

**Conocimiento, actitudes y prácticas de los endodoncistas egresados de la Universidad Santo Tomás  
extensión Bogotá en la atención de pacientes en condición de discapacidad**

**María Camila Velásquez López, Emmanuel Molano Barrios**

**Trabajo de grado para optar el título de Especialista en Endodoncia**

**Directora**

**Patricia Becerra Buitrago**

**Especialista en endodoncia**

**Codirectora**

**Johanna Angelica Quiceno Olaya**

**Especialista en endodoncia**

**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

**División Ciencias de la Salud**

**Especialización en Endodoncia**

**2025**

## Contenido

1.	Introducción .....	8
1.1	Planteamiento del problema .....	10
1.2	Justificación.....	13
2.	Marco Teórico .....	15
2.1	Encuesta CAPS .....	15
2.2	La Endodoncia y su Importancia.....	16
2.3	Discapacidad y Salud Dental.....	17
2.4	Conocimientos actitudes y practicas. ....	17
2.5	Impacto en la Salud Oral.....	19
2.6	Adaptaciones en la Atención Dental. ....	20
2.7	Modificaciones en los Procedimientos Endodónticos. ....	20
2.8	Estrategias de manejo del estrés.....	21
2.9	Coordinación multidisciplinaria .....	21
3.	Marco Referencial .....	22
3.1	Antecedentes. ....	22
3.2	Calidad de Vida y Satisfacción.....	26
3.3	Ansiedad y miedo.....	27
4.	Objetivos .....	28
4.1	Objetivo general .....	28
4.2	Objetivos específicos.....	28
5.	Método .....	29

5.1 Tipo de estudio .....	29
5.2 Selección y descripción de participantes .....	29
5.2.1 Población .....	29
5.2.2 Muestra y Tipo de Muestreo .....	29
5.2.3 Criterios de Selección (Inclusión y Exclusión) .....	30
5.3 Variables .....	30
5.4 Procedimientos .....	32
5.5 Plan de análisis estadístico .....	33
5.5.1 Plan de análisis Univariado .....	33
5.6. Implicaciones Bioéticas.....	33
6. Resultados .....	34
6.1 Conocimientos.....	36
6.2 Actitudes.....	38
6.3 Prácticas .....	40
7. Discusión.....	41
7.1 Nivel de conocimiento sobre la atención a personas con discapacidad.....	41
7.2 Nivel de actitudes hacia la atención de personas con discapacidad .....	43
7.3 Nivel de prácticas reportadas en la atención de personas con discapacidad .....	44
8. Conclusiones .....	46
9. Recomendaciones .....	47
Referencias Bibliográficas.....	48

**Lista de tablas**

<b>Tabla 1.</b> <i>Variables</i>	30
<b>Tabla 2.</b> <i>Características de los endodoncistas encuestados</i>	35

**Lista de figuras**

<b>Figura 1.</b> <i>PCD reconocidas por los egresados: Distribución porcentual de los tipos de discapacidad reportados por los participantes</i> .....	38
<b>Figura 2.</b> <i>Estrategias clínicas para la atención de PCD</i> .....	39
<b>Figura 3.</b> <i>Nivel de preparación para la atención de PCD</i> .....	40

## Resumen

**Introducción** Las personas en condición de discapacidad (PCD) presentan barreras significativas para acceder a servicios odontológicos especializados, incluyendo la endodoncia. Estas barreras incluyen limitaciones físicas, comunicativas, actitudinales y organizacionales, que afectan la continuidad del tratamiento, la seguridad del paciente y la equidad en salud. Aunque la literatura evidencia actitudes generalmente positivas en los profesionales, también señala vacíos de conocimiento, inseguridad clínica y falta de formación específica para el manejo integral de esta población, factores que pueden impactar la calidad de la atención. **Objetivo** Evaluar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de los endodoncistas egresados de la Universidad Santo Tomás, extensión Bogotá, frente a la atención de pacientes en condición de discapacidad, así como identificar brechas formativas y aspectos asociados a su preparación clínica. **Materiales y métodos** Se realizó un estudio cuantitativo, observacional y transversal. Se aplicó la encuesta CAPS, instrumento previamente validado para medir conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales de la salud, respetando su estructura original. La población estuvo conformada por egresados del posgrado de Endodoncia de la USTA. Se recolectaron variables sociodemográficas, formación académica, experiencia clínica, percepción de preparación, estrategias comunicativas y adaptaciones utilizadas en la atención de PCD. El análisis se efectuó mediante estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central) y comparativa para explorar diferencias en la preparación y las prácticas de los participantes. **Resultados** La mayoría de los encuestados manifestó disposición favorable hacia la atención de PCD. Sin embargo, solo un 7,28 % se percibió bien o excelentemente preparado, mientras que el 59,70 % se ubicó en un nivel indeterminado y el 22,42 % se consideró mal preparado; además, un 10,61 % refirió no sentirse capacitado. En cuanto al interés formativo, el 98,18 % expresó deseo de recibir capacitación adicional en normatividad, estrategias clínicas, comunicación inclusiva y uso de nuevas tecnologías. Las prácticas reportadas incluyeron estrategias comunicativas básicas y participación del cuidador, pero se observaron limitaciones en adecuaciones físicas, accesibilidad, disponibilidad de recursos inclusivos y conocimiento de protocolos farmacológicos o de sedación para casos complejos. También se evidenció menor preparación frente a discapacidades menos comunes, como sensoriales o múltiples. **Conclusiones** El estudio revela brechas formativas importantes en conocimientos, prácticas y preparación clínica para la atención integral de PCD en el campo de la endodoncia. Aunque las actitudes son positivas, la inseguridad clínica, el desconocimiento de protocolos específicos y la falta de entrenamiento en adaptaciones estructurales y comunicativas limitan la calidad y equidad del servicio. Los resultados evidencian la necesidad de incorporar módulos formativos en discapacidad, promover experiencias clínicas supervisadas y fortalecer la capacitación continua para garantizar la atención segura, competente e inclusiva de esta población.

*Palabras claves:* conocimiento, actitud de personal de salud, practica odontológica asociada, personas con discapacidad, odontología, endodoncia, encuestas y cuestionarios.

## Abstract

**Introduction** People with disabilities (PWD) face multiple physical, communicative, organizational, and attitudinal barriers when accessing specialized dental services, including endodontic care. These limitations affect treatment continuity, patient safety, and equity, and are worsened when clinicians lack specific training to address the clinical, ethical, and communicative needs of this population. Previous research shows generally positive attitudes among dental professionals, but also highlights gaps in knowledge, limited clinical confidence, and insufficient exposure to disability-focused training, all of which negatively influence the quality of care. **Objective** To assess the level of knowledge, attitudes, and practices of endodontists graduated from the Universidad Santo Tomás, Bogotá campus, in the care of patients with disabilities, and to identify educational gaps and factors related to their clinical preparedness. **Materials and methods** A quantitative, observational, cross-sectional study was conducted. The previously validated CAPS questionnaire was administered to measure knowledge, attitudes, and practices in health professionals. The study population consisted of graduates from the Endodontics Postgraduate Program at Universidad Santo Tomás. Data collected included sociodemographic characteristics, academic training, clinical experience, perceived preparedness, communication strategies, and adaptations used when treating PWD. Analyses included descriptive statistics (frequencies, percentages, and measures of central tendency) and comparative tests to examine differences in self-perceived preparation and reported practices. **Results** Most respondents expressed favorable attitudes toward treating PWD. However, only 7.28% felt well or excellently prepared, while 59.70% reported an indeterminate level of preparedness and 22.42% considered themselves poorly prepared; an additional 10.61% stated they did not feel trained at all. Regarding educational needs, 98.18% showed strong interest in receiving further training on regulations, clinical strategies, inclusive communication, and the use of new technologies. Reported practices included basic communication adaptations and caregiver involvement, but deficiencies were noted in physical infrastructure, accessibility, availability of inclusive resources, and knowledge of pharmacological or sedation protocols for complex cases. Lower preparedness was also reported for less common disabilities, such as sensory or multiple disabilities. **Conclusions** Significant training gaps were identified in knowledge, practices, and clinical preparedness for providing comprehensive endodontic care to PWD. Although attitudes were positive, limited clinical confidence, insufficient protocol knowledge, and lack of training in structural and communicative adaptations hinder the delivery of equitable and high-quality care. Findings support the need to strengthen academic curricula, incorporate disability-specific modules, promote supervised clinical experiences, and reinforce continuing education to ensure safe, competent, and inclusive endodontic care for this population.

*Keywords:* Knowledge; Attitude of Health Personnel; Dental Practice; Persons with Disabilities; Dentistry; Endodontics; Surveys and Questionnaires.

## 1. Introducción

En el mundo existen más de 1000 millones de personas con alguna discapacidad, y aunque estas condiciones no son sinónimos de alteraciones orales severas, sí se ha detectado en los pacientes que las padecen señales de mala higiene bucal y enfermedades orales, producto de la poca o nula atención odontológica, relacionadas en gran medida al temor que los profesionales del área enfrentan al momento de la atención (Savanheimo et al., 2012).

La universalidad de las patologías odontoestomatológicas (caries con destrucción dental, patologías gingivales y de las estructuras de soporte del diente y patologías orales) no afecta solo a individuos en condición de buena salud general, sino también a pacientes en condición de discapacidad (PCD), es decir, aquellas personas que sufren patologías del organismo de gravedad seria, personas con incapacidades físicas y/o psíquicas o enfermedades psiquiátricas, en capacidad o no de ofrecer colaboración en el acto terapéutico odontológico, para los cuales se aconseja, por lo tanto, un tratamiento hospitalario breve y una terapia con anestesia general, en sedación consciente o en sedación profunda (Camargo & Antunes, 2008).

La discapacidad se ha descrito como cualquier condición del cuerpo o la mente (deterioro) que hace que a la persona con la condición le resulte más difícil realizar ciertas actividades (limitación de actividad) e interactuar con el mundo que los rodea. Una deficiencia es un problema en la función o estructura del cuerpo, una limitación de actividad es una dificultad que encuentra un individuo al ejecutar una tarea o acción, mientras que una restricción de participación es un problema que experimenta un individuo al involucrarse en situaciones de la vida (Mirand et al., 2022).

Las barreras sistémicas y estructurales limitan la salud dental de las personas con necesidades especiales de atención médica. La salud a menudo cae de la lista de prioridades y emerge como una crisis especial. La necesidad de atención médica se define como "cualquier necesidad física, de desarrollo, mental, deterioro sensorial, conductual, cognitivo o emocional o condición limitante que requiera administración médica, intervención de atención médica y/o el uso de servicios o programas especializados, es decir, un impedimento que requiere un plan de atención individualizado que se desvía de la norma debido a discapacidad" (Mirand et al., 2022).

La endodoncia, una especialidad crítica dentro de la odontología, se centra en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la pulpa dental y los tejidos periapicales. La atención integral en endodoncia no solo se dirige a la resolución de patologías dentales comunes, sino también a la adaptación de tratamientos para pacientes con necesidades especiales, incluyendo aquellos con discapacidades físicas y/o mentales. La importancia de este enfoque radica en que los pacientes con discapacidades pueden presentar desafíos únicos que requieren habilidades y conocimientos especializados para garantizar un tratamiento eficaz y ético (Li et al., 2023).

El objetivo central de la investigación fue determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los endodoncistas egresados en el tratamiento de pacientes con discapacidad y las áreas que requieren una mayor capacitación.

Diversos estudios han explorado la capacitación de los profesionales de la salud en el manejo de pacientes con discapacidades, destacando la necesidad de formación continua y la adaptación de técnicas para mejorar los resultados clínicos. Sin embargo, existe un vacío en la literatura respecto a la aplicación específica de estos principios en endodoncia y cómo los conocimientos de los profesionales pueden impactar la calidad del cuidado brindado a pacientes con discapacidad (Jockusch et al., 2021).

A través de una metodología cuantitativa, esta investigación quiso proporcionar datos empíricos sobre las competencias actuales de los endodoncistas y ofrecer una base sólida para futuras iniciativas de formación y desarrollo profesional en el campo de la endodoncia adaptada. Este enfoque permitió identificar las carencias en la formación y contribuir a la mejora continua en la atención de pacientes con necesidades especiales dentro del ámbito de la odontología.

### **1.1 Planteamiento del problema**

Un estudio realizado en el año 2022 proporciona datos sobre la accesibilidad a servicios odontológicos para pacientes con discapacidad. Según su investigación, aproximadamente el 30% de los pacientes con discapacidad enfrentan barreras para acceder a atención dental adecuada. En particular, este estudio destaca que solo un 15% de los pacientes con discapacidades físicas severas logran recibir tratamiento endodóntico especializado, debido a la falta de infraestructura adaptada y formación específica entre los profesionales de la odontología (Smith et al., 2022). Además, información reciente sobre la experiencia de pacientes con discapacidades en el tratamiento muestra que de los pacientes con discapacidades que buscan atención odontológica, alrededor del 20% requieren tratamientos endodónticos complejos. Sin embargo, solo un 10% de estos pacientes reciben el tratamiento necesario debido a la falta de formación específica de los endodoncistas en el manejo de discapacidades, lo que refleja una brecha en la cobertura y accesibilidad de estos servicios (Goh, et al. 2020).

Igualmente, un aspecto fundamental es la formación de los profesionales en odontología para la atención de pacientes con discapacidad. La evidencia muestra que solo una minoría de los programas de formación odontológica incluye módulos o asignaturas específicas sobre el manejo

de personas con necesidades especiales, lo que contribuye a una preparación profesional insuficiente y desigual entre los egresados (Alhaidar et al., 2024).

Finalmente, se ha evidenciado que las personas con discapacidad enfrentan mayores dificultades para acceder a tratamientos odontológicos especializados, incluyendo los procedimientos endodónticos. Diversos estudios muestran que este grupo poblacional recibe con menor frecuencia atención restauradora y endodóntica en comparación con la población general, debido a barreras físicas, logísticas y a la falta de profesionales capacitados. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la disponibilidad y la adaptabilidad de los servicios de salud oral para garantizar una atención equitativa e inclusiva (Naseem et al., 2016).

Por lo tanto, en el ámbito de la endodoncia, el tratamiento eficaz de pacientes con discapacidad presenta un desafío, dado que estos pacientes pueden tener necesidades y condiciones especiales que requieren enfoques específicos y habilidades adaptadas. Aunque la endodoncia se centra en la salud dental y el tratamiento de infecciones y lesiones en los tejidos dentales, el manejo de pacientes con discapacidades físicas o mentales demanda un conocimiento especializado. (Smith et al., 2022).

El problema central que se abordó en esta investigación es determinar el número de endodoncistas egresados de la Universidad Santo Tomás que efectivamente atienden a pacientes con discapacidad en sus consultas. La investigación se enfoca en cuantificar los profesionales que incluyen a pacientes con discapacidad en su práctica diaria y en evaluar las razones detrás de sus decisiones para hacerlo o no.

Este enfoque permitió obtener una visión más clara del alcance real de la atención a pacientes con discapacidad por parte de los endodoncistas, así como de las necesidades de

capacitación y mejora en las prácticas profesionales. La investigación se orientó en comprender mejor las prácticas actuales y a identificar áreas específicas donde se podrían implementar estrategias para mejorar la inclusión de pacientes con discapacidad en el tratamiento de endodoncia.

Aunque existe una creciente preocupación por la inclusión y la adaptación en la atención médica en general, la literatura específica sobre la capacitación de los endodoncistas para el manejo de pacientes con discapacidad sigue siendo limitada. Diversos autores han señalado la necesidad de adaptar técnicas, materiales y procedimientos para la atención de personas con necesidades especiales; sin embargo, aún no se dispone de guías detalladas que orienten qué conocimientos deben integrarse y cómo deben aplicarse en la práctica endodóntica (Alhaidar et al., 2024).

Este estudio se enfocó en aspectos que aún no han sido completamente explorados, tales como la aplicación práctica de conocimientos sobre discapacidades en tratamientos endodónticos y la identificación de brechas específicas en la formación profesional. Las áreas que requieren mayor investigación incluyen la adaptación de técnicas de tratamiento, el desarrollo de estrategias específicas para el manejo de pacientes con discapacidades, y la implementación de protocolos especializados para mejorar la eficacia y la comodidad del tratamiento (Smith et al., 2022).

Finalmente, la pregunta de investigación fue: ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los endodoncistas egresados de la Universidad Santo Tomás en el tratamiento de pacientes con discapacidad?

## 1.2 Justificación

La formulación de esta pregunta de investigación responde a una necesidad urgente de mejorar la competencia en el tratamiento de pacientes con discapacidades dentro de la práctica endodóntica. La pregunta es factible, ya que se basa en una evaluación directa del conocimiento actual de los profesionales y la identificación de necesidades de formación adicionales a través de una encuesta ya desarrollada. Es interesante y relevante debido a la creciente demanda de prácticas inclusivas y adaptadas en el cuidado de la salud dental (Smith et al., 2022). Además, la investigación es ética y necesaria para asegurar que todos los pacientes reciban una atención de alta calidad, sin importar sus condiciones particulares. La innovación técnica y la implementación de nuevas estrategias basadas en los resultados de este estudio podrían transformar la manera en que se aborda el tratamiento endodóntico para pacientes con discapacidad, mejorando tanto la calidad de la atención como la formación profesional en este campo especializado (Goh et al., 2021).

En otros contextos latinoamericanos, muchos odontólogos declaran no atender pacientes con discapacidad porque “no saben hacerlo” o porque no recibieron formación durante su carrera. En un estudio brasileño, el 91,4 % de los odontólogos que no atendían pacientes en condición de discapacidad señalando que “no habían recibido un curso para su atención” como razón principal (Figueiredo et al., 2020).

En un estudio en Emiratos Árabes Unidos, se observó que muchos odontólogos percibían barreras para tratar personas con discapacidad: falta de capacitación, temor al manejo y falta de adaptaciones clínicas (Salah. Et al 2022).

En el ámbito de la “odontología de atención especial”, se ha documentado que el personal a menudo no está familiarizado con el modelo social de discapacidad (que enfatiza la eliminación

de barreras) y mantiene visiones más bien centradas en el modelo médico/tradicional, lo que puede limitar su sensibilidad hacia las necesidades reales de los pacientes con discapacidad. (Naseem et al., 2017)

Diversas investigaciones muestran que, aunque muchos odontólogos expresan una actitud favorable hacia la atención de personas con discapacidad, esto no siempre se traduce en la práctica real por falta de recursos, estructuras clínicas adaptadas o procedimientos específicos. Un estudio reciente en estudiantes de odontología halló que una proporción (42,5 %) se sentía insuficientemente preparado para tratar pacientes con discapacidad, y el 88,5 % manifestaba interés por recibir formación adicional (Asiri et al., 2024).

Además, en Colombia, la atención de pacientes en condición de discapacidad está regulada por varias normas y leyes que buscan garantizar sus derechos y asegurar que reciban una atención adecuada en diferentes ámbitos, incluida la atención en salud. A continuación, se presentan algunas de las principales normativas relevantes para la atención de pacientes con discapacidad:

**Resolución 5261 de 1994:** Esta resolución establece los lineamientos para la atención integral a personas con discapacidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Define las responsabilidades de las EPS y los prestadores de salud en la inclusión y adaptación de servicios para pacientes con discapacidad (República de Colombia, 1994).

**Ley 1346 de 2009:** Esta ley ratifica la "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad" adoptada por la ONU. La ley obliga al país a cumplir con los estándares internacionales en cuanto a la protección y promoción de los derechos de las personas con discapacidad, incluyendo su acceso a servicios de salud (República de Colombia, 2009).

**Ley 1618 de 2013** es fundamental en la normativa colombiana sobre la inclusión y la atención a personas con discapacidad. Esta ley establece el "Sistema Nacional de Discapacidad" y tiene como objetivo garantizar los derechos y la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. La ley también aboga por la creación de políticas públicas y estrategias para mejorar el acceso a servicios, incluida la atención en salud (República de Colombia, 2013).

**Ley 1751 de 2015** regula el derecho a la salud en Colombia y establece el "Plan de Beneficios en Salud" (PBS). Esta ley incluye disposiciones sobre la atención integral a personas con discapacidad, asegurando que reciban servicios de salud adecuados y pertinentes, adaptados a sus necesidades específicas (República de Colombia, 2015).

**Ley 1752 de 2015** crea el "Programa Nacional de Discapacidad" y busca asegurar la inclusión de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida, incluida la salud. Esta ley enfatiza la necesidad de garantizar una atención adecuada y equitativa (República de Colombia, 2015).

Estas normas y leyes establecen un marco legal para la inclusión y atención de personas con discapacidad en Colombia, asegurando que reciban servicios de salud apropiados y adaptados a sus necesidades.

## **2. Marco Teórico**

### **2.1 Encuesta CAPS**

Una encuesta CAPS (Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Salud) es una herramienta utilizada para medir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de una población sobre un tema de salud en particular. Esta herramienta permite obtener información valiosa en varios

aspectos como: evaluar el nivel de conocimiento, el cual mide cuánto sabe una población sobre un tema específico, como una enfermedad, un tratamiento o una práctica médica (Rosenstock, 1974). Por otro lado, identificar actitudes, esta investiga las percepciones, creencias y predisposiciones de la población hacia ciertos comportamientos o acciones de salud (Ajzen & Fishbein, 1980). Analizar las prácticas, examinando las conductas o acciones que las personas llevan a cabo en su vida diaria relacionadas con la salud, lo que permite identificar si el conocimiento y las actitudes se reflejan en la práctica real (Bandura, 1997) y finalmente, diseñar intervenciones; Los resultados de una encuesta CAPS pueden ayudar a las autoridades de salud o instituciones a diseñar programas educativos, campañas de concienciación o políticas que aborden los déficits en conocimiento, modificar actitudes inadecuadas y mejorar prácticas de salud (Glanz et al., 2008).

## **2.2 La Endodoncia y su Importancia**

La endodoncia, o terapia endodóntica, es una especialidad en odontología, encargada del diagnóstico y tratamiento de patologías que afectan la pulpa dental y los tejidos periapicales.

Conservar los dientes naturales constituye un objetivo prioritario en odontología, no solo por su función en la masticación y la estética, sino también por su papel esencial en la preservación de la estructura dentofacial y la salud oral general. Mantener los dientes evita complicaciones asociadas a la pérdida dentaria, como el desplazamiento de piezas adyacentes, la pérdida ósea alveolar y la alteración de la función oclusal. En este contexto, la terapia endodóntica desempeña un papel fundamental, ya que permite eliminar el tejido pulpar inflamado o infectado, aliviar el dolor y controlar la propagación de infecciones, con el objetivo de conservar la dentición natural y su funcionalidad a largo plazo (Torabinejad & Goodacre, 2006).

### **2.3 Discapacidad y Salud Dental**

La discapacidad, entendida como una condición que limita el funcionamiento físico, intelectual o sensorial de una persona, puede afectar significativamente el acceso y la calidad de la atención odontológica. Estas limitaciones pueden ser congénitas o adquiridas, y su impacto varía según la naturaleza y la severidad de la condición. Las personas con discapacidad suelen enfrentar múltiples barreras, como la falta de infraestructura accesible, la comunicación inadecuada y la capacitación insuficiente del personal de salud, lo que conlleva a una mayor prevalencia de enfermedades orales no tratadas y un deterioro general de la salud bucodental (Anders & Davis, 2010).

La discapacidad se clasifica en diversos tipos, cada uno con características particulares que influyen en el funcionamiento de la persona. Las discapacidades físicas afectan la movilidad y el control motor, dificultando las actividades cotidianas; las discapacidades intelectuales y mentales inciden en el pensamiento, la conducta y la toma de decisiones; las discapacidades sensoriales, como la ceguera o la sordera, limitan la percepción del entorno; y las discapacidades cognitivas interfieren con los procesos de aprendizaje y memoria. Esta clasificación, establecida por la Organización Mundial de la Salud, permite comprender la amplitud y complejidad de las limitaciones que pueden presentarse en distintos contextos de vida. Por último, las discapacidades psicosociales se relacionan con dificultades en la interacción social y el bienestar emocional, complicando la participación plena en la sociedad. (Organización Mundial de la Salud, 2011).

### **2.4 Conocimientos actitudes y prácticas**

Los conocimientos de los endodoncistas en relación con la atención de pacientes con discapacidad comprenden la comprensión de las condiciones médicas y funcionales que pueden afectar la salud oral, así como las adaptaciones necesarias en la práctica clínica y el uso de técnicas

especializadas para mejorar la atención. Sin embargo, diversos estudios han demostrado que la formación académica en odontología en este campo suele ser limitada, lo que genera vacíos en la preparación profesional y dificulta el abordaje integral de las necesidades de estos pacientes (Faulks, Freedman, Thompson, Sagheri, & Dougall, 2012). Es importante que los programas de pregrado y posgrado integren contenidos específicos sobre el tratamiento odontológico de personas con discapacidad, para garantizar una atención de calidad y basada en la evidencia.

Las actitudes de los endodoncistas frente a la atención de pacientes con discapacidad están influenciadas por diversos factores, incluyendo la formación académica, la experiencia clínica previa y las barreras estructurales del sistema de salud. La literatura señala que la falta de capacitación y la ausencia de experiencias clínicas supervisadas pueden generar inseguridad y ansiedad en los profesionales, lo que se traduce en una menor disposición a tratar a estos pacientes y perpetúa desigualdades en el acceso a la atención odontológica (Dougall & Fiske, 2008).

Sin embargo, la capacitación continua y la exposición clínica a pacientes con discapacidad pueden fortalecer la confianza, la empatía y las competencias de los endodoncistas, promoviendo una práctica profesional más inclusiva y equitativa. La experiencia directa con estos pacientes contribuye a reducir la ansiedad profesional, a mejorar las habilidades comunicativas y a fomentar actitudes positivas hacia la atención en contextos de diversidad funcional (Ahmad, Razak, & Borromeo, 2015).

Las prácticas clínicas de los endodoncistas en el manejo de pacientes con discapacidad varían según el nivel de formación profesional y los recursos disponibles en sus consultorios. Entre las estrategias más utilizadas se encuentran la modificación de las técnicas operatorias, la implementación de medios auxiliares para mejorar la comunicación y la adaptación del entorno clínico con el fin de facilitar la atención y garantizar la seguridad del paciente (Faulks, Freedman,

Thompson, Sagheri, & Dougall, 2012). Además, la colaboración con otros profesionales de la salud, como terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y psicólogos, resulta esencial para mejorar la calidad del tratamiento odontológico y la experiencia del paciente con discapacidad. Un abordaje interdisciplinario permite integrar estrategias de apoyo conductual, comunicación y manejo físico que favorecen la atención segura y efectiva (Dougall & Fiske, 2008).

## **2.5 Impacto en la Salud Oral**

Las discapacidades pueden afectar la salud oral de diversas maneras, siendo el acceso a la atención dental uno de los principales desafíos. Muchas personas con discapacidad enfrentan barreras arquitectónicas, logísticas y actitudinales que limitan su capacidad para recibir tratamiento odontológico oportuno. Esta falta de accesibilidad, sumada a la escasez de profesionales capacitados en atención especial, contribuye al deterioro de la salud oral y al aumento de enfermedades dentales no tratadas (Anders & Davis, 2010).

Esto puede llevar a un acceso limitado a servicios preventivos, aumentando el riesgo de caries y enfermedades periodontales. Además, las limitaciones físicas asociadas a determinadas discapacidades pueden dificultar la realización de una higiene oral adecuada. La falta de destreza manual o el control motor reducido hacen que tareas como el cepillado dental o el uso de hilo dental sean más complejas, lo que incrementa la acumulación de placa y la incidencia de caries y enfermedades periodontales (Anders & Davis, 2010). Las condiciones médicas asociadas con la discapacidad, como los trastornos neuromusculares, pueden interferir significativamente con la salud oral y complicar la atención odontológica. Por ejemplo, los pacientes que presentan espasticidad o movimientos involuntarios de la mandíbula pueden experimentar dificultades para

mantener la apertura bucal o el control de la musculatura orofacial, lo que dificulta la higiene y el tratamiento dental (Faulks & Hennequin, 2000).

La interacción de los medicamentos utilizados para tratar diversas discapacidades también puede tener un impacto significativo en la salud oral. Algunos fármacos, como los antiepilépticos, antidepresivos o antipsicóticos, pueden provocar efectos secundarios como xerostomía, aumentando así el riesgo de caries y enfermedad periodontal. Además, la comunicación representa un desafío importante, ya que las personas con discapacidades del desarrollo pueden tener dificultades para expresar dolor o necesidades específicas, lo que complica la planificación y ejecución de una atención odontológica adecuada (Anders & Davis, 2010).

## **2.6 Adaptaciones en la Atención Dental**

Dada la diversidad de discapacidades y sus distintos efectos sobre la salud oral, es fundamental que los profesionales de la odontología realicen adaptaciones tanto en el entorno clínico como en las técnicas de tratamiento. Estas adecuaciones, que pueden incluir ajustes en el equipamiento, la comunicación y la duración de las citas, son esenciales para garantizar una atención segura, efectiva y sensible a las necesidades específicas de cada paciente (Faulks, Freedman, Thompson, Sagheri, & Dougall, 2012).

## **2.7 Modificaciones en los Procedimientos Endodónticos**

La adaptación del procedimiento endodóntico es clave para garantizar una atención efectiva en pacientes con discapacidad. Esto puede incluir ajustes en la posición del paciente durante el tratamiento, el uso de soportes o cojines para mejorar la comodidad y, en casos de cooperación reducida, la sedación consciente o general como opción terapéutica (Salerno et al.,

2023). Asimismo, la utilización de instrumentos adaptados y técnicas menos invasivas facilita el acceso a áreas complejas y mejora los resultados clínicos en pacientes con necesidades especiales (Vasques, 2021).

## **2.8 Estrategias de manejo del estrés**

La creación de un ambiente relajante en el consultorio resulta fundamental para reducir la ansiedad de los pacientes durante los procedimientos odontológicos. Estrategias simples, como la reproducción de música suave o el uso de técnicas de distracción visual y auditiva, pueden contribuir a mejorar la cooperación y la experiencia del paciente, especialmente en aquellos con discapacidad o ansiedad dental elevada (Bradt, Dileo, Shim, & Bradt, 2018).

La comunicación efectiva es un componente esencial en la atención odontológica de pacientes con discapacidad. Informar al paciente sobre cada etapa del procedimiento, utilizando un lenguaje claro y estrategias comunicativas adaptadas a sus necesidades, contribuye a reducir la ansiedad, aumentar la confianza y mejorar la cooperación durante el tratamiento (Dougall & Fiske, 2008).

## **2.9 Coordinación multidisciplinaria**

La atención a pacientes con discapacidades también se beneficia de la colaboración con otros profesionales de la salud. La planificación de un enfoque integral que incluya a terapeutas ocupacionales y psicólogos permite abordar tanto las necesidades físicas como emocionales del paciente. Esta coordinación puede resultar en un plan de tratamiento más efectivo, garantizando que se consideren todas las dimensiones de la salud del paciente.

La capacitación continua del personal y la coordinación multidisciplinaria son componentes esenciales que deben integrarse en la práctica odontológica para garantizar una atención equitativa e inclusiva. Un enfoque colaborativo entre diferentes profesionales de la salud permite abordar de manera integral las necesidades de las personas con discapacidad, asegurando que todos los pacientes reciban los cuidados necesarios para mantener una salud oral óptima (Dougall & Fiske, 2008).

### **3. Marco Referencial**

#### **3.1 Antecedentes**

En el estudio de Williams et al., (2023) se presentó cómo los resultados del tratamiento endodóntico en pacientes en condición de discapacidad no están completamente comprendidos, lo que genera reticencia a realizar estos tratamientos. Este estudio de cohortes retrospectivo evaluó el éxito del tratamiento y la supervivencia dental en pacientes en condición de discapacidad que recibieron tratamiento endodóntico en un hospital entre 1998 y 2019. Se realizaron análisis univariantes y regresiones logística y de Cox para identificar factores y pronósticos.

Un total de 61 pacientes (108 dientes) cumplieron con los criterios de inclusión.

El 81.5% de los casos se manejaron sin anestesia general. La tasa de éxito para el tratamiento endodóntico inicial fue del 89.9%, afectada por la falta de restauración en el seguimiento. Después de un seguimiento promedio de 79.36 meses, la tasa de supervivencia dental fue del 73%, correlacionada con el género y la edad. La razón más común para la extracción dental fue la fractura irreparable.

La terapia endodóntica sin anestesia general es una opción viable para pacientes con necesidades especiales. Si la condición general del paciente lo permite, el tratamiento puede ser realizado por odontólogos de la comunidad en lugar de esperar a ser atendido en un hospital.

Por otra parte, el constructo científico de Uysal et al., (2023), evaluó comparativamente la cantidad de tratamientos restaurativos, endodónticos y extracciones dentales realizadas en pacientes bajo anestesia general debido a ansiedad dental o necesidades especiales entre 2015 y 2022, además de examinar datos sobre dolor, sangrado, náuseas y vómitos.

Un total de 1165 pacientes recibieron tratamiento dental bajo anestesia general en el hospital. Se excluyeron a aquellos menores de 15 años sin procedimiento endodóntico planeado (n=918), así como a pacientes con datos incompletos (n=25) y sin tratamiento endodóntico (n=25). Finalmente, se incluyó a 184 pacientes que recibieron al menos un tratamiento endodóntico, divididos en dos grupos: saludables y con necesidades especiales. Se registraron tratamientos dentales como endodónticos, restaurativos y extracciones. Los tratamientos endodónticos se clasificaron según el tipo de diente, y las restauraciones compuestas se clasificaron en varias categorías. Se registraron datos sobre dolor post-tratamiento, náuseas, vómitos y sangrado, y se realizó un análisis estadístico.

De los 184 pacientes incluidos, 70 (38%) eran saludables y 114 (62%) tenían necesidades especiales. Se observó más sangrado postoperatorio en pacientes con necesidades especiales, mientras que el dolor fue más frecuente en los pacientes saludables.

Los pacientes con necesidades especiales reciben más tratamientos restaurativos en comparación con los pacientes sanos, posiblemente debido a una higiene oral inadecuada. Sin embargo, en el hospital se indica mayormente un enfoque conservador para estos pacientes.

Además, el sangrado postoperatorio más severo en este grupo destaca la necesidad de considerar posibles complicaciones tras la anestesia general.

El estudio de Chung et al. (2019) propuso establecer los factores pronósticos asociados a la reparación de los tejidos periapicales luego de un tratamiento endodóntico no quirúrgico realizado en una sola sesión bajo anestesia general, en pacientes con necesidades especiales. Se recopiló información de 448 dientes de 241 pacientes (edad promedio = 27.4 años, desviación estándar = 13.9 años). Se incluyeron 271 dientes (60.5%) con seguimiento clínico y radiográfico de más de 12 meses (promedio [desviación estándar] = 56.1 [27.9]) para el análisis de resultados.

Se analizaron las características demográficas, sistémicas y dentales entre los grupos que presentaron o no reparación periapical, aplicando la prueba chi-cuadrado de Pearson. Los factores que influyeron en la reparación de los tejidos periapicales fueron determinados mediante análisis de regresión logística multivariante.

Se observó reparación periapical completa sin signos clínicos en 221 dientes (81.5%), reparación incierta con disminución del tamaño de la lesión periapical en 43 dientes (15.9%), y no se observó reducción del tamaño de la lesión en 7 casos (2.6%). En el análisis multivariante, se identificaron como factores contribuyentes para la resolución completa de las lesiones periapicales el tipo de dieta, el mantenimiento de la higiene oral, la vitalidad pulpar y la longitud de la obturación final. ( $P < .05$ ).

Los resultados exitosos del tratamiento endodóntico en una sola visita bajo anestesia general se evidenciaron en pacientes en condición de discapacidad, con pronósticos influenciados por las circunstancias clínicas de los pacientes y las condiciones preoperatorias de sus dientes.

Balkaran (2022), expuso cómo a menudo parece inconcebible para los odontólogos en práctica privada tratar a pacientes con discapacidad. De hecho, los tratamientos suelen reducirse a extracciones seguidas de prótesis removibles, que a menudo son mal aceptadas. Una minoría de profesionales tiene un claro deseo de atender a estas personas con necesidades específicas y, en consecuencia, se encuentra en una situación de sobrecarga laboral. Las principales líneas de conservación de tejidos y odontología restauradora suelen ser pasadas por alto. Sin embargo, siempre debería ser posible, excepto en casos que requieran intervención bajo anestesia general directamente detectable, brindar la misma atención que a un paciente sin discapacidad. Algunos profesionales mencionarán las dificultades que enfrentan, vinculadas a una incomprensión y aprensión sobre la discapacidad, así como al costo de los tratamientos, que a menudo son demasiado largos para una práctica liberal. Se han implementado nuevas medidas para aliviar las dificultades financieras, y se han establecido normas de instalación para facilitar el acceso a personas con discapacidad. Por lo tanto, es nuestro deber, para respetar la ética, superar nuestros miedos y reconocer que toda atención es posible siempre que exista una conciencia profesional. Es necesario conocer tanto los temores como las expectativas de los odontólogos respecto a la atención endodóntica en pacientes con discapacidad. Por último, es importante señalar que la prevención en ciertos centros especializados en la higiene oral de estos pacientes es más que esencial. Esto promoverá la reducción de caries y enfermedades periodontales, así como evitar tratamientos prolongados y aumentar la sostenibilidad de la atención endodóntica brindada.

La investigación de Ricardo et al., (2023), presenta que los pacientes en condición de discapacidad son aquellos individuos que requieren atención especial por un período indeterminado o de por vida. El presente estudio tiene como objetivo abordar la atención dental de pacientes en condición de discapacidad en un instituto de educación superior privado en la ciudad

de São Paulo. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo para el análisis de 210 registros dentales de pacientes en condición de discapacidad que fueron atendidos en el Departamento Dental para Pacientes Especiales de la Universidad Cruzeiro do Sul entre 2012 y 2018. Se recopilaron datos sobre género, edad, diagnóstico de la condición debilitante, motivo de la consulta, uso continuo de medicamentos, imágenes radiográficas y tratamientos dentales proporcionados, los cuales fueron sometidos a análisis estadísticos descriptivos e inferenciales (prueba de chi-cuadrado) con un nivel de significancia del 5%. En cuanto a los tipos de procedimientos dentales evaluados en el presente estudio, de los 210 pacientes, el 24% necesitó tratamientos dentales, siendo la terapia periodontal el tipo más prevalente, mientras que los tratamientos endodónticos tuvieron la menor prevalencia, representando solo el 4%. Se observó una alta prevalencia de enfermedades sistémicas crónicas, afectando al 56% de los registros dentales, cuyo grupo de edad era mayor de 40 años. Se deben priorizar los controles odontológicos regulares en pacientes en condición de discapacidad para evitar intervenciones más invasivas.

### **3.2 Calidad de Vida y Satisfacción**

La calidad de vida se refiere al grado en que una persona disfruta de las posibilidades importantes de la vida. En odontología, se ha estudiado ampliamente la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) utilizando instrumentos como el *Oral Health Impact Profile* (OHIP), que evalúa factores como la limitación funcional, el dolor físico, el malestar psicológico, la discapacidad física, la discapacidad psicológica y la discapacidad social.

Dugas et al. (2002) evaluaron la calidad de vida y la satisfacción de pacientes que habían recibido tratamiento de conductos (RCT) en los dos años previos, aplicando una versión modificada del OHIP centrada en las enfermedades de origen pulpar. Los resultados mostraron que

el dolor físico y el malestar psicológico fueron los dominios que más influyeron en la calidad de vida postoperatoria, mientras que la discapacidad social y la limitación funcional tuvieron un impacto menor. Asimismo, se observó que los pacientes tratados por endodoncistas reportaron una mayor mejoría en su bienestar general que aquellos atendidos por odontólogos generales, y que la satisfacción con el tratamiento fue alta en ambos grupos.

En la misma línea, Neelakantan et al. (2020), en una revisión sistemática, confirmaron que la calidad de vida relacionada con la salud oral mejora significativamente después del tratamiento endodóntico, con reducciones importantes en los puntajes del OHIP y una disminución del dolor físico y del malestar psicológico como principales contribuyentes al cambio positivo. Del mismo modo, Alsultan et al. (2023) reportaron que el dolor físico y la incomodidad fueron los factores que más afectaron la OHRQoL antes del tratamiento, mientras que la mayoría de los pacientes expresaron una satisfacción elevada y una percepción general de mejora después del RCT.

En conjunto, estos estudios evidencian que el tratamiento de conductos no solo resuelve la patología pulpar, sino que también mejora la calidad de vida de los pacientes, disminuyendo los síntomas físicos y psicológicos asociados, y aumentando la satisfacción general con su salud oral.

### **3.3 Ansiedad y miedo**

Para Yang et al., (2023), la ansiedad y el miedo son sin duda experimentados por los pacientes de RCT; esto puede expresarse de diversas maneras, desde respuestas fisiológicas como hiperventilación o desmayos, hasta expresiones verbales simples, y hasta el silencio o la locuacidad. Los pacientes también pueden llorar, utilizar expresiones faciales o lenguaje corporal, como apretar los puños o agarrar el brazo de una silla dental. Los odontólogos deben estar atentos

a todas las expresiones de ansiedad y miedo y apreciar las perspectivas del paciente, ya sea que parezcan racionales o no.

La ansiedad dental, el miedo y la fobia son conocidos por influir profundamente en el comportamiento de los pacientes y en sus experiencias sentidas. Los pacientes temerosos son más propensos a experimentar y recordar más dolor. También tienden a evitar el tratamiento necesario, perpetuando un ciclo vicioso de miedo y evasión dental. Asimismo, la ansiedad puede producir un ciclo vicioso de sobreestimación del dolor y aumento de la ansiedad. Las razones de la ansiedad incluyen sentimientos de vulnerabilidad, peligro, falta de control, imprevisibilidad y expectativa de dolor. Niveles más altos de educación están asociados con una reducción del miedo dental y con una menor evasión del tratamiento dental.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo general**

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los endodoncistas egresados de la Universidad Santo Tomás campus Bogotá frente a la atención de pacientes con discapacidad.

### **4.2 Objetivos específicos**

Determinar el nivel de conocimiento de los endodoncistas egresados de la Universidad Santo Tomás extensión Bogotá sobre la atención de pacientes con discapacidad.

Identificar las actitudes de los endodoncistas egresados de la Universidad Santo Tomás extensión Bogotá frente al tratamiento de pacientes con discapacidad, considerando sus dimensiones cognitiva, afectiva y conductual.

Describir las prácticas reportadas por los endodoncistas egresados de la Universidad Santo Tomás extensión Bogotá en la atención de pacientes con discapacidad.

## **5. Método**

### **5.1 Tipo de estudio**

Descriptivo de corte transversal de alcance descriptivo.

### **5.2 Selección y descripción de participantes**

#### **5.2.1 Población**

La población objeto de este estudio fueron 650 graduados de la especialidad en endodoncia de la Universidad Santo Tomás extensión Bogotá de los cuales contestaron 330.

#### **5.2.2 Muestra y Tipo de Muestreo**

La muestra se determinó en función a la cantidad de graduados que respondieron la encuesta CAPS. Este enfoque de muestreo no probabilístico por conveniencia se basó en la disponibilidad y disposición de los graduados para participar en el estudio. A través de este método, se buscó maximizar la tasa de respuesta y asegurar que la muestra reflejara adecuadamente la diversidad dentro de la población de graduados.

### 5.2.3 Criterios de Selección (Inclusión y Exclusión)

**Inclusión:** Se incluyeron a todos los graduados que obtuvieron su título como endodoncistas en la Universidad Santo Tomas extensión Bogotá y que actualmente ejerzan la endodoncia.

**Exclusión:** Se excluyeron a aquellos graduados que no se dedican a la práctica de la endodoncia y no pudieron ser contactados.

### 5.3 Variables

El estudio contempla variables claves que se describen a continuación.

**Tabla 1. Variables**

<i>Familia</i>	<i>Variable</i>	<i>Descripción</i>
<i>Caracterización Sociodemográfica</i>	<i>Sexo</i>	<i>Identificación de género</i>
	<i>Ciudad y departamento donde ejerce su práctica clínica</i>	<i>Ubicación del lugar de práctica</i>
	<i>Ejercicio de la especialidad en el área clínica</i>	<i>Ejercicio clínico en endodoncia</i>
	<i>Años de experiencia en la practica clínica como endodoncista.</i>	<i>Experiencia en años</i>
	<i>Sector donde ejerce la práctica como endodoncista</i>	<i>Sector de práctica (público, privado, ambos)</i>
<i>Conocimientos</i>	<i>Competencias adquiridas para trabajar con PCD durante la formación</i>	<i>Formación en atención a PCD</i>
	<i>Capacitación recibida para el manejo clínico de PCD post-especialidad</i>	<i>Capacitación adicional</i>
	<i>Conocimiento de la normatividad vigente sobre atención de PCD</i>	<i>Familiaridad con las normativas</i>

<i>Familia</i>	<i>Variable</i>	<i>Descripción</i>
	<i>Condiciones de discapacidad que conoce</i>	<i>Tipos de discapacidades conocidas</i>
<i>Actitudes</i>	<i>Motivación para capacitarse en el manejo de PCD</i>	<i>Razones para capacitarse en PCD</i>
	<i>Mejora en la práctica clínica tras la formación recibida</i>	<i>Percepción de mejora en práctica clínica</i>
	<i>Preparación para la atención de PCD en consulta clínica</i>	<i>Autoevaluación del nivel de preparación</i>
	<i>Interés en recibir más formación académica sobre el manejo de PCD</i>	<i>Deseo de ampliar conocimientos sobre PCD</i>
<i>Prácticas</i>	<i>Evaluación inicial del tipo de discapacidad en pacientes</i>	<i>Práctica de evaluación inicial</i>
	<i>Escenario clínico adaptado para la atención de PCD</i>	<i>Instalaciones adecuadas para atender a PCD</i>
	<i>Permitir a los pacientes expresar libremente ideas y emociones</i>	<i>Práctica de permitir expresión</i>
	<i>Uso de vocabulario adecuado para instrucciones en consulta</i>	<i>Empleo de lenguaje comprensible</i>
	<i>Inclusión del cuidador principal en el tratamiento de PCD</i>	<i>Involucrar cuidadores en el tratamiento</i>
	<i>Uso de materiales didácticos para facilitar la comunicación</i>	<i>Uso de recursos didácticos</i>
	<i>Aplicación de tecnologías para mejorar comprensión de tratamientos en PCD</i>	<i>Uso de tecnología en la atención</i>
	<i>Asertividad al comunicarse con PCD en la toma de decisiones</i>	<i>Medición de la asertividad</i>
	<i>Estrategia a utilizar para atender a un PCD en consulta</i>	<i>Métodos considerados para atender a PCD</i>

## **Instrumentos**

El instrumento principal de recolección de datos fue la encuesta CAPS, diseñada específicamente para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los graduados en endodoncia.

Una vez se obtuvo el permiso se inició la recolección de información, posteriormente, los datos fueron registrados en una base de datos por cada integrante del grupo de investigación y en el formato diseñado las variables se midieron de manera individual en Microsoft Excel.

## **5.4 Procedimientos**

El procedimiento para la recolección de datos se realizó en varias etapas, garantizando la adecuada implementación del estudio:

**Contacto con los participantes:** Se envió la encuesta CAPS desde el correo de la coordinación del programa a los egresados de la universidad Santo Tomás extensión Bogotá a un correo electrónico personalizado, explicando el propósito del estudio, su relevancia y solicitando su consentimiento participación en la encuesta. Si no se obtenía respuesta pasados 7 días se volvían a contactar por ese mismo medio. Si pasados los últimos 7 días desde el ultimo correo aún no se obtenía respuesta se volvía a enviar el correo por tercera vez y si no era posible contactar a el participante, se excluía del estudio.

**Recolección de datos:** La encuesta CAPS fue administrada en línea a través de una plataforma segura. Este método garantizo un proceso anónimo y confidencial para obtener respuestas sinceras y precisas.

Almacenamiento de datos: Todos los datos recopilados se almacenaron en una base de datos encriptada. Solo el equipo de investigación tuvo acceso a esta información, asegurando la confidencialidad y seguridad de los datos.

Productos y materiales: Se utilizó la herramienta en línea Google Forms para facilitar la administración de la encuesta. Para el análisis estadístico, se empleó SPSS, lo que permitió realizar un análisis detallado y preciso de los datos recopilados.

## **5.5 Plan de análisis estadístico**

Las variables fueron agrupadas según dimensiones temáticas y analizadas en tablas de distribución de frecuencia con el objetivo de identificar tendencias generales, posibles brechas formativas y patrones de respuesta en la población participante.

### **5.5.1 Plan de análisis Univariado**

Se realizó un análisis descriptivo de tipo univariado mediante frecuencias absolutas (n) y relativas (%) para las variables relacionadas con el ejercicio profesional y las correspondientes a conocimientos, actitudes y prácticas frente a la atención a personas con discapacidad (PCD) en el contexto clínico endodóntico.

## **5.6. Implicaciones Bioéticas**

Este proyecto de investigación se fundamentó en los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki y las normas nacionales para la investigación en salud con seres humanos. El nivel de riesgo de esta investigación según la resolución 8430 de 1993 es: investigación *con riesgo mínimo*. El estudio representó una continuidad de un trabajo *previamente validado*, en el

cual se diseñó y evaluó una herramienta destinada a medir el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas (CAPs) en el tratamiento endodóntico de pacientes con discapacidad. En esta nueva fase, se procedió a la aplicación de dicha herramienta a través de una encuesta dirigida a endodoncistas egresados de la Universidad Santo Tomás, extensión Bogotá.

Antes de participar, cada encuestado recibió un consentimiento informado claro, comprensible y detallado, en el cual se explicaron los objetivos del estudio, el carácter académico del mismo, la metodología empleada y los usos de la información recolectada. Se enfatizó que la participación es completamente voluntaria y que los profesionales podían abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto implicase consecuencia alguna para ellos ni para su relación con la institución académica.

Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes en todo momento. La información recolectada fue utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación, y no se asoció en ningún momento con datos personales que permitiesen identificar a los encuestados. La base de datos fue almacenada en un entorno seguro, de acceso restringido únicamente a los investigadores del proyecto.

Este estudio no representó riesgos físicos ni psicológicos para los participantes y se llevó a cabo con el mayor respeto por su autonomía, dignidad y privacidad. Asimismo, el proyecto fue sometido a revisión y aprobación por parte del Comité de Ética de la Facultad, asegurando así el cumplimiento de todos los estándares éticos requeridos para investigaciones con seres humanos.

## **6. Resultados**

La muestra analizada presentó una mediana de edad de 40 años (RIC: 36-47), con predominio del sexo femenino (58%), lo que refleja una tendencia a la feminización en este grupo profesional. La mayoría de los participantes (98%) ejerce activamente la endodoncia, lo que

evidencia una adecuada inserción laboral de los egresados en su campo de especialidad. La información restante sobre las características de la muestra se detalla en la Tabla 1.

<b>Variable</b>	<b>Mediana</b>	<b>RIC</b>
<b>Edad</b>	40	36-47
<b>Sexo</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Hombre</b>	138	42 %
<b>Mujer</b>	192	58 %
<b>Ejercicio de la endodoncia</b>		
<b>No</b>	5	2 %
<b>Si</b>	325	98 %
<b>Sector de ejercicio</b>		
<b>Ambas</b>	93	28 %
<b>Privada</b>	181	55 %
<b>Pública</b>	53	16 %
<b>Experiencia clínica</b>		
<b>1 a 5 años</b>	68	21 %

<b>6 a 10 años</b>	117	36 %
<b>Más de 10 años</b>	142	43 %

**Tabla 2.** *Características de los endodoncistas encuestados.*

Cuando se analizó la formación y competencias relacionadas con la atención a PCD, una amplia mayoría manifestó no haber adquirido competencias específicas para trabajar con personas con discapacidad durante su formación de posgrado (n=277; 84%). Este hallazgo señala una posible brecha en el currículo de las instituciones respecto a la atención integral e inclusiva. En esa misma línea, la formación continua tras el egreso del programa en relación con el manejo de PCD es escasa; menos del 7% (n=24) ha recibido este tipo de capacitación. Sin embargo, entre quienes sí la han realizado, se identifica una percepción positiva, ya que reconocen una mejora en su atención a esta población (n=24; 9%).

Entre quienes han recibido formación posterior, la principal motivación fue la iniciativa propia (115; 40%). Esto evidencia un compromiso individual con el mejoramiento profesional. También se destacan razones como requerimientos laborales u otras motivaciones (n= 170; 60%).

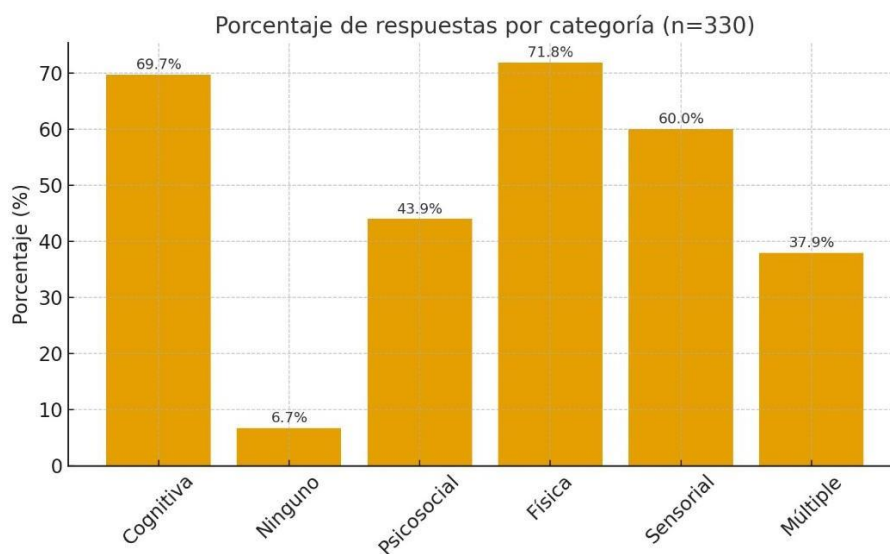
### **6.1 Conocimientos**

Un 52,12 % (n=172) de los participantes manifestó no tener conocimiento sobre la normatividad vigente relacionada con la atención de personas con discapacidad, mientras que solo el 47,88% (n=158) afirmó conocerla. La diferencia entre conocer y no conocer la normativa es poco menos del 5%, esto pone en evidencia una importante brecha en la formación normativa en

atención de PCD del personal en endodoncia, lo cual podría tener implicaciones directas en la calidad, accesibilidad y enfoque inclusivo de la prestación de servicios.

Los resultados reflejan una heterogeneidad en el nivel de reconocimiento de las distintas categorías de discapacidad. En los resultados obtenidos, se observa que las categorías con mayor porcentaje de respuestas fueron la discapacidad física (71,8 %) y la cognitiva (69,7 %), lo que indica que estas son las condiciones más reconocidas o reportadas en la población analizada. En contraste, la categoría con menor frecuencia fue ninguno (6,7 %), lo que refleja que una proporción muy reducida no identificó ningún tipo de discapacidad. Estos hallazgos se aprecian de manera más específica en la Figura 2.

**Figura 2.** PCD reconocidas por los egresados: Distribución porcentual de los tipos de discapacidad reportados por los participantes (n = 330, respuesta múltiple)



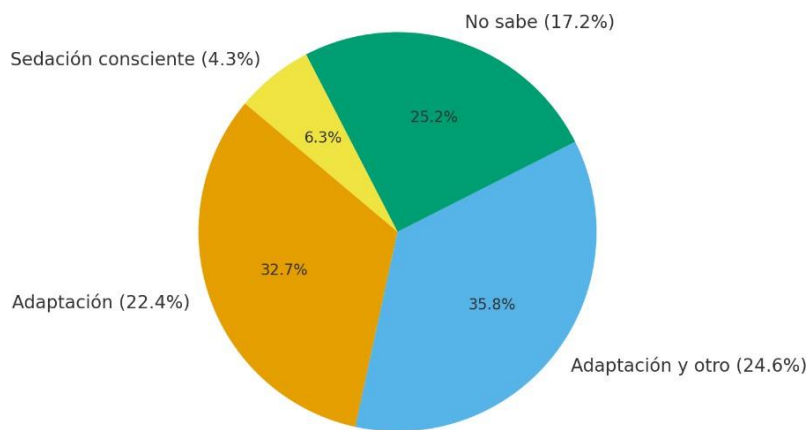
El recurso comunicativo más mencionado fue la descripción verbal detallada (75,8 %), lo cual sugiere una dependencia importante de estrategias orales tradicionales, que, si bien pueden

ser útiles, podrían no ser suficientes para garantizar una comunicación efectiva con personas con discapacidad visual. Un porcentaje reducido de encuestados mencionó el uso de ayudas táctiles como modelos 3D (2,12%) o sistemas de lectoescritura como el braille (0,91 %), y solo el 1,21 % planteó combinaciones más complejas entre estos métodos. Revelando la necesidad crítica de capacitar a los profesionales en el uso de herramientas comunicativas inclusivas y multisensoriales, adaptadas a las necesidades específicas de la población con discapacidad sensorial visual.

## 6.2 Actitudes

En cuanto a las actitudes hacia la atención de PCD, se identificó que la mayoría de los participantes se autodefinen como moderadamente asertivos (n=125; 37,9 %) o neutrales (n=129; 39,01 %) en la comunicación con esta población. No obstante, un segmento menor se percibe como absolutamente asertiva (n=21; 6,36%) y una fracción considerable reconoce limitaciones en su asertividad, incluyendo quienes se describen como poco asertivos (n=20; 6,06 %) o nada asertivos (n=32; 10,61 %), lo que puede impactar negativamente en la interacción clínica.

Frente a las estrategias clínicas que se emplearían para atender a una PCD, la opción más común fue “*adaptación*” (n=52; 22,4 %), aunque destaca una proporción relevante de respuestas que incorporan esta estrategia junto con otros métodos “*adaptación y otro*” que hace referencia a otros métodos implementados por los egresados (n=57; 24,6 %), o que indican no saber qué estrategia utilizarían (n=40; 17,2 %). Estas respuestas, en conjunto con el uso aislado de estrategias como sedación consciente (n=10; 4,3 %), sedación profunda (n=3; 1,3 %) o anestesia general (n=2; 0,9 %), evidencian una notable heterogeneidad o posible incertidumbre sobre la idoneidad de actuación en estos escenarios clínicos.

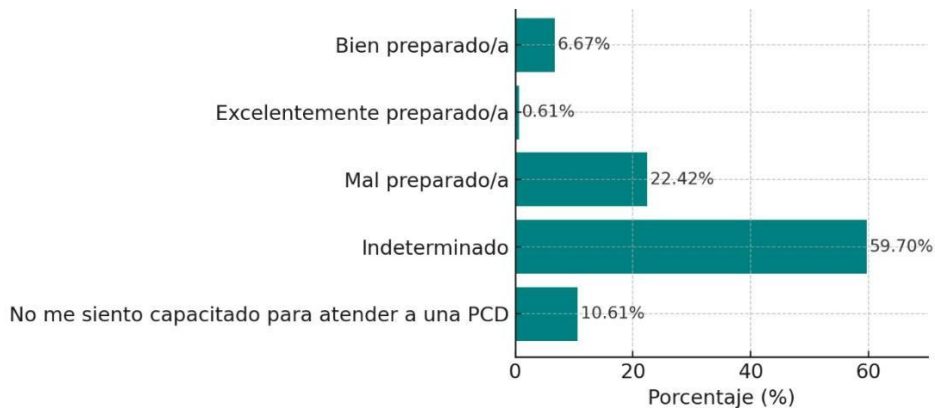
**Figura 3.** Estrategias clínicas para la atención de PCD.

El interés en la formación académica específica fue frecuentemente alto, con el 98,18 % (n=324) manifestando disposición a recibir información adicional sobre el manejo de PCD. Entre los temas de mayor interés se destaca el enfoque integral que combina normatividad vigente, estrategias clínicas, derechos humanos y uso de tecnologías (n=228; 69,09 %), seguido por el interés exclusivo en estrategias clínicas (n=24; 7.3%) y su combinación con tecnología (n=17; 5,15%). Evidenciado la necesidad de un tipo de formación diversa y transversal, que va más allá del aspecto técnico e incluye dimensiones éticas y comunicativas.

Finalmente, los hallazgos sobre la autopercepción de preparación clínica para atender a PCD, solo un pequeño grupo se percibe como bien (n=22; 6,67 %) o excelentemente preparado (n=2; 0,61 %). Se observa que más de la mitad se considera en una posición indeterminada (n=197; 59,70 %), mientras que casi una cuarta parte se siente mal preparada (n=74; 22,42%) y un 10,61% (n=35) declara explícitamente no sentirse capacitada. Estos descubrimientos, en conjunto con la proporción de profesionales que reportaron haber recibido capacitación sobre atención de PCD en el posgrado o después de su egreso, refuerzan la necesidad de estrategias curriculares que

fortalezcan tanto las competencias clínicas como las actitudinales en el manejo de PCD dentro del campo endodóntico.

**Figura 4.** Nivel de preparación para la atención de PCD.



### 6.3 Prácticas

Los resultados evidencian que, en términos de prácticas clínicas, una proporción de los encuestados reporta incorporar estrategias orientadas a la atención inclusiva de personas con discapacidad (PCD). Más de la mitad realiza una evaluación inicial para conocer el nivel o tipo de discapacidad del paciente (n=191; 57,88 %), mientras que una parte considerable no lo hace (n=50; 21,6 %) o no atiende esta población (n=76; 23,07 %), lo cual evidencia tanto una práctica extendida como una brecha importante en su implementación. De manera similar, el 55,2 % (n=128) de los profesionales afirma contar con escenarios clínicos adaptados según la normatividad vigente, aunque un 60,30 % (n=199) opera en condiciones no adaptadas, lo que podría comprometer la calidad y equidad del servicio.

En cuanto a la comunicación, una amplia mayoría permite que los PCD expresen sus ideas y emociones durante la consulta (n=242; 73,33 %), y emplea vocabulario adecuado para garantizar la comprensión (n=167; 72 %). La inclusión del cuidador principal en la atención endodóntica también se encuentra ampliamente reportada (n=166; 73,33 %), lo cual refuerza una perspectiva

de atención centrada en el paciente y su red de apoyo. En lo que respecta a herramientas específicas, se observa el uso de materiales didácticos para la comunicación con el PCD en el 64,24 % (n=212) de los casos y de tecnologías o dispositivos tecnológicos en el 64,85 % (n=214), aunque estos porcentajes indican que aún un grupo considerable de profesionales no incorpora dichos recursos, lo que puede limitar la efectividad del proceso comunicativo y educativo.

## **7. Discusión**

Este estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, no se logró encuestar a la totalidad de la población objeto, conformada por 650 egresados, lo que limitó la muestra y deja la posibilidad de sesgo. En segundo lugar, en algunas preguntas las opciones de respuesta generaron ambigüedad e interpretaciones diversas, como ocurrió con las categorías “medianamente asertivo” y “neutral”, lo que pudo afectar la claridad de los datos obtenidos en relación con las actitudes. En tercer lugar, la información recolectada se basó exclusivamente en cuestionarios de autoinforme; los encuestados pudieron responder a lo que creyeron “políticamente correcto” y no lo que aplican realmente a su práctica clínica. Finalmente, debe reconocerse que algunas categorías de respuesta tuvieron baja frecuencia, lo que limita la precisión de la interpretación en esos casos y sugiere la necesidad de ampliar la muestra o adecuar el instrumento en futuros estudios.

### **7.1 Nivel de conocimiento sobre la atención a personas con discapacidad**

Los resultados obtenidos muestran que más de la mitad de los egresados no reconoce la normatividad vigente sobre discapacidad, además de que un alto porcentaje reporta no haber recibido formación específica ni capacitación posterior. Estos hallazgos confirman la existencia de

limitaciones en la práctica clínica, que repercuten en la seguridad y preparación de los profesionales para atender a esta población.

Dehaitem et al. (2008) reportaron que, aunque el 98 % de los programas de higiene dental en Estados Unidos incluían contenidos teóricos sobre pacientes con necesidades especiales, solo el 42 % requería experiencias clínicas y menos del 10 % evaluaba la competencia mediante métodos prácticos como el OSCE (Examen Clínico Objetivo Estructurado). Esto refleja un patrón de predominio de la teoría sobre la práctica que coincide con lo hallado en nuestra investigación.

De manera similar, Ajwa et al. (2018) en Arabia Saudita encontraron que el 91 % de los odontólogos consideraba que su formación universitaria no los había preparado lo suficiente para atender a personas con discapacidad física, y el 66,6 % señaló que sus clínicas carecían de instalaciones adecuadas.

En el contexto europeo, D'Addazio et al. (2021) mostraron que solo el 69,2 % de los odontólogos atendía a pacientes con discapacidad, y que más de la mitad no trataba a pacientes con discapacidad cognitiva, principalmente debido a dificultades de comunicación y colaboración. Esto coincide con los hallazgos de un uso limitado de recursos inclusivos como el Braille o los modelos táctiles, que resultan necesarios para mejorar la calidad de la comunicación clínica.

De igual forma, Salah et al. (2022) encontraron en Emiratos Árabes Unidos que la mayoría de los odontólogos reconocía limitaciones en su entrenamiento y experiencia clínica con pacientes en situación de discapacidad, y señalaron como principales barreras la falta de tiempo, la dificultad en la comunicación y el temor a la iatrogenia. Estos obstáculos coinciden ampliamente con los factores señalados por los encuestados, quienes reportaron inseguridad en la aplicación de estrategias específicas y una alta proporción de respuestas “indeterminadas” sobre su asertividad comunicativa.

Finalmente, un estudio en Lahore, Pakistán (Khalid et al., 2024) subrayó dificultades en la preparación de los profesionales, destacando que solo el 21,8 % percibía sus clínicas como adecuadas para la atención de pacientes con discapacidad. Esto respalda la necesidad de fortalecer tanto la infraestructura física como la capacitación continua.

## **7.2 Nivel de actitudes hacia la atención de personas con discapacidad**

Los resultados de este estudio muestran que, aunque la mayoría de los egresados manifiestan actitudes favorables hacia la atención de personas con discapacidad, su autoeficacia es heterogénea. Una proporción considerable se percibe como medianamente asertiva, mientras que otro grupo se autodefine como indeterminado o neutral, lo que refleja incertidumbre en la interacción clínica y en la elección de estrategias de manejo. Estos hallazgos sugieren que, si bien existe una disposición positiva, no siempre se acompaña de la seguridad necesaria para afrontar los retos que plantea la atención a esta población.

Ajwa et al. (2018) encontraron que el 91 % de los odontólogos se sentía insuficientemente preparado por su formación universitaria para atender a pacientes con discapacidad física, y que las principales áreas de dificultad eran aquellas menos comunes en la práctica habitual, como la hipoacusia. Esta situación coincide con los hallazgos: los egresados tienden a sentirse más seguros con adaptaciones generales, pero muestran incertidumbre cuando se enfrentan a discapacidades específicas que requieren recursos o entrenamientos particulares.

Estudios recientes aportan matices importantes. Asiri et al. (2024) documentaron que en estudiantes de odontología la exposición clínica supervisada y la inclusión de módulos formativos

específicos mejoran las actitudes hacia la discapacidad. Por su parte, Takeshita et al. (2024), en un estudio con odontólogos y estudiantes en Suiza, reportaron actitudes muy positivas y barreras percibidas relativamente bajas, lo cual contrasta con los resultados y sugiere que el contexto educativo y el nivel de exposición a pacientes con discapacidad pueden modificar sustancialmente las percepciones. Este contraste permite afirmar que la actitud sin entrenamiento práctico no garantiza competencia clínica.

Finalmente, VanPuymbrouck et al. (2020) resaltan que, incluso en profesionales con actitudes positivas hacia las personas con discapacidad, persisten sesgos implícitos que pueden afectar la calidad de la atención. Esta observación ayuda a comprender por qué en nuestra investigación, a pesar de la buena disposición, persisten inseguridades.

### **7.3 Nivel de prácticas reportadas en la atención de personas con discapacidad**

Los resultados de este estudio muestran que, si bien una parte importante de los encuestados realiza una evaluación inicial del tipo y nivel de discapacidad y manifiesta interés por involucrar al cuidador en el proceso de atención, persisten problemas en cuanto a adecuaciones físicas, uso de recursos tecnológicos y comunicativos especializados y aplicación de estrategias farmacológicas como la sedación o la anestesia general. Esto muestra un interés por desarrollar prácticas inclusivas, pero aún limitada por factores estructurales, formativos y de seguridad clínica.

Balkaran et al. (2022), en un estudio cualitativo en Trinidad y Tobago, señalaron que una de las principales barreras percibidas por los profesionales de salud oral y cuidadores fue la falta de instalaciones adaptadas (accesos, unidades dentales especiales, personal entrenado).

De manera similar, Rajan et al. (2019) identificaron en India que, a pesar de contar con un nivel aceptable de conocimiento y actitudes, las prácticas clínicas reales eran limitadas. Menos de la mitad de los profesionales se sentía capaz de atender adecuadamente a pacientes con necesidades especiales tras su formación, y la prestación de servicios. Esta discrepancia entre la disposición declarada y la ejecución práctica es coherente con los resultados, donde algunos profesionales mostraron incertidumbre frente a qué estrategia aplicar en casos clínicamente complejos.

En lo que respecta al uso de sedación y anestesia general, Satish et al. (2019) reportaron que una gran parte de los odontólogos privados se sentía incómoda o insegura con estas modalidades, prefiriendo restringirse a procedimientos simples y derivar los casos más complejos. Esta resistencia se refleja también en nuestra investigación, donde predominó la preferencia por la “adaptación” como estrategia clínica, mientras que solo una minoría mencionó la sedación o la anestesia general, y un grupo importante admitió “no saber” qué opción escoger.

Otros estudios resaltan discrepancias. Srividya et al. (2021) encontraron que, en Chennai, aunque el 78,8 % de los encuestados obtuvo buenos puntajes de conocimiento, solo el 25,6 % mostró actitudes positivas completas y menos del 22 % se sentía absolutamente confiado en atender a pacientes con discapacidad. En contraste, en nuestra investigación la proporción de actitudes favorables fue mayor, aunque igualmente acompañada de inseguridad en las prácticas más avanzadas. Por su parte, O’Rourke (2023) subraya que la educación formal incrementa la confianza declarada, pero no garantiza mejoras sostenidas en la práctica clínica, lo que sugiere que la formación debe acompañarse de mecanismos de seguimiento y evaluación en la práctica real.

## 8. Conclusiones

Los resultados de esta investigación permiten concluir que los endodoncistas egresados de la Universidad Santo Tomás extensión Bogotá presentan limitaciones en su conocimiento sobre la atención de personas en condición de discapacidad, especialmente en lo relacionado con normatividad y capacitación formal durante su proceso de formación y después de su egreso.

En relación con las actitudes, aunque predominan percepciones favorables hacia la atención inclusiva, se identificó una percepción diversa de preparación, con un número considerable de profesionales que se perciben medianamente asertivos o indeterminados. Esta situación refleja un vacío entre la actitud y la seguridad necesaria para implementar prácticas clínicas inclusivas.

En cuanto a las prácticas reportadas, se evidencia un panorama mixto: por un lado, la mayoría de los encuestados incorpora estrategias comunicativas centradas en el paciente e involucra al cuidador principal; por otro, persisten carencias en la adaptación de escenarios clínicos, en el uso de recursos tecnológicos inclusivos y en la aplicación de protocolos como desensibilización, sedación y anestesia general.

En conjunto, los hallazgos confirman que la preparación de los endodoncistas encuestados para la atención de personas con discapacidad es insuficiente, y que las diferencias identificadas en conocimiento, actitudes y prácticas limitan la posibilidad de ofrecer un servicio odontológico integral, equitativo y de calidad.

Asimismo, de los hallazgos obtenidos surgen recomendaciones orientadas a mejorar la formación y la práctica profesional en el ámbito de la endodoncia inclusiva. En primer lugar, fortalecer el currículo de formación, incorporando módulos específicos sobre la atención de personas con discapacidad que incluya aspectos clínicos, comunicativos, éticos y normativos.

De igual forma, se considera promover la capacitación continua de los egresados mediante diplomados, cursos y talleres que refuercen las habilidades de comunicación inclusiva, el manejo de recursos tecnológicos y la aplicación de protocolos de atención. A esto se suma la necesidad de garantizar la accesibilidad en los servicios odontológicos, adecuando la infraestructura física de los consultorios e incorporando equipos adaptados que aseguren una atención justa para los pacientes en condición de discapacidad.

Finalmente, se recomienda fomentar la investigación aplicada en el área de la odontología inclusiva, con el fin de evaluar de manera permanente la efectividad de las intervenciones educativas y clínicas en la reducción de las desigualdades en la atención.

## **9. Recomendaciones**

Se recomienda evaluar la inclusión de módulos formativos en el área de atención de PCD, en las diferentes entidades académicas y formativas como: Universidades, federaciones odontológicas, asociaciones, agremiaciones y entidades gubernamentales a nivel nacional; con el fin de garantizar una formación integral y coherente con los principios de equidad en salud. Asimismo, se sugiere implementar experiencias clínicas supervisadas, dirigidos por expertos en el manejo de PCD y evaluaciones objetivas que permitan verificar la adquisición real de competencias en el manejo clínico y comunicativo de pacientes con discapacidad. A nivel institucional, es necesario garantizar la accesibilidad de los servicios odontológicos mediante la adecuación de infraestructura, la incorporación de equipos adaptados y la generación de entornos clínicos inclusivos para reducir el sesgo en la atención equitativa. Finalmente, se promueve impulsar la investigación en odontología inclusiva, orientada a elaborar guías clínicas para el manejo y a evaluar el impacto de las intervenciones educativas y clínicas en la reducción de

desigualdades, barreras en el acceso y la calidad de la atención odontológica en Colombia, a partir de políticas aplicadas a la importancia de la salud pública.

### Referencias Bibliográficas

Ahmad, M. S., Razak, I. A., & Borromeo, G. L. (2015). Special needs dentistry: perception, attitudes, and educational experience of Malaysian dental students. *European Journal of Dental Education*, 19(1), 44–52. <https://doi.org/10.1111/eje.12103>

Ajwa, N., Alomran, A., Alsuwaie, H., Alzamil, K., Alfaihi, R., Almasry, N., Alali, Z., & Alanazi, M. (2018). Dental practitioners' perception toward management of physically challenged patients among Saudi Arabia. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 8(6), 546–552. [https://doi.org/10.4103/jispcd.JISPCD\\_287\\_18](https://doi.org/10.4103/jispcd.JISPCD_287_18)

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall.

Alhaidar, S., Sendy, L. S., Alanzan, L. A., Alshehri, A. Z., Alduraywishi, A. S., Althaqeel, A., Alzamel, Y. A., & Aldaws, A. (2024). Oral health care for individuals with special needs: Practices and challenges among general practitioners in Saudi Arabia. *Cureus*, 16(12), e75988. <https://doi.org/10.7759/cureus.75988>

AlSultan, M., Srivastava, S., Javed, M. Q., Khan, M., & Ulfat, H. (2023). *Influence of root canal treatment on oral health-related quality of life (OHRQOL) in Saudi patients: A cross-sectional study*. *Cureus*, 15(9), e45035. <https://doi.org/10.7759/cureus.45035>

Anders, P. L., & Davis, E. L. (2010). Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. *Special Care in Dentistry*, 30(3), 110–117. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2010.00136.x>

Appukuttan, D. P. (2016). Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: Literature review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 8, 35–50. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S63682>

Asiri, F. Y. I., Alshahrani, F., Alghamdi, N., Al-Amri, A., & Al-Humaid, J. (2024). Bridging the gap: Dental students' attitudes toward persons with disabilities—Experiences, education, and training. *Healthcare*, 12(14), 1386.

Balkaran, R., Esnard, T., Perry, M., & Virtanen, J. I. (2022). Challenges experienced in the dental care of persons with special needs: A qualitative study among health professionals and caregivers. *BMC Oral Health*, 22(1), 116.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

Bradt, J., & Teague, A. (2018). Music interventions for dental anxiety. *Oral Diseases*, 24(3), 300–306. <https://doi.org/10.1111/odi.12673>

Brailo, V., Janković, B., Gabrić, D., Lozić, M., Stambolija, V., & Vidović Juras, D. (2021). Post-discharge complications of dental treatment in general anesthesia performed in a day-care service. *Acta Stomatologica Croatica*, 55(2), 168–176. <https://doi.org/10.15644/asc55/2/6>

Cançado Figueiredo, M., Nicoli Haas, A., Scariot, D., Luchsinger Lima, G., & Concha Melgar, X. (2019). *Attitude of dentists about dental care of patients with special needs* [Actitud

de odontólogos acerca de la atención de pacientes con necesidades especiales]. *Odontología Sanmarquina*, 22(1), 5-11. <https://doi.org/10.15381/os.v22i1.15856>

Camargo, M. A., & Antunes, J. L. F. (2008). Untreated dental caries in children with cerebral palsy in the Brazilian context. *International Journal of Pediatric Dentistry*, 18(2), 131–138. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2007.00882.x>

Cañizares-Prado, S., Molina-López, J., Moya, M. T., & Planells, E. (2022). Oral function and eating habit problems in people with Down syndrome. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2616. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052616>

Chung, S. H., Chun, K. A., Kim, H. Y., Kim, Y. S., & Chang, J. (2019). Periapical healing in single-visit endodontics under general anesthesia in special needs patients. *Journal of Endodontics*, 45(2), 116–122.

D’Addazio, G., Santilli, M., Sinjari, B., Xhajanka, E., Rexhepi, I., Mangifesta, R., & Caputi, S. (2021). Access to dental care—A survey from dentists, people with disabilities and caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1556. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041556>

Dehaitem, M. J., Ridley, K., Kerschbaum, W. E., & Inglehart, M. R. (2008). Dental hygiene education about patients with special needs: A survey of U.S. programs. *Journal of Dental Education*, 72(9), 1010–1019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18768443/>

Dugas, N. N., Lawrence, H. P., Teplitzky, P., & Friedman, S. (2002). *Quality of life and satisfaction outcomes of endodontic treatment*. *Journal of Endodontics*, 28(12), 819–827. <https://doi.org/10.1097/00004770-200212000-00007>

Dougall, A., & Fiske, J. (2008). Access to special care dentistry, part 2. Barriers to care for people with disabilities. *British Dental Journal*, *205*(1), 11–21.

<https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.539>

Eidan, A., Ratsch, A., Burmeister, E., & Griffiths, G. (2020). Comparison of opioid-free anesthesia versus opioid-containing anesthesia for elective laparoscopic surgery (COFA: LAP): A protocol measuring recovery outcomes. *Methods and Protocols*, *3*(3), 58.

<https://doi.org/10.3390/mps3030058>

Enever, G. R., Nunn, J. H., & Sheehan, J. K. (2000). A comparison of post-operative morbidity following outpatient dental care under general anaesthesia in paediatric patients with and without disabilities. *International Journal of Pediatric Dentistry*, *10*(2), 120–125.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-263X.2000.00152.x>

Faulks, D., & Hennequin, M. (2000). *Evaluation of a long-term oral health programme by carers of children and adults with intellectual disabilities*. *Journal of Intellectual Disability Research*, *44*(3), 260–268. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2000.00264.x>

Faulks, D., Freedman, L., Thompson, S., Sagheri, D., & Dougall, A. (2012). The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *European Journal of Dental Education*, *16*(4), 195–201. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2012.00742.x>

Geddis-Regan, A. R., Gray, D., Buckingham, S., Misra, U., & Boyle, C. (2022). The use of general anaesthesia in special care dentistry: A clinical guideline from the British Society for Disability and Oral Health. *Special Care in Dentistry*, *42*(S1), 3–32.

<https://doi.org/10.1111/scd.12750>

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4th ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass  
ISBN: 978-0-7879-9614-7

Glassman, P. (2009). A review of guidelines for sedation, anesthesia, and alternative interventions for people with special needs. *Special Care in Dentistry*, 29(1), 9–16.  
<https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2008.00056.x>

Goh, E. Z., Beech, N., & Johnson, N. R. (2020). Dental anxiety in adult patients treated by dental students: A systematic review. *Journal of Dental Education*, 84(7), 805–811.  
<https://doi.org/10.21815/JDE.020.071>

Jockusch, J., Hopfenmüller, W., Ettinger, R., & Nitschke, I. (2021). Outpatient dental care of adult vulnerable patients under general anaesthesia: A retrospective evaluation of need for treatment and dental follow-up care. *Clinical Oral Investigations*, 25(4), 2407–2417.  
<https://doi.org/10.1007/s00784-020-03786-8>

Lee, P. Y., Chou, M. Y., Chen, Y. L., Chen, L. P., Wang, C. J., & Huang, W. H. (2009). Comprehensive dental treatment under general anesthesia in healthy and disabled children. *Chang Gung Medical Journal*, 32(6), 636–642.

Li, J., Zhang, K., Cha, C., Lu, Z., & Liu, L. (2023). Oral health status of students with visual or hearing impairments in Northeast China. *BMC Oral Health*, 23(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12903-023-02247-8>

Lim, M., & Borromeo, G. L. (2017). The use of general anesthesia to facilitate dental treatment in adult patients with special needs. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, 17(2), 91–103. <https://doi.org/10.17245/jdapm.2017.17.2.91>

Linás, N., Faulks, D., Hennequin, M., & Cousson, P.-Y. (2019). Conservative and endodontic treatment performed under general anesthesia: A discussion of protocols and outcomes. *Special Care Dentistry*, 39(5), 453–463. <https://doi.org/10.1111/scd.12436>

Mallineni, S. K., & Yiu, C. K. Y. (2016). Dental treatment under general anesthesia for special needs patients: Analysis of the literature. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 7(4), 325–331. <https://doi.org/10.1111/jicd.12167>

McCreadie, R. G., Stevens, H., Henderson, J., Hall, D., McCaul, R., & Filik, R. (2004). The dental health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(4), 306–310. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00323.x>

Mirand, M. S. S., Mourão, A. M., Lins, R. M. L., Nogueira, R., Carcavalli, L., & Lisboa, S. O. (2022). Pediatric oral health self-reported by caregivers of normal-hearing and hearing-impaired children. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 22. <https://doi.org/10.4034/PBOCI.2022.2211>

Muhammed, D. E. M. İ. (2022). Çocuk hastaların genel anestezi ve sedasyon altında yapılan dental tedavilerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi. *HRU International Journal of Dentistry and Oral Research*, 2(1), 11–19.

Naseem M, Shah AH, Khiyani MF, Khurshid Z, Zafar MS, Gulzar S, AlJameel AH, Khalil HS. Access to oral health care services among adults with learning disabilities: a scoping review. *Ann Stomatol (Roma)*. 2017 Jan 10;7(3):52-59. doi: 10.11138/ads/2016.7.3.052. PMID: 28149451; PMCID: PMC5231790.

Neelakantan, P., Liu, P., Dummer, P. M. H., & McGrath, C. (2020). *Oral health-related quality of life (OHRQoL) before and after endodontic treatment: A systematic review. Clinical Oral Investigations, 24*(1), 25–36. <https://doi.org/10.1007/s00784-019-03076-8>

Nixdorf, D. R., Moana-Filho, E. J., Law, A. S., McGuire, L. A., Hodges, J. S., & John, M. T. (2011). Pain prevalence and severity before, during, and after root canal treatment: A systematic review. *Journal of Endodontics, 37*(4), 429–438. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2010.12.016>

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42418>

O'Rourke, S. (2023). Does education in special care dentistry increase confidence in managing patients with disabilities? *Special Care in Dentistry, 43*(1), 23–29.

Rajan, S., Prasad, M., & Kumari, S. (2019). Knowledge, attitude, and practices of dental practitioners regarding management of children with special health care needs. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry, 37*(4), 373–379.

Ricardo, A. L. F., Yoshida, R. A., Guaré, R. O., Cardoso, C. D. A. B., de Castro Lopes, S. L., Fardim, K., ... & dos Santos, M. T. B. R. (2023). Dental care for patients with special needs at a private higher education institute: Dentistry and special patients. *Brazilian Dental Science, 26*(1).

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs, 2*(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>

Salah, A., Hashim, R., Salah, S., Majeed, A. S., Al-Hamdan, S. A., & Mohamed, M. (2022). Dentists' attitude towards dental treatment of disabled patients. *Advances in Medical Education and Practice, 13*, 1489–1496. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9759978/>

Salerno, C., Cirio, S., Zambon, G., D'Avola, V., Parcianello, R. G., Maspero, C., Campus, G., & Cagetti, M. G. (2023). *Conscious sedation for dental treatments in subjects with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis*. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(3), 1779. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031779>

Satish, M., Ramesh, A., & Priya, R. (2019). Awareness and approaches in treating patients with special care needs among private dental practitioners. *Special Care in Dentistry, 39*(3), 255–261.

Savanheimo N, Sundberg SA, Virtanen JI, Vehkalahti MM. Dental care and treatments provided under general anaesthesia in the Helsinki Public Dental Service. *BMC Oral Health*. 2012 Oct 27;12:45. doi: 10.1186/1472-6831-12-45. PMID: 23102205; PMCID: PMC3553023.

Schnabl, D., Guarda, A., Guarda, M., von Spreckelsen, L. M. I., Riedmann, M., & Steiner, R. (2019). Dental treatment under general anesthesia in adults with special needs at the University Hospital of Dental Prosthetics and Restorative Dentistry of Innsbruck, Austria: A retrospective study of 12 years. *Clinical Oral Investigations, 23*(11), 4157–4162. <https://doi.org/10.1007/s00784-019-02939-7>

Shenasi, R., Hoseinzadeh, H., Anvari, H. M., Aghamohammadi, D., & Sari-Motlagh, R. (2018). Comparison of anesthesia depth monitoring using conventional and bispectral index on incidence and severity of nausea and vomiting after urological surgeries. *Advances in Bioscience and Clinical Medicine, 6*(2), 25. <https://doi.org/10.36548/abcm.2018.2.001>

Smith, Chavis SE, Macek M. Impact of disability diagnosis on dental care use for adults in the United States: Status matters. *J Am Dent Assoc.* 2022 Aug;153(8):797-804. doi: 10.1016/j.adaj.2022.03.002. Epub 2022 May 5. PMID: 35527037; PMCID: PMC9339456.

Srividya, A., Kannan, A., & Lakshmi, K. C. (2021). Knowledge, attitude, and practice survey on Special Care Dentistry: A cross-sectional study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 15(7)*, ZC14–ZC18.

Takeshita, L., Joho, J. P., & Stähli, A. (2024). Survey on the attitudes and perceptions of Swiss dental practitioners and students towards patients with disabilities. *Special Care in Dentistry.*

Torabinejad, M., & Goodacre, C. J. (2006). *Endodontic or dental implant therapy: The factors affecting treatment planning. Journal of the American Dental Association, 137(7)*, 973–977. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2006.0318>

Uysal, B. C., Ozkan, H. D., & Kocaturk, O. (2024). Postoperative evaluation of special needs and healthy patients with endodontic treatment under general anesthesia: a retrospective research. *BMC Oral Health, 24(1)*, 794.

VanPuymbrouck, L., Friedman, C., & Feldner, H. (2020). Explicit and implicit disability attitudes of healthcare providers. *Rehabilitation Psychology, 65(2)*, 101–112.

Vasques, A. M. V. (2021). *Endodontic treatment in a single session in a patient with special needs.* RSD Journal. <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/13949>

Vellappally, S., Gardens, S. J., Al Kheraif, A. A., Krishna, M., Babu, S., & Hashem, M. (2014). The prevalence of malocclusion and its association with dental caries among 12–18-year-old disabled adolescents. *BMC Oral Health, 14*, 123. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-123>

Webb, D., Roberts, I., & Vyas, P. (2007). Haematology of Down syndrome. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition, 92*(6), F501–F504. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.100353>

Williams-Beecher, C., Basrani, B., Desai, S., Cardoso, E. O., Tenenbaum, H. C., & Azarpazhooh, A. (2023). A retrospective study on endodontic treatment outcomes in patients with special needs. *Journal of Endodontics, 49*(7), 808–818.

Yang, R., Zhao, R., Chaudry, F., Wang, T., Brunton, P., Khurshid, Z., & Ratnayake, J. (2023). Modern sedative agents and techniques used in dentistry for patients with special needs: A review. *Journal of Taibah University Medical Sciences*.