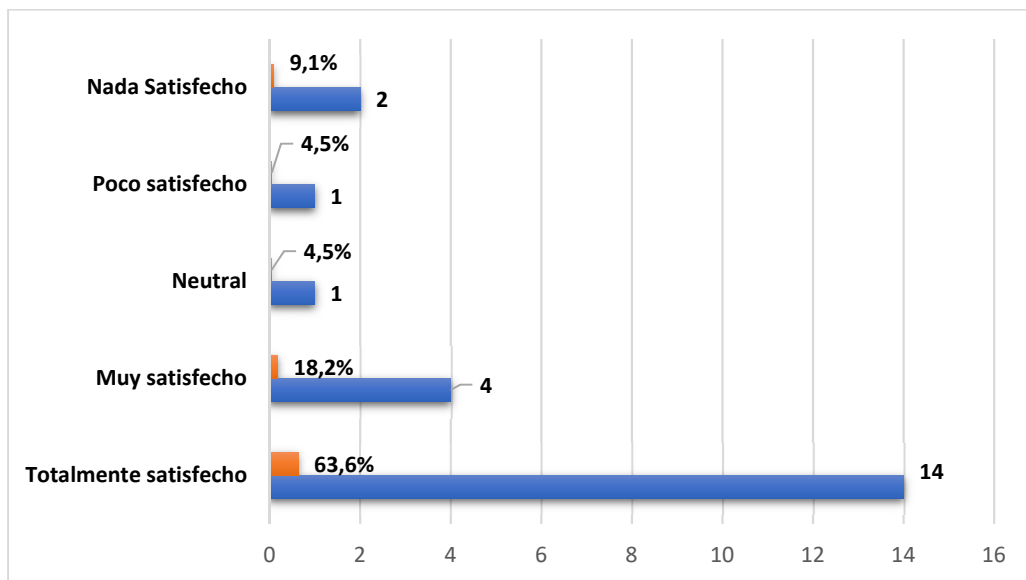
Fuente: Datos tomados de anexo satisfacción ítem #9 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, 2022.

En la tabla 29 se presentan los resultados del grado de satisfacción de las personas con discapacidad visual acerca del trato que recibió por parte del personal de salud y administrativo que labora en conjunto con el odontólogo. Se obtuvo que la gran mayoría con el 63,6% (n=14) mencionaron estar totalmente satisfechos; el 18,2%, (n=4) señalaron sentirse muy satisfechos. Por otra parte, el 9,1% (n=2) mencionaron estar nada satisfechos. Finalmente, con el 4,5%, una persona opinó de manera neutral sobre el tema y otro, mencionó sentirse poco satisfecho.

Dentro de la interpretación de este resultado se observa que la gran mayoría de personas con discapacidad visual entrevistadas se sienten totalmente satisfechas con el trato que reciben por parte del personal de salud y administrativo que labora junto al odontólogo. Para Matas (2018), una persona que se encuentra totalmente satisfecha con un servicio, es porque tiene un estado completo de agrado

y de complacencia al completar una necesidad o experiencia esperada. Este tipo de respuestas también son indicadores para la empresa a continuar realizando esta gestión en particular.

Figura 29. Distribución del grado de satisfacción desde la percepción del paciente del trato que recibe la persona con deficiencia visual por parte del personal de salud y administrativo que laboran con el odontólogo, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 29

Tabla 30.

Distribución del grado de satisfacción desde la percepción de las personas con discapacidad visual acerca de la confianza que transmite el odontólogo durante la atención dental, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.

	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Totalmente satisfecho	12	54.5%
Muy satisfecho	4	18.2%
Neutral	2	9.1%
Poco satisfecho	0	0.0%
Nada Satisfecho	4	18.2%
Total	22	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo satisfacción ítem #10 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, 2022.

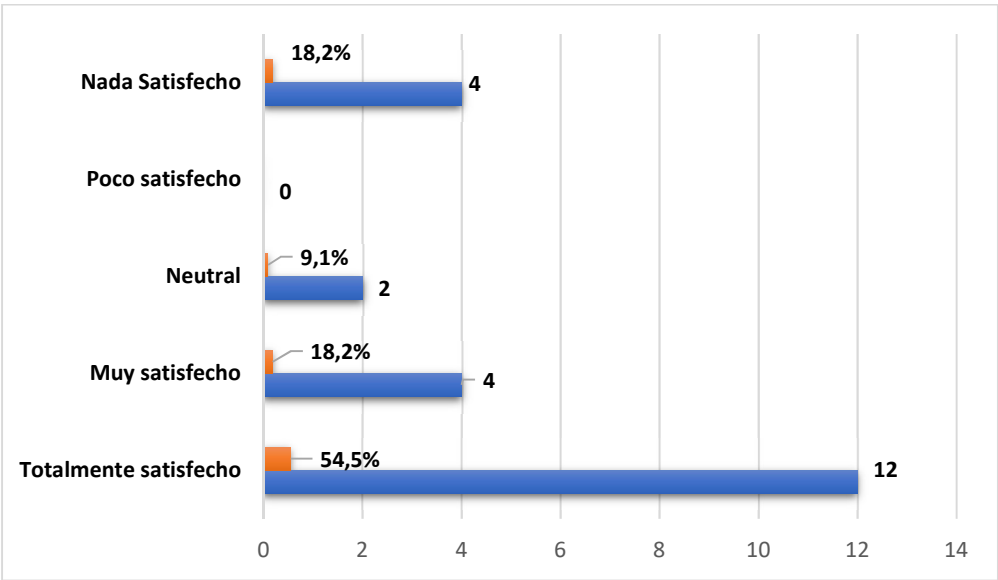
La tabla 30 muestra los resultados del grado de satisfacción de las personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller que asistieron a tratamiento dental durante el periodo del estudio, acerca de la confianza que transmitió el odontólogo durante la atención dental. Se obtuvo que la mayoría con el 54,5% (n=12) opinaron estar totalmente satisfechos; con el 18,2%, 4 personas señalaron sentirse muy satisfechos y otros 4, indicaron más bien sentirse nada satisfechos. Finalmente, con el 9,1%, 2 personas mencionaron una posición neutral acerca de este tema.

La mayoría de las personas con discapacidad visual entrevistadas en el Instituto se sienten totalmente satisfechas con la confianza que les trasmite el odontólogo durante la atención dental. Para Ríos (2017), una persona que se encuentra totalmente satisfecha con un servicio, es porque tiene un estado completo de agrado y de complacencia al completar una necesidad o experiencia esperada.

Este tipo de respuestas también son indicadores para la empresa a continuar realizando esta gestión en particular.

Además, Vera (2021) expresa que es importante la confianza que transmite el odontólogo y todo el equipo profesional para disminuir la ansiedad y el estrés que estas personas sienten durante la consulta dental. Mostrarles a estas personas que el equipo está capacitado para atenderlos ayuda a que estos puedan sentir seguridad.

Figura 30. Distribución del grado de satisfacción desde la percepción de las personas con discapacidad visual acerca de la confianza que transmite el odontólogo durante la atención dental, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 30

Tabla 31.

Distribución del grado de satisfacción desde la percepción de personas con discapacidad visual con respecto a la señalización dentro del consultorio dental, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.

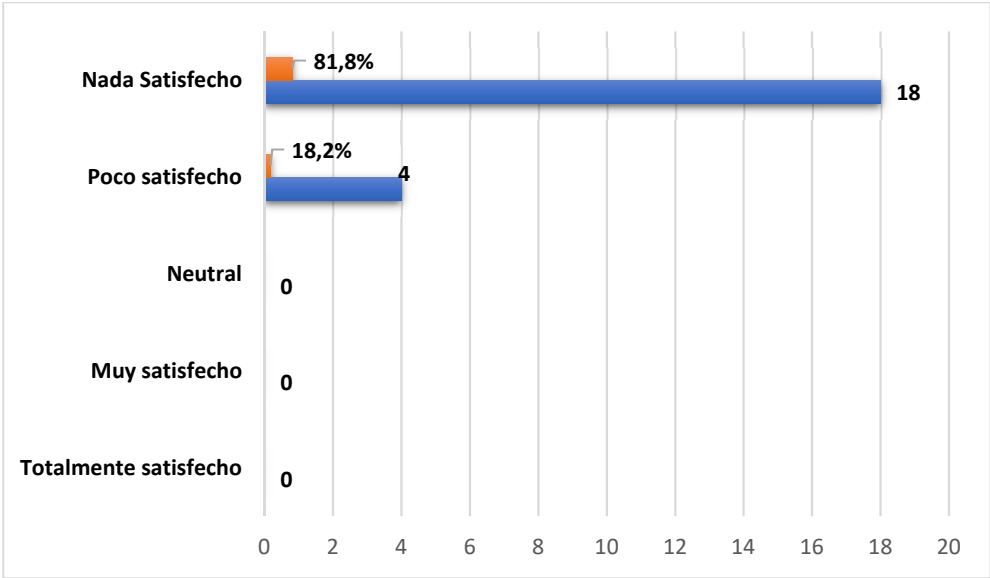
	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Totalmente satisfecho	0	0.0%
Muy satisfecho	0	0.0%
Neutral	0	0.0%
Poco satisfecho	4	18.2%
Nada Satisfecho	18	81.8%
Total	22	100.00%

Fuente: Datos tomados de anexo satisfacción ítem #11 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller durante el tratamiento dental, 2022.

En la tabla 31 se presentan los resultados obtenidos del grado de satisfacción con la señalización dentro del consultorio de las personas con discapacidad visual que han asistido a consulta dental. Se obtuvo que la gran mayoría con el 81,8%% (n=18) expresaron estar nada satisfechos y con el 18,2%, (n=4) las personas señalaron sentirse poco satisfechos con la señalización dentro del consultorio en su visita para tratamiento dental.

La gran mayoría de las personas con discapacidad visual entrevistadas se sienten nada satisfechas con la señalización que había dentro del consultorio dental. Para Matas (2018) si un participante se siente nada satisfecho es porque no está complacido con el servicio que se le brindó, por lo que este tipo de respuestas ayudan a buscar una mejoría en la gestión de las experiencias que vive el cliente.

Figura 31. Distribución del grado de satisfacción desde la percepción de personas con discapacidad visual con respecto a la señalización dentro del consultorio dental, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 31

Tabla 32.

Distribución del grado de satisfacción desde la percepción de personas con discapacidad visual con respecto a las preguntas que le hace el odontólogo sobre su discapacidad, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.

	<i>Fi</i>	<i>Fr</i>
Totalmente satisfecho	4	18.2%
Muy satisfecho	3	13.6%
Neutral	3	13.6%
Poco satisfecho	5	22.7%
Nada Satisfecho	7	31.8%
Total	22	100.00%

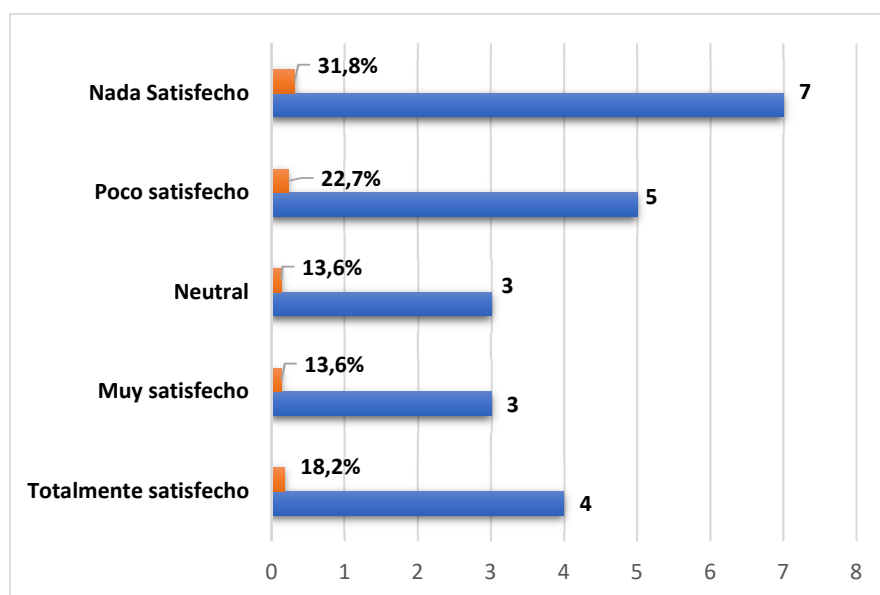
Fuente: Datos tomados de anexo satisfacción ítem # 12 del cuestionario aplicado a personas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, 2022.

La Figura 32 muestra los resultados del grado de satisfacción de las personas con discapacidad visual que asistieron a la consulta odontológica, acerca de las preguntas que hace el odontólogo sobre su discapacidad, entre ellas, sobre las enfermedades asociadas a su discapacidad, qué método utiliza para desplazarse, si toma de medicamentos, entre otras. Se obtuvo que la mayoría con el 31,8% (n=7) opinaron estar nada satisfechos; con el 22,7% (n=5) las personas indicaron sentirse poco satisfechos; con el 18,2% (n=4), señalaron sentirse totalmente satisfechos. Finalmente, con el 13,6%, 3 personas mencionaron, por un lado, una posición neutral acerca de este tema y otros 3, expresaron sentirse muy satisfechos con las preguntas efectuadas por el odontólogo.

La gran mayoría de las personas con discapacidad visual entrevistadas se sienten nada satisfechas con las preguntas realizadas por el odontólogo sobre su discapacidad. Para Matas (2018) si un participante se siente nada satisfecho es porque no está complacido con el servicio que se le brindó, por lo que este tipo de respuestas ayudan a buscar una mejoría en la gestión de las experiencias que vive el cliente.

También, según Zúñiga (2013), es importante realizar una historia clínica completa ya que, con toda esta información, el tratamiento se puede adaptar de la mejor manera posible. La historia debe ser individualizada para cada paciente y se debe colocar todo lo relacionado a la discapacidad, por ejemplo, el grado de discapacidad visual del paciente, enfermedades asociadas, grado de cooperación del paciente, cómo han sido experiencias anteriores, entre otras. (Recuperado de <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/165>)

Figura 32. Distribución del grado de satisfacción desde la percepción de personas con discapacidad visual con respecto a las preguntas que le hace el odontólogo sobre su discapacidad, Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre 2022.



Fuente: tabla 32

Tabla 33.

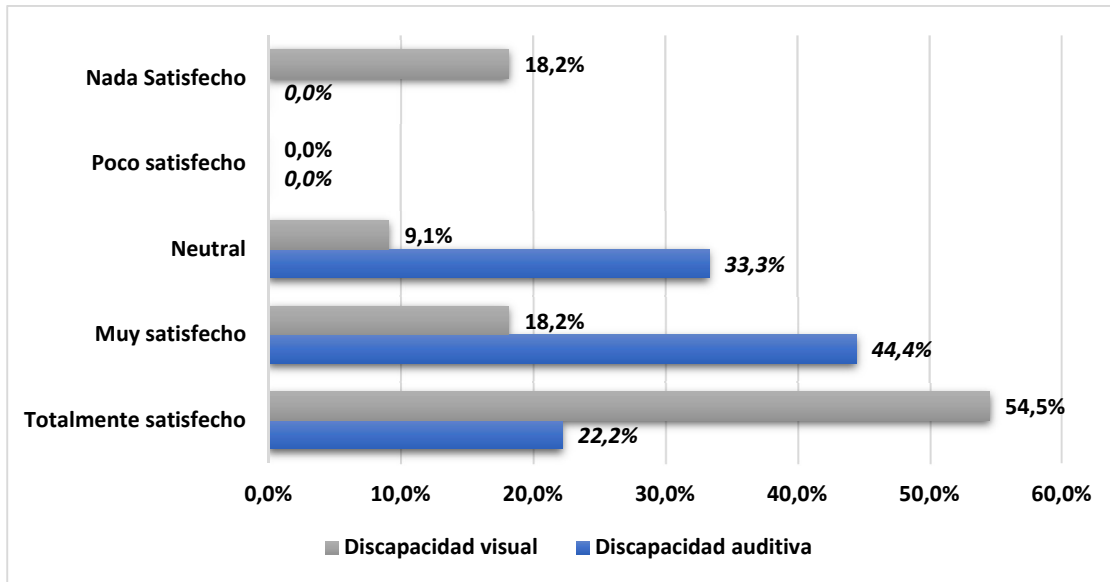
Distribución de la comparación entre personas con discapacidad auditiva y visual acerca de sentirse satisfechos con la confianza que transmite el odontólogo durante la atención dental, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera y en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre, 2022.

Discapacidad auditiva	Relativo	Discapacidad visual	Relativo
Totalmente satisfecho	22,2%	Totalmente satisfecho	54,5%
Muy satisfecho	44,4%	Muy satisfecho	18,2%
Neutral	33,3%	Neutral	9,1%
Poco satisfecho	0,0%	Poco satisfecho	0,0%
Nada Satisfecho	0,0%	Nada Satisfecho	18,2%
Total		Total	
100%		100%	

Fuente: Datos tomados de preguntas 15 y 30 de cuestionarios aplicados a personas con discapacidad auditiva y visual, 2022.

En la tabla 33 se presentan los resultados comparados entre las personas con discapacidad auditiva y visual que asisten a los centros educativos Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller y escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, acerca de la satisfacción con la confianza que transmite el odontólogo durante la atención dental. Se observa que la mayoría de las personas con discapacidad auditiva señalaron estar entre totalmente satisfechos y muy satisfechos (66,6%) al igual que las personas con discapacidad visual que en su mayoría también indicaron estar totalmente satisfechos y muy satisfechos para un 72,7% de opiniones positivas.

Figura 33. Distribución de la comparación entre personas con discapacidad auditiva y visual acerca de sentirse satisfechos con la confianza que transmite el odontólogo durante la atención dental, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera y en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre, 2022.



Fuente: Datos tomados de la Tabla 33.

Tabla 34.

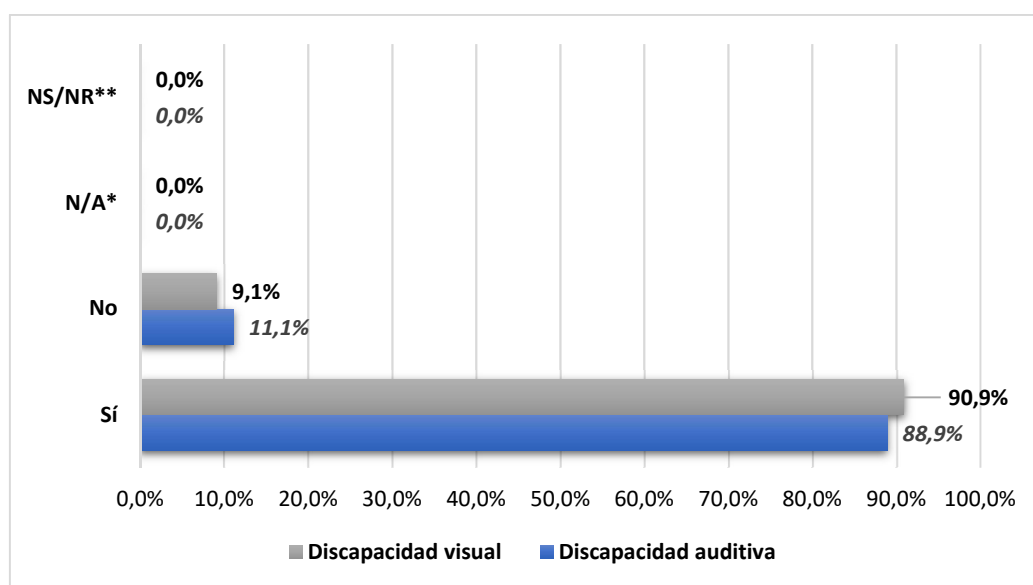
Distribución de la comparación entre personas con discapacidad auditiva y visual acerca de si visita al odontólogo únicamente cuando tiene alguna molestia, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera y en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre, 2022.

Discapacidad auditiva	Relativo	Discapacidad visual	Relativo
Sí	88,9%	Sí	90,9%
No	11,1%	No	9,1%
N/A*	0,0%	N/A*	0,0%
NS/NR**	0,0%	NS/NR**	0,0%
Total		Total	
100,00%		100,00%	

Fuente: Datos tomados de preguntas 4 y 21 de cuestionarios aplicados a personas con discapacidad auditiva y visual, 2022.

La tabla 34 muestra los resultados comparados entre las personas con discapacidad auditiva y visual, acerca de si visitan al odontólogo únicamente cuando tienen molestias. Se obtuvo que ambos grupos de poblaciones coinciden en su gran mayoría, 88,9% y 90,9%, respectivamente, solamente acuden a la consulta dental cuando presentan molestias en sus dientes.

Figura 34. Distribución de la comparación entre personas con discapacidad auditiva y visual acerca de si visita al odontólogo únicamente cuando tiene alguna molestia, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera y en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre, 2022.



Fuente: Datos tomados de la Tabla 34.

Tabla 35.

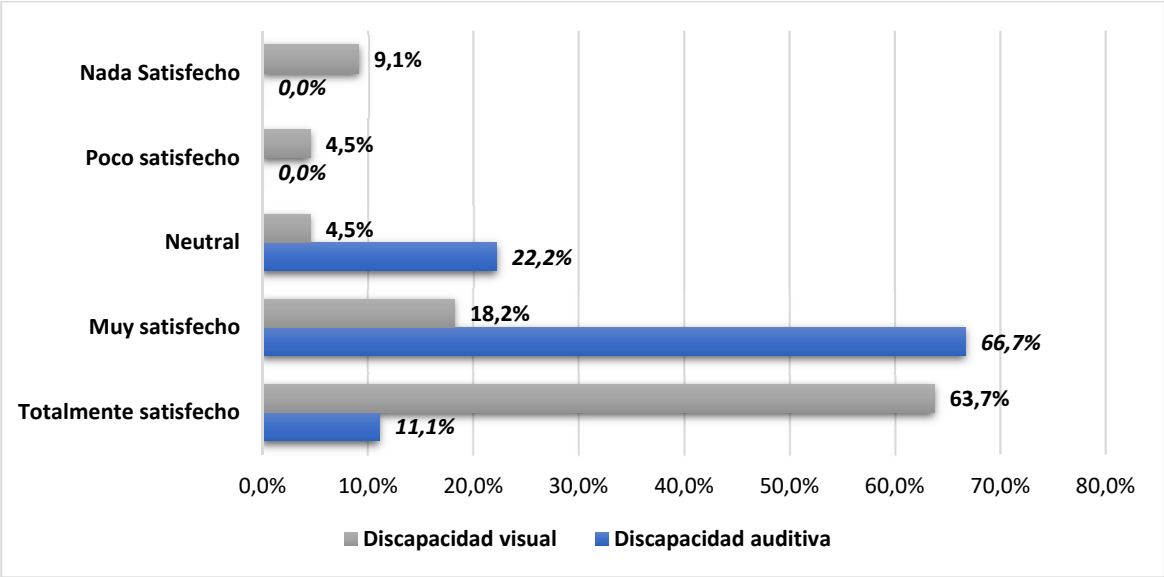
Distribución de la comparación entre personas con discapacidad auditiva y visual acerca de sentirse satisfecho con el trato que recibe por parte del personal de salud y administrativo que labora en conjunto con el odontólogo, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera y en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre, 2022.

Discapacidad auditiva	Relativo	Discapacidad visual	Relativo
Totalmente satisfecho	11,1%	Totalmente satisfecho	63,7%
Muy satisfecho	66,7%	Muy satisfecho	18,2%
Neutral	22,2%	Neutral	4,5%
Poco satisfecho	0,0%	Poco satisfecho	4,5%
Nada Satisfecho	0,0%	Nada Satisfecho	9,1%
<hr/>		<hr/>	
Total 100,00%		Total 100,00%	

Fuente: Datos tomados de preguntas 14 y 29 de cuestionarios aplicados a personas con discapacidad auditiva y visual, 2022.

En la tabla 35 se observan los resultados comparados entre las personas con discapacidad auditiva y visual que asisten a los centros educativos Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller y escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, acerca de la satisfacción con el trato que recibe por parte del personal de salud y administrativo que labora en conjunto con el odontólogo durante la atención dental. Se obtuvo que la mayoría de los participantes con discapacidad auditiva señalaron estar entre totalmente satisfechos y muy satisfechos (77,8%) al igual que los participantes con discapacidad visual que en su mayoría también indicaron estar totalmente satisfechos y muy satisfechos con un 81,9% del total.

Figura 35. Distribución de la comparación entre personas con discapacidad auditiva y visual acerca de sentirse satisfecho con el trato que recibe por parte del personal de salud y administrativo que labora en conjunto con el odontólogo, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera y en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre, 2022



Fuente: Datos tomados de la Tabla 35.

Tabla 36.

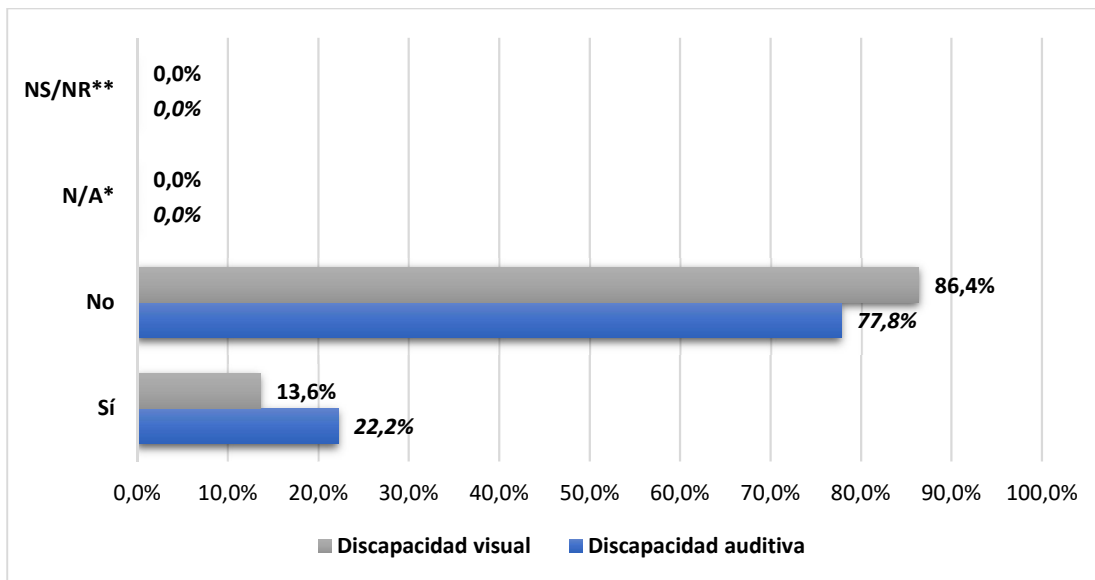
Distribución de la comparación entre personas con discapacidad auditiva y visual acerca de si considera que los dentistas evitan sonidos fuertes o les ponen lentes oscuros, respectivamente, durante la cita dental, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera y en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre, 2022.

Discapacidad auditiva	Relativo	Discapacidad visual	Relativo
Sí	22,2%	Sí	13,6%
No	77,8%	No	86,4%
N/A*	0,0%	N/A*	0,0%
NS/NR**	0,0%	NS/NR**	0,0%
Total 100,00%		Total 100,00%	

Fuente: Datos tomados de preguntas 6 y 22 de cuestionarios aplicados a personas con discapacidad auditiva y visual, 2022.

En la tabla 36 muestran los resultados comparados entre los participantes con discapacidad auditiva sobre si los dentistas evitan sonidos fuertes y en los participantes con discapacidad visual si les ponen lentes oscuros durante la consulta. Se indicó que las personas con discapacidad auditiva en su gran mayoría (77,8%) mencionaron que el dentista no evitó los sonidos fuertes al igual que las personas con discapacidad visual, también en su gran mayoría indicaron que no les fueron puestos lentes oscuros para un 84,4%.

Figura 36. Distribución de la comparación entre personas con discapacidad auditiva y visual acerca de si considera que los dentistas evitan sonidos fuertes o les ponen lentes oscuros, respectivamente, durante la cita dental, desde la percepción del paciente, escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera y en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller entre enero y septiembre, 2022.



Fuente: Datos tomados de la Tabla 36.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se muestran las conclusiones y recomendaciones de los cuestionarios realizados en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller y en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, para que puedan ser aplicadas en la Universidad Latina De Costa Rica.

5.1 Conclusiones

Con base en los objetivos específicos del capítulo I de la investigación se deducen las siguientes conclusiones:

Con respecto al primer objetivo específico “Identificar las principales dificultades y aciertos a los que se enfrentan las personas diagnosticadas con discapacidad visual al recibir tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud” se concluye que para esta población hubo más dificultades que aciertos durante la atención dental, por ejemplo, en la mayoría de los casos los odontólogos no describieron con anticipación materiales, instrumental y equipo antes de colocarlo en la boca de la persona. Esto es de suma importancia ya que al ellos ser más sensoriales necesitan este tipo de aproximación para estar en confianza con el tratamiento que se les va a realizar.

Por otro lado, es necesario hacer énfasis en la importancia de que los odontólogos empiecen a colocar señales básicas en Braille (baños femenino y masculino, salida de emergencia, extintor..) para incluir adecuadamente a esta población. También, se debe tomar en cuenta que hubo aciertos por parte de los

odontólogos como lo son avisar a la persona antes de realizar cualquier acción, guiar al paciente hasta la silla dental y condiciones de accesibilidad las adecuadas, con esto se insta a que se sigan repitiendo estas conductas.

De acuerdo con el segundo objetivo específico “Interpretar la percepción de las personas diagnosticadas con discapacidad visual respecto a la atención que se les brinda en tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud” se concluye que la percepción de la mayoría de estas personas sobre la atención dental recibida no es la adecuada, ya que ellos consideran que se deben mejorar muchos ámbitos para que esta atención sea de óptima, por lo que es importante que el odontólogo tome estas recomendaciones en cuenta y busque solucionar. Sin embargo, cabe recalcar que, aunque la mayoría de las respuestas fueron negativas los participantes aun así se sintieron satisfechos con la confianza y el trato por parte de los odontólogos y personas que laboran junto a ellos.

En cuanto al tercer objetivo específico “Identificar las principales dificultades y aciertos a los que se enfrentan las personas diagnosticadas con discapacidad auditiva al recibir tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud” se concluye que para esta población hubo más aciertos que dificultades por parte del odontólogo y su equipo durante la cita dental, dentro de los cuales están que utilizaron expresiones faciales y corporales que ayudaron en la comunicación y no utilizaron mascarilla para que se lograra una lectura de labios adecuada. Todo esto permitió que se mejorara la comunicación y la confianza de estas personas. A su vez, es necesario mencionar que hubo dificultades importantes como el no tener conocimiento en LESCO, el hablarles más lento de lo normal y que al haber un intérprete el odontólogo únicamente se dirigía a este y no a la persona con discapacidad, minimizando así, la autonomía del paciente en un entorno poco inclusivo para él.

Para el cuarto objetivo específico “Interpretar la percepción de las personas diagnosticadas con discapacidad visual respecto a la atención que se les brinda en tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud” se concluye que la mayoría de esta población tienen una buena percepción sobre la atención dental recibida, la mayoría indicaron estar muy satisfechos con respecto al trato por parte del odontólogo, del personal de salud y administrativo. También indicaron estar satisfechos con la velocidad con la que les hablaba el odontólogo. El único fallo dentro del grado de satisfacción reside en el conocimiento en LESCO donde la totalidad de la población coincidió en que no se sienten satisfechos con el conocimiento que posee el odontólogo. Es importante recalcar que como mínimo los odontólogos deberían poder realizar con señas lenguaje básico como saludar, despedir, dolor, parar, escupir para que así la persona se sienta incluida y con confianza hacia el profesional.

Por último, al comparar los resultados obtenidos de esta investigación entre personas con discapacidad visual y auditiva, se concluye que la mayoría de ambas poblaciones visitan únicamente al odontólogo cuando tienen alguna molestia, lo cual podría variar los resultados con respecto a participantes que sí visitaron al odontólogo periódicamente ya que estos podrían tener respuestas más positivas. Sin embargo, aún con estas visitas no periódicas, los participantes coincidieron en sentirse satisfechos con la confianza y con el trato brindado por parte del odontólogo y todo su equipo de trabajo. Por otro lado, la respuesta de ambas poblaciones fue negativa con respecto a si el odontólogo evitaba luces o sonidos muy fuertes que pudieran molestarles durante la consulta, ya que indicaron que no lo evitaban ni les colocaron lentes de protección contra la luz.

Es importante aclarar que estas comparaciones se hicieron con el fin de realizar recomendaciones, además existen limitaciones dentro de las mismas como

la cantidad de la población y el rango de edad entre ambas poblaciones, ya que el rango de edad de la población entrevistada con discapacidad auditiva fue de 9 a 13 años con la excepción de una participante de 41 años y el rango de edad de la población con discapacidad visual fue de 20 a 70 años. Estas diferencias de edades pueden generar un margen de error o sesgo en la investigación debido a la percepción que tiene un niño vs la percepción de un adulto sobre la atención dental que han recibido.

Prueba de hipótesis

DISCAPACIDAD AUDITIVA	POSITIVAS	NEGATIVAS	POSITIVAS	NEGATIVAS	POSITIVO	NEGATIVO
EXPERIENCIAS VIVIDAS	5-10-11-12-13	4-6-7-8	5	4	56%	44%
GRADO DE SATISFACCIÓN	14-15-16	17	3	1	75%	25%

DISCAPACIDAD VISUAL	POSITIVAS	NEGATIVAS	POSITIVAS	NEGATIVAS	POSITIVO	NEGATIVO
EXPERIENCIAS VIVIDAS	23-25	21-22-24-26-27-28	2	6	25%	75%
GRADO DE SATISFACCIÓN	29-30	31-32	2	2	50%	50%

	NEGATIVO
	POSITIVO

Se rechaza la hipótesis de investigación que indica que “las experiencias vividas y el grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticados con discapacidad auditiva y visual son malas” ya que las experiencias y el grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de las personas con discapacidad auditiva fueron buenas. También, se rechaza la hipótesis nula “ni las experiencias vividas ni el grado de satisfacción durante el

tratamiento dental por parte de personas diagnosticados con discapacidad auditiva y visual son malas” ya que las experiencias y el grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticadas con discapacidad visual fueron malas.

Por último, se acepta la hipótesis alternativa “las experiencias vividas y el grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticados con discapacidad visual son malas, mientras que para personas diagnosticadas con discapacidad auditiva son buenas”.

Con respecto a la prueba de hipótesis, es posible que se haya rechazado que la población auditiva tuvo malas experiencias y un grado de satisfacción bajo, por el hecho de que la población entrevistada fueron niños en su mayoría, y puede que la percepción de ellos se vea distorsionada y no distinguen bien que aciertos o dificultades tuvo el odontólogo y cómo se sintieron realmente durante la consulta.

5.2 Recomendaciones

A futuros investigadores:

Se recomienda darle continuidad a este estudio contando con una muestra mayor, ya que debido al tiempo y por la modalidad virtual no se logró realizar los cuestionarios a toda la población de estos dos centros educativos. Además, se sugiere que el estudio sea desarrollado en poblaciones con igualdad de condiciones etarias, en número y hasta en sexo, especificando si la atención dental fue recibida en lo público o en lo privado o en ambas.

A los odontólogos:

Se recomienda que se mantengan en constante actualización, que busquen reforzar sobre conocimientos en discapacidad visual y auditiva para que puedan atender a esta población adecuadamente. Asimismo, es importante inscribirse en cursos de LESCO para mejorar la comunicación y la inclusión con la comunidad sorda, también poseer condiciones adecuadas de acceso al consultorio dental y señalización esencial en Braille para la comunidad ciega.

A la Universidad:

Se recomienda maximizar el curso de paciente excepcional impartido actualmente en el plan de estudios de odontología y se sugiere que los estudiantes puedan realizar prácticas o hacer visitas a los dos centros educativos, en los que se recolectaron los datos de este estudio, o en su defecto, en otras instituciones.

A las personas con discapacidad auditiva y visual:

Se les recomienda que hagan cumplir y validar su derecho a una atención dental igualitaria, que permita que se sientan en confianza con el odontólogo y su equipo de trabajo. También, se aconseja que verifiquen que el consultorio dental cumpla con las normas básicas para que puedan ser atendidos, como lo son parqueo de vehículos para personas con discapacidad, mecanismos de emergencia que pueda utilizar cualquier ciudadano, ascensores de fácil acceso y señalización auditiva, visual y/o táctil.

Al Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller y a la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera:

Se recomienda que se apoyen de instituciones como la universidad o crear alianzas con la escuela de odontología a fin de un aprovechamiento recíproco en la formación de los estudiantes y la atención solidaria con las personas con discapacidades disminuidas.

CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

6.1 Bibliografía citada

Encina, A. Martínez, S. Vila, V. Barrios, C. (2012). La atención odontológica del paciente con deficiencia auditiva. *Acta Odontológica Colombiana*, Volumen (2), 211-216.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/35552>

Morán, A. (2019). *Manejo odontológico de personas con discapacidad auditiva*. Tesis de licenciatura publicada. Universidad de Guayaquil, Ecuador.

Ríos, S. (2017). *Propuesta metodológica para medir la satisfacción del cliente, basado en la norma ISO 9001:2015 numeral 5.1.2 para la institución educativa trochas*. Tesis de posgrado publicada. Universidad Libre de Colombia.

6.2 Bibliografía consultada

Acevedo, R. Carranza, E. Cortés, R. Rodríguez, G. (2016). Estimación de la prevalencia de enfermedades asociados a ceguera prevenible y discapacidad visual en Costa Rica para el año 2015. Tesis de posgrado publicada. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.

Alarcón, C. Vizcarra, M. (2016). Personas en situación de discapacidad visual en relación con las barreras y estrategias que afectan las actividades de la vida diaria instrumentales. *Revista chilena de terapia ocupacional*. 16 (2), 153-162. <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/44759>

- Alvarado, P. (2018). Criterios actuales para el manejo odontológico de las personas con discapacidad. Tesis de licenciatura publicada. Universidad de Guayaquil, Ecuador.
- Antonio, F. Mill, E. Páez, M. Sayago, G. Valero, D. (2013). Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico. *Rev. Venez Invest Odont.* 1 (2), 121-135. http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/190/Art_AntonioF_ManejoPacientesOdontologico_2013.pdf?sequence=1
- Arias-Uribe, J. Llano-Naranjo, Y. Astudillo-Valverde, E. Suárez-Escudero, J. (2018). Caracterización clínica y etiología de baja visión y ceguera en una población adulta con discapacidad visual. *Revista Mexicana de Oftalmología.* 92(4), 201-208. DOI:10.24875/RMO.M18000033
- Asamblea Legislativa. (1996). LEY No 7600 Ley igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. <http://www.fodo.ucr.ac.cr/sites/default/files/documentos/Ley7600.pdf>
- Bertollini, E. Pérez, E. Guzmán, C. Miranda, J. Moreno, X. (2019). Evaluación del estado de salud bucal en escolares con discapacidad visual. *Rev. Tamé, Vol 8 (23), 913-915.* <https://www.medigraphic.com/pdfs/tame/tam-2019/tam1923d.pdf>
- Briones, A. (2016). Percepción de la utilización de pictografías en la atención dental en niños con hipoacusia. Tesis de maestría publicada. Universidad Autónoma De Nuevo León. Monterrey, México. DOI: <https://doi.org/10.15381/os.v24i4.21332>
- Campos, V. Cartes, R. (2021). Atención odontológica a personas sordas: conceptos y experiencias. *Odontol Sanmarquina.* 24 (4). <http://dx.doi.org/10.15381/os.v24i4.21332>

- Cancado, M. Armas, A. Muñoz, A. Agudelo, A. Carletto, F. Medina, J. Liberman, J. Ceballos, O. Melgar, R. Concha, X. Quiñones, V. (2021). *Odontoestomatología*, 23 (37). doi:10.22592/ode2021n37a6
- Carrascosa, J. (2015). La discapacidad auditiva. principales modelos y ayudas técnicas para la intervención. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, Volumen 1 (2), 101-113. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/4159>
- Chávez, C. (2020). Efecto de un programa educativo de prevención odontológica en el índice de higiene oral y nivel de conocimiento de salud bucal en las personas invidentes del centro básico especial Nuestra Señora De Copacabana - Puno 2019. Tesis de licenciatura publicada. Universidad Nacional del Altiplano de Puno, Perú.
- Chavira-Anaya, A. Espinoza-De la O, C. Macias-Tiscareño, E. Martínez-Bugarin, C. Ramírez-Rivera, O. Vaquera-Torres, N. Luengo-Ferreira, J. (2018). Manejo odontopediátrico de paciente con trastornos de la comunicación. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2018/art-31/>
- Corona-Martínez, L. Fonseca-Hernández, M. (2021) Acerca del carácter retrospectivo o prospectivo en la investigación científica. *MediSur*. 19 (2). 338-340. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4501>
- Fraille, E. (2014). Causas de Ceguera en el Mundo: distribución geográfica y relación con el medio socio-económico. Tesis de licenciatura publicada. Universidad De Valladolid, España. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/5988/TFG-G%20582.pdf;jsessionid=387FBA909277962D95912BC1A63C5D5D?sequence=1>

- García, J. Aguilera, J. Castillo, A. (2012). Guía técnica para la construcción de escalas de actitud. *Odiseo Revista electrónica de pedagogía*. 8 (16). <http://www.odiseo.com.mx/2011/8-16/garcia-aguilera-castillo-guia-onstruccion-escalas-actitud.html>
- García, K. Suárez, D. De la huerta, K. (2014). Panorámica de la atención estomatológica a pacientes discapacitados o especiales. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, Vol 19 (2), 268-276. <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/590>
- García, V. (2017) Auxiliares de movilidad en la discapacidad visual. Terapia asistida por perros: perros guía. Tesis de posgrado publicada. Universidad de Valladolid, España.
- Giraldo-Zuluaga, M, Martínez-Delgado C. Cardona-Gómez, N. Gutiérrez-Pineda, J. Giraldo-Moncada, K. Jiménez-Ruíz, P. (2017). Manejo de la salud bucal en discapacitados, *Rev. CES Odont*; 30(2), 23-36. DOI: <https://doi.org/10.21615/cesodon.30.2.3>
- Gómez, A. Gudiño, S. (2013). Prevalencia de caries y viabilidad de uso del Sistema ICDAS en niños y niñas con discapacidad. *Odovtos - International Journal of Dental Sciences*, (15),53-60. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=499550299007>
- Grandas-Ramírez, A. Barbosa, R. Bobadilla, L. Macera, C. Parra, I. (2020). La atención en salud bucal para personas con discapacidad. Un desafío en tiempos de pandemia por la COVID-19. *Acta Odontológica Colombiana*, vol. 10, 99-112. DOI: <https://doi.org/10.15446/aoc.v10n3.89593>
- Hernández, C. Robles, N. Medina, C. Jiménez, S. Centeno, C. (2017). Manejo odontológico del paciente con hipoacusia neurosensorial profunda bilateral. *Revista Cubana de Estomatología*, 54 (3).http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000300009&lng=es&tlng=es.

- Hernández, D. Reyes, A. Crescente, L. López, E. (2014). Diseño, implementación y evaluación de un video educativo en salud bucal para niños con discapacidad auditiva en el Instituto Juan Salvador Gaviota de la ciudad de Cartagena de Indias. Universidad de Cartagena, Bolívar, Colombia.
- Hernández, R. Fernández, C. Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. México, Mcgraw-Hill / interamericana Editores.
- Instituto Nacional De Estadísticas y Censos. (2011). Costa Rica: Población total por condición y tipo de discapacidad, según provincia, sexo y grupos de edad. <https://www.inec.cr/social/poblacion-con-discapacidad>
- Lizcano, K. Morales, M. (2018). Evaluación de la condición oral en personas con discapacidad visual de la escuela taller para ciegos de Bucaramanga. Tesis de licenciatura publicada. Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, Colombia.
- López-González, C. Langarica-Lizárraga, V. Romero-Quintana, J. (2017). Guía para la atención odontológica a pacientes pediátricos con discapacidad visual – ceguera total. Revista Tamé. 5 (15), 525-528. https://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_15/Tam1715-05i.pdf
- López, P. Fachelli, S. (2015). Metodología de la Investigación Social Cuantitativa. Universitat Autònoma de Barcelona. <http://ddd.uab.cat/record/163567>
- Martínez, S. Encina, A. Barrios, C. Dho, M. López, M. Romero, M. Acosta, M. (2019). Estrategias de prevención en el paciente con deficiencia auditiva. Revista Facultad de Odontología. Vol XIII (1),47-53. <http://dx.doi.org/10.30972/rfo.1213874>
- Matarrita, S. Vega, S. (2012). Mi autonomía, mi bastón y yo. Ministerio de Educación Pública Instituto de Rehabilitación y Formación Hellen Keller, San José, Costa Rica. <https://www.foal.es/sites/default/files/docs/ponencia%20Foal.%20Mi%20aut>

onomia%2C%20el%20bast%C3%B3n%20y%20yo.%20Licda.%20Samar%C3%AD%20Vega%20Salas_0.pdf

Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista electrónica de investigación educativa*, 20(1), 38-47. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412018000100038&lng=es&tlng=es.

Mayo, A. Aldecoa, S. (2019). Hipoacusia en general e hipoacusia neurosensorial súbita en particular. *Cad. Aten. Primaria. Volumen 25 (1)*, 33-37. https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2019/05/Agamfec-25_Saber-mais_2.pdf

Ministerio de Educación de Bolivia. (2013). *Procesos educativos para el aprendizaje del Braille y enseñanza de las matemáticas utilizando el ábaco como principio lógico*. https://www.minedu.gob.bo/files/publicaciones/veaye/dgee/jica8_APRENDIZAJE_DEL_BRAILLE-ABACO.pdf

Ministerio de Salud, Provincia de Santa Fe. (2020). *Protocolo guía provincial para atención de personas con discapacidad en situación de COVID 19*. <https://www.santafe.gob.ar/ms/covid19/wp-content/uploads/sites/36/2020/05/PROCOLO-PROVINCIAL-PARA-ATENCION-DE-PCD-EN-SITUACION-DE-COVID-19.pdf>

Mongelli, H. (2020). "Señalética diseñada para personas con discapacidad visual en el Hospital Odontológico Universitario de la Facultad de Odontología de la UNLP". Tesis de licenciatura publicada. Universidad Nacional de la Plata, Buenos Aires, Argentina.

Muñoz, L. Mora, M. (2020). *Caries dental y enfermedad periodontal en personas con discapacidad visual*. Tesis de licenciatura publicada. Universidad Antonio Nariño, San José de Cúcuta, Colombia.

- Murillo, O. Serna, C. (2017). Prototipo de bastón inteligente para personas con limitación visual. Tesis de grado publicada. Universidad católica de Pereira, Colombia.
- Nicolás, C. (2014). Indicadores claves de gestión sobre la experiencia del cliente: un estudio basado en fuzzy text minning. Tesis de doctorado. Universitat de Barcelona, España.
- Pérez, V. Muñoz, K. (2020). ¿Intérprete o facilitador de lengua de señas? Una experiencia en el contexto educativo chileno. Medellín, Colombia, Vol. 25 (3), 679-693. <http://www.scielo.org.co/pdf/ikala/v25n3/0123-3432-ikala-25-03-679.pdf>
- Perdomo, B. Flores, M. Dávila, D. (2015). Aspectos teóricos necesarios para crear recursos educativos computarizados sobre salud bucal para sordos. Revista multidisciplinaria de la Universidad de Oriente. 27 (4), 626-634. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=427744808013>
- Poder Judicial De Costa Rica. (2013). Protocolo para la acreditación de la idoneidad de intérpretes judiciales de LESCO. http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1396253773-Protocolo_Costa_Rica_Acreditacion_%20idoneidad_%20interpretes_%20jud.pdf
- Quezada, J. (2019). Lengua de señas en la atención odontológica en la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Tesis de licenciatura publicada. Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. Av. psicol, 23(1), 9-17. http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Carlos_Ramos.pdf
- Rangell, K. (2021). Atención odontológica a personas con limitación auditiva: un análisis desde las políticas con perspectiva social. Tesis de grado publicada. Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

- Retana, P. (2012). Aproximación a la lengua de señas costarricense (LESCO). *Filología y Lingüística*, 37 (2), 137-146. DOI 10.15517/RFL.V37I2.6427
- Rodríguez, L. Pérez, P. Pérez, L. Rey, E. Reyes, E. Rodrigo, N. Rodrigo, L. Salgado, O. Feijóo, G. Planells, P. (2013). Manejo odontopediátrico del paciente con discapacidad visual. *ODONTOL PEDIÁTR (Madrid)* Vol. 21 (2), pp. 122-130, 2013.
https://www.odontologiapediatrica.com/wpcontent/uploads/2018/08/237_2013.2rev1.pdf
- Ruíz, A. (2021). La lengua de señas en un mundo globalizado. *Blog Digital Universitario*, 1-12. https://edu.ijd.org.mx/data/files/La-lengua-de-se-as-en-un-mundo-globalizado_Alejandra-Ruiz-Villa_VBLOG_vf_3.pdf
- Salvador, N. (2015). Técnicas no farmacológicas para el control de la conducta en pacientes pediátricos con discapacidad auditiva de la unidad de odontología del hospital Rodolfo Robles Valverde. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Santos, Y. Novoa, A. (2016). Percepción de estomatólogos sobre atención estomatológica a pacientes sordos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 16(5), 720-734. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1674>
- Santos, Y. Novoa, A. (2017). Valoraciones de futuros estomatólogos sobre su formación para la atención al paciente sordo. *Revista Habanera de ciencias médicas* 16 (2), 280-294. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1273>
- Schwarz, M. (2018). Reflexiones sobre la medición de la Experiencia del Cliente. Tesis de licenciatura publicada. Universidad de Lima, Perú.
- Sirias, A. Piedra, C. Morales, J. Valverde, M. (2021). Sistemas de Comunicación Braille. Tesis de bachillerato publicada. Universidad Internacional San Isidro Labrador, Costa Rica.

- Tocto, J. (2013). Manual de capacitación docente en el uso del jaws y lectotex. Tesis de maestría publicada. Universidad Politécnica Salesiana, Quito, Ecuador.
- Urrejola, C. Papuzinski, C. Wegman, R. (2015). Sordera súbita: A la luz de la evidencia. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello (75), 179-186. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/orl/v75n2/art15.pdf>
- Vásquez, K. Jaimes, N. Andrades, J. (2016). Diseño y evaluación de un programa en promoción de salud bucal para personas con discapacidad visual de la escuela Taller Para Ciegos De Bucaramanga. Tesis de licenciatura publicada. Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia.
- Vera, S. (2021). Influencia de la discapacidad visual en la aparición de patologías bucales. Tesis de licenciatura publicada. Universidad de Guayaquil. Guayaquil. Ecuador.
- Vilela, M. Huamán, S. De Rossi, M. Filho, P. De Rossi, A. (2017). Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. Artículo de Revisión. 7 (2). <https://www.medigraphic.com/pdfs/alop/rol-2017/rol172e.pdf>
- Villalobos, M. (2019). “Comparación de efectividad de tres estrategias interactivas como medio para enseñar Técnica de Bass a pacientes ciegos de 35 a 45 años de la Asociación de Ciegos de Nicaragua Maricela Toledo en el período Julio – Agosto del 2019”. Tesis de licenciatura publicada, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua.
- Zúñiga, D. (2013). Prevalencia de la placa bacteriana en personas de la asociación provincial de discapacitados visuales de Chimborazo y su control mediante un programa de educación para la salud bucal. Tesis de licenciatura publicada, Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.

6.3 Anexos

Anexo 1 Instrumento

Cuestionario y
consentimiento para
personas con
discapacidad visual

Nº Cuestionario

Universidad Latina De Costa Rica

Análisis de las experiencias vividas y grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticadas con discapacidad auditiva y personas diagnosticadas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller y escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, Universidad Latina de Costa Rica en el período de enero a septiembre 2022.

Melissa Bermúdez Gutiérrez

Teléfono: 22076080

Fecha

PRESENTACIÓN

Este cuestionario es realizado por una estudiante de la Universidad Latina de Costa Rica, con el fin de conocer el grado de satisfacción y las experiencias que hayan tenido las personas con discapacidad visual durante la atención dental.

El cuestionario va dirigido a personas con discapacidad visual del Instituto de Rehabilitación y formación Helen Keller.

Consentimiento informado:

Escuela de odontología

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”

El consentimiento redactado a continuación, fue adaptado de la versión original:

<https://vinv.ucr.ac.cr/sites/default/files/files/Formulario%20para%20el%20consentimiento%20informado%20basado%20en%20la%20ley%20N%C2%B0%209234-4.docx>

Análisis de las experiencias vividas y grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticadas con discapacidad auditiva y personas diagnosticadas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller y escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, Universidad Latina de Costa Rica en el período de enero a septiembre 2022.

Nombre de el/la investigador/a principal: Melissa María Bermúdez Gutiérrez

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

El estudio por realizar involucrará una investigación con personas con discapacidad visual (ceguera).

Persona responsable de la investigación, Melissa Bermúdez Gutiérrez, cédula 117170806.

La estudiante pertenece a la facultad de odontología de la Universidad Latina de Costa Rica.

El objetivo o propósito de la investigación es analizar las experiencias vividas y grado de satisfacción por parte de pacientes diagnosticados con sordera y pacientes diagnosticados con ceguera durante el tratamiento dental, además, dentro de los objetivos específicos se encuentran poder identificar las principales dificultades y aciertos a los que se enfrentan las personas diagnosticadas con discapacidad visual y auditiva al recibir tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud. Como segundo objetivo, se busca lograr interpretar la percepción de las personas diagnosticadas con discapacidad visual y auditiva respecto a la atención que se les brinda en tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud.

Las personas participantes deben tener discapacidad auditiva(sordera) y discapacidad visual (visual)

La participación de las personas con discapacidad visual (ceguera), será a través de un cuestionario con preguntas de marque con x, administrado mediante una entrevista, es decir, de manera hablada. Los participantes deben acceder a participar del estudio, con el fin de conocer sus experiencias y la satisfacción que hayan tenido durante la atención dental. El participante se compromete a decir y escribir la verdad una vez que acepte formar parte de la población del estudio. El cuestionario se realizará una única vez por el participante y tiene una duración de aproximadamente 10 minutos. La estrategia para devolver los resultados de la investigación a las personas participantes es a través del mismo medio por donde se administró el cuestionario.

C. RIESGOS

La siguiente investigación no tiene riesgos a nivel de salud física o mental para el participante, sí puede existir cierta incomodidad por parte del participante al responder las preguntas. Además, existe riesgo de pérdida de la privacidad y de la confidencialidad del participante.

D. BENEFICIOS

La persona participante NO obtendrá ningún beneficio directo del resultado de la investigación. Sin embargo, con el estudio se logrará el beneficio de la población sorda y ciega en Costa Rica, ya que el mismo va a contribuir a buscar una futura solución en caso de que se evidencien a través de las experiencias que han tenido los participantes, problemáticas durante la atención dental. A demás, logra buscar que el odontólogo se solidarice con esta población.

E. VOLUNTARIEDAD

La participación en esta investigación es voluntaria y la persona participante puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento, sin ser castigada de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

F. CONFIDENCIALIDAD

La investigación garantiza el estricto manejo y confidencialidad de la información y las medidas que se tomarán para asegurarla, además, cualquier uso futuro de los resultados de la investigación será factible, siempre manteniendo el anonimato de los participantes.

H. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización debe hablar con la estudiante responsable de la investigación sobre este estudio y ella deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a (Melissa Bermúdez Gutiérrez), al teléfono (22076080). Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.

I. El participante que NO perderá ningún derecho por firmar este documento y recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del padre/madre/representante legal (menores de edad)

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

	DATOS GENERALES DE LA PERSONA A LA QUE SE LE APLICA EL CUESTIONARIO	
--	---	--

a.	Sexo: 1. Masculino 2. Femenino	b.	Edad en años cumplidos:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anotar	
c.	Me podría indicar ¿cuál es su nombre?						
d.	Condición visual: Baja visión ()			Ceguera ()			
I. ADECUACIONES EN EL TRATAMIENTO							
		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	
1	¿Visita usted al odontólogo únicamente cuando tiene alguna molestia?						
2	¿Le coloca el odontólogo lentes oscuros que le eviten molestia con la luz?						
3	¿Le indica el odontólogo cualquier movimiento antes de realizarlo, por ejemplo, acomodar la silla dental?						
II. Espacio físico del consultorio							
		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	
4	¿Le describe el odontólogo con detalle el consultorio dental y todo lo que esté alrededor, como instrumentos, materiales y equipo?						
5	¿El odontólogo lo guía hasta donde se encuentra la silla dental?						

6	¿Considera usted que los odontólogos poseen una correcta señalización dentro del consultorio?					
7	¿Se ha tropezado con algún objeto (sillones, muebles, plantas...) de la clínica, camino a la silla dental?					
8	¿Tenía el consultorio condiciones de accesibilidad adecuada?					

III. SATISFACCIÓN

		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
9	¿Se siente satisfecho con el trato que recibe por parte del personal de salud y administrativo que labora en conjunto con el odontólogo?					
110.	¿Se siente satisfecho con la confianza que transmite el odontólogo durante la atención dental?					
11	¿Se siente satisfecho con la señalización dentro del consultorio?					

12	¿Se siente satisfecho con las preguntas que le hace el odontólogo sobre su discapacidad? (ejemplo, enfermedades asociadas a su discapacidad, qué método utiliza para desplazarse, toma de medicamentos.)					

Anexo 2
Instrumento

Cuestionario y
consentimiento
informado para
personas con
discapacidad
auditiva

Nº Cuestionario

Universidad Latina De Costa Rica

Análisis de las experiencias vividas y grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticadas con discapacidad auditiva y personas diagnosticadas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller y escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, Universidad Latina de Costa Rica en el período de enero a septiembre 2022.

Melissa Bermúdez Gutiérrez

Teléfono: 22076080

Fecha

PRESENTACIÓN

Este cuestionario es realizado por una estudiante de la Universidad Latina de Costa Rica, con el fin de conocer el grado de satisfacción y las experiencias que hayan tenido las personas con discapacidad auditiva durante la atención dental.

El cuestionario va dirigido a personas con discapacidad auditiva de la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz.

Consentimiento informado:

Escuela de odontología



Universidad Latina de Costa Rica

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” Y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”

El consentimiento redactado a continuación, fue adaptado de la versión original:

<https://vinv.ucr.ac.cr/sites/default/files/files/Formulario%20para%20el%20consentimiento%20informado%20basado%20en%20la%20ley%20N%C2%B0%209234-4.docx>

Análisis de las experiencias vividas y grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticadas con discapacidad auditiva y personas diagnosticadas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller y escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, Universidad Latina de Costa Rica en el período de enero a septiembre 2022.

Nombre de el/la investigador/a principal: Melissa María Bermúdez Gutiérrez

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

El estudio por realizar involucrará una investigación con personas con discapacidad visual (ceguera).

Persona responsable de la investigación, Melissa Bermúdez Gutiérrez, cédula 117170806.

La estudiante pertenece a la facultad de odontología de la Universidad Latina de Costa Rica.

El objetivo o propósito de la investigación es analizar las experiencias vividas y grado de satisfacción por parte de pacientes diagnosticados con sordera y pacientes diagnosticados con ceguera durante el tratamiento dental, además, dentro de los objetivos específicos se encuentran poder identificar las principales dificultades y aciertos a los que se enfrentan las personas diagnosticadas con discapacidad visual y auditiva al recibir tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud. Como segundo objetivo, se busca lograr interpretar la percepción de las personas diagnosticadas con discapacidad visual y auditiva respecto a la atención que se les brinda en tratamientos dentales desde que ingresan al centro de salud.

Las personas participantes deben tener discapacidad auditiva(sordera)

La participación de las personas con discapacidad auditiva (sordera), será a través de un cuestionario autoadministrado con preguntas de marque con x. Los participantes deben acceder a participar del estudio, con el fin de conocer sus experiencias y la satisfacción que hayan tenido durante la atención dental. El participante se compromete a decir y escribir la verdad una vez que acepte formar parte de la población del estudio. El cuestionario se realizará una única vez por el participante y tiene una duración de aproximadamente 10 minutos. La estrategia para devolver los resultados de la investigación a las personas participantes es a través del mismo medio por donde se administró el cuestionario.

C. RIESGOS

La siguiente investigación no tiene riesgos a nivel de salud física o mental para el participante, sí puede existir cierta incomodidad por parte del participante al responder las preguntas. Además, existe riesgo de pérdida de la privacidad y de la confidencialidad del participante.

D. BENEFICIOS

La persona participante NO obtendrá ningún beneficio directo del resultado de la investigación. Sin embargo, con el estudio se logrará el beneficio de la población sorda y ciega en Costa Rica, ya que el mismo va a contribuir a buscar una futura solución en caso de que se evidencien a través de las experiencias que han tenido los participantes, problemáticas durante la atención dental. A demás, logra buscar que el odontólogo se solidarice con esta población.

E. VOLUNTARIEDAD

La participación en esta investigación es voluntaria y la persona participante puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento, sin ser castigada de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

F. CONFIDENCIALIDAD

La investigación garantiza el estricto manejo y confidencialidad de la información y las medidas que se tomarán para asegurarla, además, cualquier uso futuro de los resultados de la investigación será factible, siempre manteniendo el anonimato de los participantes.

H. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización debe hablar con la estudiante responsable de la investigación sobre este estudio y ella deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a (Melissa Bermúdez Gutiérrez), al teléfono (22076080). Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.

I. El participante que NO perderá ningún derecho por firmar este documento y recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del padre/madre/representante legal (menores de edad)

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

DATOS GENERALES DE LA PERSONA A LA QUE SE LE APLICA EL CUESTIONARIO					
a.	Sexo: 1. Masculino 2. Femenino	b.	Edad en años cumplidos:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Anotar	
c.	Me podría indicar ¿cuál es su nombre?				
d.	Condición auditiva: Baja audición ()		Sordera ()		
I. ADECUACIONES EN EL TRATAMIENTO					
		Sí	No	N/A	NS/NR
1.	¿Su padre o encargado lo lleva al dentista únicamente cuando tiene alguna molestia?				
2.	Las personas que lo atienden junto con el dentista, ¿Saben de su discapacidad?				
3.	¿Considera usted que los dentistas evitan sonidos y luces muy fuertes que puedan afectarle durante la cita?				
II. Comunicación					
		Sí	No	N/A	NS/NR
4.	¿Considera usted que el dentista tiene el suficiente conocimiento en LESCO para poder atenderlo?				
5.	¿Utiliza el dentista (dibujos) para mejorar la comunicación con usted?				

6.	¿En caso de utilizar dibujos, el dentista los tenía listos?				
7.	¿Utiliza el dentista expresiones faciales o gestos que ayuden a mejorar la comunicación?				
8.	¿El dentista le habla un poco más lento de lo normal?				
9.	En caso de haber un intérprete, ¿considera usted que el dentista aun estando esta persona, le habla y se dirige hacia usted?				
10.	¿Utiliza el dentista algún tipo de mascarilla o careta que permita que usted pueda leerle los labios?				

III. SATISFACCIÓN

		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
11.	¿Se siente satisfecho con el trato que recibe por parte de las personas que lo atienden junto con el dentista?					

12.	¿Se siente satisfecho con la confianza que transmite el dentista durante la atención dental?					
13.	¿Se siente satisfecho con la rapidez en la que el dentista le habla?					
14.	¿Se siente satisfecho con el nivel de conocimiento en LESCO que tiene el dentista?					

Anexo 3 Prueba de jueces



Ministerio de Educación Pública
Dirección Regional de Educación de Cartago

Centro Educativo Dr. Carlos Sáenz Herrera

Teléfono: (+506) 2593-0065 / 2553-4557

Correo Electrónico: esc.drcarlosaenzherrera@mep.go.cr



03 de mayo del 2022

A quien interese.

Yo Ana Raquel Rodríguez Picado, docente de Audición y Lenguaje del Centro Educativo Dr. Carlos Sáenz Herrera, hago constar que he realizado un análisis del instrumento, realizando recomendaciones óptimas para que la aplicación a los estudiantes sordos de nuestra institución sea de mejor provecho y obtener los resultados deseados. Dicho instrumento será realizado por la señorita Melissa María Bermúdez Gutiérrez estudiante de la carrera de Odontología en la Universidad Latina de Costa Rica, quien esta en el proceso de la elaboración de la tesis para optar por el grado de Licenciatura, el cual lleva como título "Análisis de las experiencias vividas y grado de satisfacción por parte de pacientes diagnosticados con ceguera y sordos en la provincia de San José".

Sin mas por el momento se despide.

**ANA RAQUEL
RODRIGUEZ
PICADO
(FIRMA)** Digitally signed by
ANA RAQUEL
RODRIGUEZ
PICADO (FIRMA)
Date: 2022.06.05
12:12:45 -06'00'

Licda. Ana Raquel Rodríguez Picado

Docente de Audición y Lenguaje

Carné: 79082

.....
Transformación curricular, una apuesta por la calidad educativa.



Transformación curricular, una apuesta por la calidad educativa.

A quien interese

Por este medio yo Jonathan Herrera Quesada, profesional en Orientación del Centro Nacional de Educación Helen Keller realice el análisis de la prueba de jueces realizando recomendaciones para que los estudiantes logren entender el objetivo de las preguntas, dirigido a estudiantes con baja visión o ceguera, realizado por la señorita Melissa María Bermúdez Gutiérrez estudiante de la carrera Odontología de la Universidad Latina de Costa Rica quien se encuentra en el proceso de la realización de la tesis, para optar por el grado de Licenciatura, el cual lleva como título "Análisis de las experiencias vividas y grado de satisfacción por parte de pacientes diagnosticados con ceguera y sordos en la provincia de San José, Universidad Latina de Costa Rica en el periodo de Enero a Setiembre del 2022. lo anterior se realizó el día martes 17 de mayo del año 2022, con la visita de la señorita Bermúdez al Centro.

Jonathan Herrera
Jonathan Herrera Quesada



San José, San Francisco de Dos Ríos, Barrio Los Sauces Tel.: (506) 2226-1776
Correo electrónico: inst.helenkeller@mep.go.cr

Anexo 4 Carta del estadístico

*Gestión de Negocios
Servicios Educativos Profesionales*



San José, 05 de agosto de 2022

Señores
Universidad Latina de Costa Rica
S. D.

Estimados señores:

A través de este medio el Licenciado Gustavo A. Castro Miranda, asesor en estadística, hace constar que la estudiante Melissa Bermúdez Gutiérrez, portadora de la cédula de identidad 1-1717-0806, recibió la supervisión estadística para el trabajo de investigación titulado:

"Análisis de las experiencias vividas y grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticadas con discapacidad auditiva y personas diagnosticadas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller y escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, Universidad Latina de Costa Rica en el período de enero a septiembre 2022"

Lo anterior, como Trabajo Final de Investigación para obtener el grado académico de Licenciatura en Odontología en la Universidad Latina de Costa Rica.

Firmamos en San José a las 14 horas del 05 de agosto de 2022.



Lic. Gustavo Castro Miranda
Cédula 1-0688-0559
Carnet #22872



Melissa Bermúdez Gutiérrez
Cédula 1-1717-0806

San José, Costa Rica. Teléfono (506) 8340-6999. Email gcastro_bluesky@yahoo.com

Anexo 5 Carta del filólogo

San José, 03 de setiembre de 2022

**Señores
Universidad Latina de Costa Rica
S. D.**

Estimados señores:

El suscrito profesional en filología da fe de que el documento de tesis titulado “**Análisis de las experiencias vividas y grado de satisfacción durante el tratamiento dental por parte de personas diagnosticadas con discapacidad auditiva y personas diagnosticadas con discapacidad visual en el Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller y escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera, Universidad Latina de Costa Rica en el período de enero a septiembre 2022**”, elaborado por Melissa Bermúdez Gutiérrez, cédula de identidad 1-1717-0806, fue sometido a una revisión filológica.

Se han realizado las modificaciones pertinentes en los distintos niveles textuales, a saber, macro y microestructura, intención comunicativa, citación, coherencia y cohesión, gramática, puntuación y ortografía.

De ustedes, atentamente,



**Lic. Álvaro Acosta Quirós
Carné #29873
Cédula 1-0940-0630**

San José, Costa Rica. Teléfono (506) 7009-3106. Email gycasesorescr@gmail.com

Anexo 6 Cuestionario a persona con discapacidad visual en el Instituto de formación y Rehabilitación Helen Keller

Lugar, fecha y hora

DATOS GENERALES DE LA PERSONA A LA QUE SE LE APLICA EL CUESTIONARIO						
a.	Sexo: 1. Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	b.	Edad en años cumplidos:	6	3	
				Anotar		
c.	Me podría indicar ¿cuál es su nombre?					
d.	Condición visual: Baja visión (<input checked="" type="checkbox"/>)		Ceguera (<input type="checkbox"/>)			
I. ADECUACIONES EN EL TRATAMIENTO						
		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
1	¿Visita usted al odontólogo únicamente cuando tiene alguna molestia?			<input checked="" type="checkbox"/>		
2	¿Le coloca el odontólogo lentes oscuros que le eviten molestia con la luz?	<input checked="" type="checkbox"/>				
3	¿Le indica el odontólogo cualquier movimiento antes de realizarlo, por ejemplo, acomodar la silla dental?				<input checked="" type="checkbox"/>	
II. Espacio físico del consultorio						
		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
4	¿Le describe el odontólogo con detalle el consultorio dental y todo lo que esté alrededor, como instrumentos, materiales y equipo?				<input checked="" type="checkbox"/>	
5	¿El odontólogo lo guía hasta donde se encuentra la silla dental?			<input checked="" type="checkbox"/>		
6	¿Considera usted que los odontólogos poseen una correcta señalización dentro del consultorio?	<input checked="" type="checkbox"/>				
7	¿Se ha tropezado con algún objeto (sillones, muebles, plantas...) de la clínica, camino a la silla dental?		<input checked="" type="checkbox"/>			

8	¿Tenía el consultorio condiciones de accesibilidad adecuada?						X
III. SATISFACCIÓN							
		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho	
9	¿Se siente satisfecho con el trato que recibe por parte del personal de salud y administrativo que labora en conjunto con el odontólogo?						X
110	¿Se siente satisfecho con la confianza que transmite el odontólogo durante la atención dental?						X
11	¿Se siente satisfecho con la señalización dentro del consultorio?	X					
12	¿Se siente satisfecho con las preguntas que le hace el odontólogo sobre su discapacidad? (ejemplo, enfermedades asociadas a su discapacidad, qué método utiliza para desplazarse, toma de medicamentos.)		X				

Anexo 7 Cuestionario a persona con discapacidad auditiva en la escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera

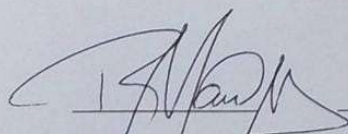
DATOS GENERALES DE LA PERSONA A LA QUE SE LE APLICA EL CUESTIONARIO						
a.	Sexo: 1. Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	b.	Edad en años cumplidos:	<table border="1"><tr><td>1</td><td>3</td></tr></table> Anotar	1	3
1	3					
c.	Me podría indicar ¿cuál es su nombre? <i>Angely Zamora Guido</i>					
d.	Condición auditiva: Baja audición ()		Sordera (<input checked="" type="checkbox"/>)			
I. ADECUACIONES EN EL TRATAMIENTO						
		Sí	No	N/A	NS/NR	
1.	¿Su padre o encargado lo lleva al dentista únicamente cuando tiene alguna molestia?	<input checked="" type="checkbox"/>				
2.	Las personas que lo atienden junto con el dentista, ¿Saben de su discapacidad?	<input checked="" type="checkbox"/>				
3.	¿Considera usted que los dentistas evitan sonidos y luces muy fuertes que puedan afectarle durante la cita?		<input checked="" type="checkbox"/>			
II. Comunicación						
		Sí	No	N/A	NS/NR	
4.	¿Considera usted que el dentista tiene el suficiente conocimiento en LESCO para poder atenderlo?	<input checked="" type="checkbox"/>				
5.	¿Utiliza el dentista (dibujos) para mejorar la comunicación con usted?	<input checked="" type="checkbox"/>				
6.	¿En caso de utilizar dibujos, el dentista los tenía listos?	<input checked="" type="checkbox"/>				
7.	¿Utiliza el dentista expresiones faciales o gestos que ayuden a mejorar la comunicación?	<input checked="" type="checkbox"/>				
8.	¿El dentista le habla un poco más lento de lo normal?	<input checked="" type="checkbox"/>				
9.	En caso de haber un intérprete, ¿considera usted que el dentista aun estando esta persona, le habla y se dirige hacia usted?		<input checked="" type="checkbox"/>			

10.	¿Utiliza el dentista algún tipo de mascarilla o careta que permita que usted pueda leerle los labios?		X			
III. SATISFACCIÓN						
		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
11.	¿Se siente satisfecho con el trato que recibe por parte de las personas que lo atienden junto con el dentista?					X
12.	¿Se siente satisfecho con la confianza que transmite el dentista durante la atención dental?					X
13.	¿Se siente satisfecho con la rapidez en la que el dentista le habla?				X	
14.	¿Se siente satisfecho con el nivel de conocimiento en LESCO que tiene el dentista?					X

Anexo 8 Carta lectores

Julio, 2022

Yo, Randall Masís Muñoz, cédula 107990275, a solicitud de la estudiante Melissa María Bermúdez Gutiérrez, cédula 117170806, estoy de acuerdo en ser el lector de tesis titulada "ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS VIVIDAS Y GRADO DE SATISFACCIÓN POR PARTE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON SORDERA Y CEGUERA DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL EN LA PROVINCIA DE SAN JOSÉ, UNIVERSIDAD LATINA DE COSTA RICA EN EL PERÍODO DE ENERO A SEPTIEMBRE 2022", a cargo de la tutora Reyna Garita Quesada.



Firma lector

Dr. Randall Masís Muñoz

Ced. 107990275

Melissa

Firma estudiante

Melissa Bermúdez Gutiérrez

Ced. 117170806

REYNA GARITA
QUESADA
(FIRMA)

Firmado digitalmente
por REYNA GARITA
QUESADA (FIRMA)
Fecha: 2022.07.27
20:05:41 -0500'

Firma tutor

Dra Reyna Garita Quesada

Ced. 108880880

Julio, 2022

Yo, Tatiana Delgado Pitti, cédula 109530132, a solicitud de la estudiante Melissa María Bermúdez Gutiérrez, cédula 117170806, estoy de acuerdo en ser el lector de tesis titulada "ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS VIVIDAS Y GRADO DE SATISFACCIÓN POR PARTE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON SORDERA Y CEGUERA DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL EN LA PROVINCIA DE SAN JOSÉ, UNIVERSIDAD LATINA DE COSTA RICA EN EL PERÍODO DE ENERO A SEPTIEMBRE 2022", a cargo de la tutora Reyna Garita Quesada.



Firma lector

Dra. Tatiana Delgado Pitti

Ced.109530132



Firma estudiante

Melissa Bermúdez Gutiérrez

Ced. 117170806

Firmado digitalmente por REYNA GARITA QUESADA (FIRMA) Fecha: 2022.07.25 19:58:32 -0600

Firma tutor

Dra Reyna Garita Quesada

Ced. 108880880

Anexo 9 Logo escuela para sordos Dr. Carlos Sáenz Herrera



Fuente: internet

Anexo 10 Panfleto Instituto de Rehabilitación y formación Helen Keller

Requisitos de matrícula

1. Cédula de identidad y una copia.
2. Dos copias del diagnóstico oftalmológico con agudezas visuales, no más de un año de emitido.
3. Dos fotos tamaño pasaporte.
4. Diagnóstico médico de otras enfermedades.
5. Informe de docente de integración.
6. En caso de extranjeros, presentar alguno de estos documentos:
 - o Cédula de residencia.
 - o Carné de refugiado.
 - o Permiso temporal de radicación.
 - o Carné de residente pensionado o rentista.
 - o Carné de asilado territorial.
7. Enviar documentos a:
matricula.cnehk@gmail.com

BRILLE

Braille - Español
por Edson Ferrufino

Signo Generador


a b c d e f g h i j k l m n ñ o p
q r s t u v w x y z U ó é í ó ú
¿ ? ¡ ! , . : " ' % _

Signo Numero

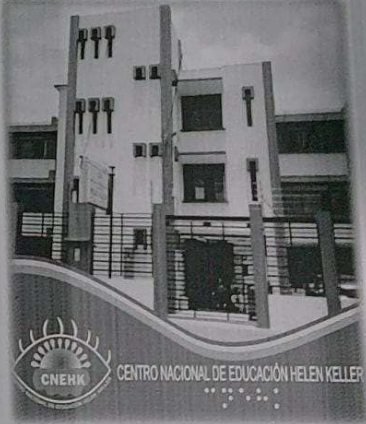
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

mep
Ministerio de Educación Pública

CNEHK
Teléfono: 2226-1776
Dirección: Del Pali de Barrio Los Sauces 50m oeste.
Correo: inst.helenkeller@mep.go.cr



CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN HELEN KELLER



CNEHK CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN HELEN KELLER

Anexo 11 Licencia de distribución no exclusiva

Licencia De Distribución No Exclusiva (cartá de la persona autora para uso didáctico)

Universidad Latina de Costa Rica

Yo (Nosotros): Melissa Bermúdez Gutiérrez

De la Carrera / Programa: Licenciatura en odontología

Modalidad de TFG: Tesis

Titulado: ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS VIVIDAS Y GRADO DE SATISFACCIÓN DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL POR PARTE DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA Y PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON DISCAPACIDAD VISUAL EN EL INSTITUTO DE REHABILITACIÓN Y FORMACIÓN HELEN KELLER Y ESCUELA PARA SORDOS DR. CARLOS SÁENZ HERRERA, UNIVERSIDAD LATINA DE COSTA RICA EN EL PERÍODO DE ENERO A SEPTIEMBRE 2022

Al firmar y enviar esta licencia, usted, el autor (es) y/o propietario (en adelante el "AUTOR"), declara lo siguiente: **PRIMERO:** Ser titular de todos los derechos patrimoniales de autor, o contar con todas las autorizaciones pertinentes de los titulares de los derechos patrimoniales de autor, en su caso, necesarias para la cesión del trabajo original del presente TFG (en adelante la "OBRA"). **SEGUNDO:** El AUTOR autoriza y cede a favor de la UNIVERSIDAD U LATINA S.R.L. con cédula jurídica número 3-102-177510 (en adelante la "UNIVERSIDAD"), quien adquiere la totalidad de los derechos patrimoniales de la OBRA necesarios para usar y reusar, publicar y republicar y modificar o alterar la OBRA con el propósito de divulgar de manera digital, de forma perpetua en la comunidad universitaria. **TERCERO:** El AUTOR acepta que la cesión se realiza a título gratuito, por lo que la UNIVERSIDAD no deberá abonar al autor retribución económica y/o patrimonial de ninguna especie. **CUARTO:** El AUTOR garantiza la originalidad de la OBRA, así como el hecho de que goza de la libre disponibilidad de los derechos que cede. En caso de impugnación de los derechos autorales o reclamaciones instadas por terceros relacionadas con el contenido o la autoría de la OBRA, la responsabilidad que pudiera derivarse será exclusivamente de cargo del AUTOR y este garantiza mantener indemne a la UNIVERSIDAD ante cualquier reclamo de algún tercero. **QUINTO:** El AUTOR se compromete a guardar confidencialidad sobre los alcances de la presente cesión, incluyendo todos aquellos temas que sean de orden meramente institucional o de organización interna de la UNIVERSIDAD **SEXTO:** La presente autorización y cesión se regirá por las leyes de la República de Costa Rica. Todas las controversias, diferencias, disputas o reclamos que pudieran derivarse de la presente cesión y la materia a la que este se refiere, su ejecución, incumplimiento, liquidación, interpretación o validez, se resolverán por medio de los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica, a cuyas normas se someten el AUTOR y la UNIVERSIDAD, en forma voluntaria e incondicional. **SÉPTIMO:** El AUTOR acepta que la UNIVERSIDAD, no se hace responsable del uso, reproducciones, venta y distribuciones de todo tipo de fotografías, audios, imágenes, grabaciones, o cualquier otro tipo de

presentación relacionado con la **OBRA**, y el **AUTOR**, está consciente de que no recibirá ningún tipo de compensación económica por parte de la **UNIVERSIDAD**, por lo que el **AUTOR** haya realizado antes de la firma de la presente autorización y cesión. **OCTAVO:** El **AUTOR** concede a **UNIVERSIDAD.**, el derecho no exclusivo de reproducción, traducción y/o distribuir su envío (incluyendo el resumen) en todo el mundo en formato impreso y electrónico y en cualquier medio, incluyendo, pero no limitado a audio o video. El **AUTOR** acepta que **UNIVERSIDAD.** puede, sin cambiar el contenido, traducir la **OBRA** a cualquier lenguaje, medio o formato con fines de conservación. **NOVENO:** El **AUTOR** acepta que **UNIVERSIDAD** puede conservar más de una copia de este envío de la **OBRA** por fines de seguridad, respaldo y preservación. El **AUTOR** declara que el envío de la **OBRA** es su trabajo original y que tiene el derecho a otorgar los derechos contenidos en esta licencia. **DÉCIMO:** El **AUTOR** manifiesta que la **OBRA** y/o trabajo original no infringe derechos de autor de cualquier persona. Si el envío de la **OBRA** contiene material del que no posee los derechos de autor, el **AUTOR** declara que ha obtenido el permiso irrestricto del propietario de los derechos de autor para otorgar a **UNIVERSIDAD** los derechos requeridos por esta licencia, y que dicho material de propiedad de terceros está claramente identificado y reconocido dentro del texto o contenido de la presentación. Asimismo, el **AUTOR** autoriza a que en caso de que no sea posible, en algunos casos la **UNIVERSIDAD** utiliza la **OBRA** sin incluir algunos o todos los derechos morales de autor de esta. **SI AL ENVÍO DE LA OBRA SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA U ORGANIZACIÓN QUE NO SEA UNIVERSIDAD U LATINA, S.R.L., EL AUTOR DECLARA QUE HA CUMPLIDO CUALQUIER DERECHO DE REVISIÓN U OTRAS OBLIGACIONES REQUERIDAS POR DICHO CONTRATO O ACUERDO.** La presente autorización se extiende el día 15 de setiembre de 2022 a las 9:38

Firma del estudiante(s):

Melissa