



**UNIVERSIDAD DE TALCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

**REPRESENTACIONES, DETERMINANTES SOCIALES Y PRÁCTICAS EN LA
PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGÍAS ORALES.**

Memoria presentada a la Escuela de Odontología de la
Universidad de Talca como parte de los requisitos exigidos
para la obtención del título de Cirujano Dentista.

**ESTUDIANTES: ERIC ANDRADE LARA
PATRICIO GALLARDO PEÑA
PROFESOR GUÍA: DRA. GISELLE DAVIS TOLEDO
PROFESOR INFORMANTE: DR. EDUARDO CANALES ARAVENA**

TALCA - CHILE

2019

CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2019

ÍNDICE.

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. MÉTODOS.....	8
3.1. Método.....	8
3.2. Muestra.....	9
3.3. Contexto de investigación.....	10
3.4. Trabajo de campo.....	11
3.5. Análisis.....	12
3.5.1. Codificación abierta.....	12
3.5.2. Codificación axial.....	13
3.5.3. Codificación selectiva.....	13
3.5.4. Triangulación.....	14
3.6. Consideraciones éticas.....	15
4. RESULTADOS.....	16
4.1. Capítulo 1: Caracterización sociodemográfica.....	16
4.2. Capítulo 2: Representación, autocuidado y determinantes sociales en la prevención de las patologías orales.....	18
4.3. Capítulo 3: Tratamiento de las patologías orales, practicas alivio del dolor y determinantes sociales en el tratamiento.....	26
5. DISCUSIÓN.....	36
6. REFERENCIAS.....	39
7. ANEXOS.....	46

1. RESUMEN

El estudio de las representaciones sociales de salud oral en conjunto a los determinantes sociales de la salud y prácticas, permite entregar sustentabilidad cultural a los contenidos, modalidades de promoción y prevención en salud oral, favoreciendo así el acceso a la atención, disminuyendo consecuentemente las brechas de equidad. El objetivo general es conocer las representaciones e influencia de los determinantes sociales en las prácticas de autocuidado, en prevención y tratamiento de las patologías orales, desde la visión de las/los pacientes. El diseño cualitativo descriptivo del estudio consideró una estrategia metodológica basada en el método narrativo y en la teoría fundamentada, mediante entrevistas semiestructuradas, a una muestra intencionada de 48 pacientes de programas odontológicos de la red de atención primaria de los CESFAM de Rauco, San Javier y Sarmiento de la VII región. El trabajo de campo se conformó por la fase exploratoria, saturación empírica y verificación. El análisis se realizó mediante el programa Nvivo10. Las representaciones de salud y enfermedad en la población de estudio carecen de conceptos biomédicos relacionados a la función masticatoria y preservación dentaria, otorgando mayor relevancia a lo estético, en un contexto de conocimientos orales limitados desde la perspectiva de los pacientes. Al comparar prevención con tratamiento de las patologías orales, en este último se encontró mayor influencia de determinantes sociales de la salud actuando como barrera, el más destacado es el factor psicosocial. Los resultados permiten reafirmar la relevancia de valorar el enfoque psicosocial, tanto en promoción, prevención y tratamiento de las patologías orales.

Palabras claves:

Prevención primaria, Barreras de acceso a los servicios de salud, Automedicación, teoría fundamentada, salud bucal.

2. INTRODUCCIÓN.

Nuestro proyecto de memoria se inserta en la línea de investigación denominada “Diagnóstico Epidemiológico Sociocultural de las Prácticas de Salud Odontológicas en Pacientes de Atención Primaria de las Regiones VI y VII” del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Talca, cuyo objetivo es diagnosticar las necesidades sanitarias y prácticas culturales de sectores vulnerables, en el ámbito de las patologías orales.

La salud oral aún constituye un ámbito rezagado del sector público en relación al mejoramiento de los indicadores de salud del país (1), así da cuenta la alta prevalencia de patologías orales en la población chilena (2).

Esta investigación se suma a los esfuerzos de las políticas públicas de ampliar la implementación de programas odontológicos en atención primaria (2) con el fin de disminuir las brechas de equidad en salud oral. Sin embargo, la sociedad y su cultura son el filtro a través del cual los individuos otorgan o no importancia a los mensajes de estos programas de salud, evalúan su pertinencia y sentido, condicionando el impacto final dentro de la población objetivo (3). Además, existen reducidas instancias de educación y promoción de salud, lo que se traduce en baja información otorgada a poblaciones vulnerables, producto de recursos limitados destinados a salud pública (4).

Lo anterior modela las representaciones sociales en salud, donde los sujetos interpretan la realidad, la transforman y construyen. Esta es mediada por: valores, religión, necesidades, roles sociales y otros aspectos socioculturales. La representación está asociada a: prácticas sociales de determinados grupos culturales, información e ideas que circulan en comunicaciones interpersonales y mediante los medios de comunicación, “que modifican y construyen nuestro modo de pensar y actuar” (5).

Es importante evitar el riesgo de reducir problemáticas sociales a situaciones exclusivamente culturales, restando importancia a los determinantes sociales de la salud (DSS). Estos DSS son “el conjunto de las condiciones sociales en las cuales la gente vive y trabaja” (6) (Anexo I).

Los determinantes estructurales, de acuerdo a la comisión de los DSS de la Organización mundial de la salud (OMS), son “aquellos que generan estratificación, división de clases en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías del poder y acceso a los recursos”. Los principales determinantes son: nivel socioeconómico (NSE), educación, ocupación, clase social, género y raza o etnicidad (7).

La influencia de los determinantes estructurales en la salud no es directa, sino el producto de la acción de una serie de factores intermediarios, denominados determinantes intermedios. Sus principales categorías son: circunstancias materiales, factores psicosociales, factores de comportamiento y/o biológicos y el propio sistema de salud como un determinante social (7).

Los factores de riesgo de las patologías bucales son comunes a los de las patologías crónicas, siendo determinante el NSE, afectando principalmente a los niveles más bajos (8, 9, 10). Así mismo, otros autores postulan que la higiene oral deficiente, la automedicación frente al dolor dental y los escasos conocimientos en relación a la etiología y prevención de enfermedades bucales, se asocian directamente a NSE bajos (11, 12, 13, 14).

El género involucra “convenciones vinculadas a la cultura, roles y comportamientos, que dan forma a las relaciones entre mujeres y hombres”. Los modelos socialmente construidos pueden tener consecuencias perjudiciales para la salud de hombres y mujeres, producto de jerarquías sociales (7).

La educación captura la transición de la posición socioeconómica recibida a la propia y también es un fuerte determinante de empleo e ingresos futuros. El conocimiento y las habilidades logradas a través de la educación puede afectar el desarrollo cognitivo de una persona, hacerlos más receptivos a mensajes de educación en salud y acceder a servicios de salud apropiados (7).

Galobardes y cols. sugieren que la ocupación puede ser vista como la posición del sujeto en la sociedad, producto de sus ingresos e intelecto. Se identifican las relaciones laborales de dominación y subordinación entre empleadores y empleados. Además, pueden afectar los resultados en salud a través de procesos psicosociales (7).

Los factores psicosociales incluyen estresores tales como: eventos negativos de la vida, tensión laboral, deudas, miedo, falta de apoyo, ausencia de satisfacción propia y estilos de afrontamiento. Los grupos sociales están expuestos en diverso grado a situaciones de la vida y experiencias percibidas como amenazantes. Esto explica en parte el patrón a largo plazo de desigualdades en el acceso (7).

Es importante considerar que, en respuesta a los problemas de acceso a la atención en salud oral, la población recurre a prácticas culturales frente al dolor dental. Este último trae como consecuencias: costos monetarios, pérdida de productividad laboral y estados de ánimo desfavorables, lo que se ve directamente relacionado en su desarrollo psicosocial (15). La cultura se relaciona estrechamente con el concepto de *habitus* de Bourdieu, que en el caso de este estudio es sinónimo de práctica. El *habitus* se refiere a la incorporación, tanto en la acción social, forma de ser y de actuar del sistema cultural; ideales, costumbres, propensiones, predisposiciones, valores, formas de clasificar la realidad y de actuar, socialmente adquiridas, esto dependiente de la posición social del individuo. De esta forma, entenderemos que la experiencia del dolor y las prácticas estarán asociadas a la clase social y a las posibilidades que tenga de acceso a la salud (16).

Estas prácticas a lo largo de la última década han sido ampliamente documentadas, así da cuenta la literatura latinoamericana, situando a la automedicación farmacológica como el recurso más empleado en diversas regiones (14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23). Esto último asociado de forma estrecha a factores como; grado de instrucción secundaria, NSE y factores culturales e individuales, los que son significativamente predisponentes (14, 20, 21, 22).

Por otro lado, la medicina tradicional o alternativa continúa siendo una solución eficaz para algunos, así lo afirman autores tales como Trujillo y Yaranga, destacando el uso de elementos como; clavo de olor, ajo, compresas, hierbas e infusiones (24, 25). Estas prácticas, si bien pueden ser parte de la solución, no es menos cierto que contribuyen a la postergación de la atención clínica (26, 27, 28, 29, 30).

El estudio de las prácticas permite darle sustentabilidad cultural a los contenidos, modalidades y espacios de promoción y prevención de la salud oral, favoreciendo así el acceso a la atención, disminuyendo consecuentemente las brechas de equidad.

Es pertinente estudiar esta situación de la mediatización cultural de las conductas en salud oral, con un enfoque epidemiológico sociocultural, que es precisamente el que se considera en esta investigación. Según el enfoque, las prácticas y la experiencia del proceso salud-enfermedad son construcciones y productos sociales, ya que son moldeados por la cultura y los determinantes sociales de la salud (31, 32, 33, 34).

El objetivo general del estudio busca conocer las representaciones e influencia de los determinantes sociales en las prácticas de autocuidado, en prevención y tratamiento de las patologías orales desde la visión de las/los pacientes adultos de programas odontológicos de los CESFAM de Rauco, San Javier y Sarmiento.

Los objetivos específicos son: 1) Describir el perfil sociodemográfico de la muestra. 2) Conocer las representaciones en salud oral y las prácticas asociadas a la prevención de patologías orales. 3) Conocer las prácticas asociadas al manejo del dolor dental. 4) Analizar los determinantes sociales en la prevención y el tratamiento de las patologías orales, declarados por la población en estudio. 5) Proponer a partir del análisis de los resultados de la investigación, acciones culturalmente pertinentes/sustentables para contribuir orientar programas y acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de las patologías orales.

3. MÉTODOS

El diseño cualitativo descriptivo del estudio consideró una estrategia metodológica basada en el método narrativo, mediante entrevistas semiestructuradas a una muestra intencionada de 48 pacientes odontológicos de la red de atención primaria de los CESFAM de Rauco, San Javier y Sarmiento de la VII región.

El trabajo de campo consideró tres etapas: exploratoria, saturación empírica y triangulación, por un período de dos años. La estrategia de análisis informatizada (Nvivo10), orientada por la Teoría Fundamentada (35), buscó comprender desde el enfoque Epidemiológico Sociocultural: las representaciones, determinantes sociales y prácticas en la prevención y el tratamiento de las patologías orales. La confiabilidad del estudio se basó en la validez interna propia de los estudios cualitativos, saturación empírica y la triangulación de datos.

La epidemiología sociocultural (36) provee las herramientas conceptuales en este sentido y es coincidente en sus planteamientos con el enfoque teórico metodológico de la Teoría Fundamentada (35). En efecto, ambos son de orientación comprensiva y se basan en principios tales como; el naturalismo, la flexibilidad metodológica, la contextualización de la acción social y la fundamentación empírica de los resultados. La Teoría Fundamentada es un método de análisis cualitativo, que estudia de manera sistemática datos descriptivos para formular teorías (35).

3.1.Método.

El método principal de estudio fue el narrativo (37), en el cual el investigador aplica entrevistas que le permitan recolectar datos sobre las experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas. El principal objetivo del este método (37) es la descripción y el análisis de casos particulares, que se conocen mediante las historias de vida y la narración de experiencias. Otro alcance importante es que en metodología cualitativa se trabajó con problemas substantivos, lo que implicó que el problema de investigación emergiera a partir del proceso de levantamiento de información dada en el terreno. En investigación cualitativa, un problema substantivo es aquel que emerge directamente de la empírea (38).

La entrevista se define como una técnica de investigación científica, que utiliza la comunicación verbal para recopilar datos sobre las experiencias de ciertas personas, describirlas y analizarlas con una finalidad determinada (39). El/la entrevistado(a) es fuente de información de procesos sociales y de convenciones culturales. El entrevistador solo tiene acceso a las actitudes, percepciones y expectativas sobre el tema de interés (39, 41).

La entrevista constituye así también el fluir natural, espontáneo y profundo de las vivencias y recuerdos de una persona, mediante la presencia y estímulo de otra que investiga, quien logra, a través de esa descripción, captar toda la riqueza de sus diversos significados (39, 41). El contenido de la entrevista, el flujo y la selección de los temas cambia de acuerdo a lo que el entrevistado conoce y siente (39, 40).

3.2.Muestra.

La estrategia de muestreo consideró estudio de casos múltiples, con muestreo teórico intencionado, de las subpoblaciones epidemiológicas de pacientes de programas odontológicos en la red de atención primaria de salud. La muestra fue constituida por usuarios de los CESFAM de Rauco, San Javier y Sarmiento, todos con fuerte ascendencia rural. El número de entrevistas realizadas fue de 48, determinado mediante saturación empírica. Estas fueron efectuadas colaborativamente por 4 memoristas de la carrera de odontología. La representatividad de la muestra fue intencionada.

La focalización del estudio en la VII región obedece a que: 1) Constituye un lugar de práctica accesible de las carreras de la Facultad de ciencias de la Salud de la Universidad de Talca 2) Es el escenario de origen del proyecto. 3) Presenta zonas de ascendencia rural.

A fin de obtener una muestra homogénea y representativa se establecieron criterios muestrales generales: 1) Tener 18 años o más para facilitar el acceso legal a las/los participantes. 2) Voluntad a participar, se objetiva con la firma del consentimiento informado. (Anexo II). 3) Capacidad de comunicación, considerado aspecto técnico básico para verificar la voluntariedad. 4) Accesibilidad, criterio logístico de eficiencia para la investigación. 5) Declarar ser o haber sido sujeto de atención odontológica en los CESFAM indicados.

Las principales técnicas cualitativas de reclutamiento fueron; “bola de nieve” (42) donde la persona entrevistada llevó al investigador a conocer a otra; informantes claves, como fueron las/los dentistas del programa dental, que identificaron posibles entrevistados según disponibilidad horaria; muestreo por conveniencia (42), es decir invitar a participar a personas que se encuentren disponibles en los momentos previstos para el reclutamiento de la muestra.

3.3.Contexto de investigación.

San Javier es una comuna de la provincia de Linares, de la región del Maule. Presenta una población de 41.099 habitantes, según la proyección de población de 2015 (43). La población inscrita en el servicio de salud municipal hasta el año 2012 fue de 40.227, de estos el 70% se situaba en los tramos A y B de fondo nacional de salud (FONASA). Su CESFAM está ubicado en un sector residencial, rodeado por la villa Don Andrés y Don Matías (43).

La localidad de Sarmiento ubicada a 7 kilómetros al norte de la ciudad de Curicó, es considerada como el asentamiento humano de mayor crecimiento de la comuna en los 30 últimos años, pasando de los 4.000 habitantes que tenía a principio de los años 80 a poco más de 15.000 en la actualidad. Su CESFAM busca atender de una forma equitativa y de calidad centrada en las personas y en las familias (44).

Rauco es una comuna de la provincia de Curicó, perteneciente a la Región del Maule. Es predominantemente rural (60.5 %) con 10.182 habitantes al año 2010. Del total de los afiliados a FONASA, el 23,5% pertenecía al grupo A. El CESFAM divide su atención en urbano y rural, siendo esta última la de mayor densidad (45).

3.4.Trabajo de campo.

El trabajo de campo tuvo una duración de 9 meses (marzo a septiembre del 2018) (Anexo III), que contempló un trabajo en terreno, dividido en tres momentos: fase exploratoria, saturación empírica y verificación.

El trabajo de campo se inició mediante una fase piloto, la cual tuvo como objetivo analizar el contexto sociodemográfico de las localidades. Se aplicó la entrevista inicial y se pesquisó como limitante que las personas no comprendían algunos términos biomédicos utilizados, por lo que se decidió unificar y simplificar el vocabulario de las preguntas a través de conceptos coloquiales. Se presentó el Certificado del Comité de Ética de la Universidad de Talca (CEC) (Anexo IV) y se solicitó autorización de los distintos CESFAM (Anexo V) antes de acudir a espacios no públicos. Otro limitante fue el atraso de la autorización del proyecto en San Javier, debido a cambio en su dirección. Una vez obtenida la autorización de los establecimientos surgieron dificultades para captar participantes, debido que la entrevista requería un tiempo prolongado (60 minutos aproximadamente). Otros por su parte aceptan, definiendo de acuerdo a su voluntad el lugar de implementación de la entrevista cualitativa. Previo a ser realizada, se entregó la explicación procedimental sobre la forma en que se aplicaría la técnica (Anexo VI). Una vez que se obtuvo su autorización para participar en la investigación, se continuó con la lectura y firma del consentimiento informado. Al finalizar la aplicación (con el objetivo de no entorpecer el rapport con instrumentos rígidos) se aplicó breves cuestionarios de contenido sociodemográfico y de salud (Anexo VI). Se realizaron un total de 48 entrevistas. Los datos recopilados fueron transcritos de manera literal y analizadas mediante el programa Nvivo10.

3.5.Análisis.

La estrategia de análisis se basó en la Teoría Fundamentada (35), metodología de análisis sociológica basada en los datos empíricos que emplea los siguientes procedimientos:

3.5.1. Codificación abierta.

Es un proceso inductivo, debido a que no utiliza una teoría o ley para formar las categorías de codificación. En este caso se generan conceptos que emanan de las temáticas presentes en el protocolo de entrevista y se comparan con respecto a propiedades, dimensiones y significados relevantes para los investigadores (Figura 1).

Nodos ramificados			
Nombre		Recursos	Referencias
aportes familia y cercanos	/	1	13
atencion recibida		1	6
connotacion social de su PO		1	19
experiencia de la enfermedad		0	0
practicas de cuidado oral		1	22
problema de salud general		1	4
redes de apoyo		0	0
representacion de la SO		0	0
Tto orales		1	18
vision propia de su SO		0	0

Figura 1. Codificación abierta inicial en base al discurso y las temáticas del protocolo de entrevista.
Captura de programa Nvivo10 con categorías iniciales de codificación en base a recursos y referencias.

3.5.2. Codificación axial.

Se establecieron relaciones entre categorías y las subcategorías, identificando sus propiedades y variaciones, en función de los contenidos emergentes en la codificación abierta. En este punto del análisis buscamos establecer relaciones entre la representación, prácticas culturales y DSS, agrupando estos conceptos tanto preventivos o de tratamiento (Figura 2).

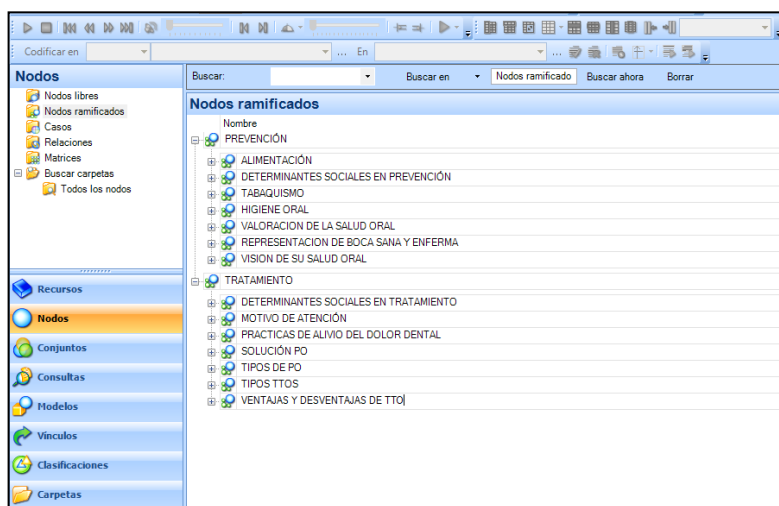


Figura 2. Codificación axial de conceptos preventivos y de tratamiento según referencias.
Captura de programa Nvivo10 con categorías agrupadas según temáticas emergentes de la codificación.

3.5.3. Codificación selectiva

Es el proceso mediante el cual se fundamenta el problema substantivo o categoría central, en base al conjunto de categorías documentadas y que tiene potencial interpretativo de la realidad. Este análisis se representa en un modelo lógico y constituye la respuesta teórica al problema de investigación (Figura 3). En los resultados se utilizan expresiones representativas de acuerdo al porcentaje de la muestra a discutir y analizar por los investigadores (Anexo VII).

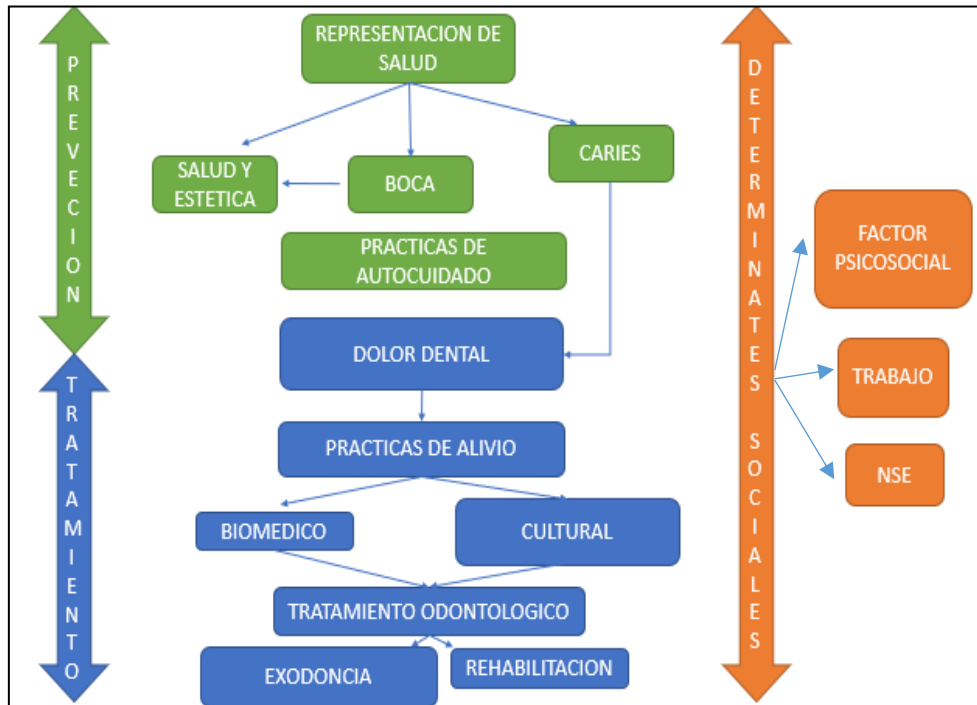


Figura 3. Modelo lógico, representaciones, determinantes sociales y prácticas culturales en la prevención y el tratamiento de las patologías orales. Verde: Se refiere a todo lo que se encuentra dentro de lo preventivo (antes del inicio del dolor), Azul: Se refiere a todo lo que se encuentra dentro del tratamiento de la patología oral. Naranja: tanto la prevención como el tratamiento se encuentran en interacción con los DSS. En cuadros del mismo nivel a mayor tamaño, mayor frecuencia de referencias según el discurso.

3.5.4. Triangulación.

Se comparan los resultados de la codificación selectiva o modelo lógico con el discurso de otros pacientes odontológicos de sectores comparables, para refinar y complementar la teoría. Esto a través de triangulación por investigador y datos. Se comparan resultados con estudios pertenecientes al mismo proyecto marco, asociados a las prácticas culturales frente al dolor dental. Existe consistencia en cuanto a lo planteado por Davis et al (46), así mismo lo planteado por Salas y Vidal (47), en donde existen barreras en cuanto al acceso en salud oral y prácticas culturales semejantes, asociadas al dolor dental.

3.6.Consideraciones éticas

- Ética del Valor.
- Libertad a participar.
- Anonimización.
- Resguardo de los datos.
- Consentimiento informado.

(Anexo VIII)

4. RESULTADOS.

4.1. Capítulo 1: “Caracterización sociodemográfica”.

Se identificó y documentó el perfil sociodemográfico de las/los pacientes odontológicos de atención primaria de la población de estudio (Anexo IX) La muestra destaca por presentar la mitad de entrevistados(as) de San Javier y la otra mitad de las comunas de Rauco y Sarmiento. Sus edades oscilan con mayor frecuencia entre los 45 a 60 años. La gran mayoría pertenecen a FONASA A y B, siendo concordante con la población inscrita en los servicios de salud municipal (43). Existe mayor proporción de mujeres que hombres. Esto se relaciona con que el género femenino presenta mayores necesidades en salud, dando mayor uso a estos servicios (48). Esto no implica que las necesidades femeninas estén mejor o peor atendidas que las masculinas dentro de la esfera preventiva (50).

Respecto a la residencia, la mitad pertenece a la zona rural y menos de la mitad a la urbana. En zonas rurales el nivel educacional es básica/media completa en su mayoría y un único analfabeto, lo que contrasta con el sector urbano en donde el nivel educacional superior es más prevalente (Figura 4).

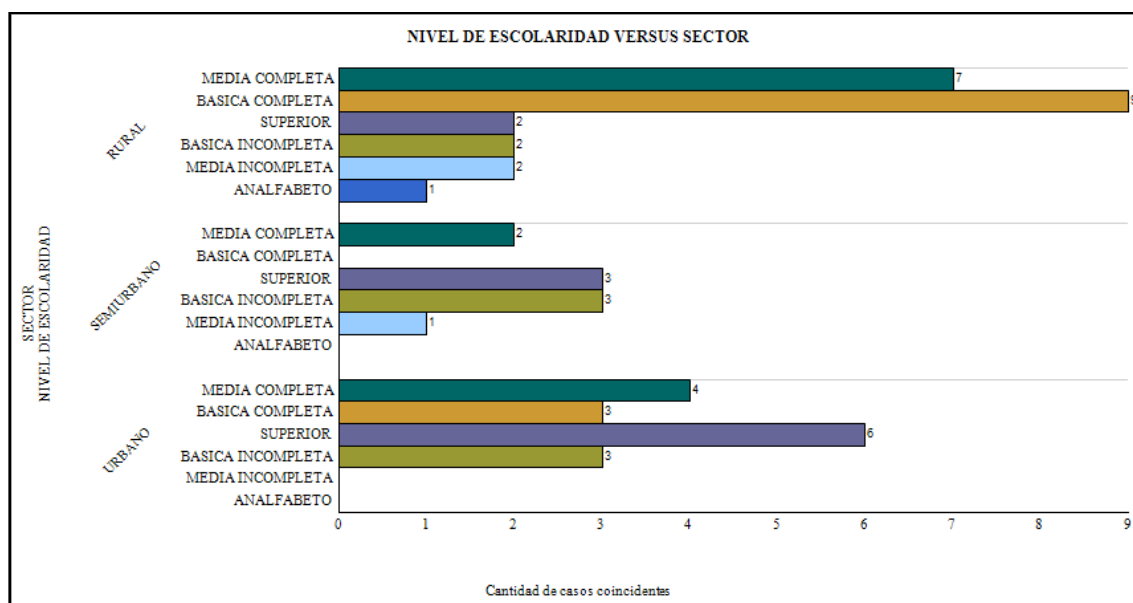


Figura 4. Nivel de escolaridad versus sector de residencia. Distribución en gráfico de barras del nivel educacional (superior, media completa, media incompleta, básica completa, básica completa y analfabeto), según sector de residencia. (n=48).

Por otra parte, en los sectores de residencia rurales existe una mayor valoración y uso de redes de apoyo comunitaria, siendo factores protectores de salud según el discurso (Figura 5).

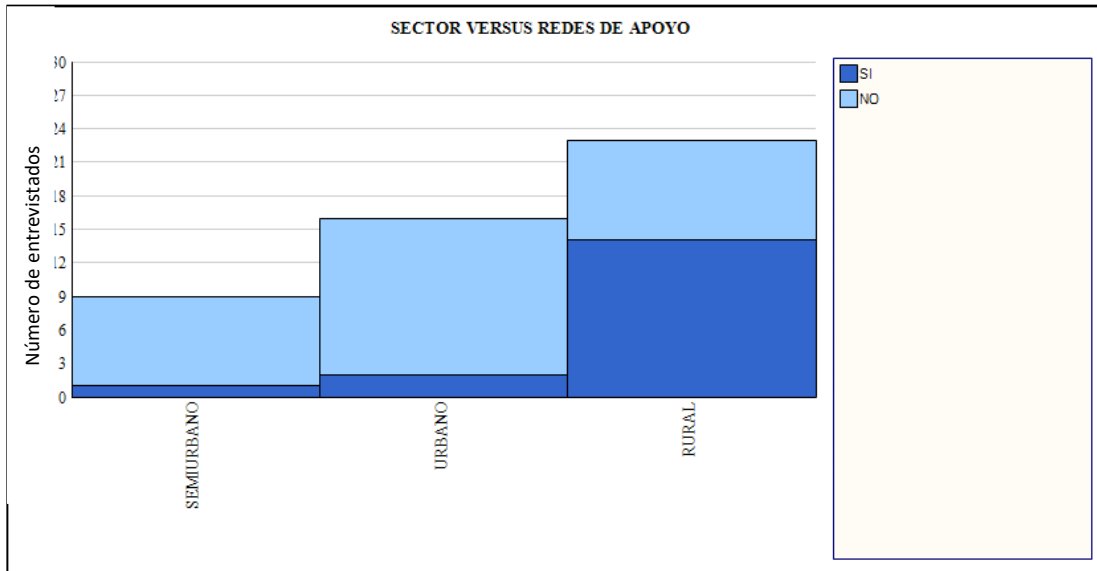


Figura 5. Sector de residencia versus redes de apoyos comunitarias. Distribución en gráfico de barras del uso de redes de apoyo comunitarias según sector de residencia (semiurbano, urbano, rural) (n= 48).

Según la comisión nacional de la familia, a partir de la cual se clasificó la muestra (49), los grupos más representativos en los que conviven son: nuclear (62%) y extensa (27%) (Anexo IX). En estas familias coexisten 2 o más generaciones, las que frecuentemente intercambian conocimientos biomédicos y culturales.

4.2. Capítulo 2: Representación, autocuidado y determinantes sociales de la salud en la prevención de las patologías orales.

Este capítulo describe y analiza las representaciones de la salud oral, prácticas de autocuidado y DSS declarados como obstáculos en prevención, desde la visión de las/los pacientes (Figura 6).



Figura 6. Modelo lógico prevención, representaciones, prácticas de salud oral y determinantes sociales. Modelo resumen de conceptos y relaciones establecidas en el capítulo 2 a partir de los resultados.

4.2.1. Representación social y cultural de salud y enfermedad oral.

Las/los entrevistados(as) definen la condición de salud y enfermedad oral en base a sus propias representaciones. Surgen de forma decreciente las dimensiones conceptuales de: “salud”, “estética” y “funcionalidad” (Anexo X). En “salud”, una boca enferma se define en su mayoría como; presencia de caries, seguida de infección e inflamación. Una boca sana se describe como la ausencia de los signos ya descritos y presentar buena higiene oral.

La dimensión estética contextualiza lo limpio, bonito/blanco y agradable a los sentidos. Los conceptos se ven influenciados por la construcción de imágenes estereotipadas recibidas por medios de comunicación y su publicidad, esto en concordancia con lo obtenido por González y Cols (51).

[Al consultar respecto a las características de una boca sana]
“Dientes bonitos, buen aliento, con sonrisa pepsodent todos ordenaditos” (Entrevista 1, Mujer 54 años, educación básica incompleta).

Se infiere que los espacios publicitarios sitúan la salud oral dentro de una imagen visual homogénea de belleza, frente a individuos con estilos de vida desiguales (52), siendo la dimensión funcionalidad la menos referida, asociada principalmente en el discurso de los entrevistados a la conservación o pérdida dentaria. Se resta relevancia a su naturaleza y funcionalidad estomatognática.

4.2.2. Valoración de la salud oral por parte de las/los pacientes.

Las/los pacientes valoran en orden decreciente la salud, estética y funcionalidad (Tabla 1). Inferimos que las representaciones sociales documentadas se asocian a la valoración de salud oral.

Tabla 1. Valoración de la salud oral según porcentaje y referencia.

Categoría	Descripción	%	Referencia
Salud	Cuidado de salud oral, prevención y consecuencias de patologías orales	70%	<i>“Yo considero que es importante lavarse los dientes, y en la noche porque ahí es donde ataca más las caries, pienso yo, porque es el momento donde uno está con la boca relaja y ahí atacan los bichos.”</i> Entrevista 17, mujer 27 años, educación media completa.
Estética	Valoración basada en la apariencia visual, desde el punto de vista propio y de la interacción con terceros.	47%	<i>“Es muy importante, porque son los dientes, y los dientes son como una presentación. Si usted va a buscar trabajo le miran todo, y también le miran los dientes, si uno se ríe, por ejemplo, es lo primero que miran”.</i> Entrevista 31, mujer 43 años, educación técnica completa.
Funcionalidad	Valoración fundamentada en las necesidades funcionales a nivel oral	13%	<i>“Sí, sí pues, porque mantiene su dentadura sana, al mantener una dentadura sana no se va a perder los dientes por lo tanto va a poder comer más fácil para poder alimentarse más fácil”.</i> Entrevista 7, hombre 58 años, educación media incompleta.

Tabla 1: Las categorías expuestas no fueron excluyentes, los entrevistados respondían más de una categoría. (n=46).

4.2.3. Conocimiento de patologías orales de la visión de los pacientes.

A continuación, se describe la frecuencia de signos, síntomas y/o patologías orales que son reconocidas a través de la experiencia propia o de un tercero, reportados por las/los entrevistados(as) (Figura 7).

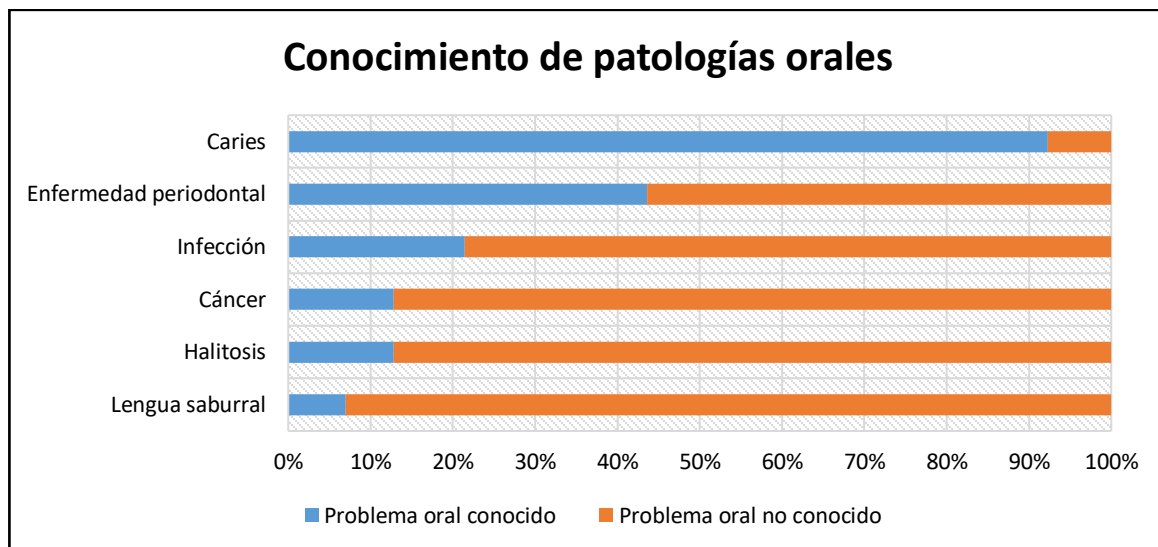


Figura 7. Conocimiento de patologías orales según porcentaje. Distribución porcentual en gráfico de barras de las patologías orales conocidas por las/los entrevistados según lo expuesto en su discurso. Las categorías expuestas no fueron excluyentes, las/los entrevistados respondían una o más patologías. (n=45)

Se menciona y describe la caries como la enfermedad oral más conocida referidas también como; picaduras, hoyitos, carie, caria; seguida de la enfermedad periodontal referida también como; enfermedad de las encías, sangrado e inflamación de las encías, diente suelto (Tabla 2). Estas son patologías de gran prevalencia en Chile (53).

Tabla 2. Narrativa de las Patologías orales recurrentes en el discurso.

Caries	Enfermedad Periodontal	Infección
92%	43%	12%
<p>“Dicen que hay una enfermedad que le da a la encía, que eso también es una enfermedad bucal, pero generalmente uno conoce más las caries”</p> <p>(Entrevista 20, mujer de 47 años, educación básica completa)</p> <p>“Dientes picados, donde la gente come muchos dulces y por mala higiene”</p> <p>(Entrevista 16, hombre de 62 años, analfabeto)</p>	<p>“Gingivitis que es cuando las encías están rojas y sangran cuando uno se cepilla, creo que eso son las que se, pero deben haber mucho más”.</p> <p>(Entrevista 11, mujer de 49 años, educación básica completa)</p> <p>“Se provoca en las encías, en la raíz de los dientes, apegaita a la encía como que va bajando las encías y se provocan infecciones”.</p> <p>(Entrevista 47, mujer de 48 años, educación media completa)</p>	<p>“Absceso si mal no recuerdo es cuando la encía esta con pus, cuando hay una infección”.</p> <p>(Entrevista 26, mujer de 34 años, educación técnica completa)</p> <p>“También he escuchado infecciones que no sé si será lo mismo a cuando le inyectan para que salga la materia”</p> <p>(Entrevista 19, mujer de 47 años, educación media completa)</p>

Tabla 2: Expresiones representativas de las patologías orales conocidas más frecuentes (género, edad y nivel educacional del entrevistado). (n=45).

4.2.4. Prácticas de autocuidado en la prevención de patologías orales.

Las principales prácticas de autocuidado consignadas son: hábitos de higiene oral, alimentación y el no consumo de tabaco (Anexo XI). En implementos de higiene oral, las/los entrevistados(as) utilizan en orden decreciente: cepillo, pasta, seda y escasamente enjuague bucal. Además de estos elementos convencionales, refieren el uso de otros de tipo cultural y/o caseros como; hilo de coser, enjuague con bicarbonato, cenizas, etc. La frecuencia diaria de cepillado en la gran mayoría es 2-3 veces, independiente de la edad. Solo en el grupo E3 algunos pocos lo realizan 1 vez.

Los momentos de cepillado reportados son posterior a las 3 comidas principales y en algunos casos antes del desayuno (Anexo XII). La alimentación para más de la mitad de las/los entrevistados(as), se basa en características saludables y además físicas, acordes a las necesidades masticatorias. La consistencia del alimento cambia para permitir menos exigencia a la función masticatoria, producto de la ausencia de dientes. Esto concordante a Von Marttens (54). Además, para menos de la mitad, la presencia de patologías sistémicas influye con respecto al consumo de sal y azúcar (Anexo XII).

Como factor protector, el 66% refiere no consumir tabaco. El cese del hábito fue producto de signos visibles en la cavidad oral, en algunos casos (Anexo XII).

4.2.5. Determinantes sociales en la etapa de prevención identificados como barreras.

Según los resultados de nuestro estudio, los determinantes sociales dificultan las prácticas preventivas de higiene oral para la mitad de las/los participantes (Tabla 3).

Tabla 3. Determinantes sociales reconocidos por los pacientes como obstáculo en la etapa de prevención.

DSS	Situación pesquisada como barrera en la entrevista	%	Cita
Factor psicosocial	Cansancio, Pasatiempos, predisposición, motivación.	50%	<p><i>“Tomo desayuno, y si está el cepillo en el baño de abajo lo ocupo al tiro sino después. En el almuerzo lo ocupo si me acuerdo, porque me quedo viendo las teleseries.” (Entrevista 1, mujer de 54 años, educación básica incompleta)</i></p> <p><i>“Porque uno no se hace el lavado por flojera, uno dice ay no, o que estoy en la cama, simplemente eso”. (Entrevista 14, mujer de 47 años, educación básica completa)</i></p>
Trabajo	Condiciones de trabajo y empleo, horarios de trabajo.	32%	<p><i>“Es complicado porque uno está en el trabajo y no está el tiempo para cepillarse, uno almuerzo rápido, en mi trabajo yo tengo que estar siempre con la chica que estoy cuidándola, entonces uno no puede darse el tiempo de más encima almorzar, preocupándome que ella esté con alguien, y en cepillarme me demoraría aún más.” (Entrevista 34, mujer de 29 años, educación técnico completa).</i></p> <p><i>“Depende de mis horarios de trabajo, a veces la jefa se pone complicada y pone problemas para salir” (Entrevista 32, mujer de 52 años, educación media completa)</i></p>
Género	Rol de madre, dueña de casa, esposa y cuidado de hijos.	18%	<p><i>“Muchas veces uno se descuida de su dentadura por los niños, uno se preocupa más de ellos que de uno.” (Entrevista 22, mujer de 60 años, educación básica completa)</i></p> <p><i>“Mire trato de lavármelos dientes dos veces al día, claro que a veces en las mañanas tengo que estar preocupada de la leche, pero igual trato de hacer esa rutina.” (Entrevista 26, mujer de 34 años, educación técnico completa)</i></p>

Tabla 3: “N” determinado según respuestas voluntarias y asertivas acerca de barreras para realizar prevención. (Las categorías expuestas no fueron excluyentes, las/los entrevistados(as) respondían una o más categorías) (n=22 / 46% del total de las/los entrevistados(as)).

En este contexto son relevantes: 1) Factor psicosocial: Motivación, cansancio, predisposición, pasatiempos que desplazan el hábito, falta de satisfacción propia. Siendo el más complejo de intervenir, es dependiente del sujeto. 2) Las condiciones de trabajo: Restricciones de tiempo, falta de rutina, condiciones sanitarias, retrasan, alteran o impiden las prácticas de higiene oral. 3) Roles de género: Cuidado de hijos, rol de dueña de casa y/o esposa. A modo de análisis inferimos que los DSS mencionados, en sujetos en que el hábito preventivo no está completamente instaurado, constituyen barreras importantes para la ejecución de prácticas de autocuidado repercutiendo en su calidad y frecuencia.

4.3. Capítulo 3. Tratamiento de las patologías orales, prácticas alivio del dolor y determinantes sociales de la salud en el tratamiento.

Este capítulo describe y analiza las prácticas biomédicas/culturales en el manejo del dolor dental y DSS declarados como barreras en el tratamiento de las patologías orales, desde la visión de las/los pacientes (Figura 8).

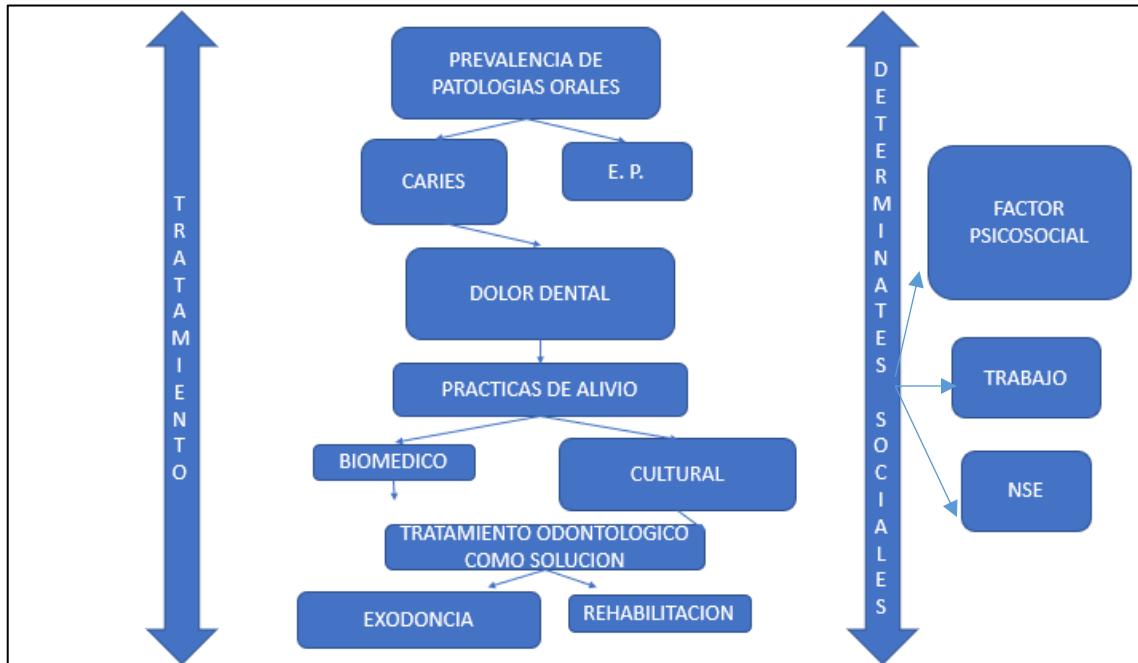


Figura 8. Modelo lógico, prevalencia de patologías orales, prácticas de alivio del dolor durante el tratamiento odontológico. Modelo resumen de conceptos y relaciones establecidas en el capítulo 3 a partir de los resultados.

4.3.1. Tratamientos orales reportados por los pacientes.

Los tratamientos reportados más recurrentes son: restauraciones y exodoncia (Figura 9), concordante con el principal motivo de consulta “dolor dental”, así mismo lo refieren otros investigadores (19, 23) (Tabla 4). El servicio de atención primaria otorga estas alternativas según la destrucción dentaria, siendo el NSE quien motiva la extracción, versus una endodoncia en sector privado.

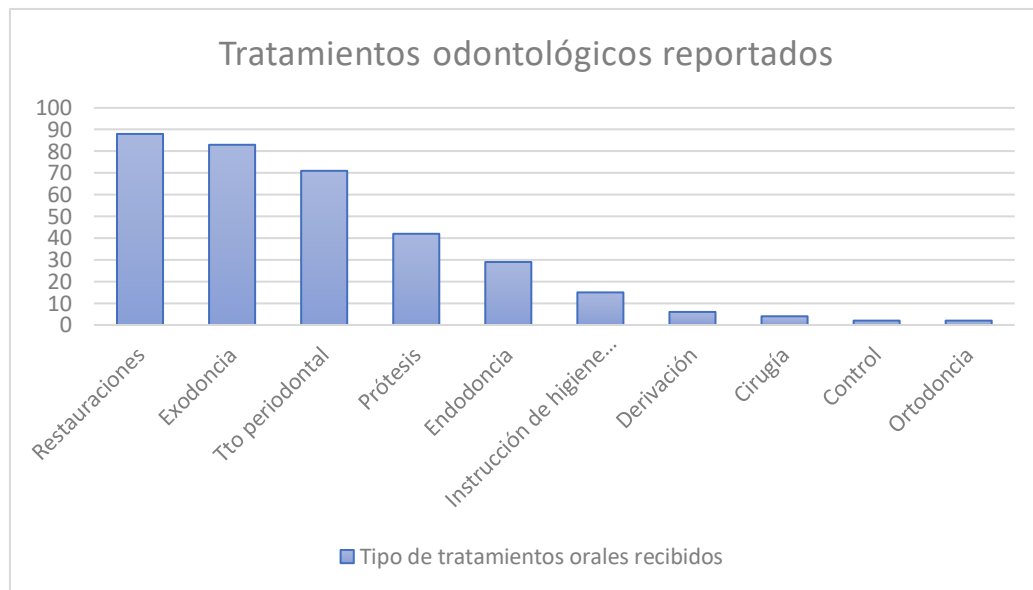


Figura 9. Tratamientos odontológicos recibidos por los usuarios según porcentaje.

Distribución porcentual en gráfico de barras de los tratamientos odontológicos recibidos por las/los usuarios(as) según lo expuesto en su discurso. Las categorías presentes no fueron excluyentes, las/los entrevistados(as) respondían uno o más tratamientos (n=48).

Tabla 4. Motivos de atención odontológicas según frecuencia y porcentaje.

Motivos de atención	Fr	%
Dolor	28	80
Programa GES	7	20
Prótesis	7	20
Control	7	20
Estética	7	20
Caries	6	17
Infección	4	11
Enfermedad periodontal	2	6

Tabla 4. Motivos de atención de las/los usuarios (as) según lo expuesto en su discurso. Las categorías expuestas no fueron excluyentes, las/los entrevistados (as) respondían uno o más motivos (n=35). El más frecuente es el dolor dental.

4.3.2. Determinantes sociales y/o barreras en la etapa de tratamiento desde la visión de las/los pacientes.

La gran mayoría refiere alguna barrera para acceder al tratamiento, lo que difiere a lo documentado en prevención. Además de factores psicosociales (56%), trabajo (38%) y género (19%), surgen otros como; NSE (35%) y servicio de salud (27%), específicamente variables tales como tiempo de espera, acceso y mala atención recibida en el sector público (Tabla 5).

Tabla 5. Determinantes sociales reconocidos como barreras desde la perspectiva de las/los pacientes en la etapa de tratamiento.

Determinantes sociales	Situación pesquisada como barrera en la entrevista	porcentaje %	Cita
Factor Psicosocial	Cansancio, autoestima, predisposición, motivación, miedo.	56%	<p>“Si, yo conozco a muchas personas bien económicamente, pero que le tienen mucho miedo al dentista, porque la gente tiene, miedo, los niños chicos, sobre todo, y adultos, porque es en general a la jeringa que le tienen miedo”. (Entrevista 35, mujer de 52 años, educación básica completa)</p> <p>“Yo creo que, del tiempo, que uno tenga que dar el tiempo para hacerlo, porque a veces uno no se da el tiempo para uno”. (Entrevista 37, mujer de 60 años, educación básica completa).</p> <p>“Ahora pienso que era tan fácil venir al dentista, el doctor acá es un amor, pero yo no venía de dejada igual”. (Entrevista 10, mujer de 43 años, educación superior).</p> <p>“Eso es lo malo, eso tenemos los chilenos que, si no nos está pasando algo machacando, no lo hacemos, somos flojos, dejados.” (Entrevista 36, mujer de 53 años, educación básica incompleta).</p>
Trabajo	Condiciones de trabajo y empleo, horarios de trabajo.	38%	<p>“El tema de la pega me complica, yo no tengo como para pedir permisos, así que cuando está libre la cosecha puedo escaparme y hacer todos mis tramites, sino uno se aguanta no más, creo que voy solo al notarlo si es urgente.” (Entrevista 31, mujer de 43 años, educación técnico completa).</p> <p>“Dejar de trabajar, y eso afecta. Ese es el único problema, el tiempo de espera es largo y hay que disponer de tiempo para hacerlo, uno deja de trabajar.” (Entrevista 6, hombre 51 años, educación media completa).</p>

Nivel socioeconómico		Falta de recursos económicos	35%	“A veces por los recursos, no puede salvar la muela y hay que sacarla no más”. (Entrevista 3, mujer 62 años, educación superior).
Servicio de Salud	<i>Tiempo de espera</i>		27%	<p>“El hacerme el tratamiento de conducto, porque era un diente de adelante y yo no podía hacérmelo, así que de acá me derivaron al hospital, de ahí se demoraron más de un año, entonces yo no sabía si esperar o hacérmelo particular, porque me decían que se podía empezar a doler de nuevo, así que yo asustada de que se me perdiera el de adelante”. (Entrevista 11, mujer 49 años, educación básica completa).</p> <p>“Pero repercute lo lejos que vivo, yo siempre he dicho que debería haber alguien en el CESFAM en cada sector solo para tomar hora, entonces para dárselas a la gente cuando puedan”. (Entrevista 29, mujer 36 años, educación media completa).</p> <p>“Fue hace tiempo cuando vine acá, después no volví a venir hasta ahora que estoy acá con usted, porque tuve esa mala experiencia”. (Entrevista 18, mujer 28 años, educación media completa).</p>
	<i>Acceso</i>			
	<i>Mala atención</i>			
Género			19%	<p>“Cuando estaba embarazada, me cansaba más fácil, después me costaba tener a alguien con quien dejar a mi hijo, así que falte varias veces por eso, más que por irresponsable”. (Entrevista 10, mujer 49 años, educación básica completa).</p> <p>“Llegamos puras mujeres y con pocas piezas dentarias y la mayoría depresivas, que las perdieron por culpa de otros, porque las golpearon o los maridos no las dejaban ir al dentista”. (Entrevista 29, mujer 36 años, educación media completa).</p>

Tabla 5: “N” determinado según respuestas voluntarias y asertivas acerca de barreras para realizar tratamiento. (Las categorías expuestas no fueron excluyentes, las/los entrevistados (as) respondían una o más categorías) (n=41 / 85% del total de entrevistados/as).

A modo de análisis, el factor psicosocial cobra gran relevancia dentro de nuestro estudio. El miedo se evidencia como una barrera de acceso importante, así como la motivación y predisposición, similar a otra investigación (56, 57). El trabajo por su parte, dificulta una atención oportuna, producto de horarios, permisos, disposición de empleadores. El NSE se manifiesta cuando las prestaciones entregadas en atención primaria no son suficientes y el sector privado suele ser inaccesible por su alto costo, esto coincide con lo reportado por López (55). Se infiere que estas barreras motivan prácticas culturales para resolver el dolor.

4.3.3. Prácticas de alivio del dolor dental, dimensión biomédica y cultural.

Todos/as reconocen haber percibido dolor dental y reaccionar diversamente frente a él, documentando prácticas biomédicas; atención odontológica inmediata y prescripción de medicamentos por un profesional. Además, prácticas culturales diversas para el alivio del dolor (Figura 10).

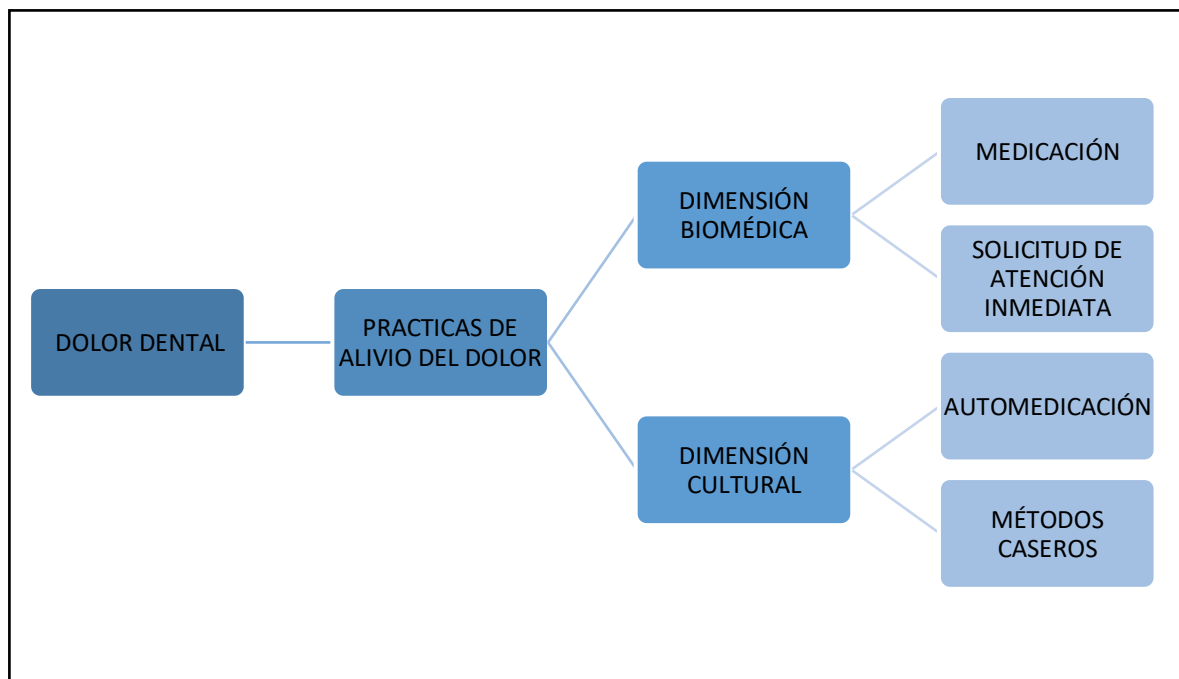


Figura 10. Diagrama de flujo de las prácticas de alivio del dolor dental, según dimensión biomédica y cultural.

La solución biomédica más frecuente es la exodoncia, una vía rápida y de menor costo en presencia de dolor. Como efecto inmediato genera bienestar por la resolución del dolor; sin embargo, como efecto a largo plazo frustración y arrepentimiento, según lo expresado en el

discurso. La rehabilitación es menos frecuente, no siempre es viable en el servicio público (APS), producto de sus prestaciones limitadas y el grado de destrucción dentaria (Anexo XIII).

Dentro de las prácticas culturales la automedicación farmacológica, definida como la administración de medicamentos con el fin único de aliviar el dolor, no teniendo en cuenta una posible dependencia, resistencia o si su efecto no será el deseado si este no se escoge asertivamente (59). Varían entre Antiinflamatorio no esteroidal, analgésicos y antibióticos, estos últimos en ocasiones sobre indicados. Por otro lado, la medicina tradicional y/o métodos caseros son definidos como “el conjunto conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos, basados exclusivamente en la experiencia y la observación, transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra (60). Dependiendo de la efectividad final del método seleccionado se decide el momento de acudir al odontólogo. Si es resuelto, se posterga la solicitud de atención (61) (Tabla 6).

Tabla 6. Dimensión cultural según referencias.

Dimensión cultural		Descripción	Citas representativas
Automedicación		Medicamento autoadministrado sin receta prescripción: Anestesia tópica, analgésicos, antiinflamatorios, aspirina,, ibuprofeno, paracetamol, antibióticos, obleas chinas.	“Tomo paracetamol o ibuprofeno, porque uno dice está inflamado ahí y piensa al tiro en desinflamatorios”. Mujer de 47 años. “Tomar algo para el dolor, por ejemplo, un ibuprofeno para la inflamación, he tomado amoxicilina, porque uno piensa que es una infección al tiro si le duele”. Mujer de 36 años.
Métodos caseros	Infusiones en base a hierbas	Agua de hierbas, Manzanilla, paico, romero.	“Con el agua de romero me bajaba el dolor al tiro. Me lo dio un médico general, me decía que era bueno porque para el dolor o cuando uno no tiene enjuague bucal uno lo ocupaba”. Mujer de 45 años.

Métodos caseros	Físico-mecánicos	<p>Físicos (calor o frío): Paño caliente, paño con hielo, hilo con aceite caliente, agua caliente con orégano, paño con sal caliente, Mentholatum con agua caliente.</p> <p>Manipular la zona dolorosa: Masajear, tocar, apretar, dormir al lado contrario, afirmar mejilla, morder cardenal (flor) y dipirona, cepillado dentario, cepillado con mayor intensidad.</p> <p>Pinchar con aguja y alambre las encías.</p>	<p>“Yo me pinché para que saliese ese líquido. Me pinché con agujas no más. Es que cuando uno se desespera hace cualquier lesera”. Mujer de 51 años.</p> <p>“Bueno, un remedio casero de ponerme un paño con sal calentada en el sartén, se entibia la sal en el sartén, se deja en el pañito y uno se lo pone aquí en la cara”. Mujer de 55 años.</p> <p>“Pañito con hielo si me dolía la cara, dormir para el lado contrario, afirmarme la cara, así como pensativa”. Mujer de 43 años.</p> <p>“Lo primero que uno tiene es afirmarse la cara, así como que tiene tristeza como que la mano lo protege, esa es la primera acción”. Mujer de 64 años.</p>
		<p>Químicas</p> <p>Ácido de batería</p>	<p>“Un día por tanto que me dolían los dientes, me aconsejaron ácido de batería, y me eché una gotita, porque estaba roto ahí, y le eché ácido, y mata el nervio al tiro ahí, manda un puro penceazo ahí noma”. Hombre de 54 años.</p>
		<p>Enjuagues</p> <p>Agua con bicarbonato, agua con sal.</p>	<p>“A veces tu escuchai que enjuagarte la boca con un poco de agua con bicarbonato, hacer unas gárgaras, para eliminar bacterias.” Mujer de 48 años.</p>
	Químicas Y Orgánicas.	<p>Orgánicas</p> <p>Diente de ajo, clavo de olor, alcohol destilado (pisco, agua ardiente), sal directo en lesión de caries.</p>	<p>“También agua ardiente unas gotitas, son cosas que uno va aprendiendo de los abuelos, la mama y que uno también hace”. Mujer de 47 años.</p>

Existe diferencia al comparar ambas dimensiones. La biomédica es más utilizada en los grupos etareos 1 y 2. En cuanto a la cultural, se presenta en todos los grupos. Estos utilizan mayormente la automedicación y el uso de métodos caseros; más frecuentes de tipo físico-mecánicos y químicos. Cabe destacar que las categorías no son excluyentes, en algunos casos fue referida más de una. Todas son descritas como útiles para el aliviar el dolor, en algunos casos por necrosis pulpar, agravando el problema a mediano plazo (58) (Tabla 6 y 7).

Tabla 7. Prácticas de alivio del dolor dental según grupos etarios y su frecuencia.

Prácticas de alivio del dolor dental	E1 n:11	E2 n:15	E3 n:22	N Total	PORCENTAJE % N48
DIMENSIÓN BIOMÉDICO	5	7	6	18	37,5%
Medicación	3	6	3	12	25%
Solicitar atención inmediata	2	1	4	7	14,5%
DIMENSIÓN CULTURAL	10	15	21	46	95,8%
Automedicación	6	13	16	35	72,9%
Métodos caseros	8	13	16	37	77%
En base a hierbas	0	2	2	4	8,3%
Físico-mecánica	4	8	10	22	45,8%
Químicas	4	8	11	23	47,9%

Tabla 7: E1= 18-35 años, E2= 36-50 años, E3= 51-70 años. (nE1=11, nE2=15, nE3=22), Sus categorías no fueron excluyentes, los entrevistados respondían más de una categoría (biomédica o cultural). “N” determinado según edades y respuestas voluntarias y asertivas por temática.

5. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio proveen un aporte empírico respecto a las representaciones, las prácticas y los determinantes sociales en salud oral. En el contexto cultural, las representaciones de salud y enfermedad carecen de conceptos biomédicos relacionados a la función masticatoria y preservación dentaria, otorgando mayor relevancia a lo estético, en un contexto de conocimientos orales limitados, desde la perspectiva de los pacientes y nuestro análisis.

En el contexto social, se evidencia una discrepancia entre los DSS declarados como barreras por las/los entrevistados(as), en la prevención y el tratamiento de las patologías orales. Si bien se relataron barreras en prevención, estas tuvieron una menor prevalencia y efecto en las prácticas de autocuidado orales, ya que a juicio de los pacientes la frecuencia de cepillado y el uso de elementos de higiene son adecuados. Distinto es lo encontrado en tratamiento, donde DSS tales como; trabajo, NSE y por sobre todo los factores psicosociales tienen una mayor prevalencia e influencia en el acceso al tratamiento odontológico, esto reflejado en eventos dolorosos como el principal motivo de consulta, prácticas culturales de alivio y finalmente la extracción dental.

La influencia de los DSS en prevención y tratamiento según los resultados del estudio reafirma la importancia otorgada en la literatura de documentar e identificar las barreras asociadas al acceso, para así abordar las inequidades existentes en salud oral. En efecto, dentro de barreras del acceso a la atención odontológica, se focalizan en DSS tales como: género, nivel educacional, servicio de salud y con mayor relevancia el NSE, siendo este último ampliamente estudiado por diversos autores.

En nuestro estudio se expone la presencia de barreras tales como: el género; en concordancia con lo obtenido en otras investigaciones tales como Rocha Buelvas (62) Ahumada Vega (63), Agudelo Suárez y Cols (64). Rocha y Goes (65) y Matos y Cols (66) donde analizan conjuntamente el género con el nivel educacional como barreras de acceso a los servicios de salud (67). En las investigaciones no analizan al trabajo como una barrera de acceso, si como un indicador del NSE (68). El conjunto de los estudios reafirma que los estilos de vida producen un gran impacto en la calidad de salud oral (62).

El NSE se ha situado como la principal barrera para el uso de los servicios de salud oral de diversas poblaciones siendo el más estudiado por la literatura. Estos indican que los segmentos de NSE bajos presentan mayores inequidades en salud (62, 69, 70, 71, 72); no obstante, lo anterior no necesariamente es concluyente a nuestros resultados, debido a que la presente investigación da cuenta que el determinante estructural intermedio que estaría influyendo en mayor medida en el acceso a la atención dental es el factor psicosocial. Esto de acuerdo a la visión de las/los entrevistados(as), como también al análisis de los investigadores. Los factores psicosociales en salud afectan la vida cotidiana de las personas en diversos niveles: familia, trabajo, relaciones personales, autoestima, confianza, apoyo afectivo, vivencia de la propia salud, actividades de la vida diaria y la satisfacción personal (73). Según lo anterior, la reacción de los individuos puede ser muy distinta frente a una misma situación social de salud (73).

Este estudio confirma los análisis propuestos por otras investigaciones, en los cuales se afirma que las experiencias odontológicas negativas pueden generar miedo y ansiedad, constituyendo una barrera para el uso de los servicios odontológicos (62, 66) al respecto, autores como Vidal Gutierrez y Cols (74), Gamarra M (75), Cid P (76), Triviño Z (77), reafirman la relevancia de considerar intervenir en los factores psicosociales, para potenciar estilos de vida saludables, ya que forman u orientan las decisiones y oportunidades en salud.

La cultura biomédica se ha establecido como el modelo capaz de solucionar la mayoría de los problemas de salud, independiente de los contextos sociales y culturales. Sin embargo, el enfoque biomédico no puede dar siempre soluciones relacionadas con las prácticas culturales de salud oral en la población, debido a que no considera el hecho que las personas están inmersas en una cultura que concede su propio significado a la salud. De acuerdo a lo anterior es necesario valorar el enfoque psicosocial tanto en promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades orales.

Nosotros como investigadores proponemos la implementación de un programa dental regional preventivo (PDRP), a través de un trabajo multidisciplinario con agentes sociales y odontológicos de los centros de salud familiar.

El objetivo del programa sería fomentar la promoción y prevención en salud oral, diagnóstico e intervención de barreras psicosociales. La población objetivo serían usuarios odontológicos de zonas de ascendencia rural, entre 35 a 44 años que no han recibido atención dental durante los últimos 10 años en su servicio de salud, que acepten voluntariamente acceder al programa. Esto fundamentado por: 1) Ser un grupo etareo sin cobertura odontológica GES, 2) Alta prevalencia de caries (99,2%), COPD 13,3 y un 80% de desdentamiento según cifras epidemiológicas del ministerio de salud 2010. (2)

El PDRP constaría de 5 etapas: 1) Identificar, contactar y programar una visita domiciliaria a los usuarios objetivo mediante datos de registro del servicio de salud o departamento comunal de salud respectivo. 2) Realizar una visita domiciliaria con evaluación diagnóstica en salud oral y barreras psicosociales (miedo, falta de motivación, rechazo al dentista), mediante un examen clínico (con registro en odontograma) y un cuestionario, con el fin de valorar el riesgo y determinar estrategias preventivas y rehabilitadoras pertinentes a utilizar (Anexo XIV). 3) Entrevista motivacional en salud oral realizada por un odontólogo (Debidamente capacitado) según riesgo del paciente, con énfasis en conocimientos de patologías orales, paradigmas de la salud oral, instrucción de higiene oral, barreras psicosociales (macromodelos, power point, videos). 4) Ingresar a usuarios a lista de espera de programa de morbilidad dental y derivación a apoyo psicológico con prioridad según riesgo. 5) Reevaluar según riesgo preventivo y psicosocial.

Este programa inserta al odontólogo como actor social principal en la entrega de conocimientos y herramientas preventivas. Se espera que repercuta positivamente en el factor psicosocial del individuo, conocimientos en salud, representaciones y en las prácticas de autocuidado, lo que podría contribuir a la prevención de patologías orales y como consecuencia una menor incidencia de estas en la población objetivo. Una iniciativa de este tipo podría potenciarse con el respaldo de políticas públicas que sustenten un trabajo multidisciplinario en los servicios de salud chilenos.

El factor psicosocial debe ser objeto de análisis y discusión en futuro estudios relacionados a las barreras de acceso en atención de salud oral.

6. REFERENCIAS

- 1) Ministerio de salud, Departamento de salud bucal. Secretaría regional ministerial de salud región metropolitana departamento de salud pública y planificación sanitaria. Unidad de salud bucal.” Programa piloto: Promoción y prevención en salud bucal para niños y niñas preescolares de la Región Metropolitana”. Chile: 2010.
- 2) Ministerio de Salud. Perfil Epidemiológico, Diagnóstico de Situación de Salud Bucal. Chile [Internet]: Gobierno de Chile: 2007. [consultado el 9 Nov 2018] Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7dc33df0bb34ec58e04001011e011c36.pdf>
- 3) Duque M. Cultura y salud: Elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 2007; 9 :127-142.
- 4) Delgado B., Cornejo-Ovalle M., Jadue H., L, Huberman, J. Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. Cient. Dent. 2013; 10: 101-109.
- 5) Jodelet, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Barcelona: Paidós En S. Moscovici (Ed.), Psicología social II 1986 p. 470 - 494.
- 6) Villar E. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. Saúde e Sociedade, 2007; 16 (3): 7-13.
- 7) Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010
- 8) Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011 - 2020. [Internet]: Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2010 [consultado el 9 Nov 2018] Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- 9) Fuentes A., Sánchez H., Lera L, Cea X, Albala, C. Desigualdades socioeconómicas en el proceso de discapacidad en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile: Gac Sanit 2013.
- 10) Vera D. Resiliencia, Pobreza y Ruralidad. Rev. Méd. 2015; 43(5). Santiago, Chile. [consultado el 15 Ene 2018] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000500018>
- 11) Misrachi C, Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral. Cuadernos Médicos Sociales: 1989.

- 12) Dho MS. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*; 2015, 33,(3).
- 13) Fernandez C, Nunez L, Diaz N. Determinantes de salud oral en población de 12 años. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*: 2011;4(3):117-121.
- 14) Cauna VC. Relación entre el nivel socioeconómico-cultural y la automedicación de pacientes con antecedentes de dolor dental que acuden al Hospital Hipólito Unanue de Tacna: 2015.
- 15) Pozos A, Aguirre B, Pérez J. Manejo clínico- farmacológico del dolor dental. *Revista ADM*: 2008;65: 36-43.
- 16) Pierre B. *Las Estrategias De La Reproducción Social*: 2011.
- 17) Nuñez M. Comparación entre la frecuencia del hábito de automedicación farmacológica y no farmacológica para el manejo del dolor dental en pacientes que acuden al centro de atención primaria iii “Independencia”–Essalud: 2017.
- 18) Romero V, Olivia J. Relación entre el tipo de automedicación para el manejo del dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del AAHH Santa Camila, centro poblado el Milagro, distrito Huanchaco-Trujillo: 2016.
- 19) Transito Ramirez K. Actitud de la población adulta de 50 a 70 años frente al dolor dental en la ciudad de Huánuco: 2015.
- 20) Marín M, Talina J, Cárdenas JD. Algunos factores biosociales asociados a la automedicación en el manejo del dolor dentario en pacientes atendidos en los hospitales públicos de la ciudad de Iquitos: 2015.
- 21) Sumari M, Condori L. “Automedicación Odontológica y su Relación con el Nivel socio Económico en Pacientes del servicio Odontológico del Centro de Salud la Revolución de Juliaca 2017”.
- 22) Rojas H, Jacir J. Factores predisponentes a la automedicación en un centro de salud en la ciudad de Huancayo: 2017.
- 23) Becerra JD. Conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico-cultural en pobladores del distrito de Pimentel: 2014
- 24) Trujillo P. Terapéutica alternativa para controlar el dolor dental en pacientes de 30 a 50 años, en la población rural de cocotog, parroquia Zambiza, cantón Quito, provincia de

Pichincha:2015.

- 25) Yaranga L, Félida L. Manejo del dolor dental en relación al nivel socioeconómico-cultural de pobladores en la zona urbana de la provincia de Huamanga-Ayacucho 2012.
- 26) Estado de Salud Bucal en Preescolares con Sobrepeso de Concepción, Chile. *Int. J. Odontostomat.* 2010; 4(3): 267-270.
- 27) Camargo C, Pinzon G. La Promoción de la Salud en La Primera Infancia: Evolución Del Concepto y su Aplicación en el Contexto Internacional Y Nacional. *Rev.fac.med.unal.* 2012; 60(1): 62-74.
- 28) Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba, La Habana. 2012: 3-7.
- 29) Aplicación de metodologías participativas en el material educativo utilizado en actividades del programa de comunicación educativa realizado por estudiantes de odontología, Universidad de Chile en una comuna vulnerable, 2012.
- 30) Medina C, Maupomé G, Avila B, Pérez N, Pelcastre V, Pontigo L. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *Rev Biomed* 2006; 17:270-271.
- 31) Ministerio de salud, Departamento de salud bucal. Secretaria regional ministerial de salud región metropolitana departamento de salud pública y planificación sanitaria. Unidad de salud bucal.” Programa piloto: Promoción y prevención en salud bucal para niños y niñas preescolares de la Región Metropolitana”. Chile: 2010.
- 32) Lugo E, García L, Gross C, Casas S, Sotomayor F. La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. [Internet]. *MEDISAN*; 2013 [consultado 16 Jul 2018]; 17(4):677-685. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400015&lng=es.
- 33) Menéndez E. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y sociedad.* [Internet] 2008 [mayo 2019]; 20(2), 5-50. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252008000400002&lng=es&tlng=es.
- 34) Menéndez E. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y sociedad.* [Internet] 2008 [mayo 2019]; 20(2), 5-50. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252008000400002&lng=es&tlng=es)

39252008000400002&lng=es&tlng=es.

- 35) Strauss A, Corbin J. Bases de La investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar La teoría fundamentada. Medellín (Colômbia): Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
- 36) Hersch P. Epidemiología sociocultural: Una perspectiva necesaria. Salud pública Méx [Internet]. 2013, [citado 16 Oct 2019]; 55(5): 512-518. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000700009&lng=es.
- 37) Sparkes A, Devís J. Investigación narrativa y sus formas de análisis. Educación, cuerpo y ciudad: el cuerpo en las interacciones e instituciones sociales. 2007:43-68.
- 38) Núñez L, Icaza, G, Contreras V, Correa G, Canales T, Mejía G. Factores asociados a la consulta odontológica en niños/as y jóvenes de Talca (Chile) e inmigrantes chilenos de Montreal (Canadá), Gaceta Sanitaria;2013.
- 39) Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: Mc Graw-Hill Interamericana Editores; 2006.
- 40) Alonso L. Sujetos y Discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales España: Editorial Síntesis; 2007: 225-240.
- 41) Estrada R, Deslauriers J. La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales. 2011; 61:2-19.
- 42) Morone G. Métodos y técnicas de la investigación científica. Documento de trabajo. Valparaíso, Chile: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Sistema de Biblioteca. 2013.
- 43) Biblioteca del congreso nacional de Chile [Internet]. Chile, 2015 [citado 22 ene 2018]. Disponible en: http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/San_Javier#Indicadores_demogr.C3.A1ficos5
- 44) Sarmiento: una localidad en pleno desarrollo [Internet]. Diario La Prensa. 2013 [consultado 24 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.diariolaprensa.cl/curico/sarmiento-una-localidad-en-pleno-desarrollo/>
- 45) Reporte Comunal: Rauco, Región del Maule [Internet]. Ministerio de desarrollo social.

[consultado 24 Ene 2018]. Disponible en:
http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/pdf/comunal_general/maule/Rauco_2013.pdf.

- 46) Davis G, Nuñez L, Espinosa A. Que hace la gente antes de ir al dentista. Departamento de salud pública, facultad de ciencias de la salud, Universidad de Talca. 2017.
- 47) Salas P, Vidal G. Diagnostico epidemiológico sociocultural de las prácticas de salud odontológicas en pacientes de atención primaria en comunas con ascendente rural de las regiones VI y VII. Prácticas de salud bucodental frente a episodios dolorosos de niños y niñas y uso del servicio de atención dental. Diss. Universidad de Talca (Chile). Escuela de Odontología., 2017.
- 48) Mendoza R, Beria J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;17:819-832.
- 49) BCN/ formación cívica [Internet]. Santiago 2019 [consultado 1 Oct 2019]. Disponible en: https://www.bcn.cl/formacioncivica/detalle_guia?h=10221.3/45665
- 50) Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002; 11: 327-334.
- 51) González F, Puello del Rio E, Díaz A. Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad Oral en familias de La Boquilla Cartagena-Colombia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2010; 3(1):27-35.
- 52) Caridad M, Díaz J, Antúnez N. Odontología y misogenia. Estética versus funcionalidad. *Investigación en Salud*. 2007;9(2):94-9.
- 53) Ministerio de salud. Análisis de la situación de salud bucal. [internet]. Chile: Gobierno de Chile; 2008. [consultado 16 septiembre 2018]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/9c81093d17385cafe04001011e017763.pdf>
- 54) Von Marttens A, Carvajal JC, Leighton Y, Von Marttens MI, Pinto L. Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*. 2010 Apr;3(1):27-33.
- 55) López J, Dennis R, Moscoso S. Estudio sobre la automedicación en un localidad de Bogotá. *Rev. Salud Pública*. 2009; 11(3): 432-42.
- 56) Dodd V, Logan H, Brown C, Calderon A, Catalanotto F. Perception of Oral Health,

- Preventive Care, and Care-Seeking Behaviors among Rural Adolescents. *J Sh Health*. 2014; 84(12): 802-809.
- 57) Lara F, López C. Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos. Revisión de la literatura. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 2002; LIX (3): 100-9.
- 58) Rodríguez SA, Mena AG, Sepúlveda AG, Elizondo RT. Necrosis pulpar con lesión periapical. *Revista Mexicana de Estomatología*. 2018. 5(2):18-23.
- 59) Laporte, JR. Automedicación: ¿La información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo?. *Medicina clínica*. 2006;109(20): 795-796.
- 60) Organización mundial de la salud. *Complementary and Alternative Medicines and Therapies*. Washington, DC: Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (grupo de trabajo OPS/OMS); 1999.
- 61) Aguilar AZ, Rosas HÁ, Peña ÍN. Actitudes y prácticas ante la búsqueda de atención odontológica en personas de la ciudad de México. Estudio cualitativo. *Universitas Odontologica*. 2019;38(80).
- 62) Rocha A, Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. *Revistas.javeriana.edu.co*. [Internet] 2019. [Consultado 7 jun 2019]. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/7130>.
- 63) Ahumada G. Desigualdades de Género en Enfermedades Bucodentales y acceso a Atención Odontológica en población de 35 a 44 años, Región Metropolitana de Chile: 2017.
- 64) Agudelo A, López F, Alzate S, López C, Espinosa E, Posada. Salud bucal y género en relación a la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín: Los puntos de vista del personal de salud. *Univ. Salud*. 2017;18(1): 58-68.
- 65) Rocha R, Goes P. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (12): 2871-2880.
- 66) Matos D, Lima M, Guerra H, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17 (3): 61-68.

- 67) Lefio, L. El sistema de salud como determinante de la salud poblacional. *Revista chilena de salud pública*. 2013; 17(2): 162-166.
- 68) Geyer S, Hemstrom O, Peter R, Vagero D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(9): 804- 810.
- 69) Finkelstein D, Mukatira S, Mehta P, Obenauer J, Su X, Webster R, Naeve C. Persistent host markers in pandemic and H5N1 influenza viruses. *J Virol*. 2007; 81(19):
- 70) Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2007.
- 71) Castaño RA, Arbeláez J, Giedion U, Morales L. Evolución de la equidad en el sistema de salud colombiano. Santiago de Chile: Cepal; 2001.
- 72) Delgado B., Cornejo M., Jadue H., L., Huberman J. Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. [Internet] 2013 [Consultado 3 Abr 2019]; 10 (2): 101-109. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123493/Cornejo_Marco_Determinantes_sociales.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 73) Cueto, R. et al. Sentido de comunidad como fuente de bienestar en poblaciones socialmente vulnerables de Lima, Perú. 2016; 25 (1): 1-18.
- 74) Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Müller g. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y enfermería*, (2014); 20(1): 61-74.
- 75) Gamarra M, Rivera H, Alcalde M, Cabellos D. Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. *UCV – Scientia*. 2010; 2(2): 73-81.
- 76) Cid P, Merino J, Stiepovich J. Factores Biológicos y Psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev Med Chil*. 2006; 134(12): 1491-1499.
- 77) Triviño Z, Stiepovich J, Merino J. Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri-post-menopáusicas de Cali, Colombia. *Colom Med* 2007; 38(4): 395-399.

7. ANEXOS

Anexo I) Modelo de determinantes sociales estructurales e intermedios según la OMS.



Fuente: WHO. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health (2007).



Anexo II) Consentimiento informado



Título del Proyecto:

DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLOGICO SOCIOCULTURAL DE LAS PRACTICAS DE SALUD ODONTOLÓGICAS EN PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA EN COMUNAS CON ASCENDENTE RURAL DE LAS REGIONES VI Y VII,

REPRESENTACIONES, DETERMINANTES SOCIALES Y PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGÍAS ORALES

Sr. (Sra., Srta.):.....

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida:

Resumen del proyecto:

Se trata de un estudio del departamento de Salud Pública de la Universidad de Talca, la investigadora responsable es la docente Giselle Davis Toledo.

El objetivo del estudio es comprender su experiencia de atención en salud bucodental como también respecto a cómo se cuidan la propia salud los pacientes odontológicos. Particularmente se busca comprender las prácticas de autocuidado bucodentales y su relación con los determinantes sociales

Esperamos que conocer su historia ayude a comprender mejor sus necesidades para ayudarla a cuidar su salud y/o prevenir enfermedades. Es para preguntarle sobre estos temas es que lo/la invitamos a ser entrevistado/a. Nos interesa conocer, por ejemplo: su historia de salud, los problemas que ha tenido y cómo se ha cuidado; qué le parece la atención del CESFAM y del equipo de salud, sobre todo de dentistas y médicos; y también conocer algunos datos personales sobre su trabajo, familia, escolaridad e ingresos y su forma de vida para entender mejor su experiencia.

La fecha, lugar y hora de la entrevista será programada y acordada con usted. Esta puede realizarse en su hogar, en el CESFAM o en el lugar que acordemos y le acomode. La entrevista será realizada por estudiantes o memoristas de la universidad de Talca quienes le cancelarán gastos de locomoción en caso que los hubiese. La entrevista tendrá una duración mínima de 60 minutos y 80 minutos como máximo, se le harán preguntas en base a una pauta sobre los temas mencionados y se grabarán las respuestas para su estudio.

Para su conocimiento, contamos con la autorización del Comité de Ética Científica de la Universidad de Talca.

En todos los procedimientos descritos anteriormente los participantes no presentarán riesgos ni consecuencias para su salud física y mental. Los resultados de este estudio serán entregados a la Universidad de Talca, no le serán informados a usted directamente, pero si lo requiere puede solicitarlos. En este documento se encuentran los datos de contacto de los investigadores responsables.

Es importante señalar que todos los datos personales obtenidos son privados, que no serán revelados, se utilizaran solo para fines científicos y están protegidos por la persona responsable de la investigación la docente Giselle Davis Toledo.

Su participación es completamente voluntaria y no tendrá ningún gasto económico para usted, ya que el gasto de transporte de ida y vuelta de su hogar al consultorio será costado por los investigadores en el caso que lo hubiese, si no desea participar o bien no desea responder a alguna pregunta que le cause incomodidad, su negativa no traerá ninguna consecuencia para usted. De la misma manera si lo estima conveniente usted puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento y esto no tendrá ninguna consecuencia negativa para usted.

Los costos serán asumidos por el estudio y si ocurriera alguna complicación derivada directamente de la participación en él, su costo será asumido por quien realiza la entrevista. Esta investigación no supone ningún beneficio para usted y no serán solicitados ni consultados datos sensibles tales como fichas clínicas de los centros de atención en salud en los que se atiende.

Al respecto, expongo que:

He sido informado/a sobre el estudio y las eventuales molestias, incomodidades y ocasionales riesgos que su procedimiento implica, previamente a su aplicación y con la descripción necesaria y suficiente.

He sido también informado/a en forma previa a la aplicación, que mi participación en el procedimiento no involucra un costo económico alguno que yo deba solventar (hacerme cargo).

Junto a ello he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la investigación, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera éstos produzcan.

Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Sé que la decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella o, una vez iniciada la investigación, no deseo proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicará ninguna consecuencia negativa para mí.

Sé que las investigadoras responsables, la docente Giselle Davis Toledo quien puede ser contactada en el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Talca 071 2201578 y ha manifestado su voluntad para aclarar cualquier duda que me surja sobre mi participación en esta actividad. Para ello, se me informa que el domicilio para estos efectos es Campus Lircay s/n, de lunes a viernes desde las 9:00 hasta las 17:00 horas, en el período comprendido en la investigación y hasta 6 meses después de concluida ésta.

También puedo contactarme con el Comité de Ética Científica, a través de la Dirección de la Facultad de Salud de la Universidad de Talca al 71 2201549 cuyo correo electrónico es gramirez@utalca.cl .

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.



ACEPTACIÓN:

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo,, Cédula de identidad o pasaporte N,, de nacionalidad, mayor de edad, con domicilio en, Consiento en participar en la investigación denominada: **“DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLOGICO SOCIOCULTURAL DE LAS PRACTICAS DE SALUD ODONTOLOGICAS EN PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA EN COMUNAS CON ASCENDENTE RURAL DE LAS REGIONES VI Y VII” REPRESENTACIONES, DETERMINANTES SOCIALES Y PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORALES.**

Y autorizo a los estudiantes.....y..... investigadoras responsables del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el (los) procedimiento (s) requerido (s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha:/...../..... Hora:

Firma de la persona que consiente:

Investigador responsable: GISELLE DAVIS TOLEDO.....

Nombre Firma

Investigadores memoristas: ERIC ANDRADE LARA, RUT 18360487-2

PATRICIO GALLARDO PEÑA, RUT 18647578-K



RECHAZO

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él. Sin embargo, rechazo otorgar mi consentimiento, para lo cual firmo libre y voluntariamente el siguiente documento, recibiendo en el acto copia de éste ya firmado.

Yo,, Cédula de identidad o pasaporte N,, de nacionalidad, mayor de edad, con domicilio en
....., No Consiento en participar en la investigación denominada: **“DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLOGICO SOCIOCULTURAL DE LAS PRACTICAS DE SALUD ODONTOLOGICAS EN PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA EN COMUNAS CON ASCENDENTE RURAL DE LAS REGIONES VI Y VII”, REPRESENTACIONES, DETERMINANTES SOCIALES Y PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORALES.**

y autorizo a los estudiantes Eric Andrade Lara y Patricio Gallardo Peña investigadores responsables del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el (los) procedimiento (s) requerido (s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha:/...../.....

Hora:

Firma de la persona que consiente:

Investigador responsable: GISELLE DAVIS TOLEDO.....

Nombre

Firma



REVOCACIÓN

Mediante la presente revoco lo anteriormente firmado, para lo cual firmo este nuevo documento libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo,, Cédula de identidad o pasaporte N, de nacionalidad, mayor de edad, con domicilio en, Revoco lo anteriormente firmado.

Fecha:/...../.....

Hora:

Firma de la persona que consiente:

Investigador responsable: GISELLE DAVIS TOLEDO.....

Nombre

Firma

Investigadores memoristas: ERIC ANDRADE LARA, RUT 18360487-2

PATRICIO GALLARDO PEÑA, RUT 18647578-K

Anexo III) Plan de trabajo y cronograma.

ACTIVIDAD	ENERO-JUNIO				JULIO-DICIEMBRE					
Revisión literatura	<u>X</u>	<u>X</u>					<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
Gestión de Cesfam e instancias de reclutamiento	<u>X</u>			<u>X</u>						
Terreno Etapa exploratoria	<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>						
Terreno Saturación Empírica					<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>		
Análisis							<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	
Terreno Triangulación							<u>X</u>			
Refinamiento teórico								<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
Redacción informe de investigación	<u>X</u>	<u>X</u>								<u>X</u>

	Cronograma	
Preparación del Proyecto Enero a marzo 2018	Trabajo de campo Marzo- septiembre 2018	Análisis de datos y finalización del proyecto Septiembre 2018 -octubre 2019
<ul style="list-style-type: none"> Definir Problema de investigación. Formular pregunta de investigación. Definir objetivo general y específicos del proyecto. Selección de estrategia metodológica 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de autorización de ejecución del proyecto, por medio del director del CESFAM. Prueba de instrumento; protocolo de entrevista. Presentación definitiva del proyecto de 	<ul style="list-style-type: none"> Finalización o interrupción del campo hasta cumplir con la cantidad estimada de entrevistas adecuadas para la realización del proyecto. Análisis detallado de los datos mediante codificación

<p>(Diseño cualitativo descriptivo, método narrativo).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión bibliográfica actualizada en base al problema de investigación. ● Selección de la muestra. ● Conocer el contexto de investigación. ● Definir protocolo de entrevista. 	<p>investigación al director del CESFAM y coordinadora del programa dental.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Coordinación de la entrega de credencial de identificación para realizar el trabajo de campo en las inmediaciones del CESFAM. ● Selección de entrevistados y firma de consentimiento o informado. ● Realización de entrevistas en lugar previamente definido. ● Transcripción de entrevistas y recopilación de datos. 	<p>abierta, axial, y selectiva, análisis de las variables y finalmente la triangulación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Resultados, discusión y conclusiones. ● Redacción y presentación del informe final del proyecto
--	--	---

**Anexo IV) Acta de aprobación comité ético científico facultad de ciencias de la salud,
universidad de Talca.**



**ACTA DE APROBACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DE TALCA**

Talca, 12 de diciembre de 2017

REGISTRO: 2017047

A juicio de este Comité la presente investigación cumple con los estándares éticos requeridos para su ejecución.

Título del Proyecto: "Diagnóstico epidemiológico sociocultural de las prácticas de salud odontológicas en pacientes de Atención Primaria en comunas con ascendente rural de las regiones VI y VII".

Investigador Responsable: Giselle Davis, Departamento de Salud Pública, Escuela de Odontología

NOTA: la obtención de cartas de autorización del o los directivos de los establecimientos en los cuales realizará la investigación es de exclusiva responsabilidad de los investigadores.

Anexo V) Carta de autorización CESFAM San Javier.



Título del Proyecto:

DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO SOCIOCULTURAL DE LAS PRÁCTICAS DE SALUD ODONTOLÓGICAS EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN COMUNAS CON ASCENDENTE RURAL DE LAS REGIONES VI Y VII,
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO BUCODENTALES Y DETERMINANTES SOCIALES EN PACIENTES ADULTOS DEL CESFAM DE LA COMUNA DE SAN JAVIER DE LA VI REGIÓN

CESFAM Dr. Carlos Díaz Gidi
Director,

Sr. Mauricio Olivares,

Junto con saludar solicito a usted permiso para realizar una investigación diagnóstica sobre las prácticas de salud bucodentales de la población. El propósito es contribuir a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad enfocados en las características de la población del CESFAM.

Se trata de un estudio del departamento de Salud Pública de la Universidad de Talca, guiado por la doctora Giselle Davis Toledo.

El objetivo del estudio es comprender la experiencia de atención en salud bucodental como también respecto a cómo se cuidan la propia salud los pacientes odontológicos. Particularmente se busca comprender las prácticas de autocuidado bucodentales y su relación con los determinantes sociales en pacientes adultos del CESFAM de la comuna de San Javier de la VII región.

Para su conocimiento, contamos con la autorización del Comité de Ética Científica de la Universidad de Talca.

Fecha: 18/01/18
Firma de la persona que consiente:



Investigador responsable: GISELLE DAVIS TOLEDO.....
Investigadores memoristas: ERIC ANDRADE LARA, RUT 18360487-2
PATRICIO GALLARDO PENA, RUT 18647578-K

Anexo VI) Protocolo de entrevista.

I. Ficha de Recolección de Datos

FECHA	
EDAD DEL ENTREVISTADO	
ENTREVISTADOR (A)	
NUMERO DE LA ENTREVISTA	
LUGAR DE LA ENTREVISTA	
HORA INICIO	
HORA TÉRMINO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	ESCRITO <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/>

II. Presentación

Paso 1: Consigna de contacto (Desde este momento comienza la grabación)

Saludar al entrevistado de manera cordial, creando desde el primer momento un ambiente cómodo para ambos; conjuntamente con esto se procede a la presentación de alumnos que será el entrevistador, para luego dar a conocer objetivo general de la investigación.

Buenas tardes. Mi nombre es y participo en una investigación sobre las prácticas de autocuidado bucodentales, me interesa comprender como ha vivido su problema usted la experiencia y cómo se ha cuidado en este sentido. Su conocimiento sobre el tema es un gran aporte y sería relevante contar con su experiencia. Nuestro objetivo es poder contribuir a promoción de la salud y prevenir la enfermedad bucodental razón por la cual la invitamos a participar en nuestra entrevista.

Paso 2: Explicaciones procedimentales

Esta entrevista será grabada y conversaremos del tema que nos interesa durante unos 60 minutos. Usted no está obligado a responder todas las preguntas, y si existe algún tema que no quiera que aparezca en la grabación, podemos pausarla y retomar cuando desee. Su nombre no aparecerá en el estudio, la confidencialidad es asegurada mediante un consentimiento informado. ¿Desearía usted participar en este estudio aceptando ser entrevistado/a?

Paso 3: Lectura y firma de consentimiento informado

III. Pauta de entrevista (tentativa ya que varía según los problemas de investigación que van emergiendo inductivamente en terreno)

Consigna de partida

¿Podría compartir conmigo como ha vivido su situación de salud desde que empezó a sentir las primeras molestias hasta ahora?

CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL

- 1) ¿Puede decirme que sabe usted con respecto a salud oral? ¿Qué es para usted una boca sana y boca enferma?
- 2) Si no se aborda en la pregunta anterior, ¿Puede decirme que sabe usted con respecto a problemas bucodentales (dentales, en la boca, en las encías)? ¿Puede darme algún ejemplo? ¿Qué le han dicho otras personas? ¿Cómo le parece esta opinión? ¿Por qué?
- 3) ¿Ha escuchado sobre alguna enfermedad periodontal (enfermedad de la encía) a través de un dentista? ¿Ha escuchado sobre alguna enfermedad periodontal (enfermedad de las encías) a través de un familiar y/o cercano? ¿Puede contarme lo que sabe de ellas? (si no sabe el termino, probar con otro más común) enfermedad de las encías, sangrado de encías, diente suelto, sarro.
- 4) ¿Ha escuchado sobre alguno de los términos como halitosis (mal aliento), gingivitis (sangrado de encías), periodontitis (sarro, diente suelto), absceso (espinilla en la encía, pelotita)? ¿si es así podría decirme en palabra muy simples en qué consisten y cuál puede ser su origen?

EXPERIENCIA EN SALUD ORAL: Cómo define la persona su condición de salud, o cómo la nombra y/o describe. (ir en detalle en esta parte, se trata de una descripción completa de la representación de la condición de salud)

¿Qué opina sobre su salud oral (de la boca) ?, cuente un poco al respecto (si no se abordó en su totalidad)

- 1) ¿Qué importancia o relevancia le entrega al cuidado de la salud bucal (de la boca)? ¿Es un tema del día a día? ¿Nace de usted o es incentivada a través de sus cercanos?
- 4) En relación a sus patologías orales (enfermedades en la boca) ¿Cuáles son los problemas orales (de la boca) que ha tenido?
- 5) Si ha tenido alguna molestia en la zona de las encías, o algún dolor que haya podido diferenciar de un dolor dental ¿Podría describirlo? ¿Podría saber la frecuencia del suceso? (cada cuanto le pasa)
- 6) Si ha tenido sangrado de encías ¿Sabe el motivo por el cual sucede? ¿Le ha surgido preocupación frente a este tema?
- 7) En relación a la pregunta anterior si le sucediera a usted ¿cree que amerita el consultarlo frente a un dentista? Considerando que no hay presencia de dolor ¿Buscaría información del tema a través de un cercano o través de internet? ¿Por qué?

MOTIVOS DE ATENCIÓN (CUANDO RELATA UNA SITUACIÓN EN PARTICULAR)

- 1) ¿Cómo empezó la enfermedad? (Descripción de los primeros síntomas) ¿Qué sintió?, ¿Dónde estaba y con quién?
- 2) En caso de que presente dolor ¿Cuál es la primera acción que realiza? (¿Qué es lo primero que hace?)
- 3) En caso de realizar alguna practica bucodental (método casero) por su cuenta ¿Sintió algún alivio al realizarla?
- 4) Cuando tiene que consumir medicación para alguna dolencia ¿ha tenido alguna reacción adversa? (¿Le ha pasado algo malo después de tomar esa pastilla?) ¿Le es fácil digerir la medicación en la presentación que le recetaron? ¿si ha tenido un problema ha podido expresarlo frente al dentista el cual le recetó? (¿Pudo?)
- 5) Me podría contar cómo vive las crisis o las situaciones en que su condición de salud se vuelve preocupante (¿me podría contar que hace cuando se siente mal?) (redes de apoyo, estrategias de protección y cuidado, rol que juega el personal de salud positivo y negativo).
- 6) ¿Cuáles son las decisiones más difíciles que ha tenido que tomar en circunstancias difíciles, quienes la han acompañado, en que se ha basado para tomarlas, de qué manera los recursos que tiene o no tiene han influido en estas decisiones? (¿Qué es lo más difícil que ha tenido que hacer cuando le ha dolido?)
- 7) ¿Qué cosas influyen en que asista al dentista? (¿De qué depende que vaya al dentista?)
 - ¿Qué cosas influyen en el cuidado diario de sus dientes y boca? (¿de qué depende el cuidado?)
 - ¿Cómo soluciona sus problemas dentales? (¿Qué hace para que acabe?)
- 8) ¿Dónde está o estaba ubicada su molestia?
- 9) ¿Cómo interpretó/significó (vivió) los primeros síntomas? ¿Qué pasó? ¿Qué pensó? ¿Qué quería hacer? ¿Qué quería hacer y no hizo? ¿Qué hizo? ¿A quién acudió y por qué? (¿A quién fue?)
- 10) ¿Por qué cree usted que se le produjo (empezó) esta condición de salud (nombrarla de la misma manera que la persona la nombró la primera vez) Atentos a las explicaciones sobre las causas de la enfermedad (razones mágico religiosas, o relacionadas con las formas /estilos de vida, tales como trabajo, ingresos, alimentación, condiciones ambientales en que vivieron o viven, etc.).
- 11) ¿Cuándo y cómo decidió pedir ayuda? (a quiénes, porqué, qué le aconsejaron, siguió o no los consejos, en ese caso me puede describir exactamente qué hizo y completar cómo lo hizo...)
- 12) ¿Qué le dijeron las personas sobre su situación (problema)? ¿Conoció o conocía a otras personas que hubiesen vivido lo mismo? ¿Sabe cómo lo solucionaron?

- ¿Cómo le afectó lo que le dijeron o lo que vio?
- ¿Cómo reaccionó su familia (vecinos, amigos, etc.)?

13) ¿Cómo ve la enfermedad ahora en relación a cuando recién le empezó? (¿Qué diferencia nota al inicio y en este momento?) ¿Cuáles han sido los principales cambios que ha observado? ¿Cómo se ha sentido? (qué ha influido en esos cambios...).

ATENCIÓN EN SALUD

1) ¿Cómo fue su primera experiencia de atención en salud para esta condición de salud (problema)? ¿cómo decidió ir al dentista?, ¿cómo se sintió tratada? ¿qué le pareció la decisión de asistir? ¿por qué?, ¿qué le dijo el sobre su enfermedad?, ¿qué fue lo más importante? ¿entendió lo que le decían?, ¿hizo preguntas?, si lo hizo ¿Qué preguntó y por qué?

Si hubo dolor, a quién se lo comunicó (al personal de salud...), cuénteme en detalle cómo fue por favor (¿quién la atendió?, si la acogieron o no, qué importancia le dieron a su malestar).

2) Me podría describir al personal del CESFAM que fue importante para usted en ese momento. ¿Cómo se relacionó con esa persona, qué influyó en la relación, cuénteme cómo se dieron las cosas?

3) El hecho de ser una (persona adulta mayor) reemplazar por características del entrevistado pudo haber tenido alguna influencia en la forma en que fue atendida por el personal de salud (discriminación o favoritismo, paternalismo).

4) ¿Hay algo que le hubiese gustado decir o hacer y que no lo haya hecho, por qué?

5) ¿Qué tratamientos ha recibido?

¿Cómo asumió los tratamientos? (¿Qué opina sobre ese tratamiento?) (los conocía, que interpretó de estos es decir para que servían, entendió por qué se hacían, y/o en qué medida era o no importante seguir los consejos de los médicos y del personal de odontología).

¿Cómo le va con los tratamientos que le ha hecho el dentista? (complicaciones, que le podría ayudar a sentirse o cuidarse mejor)

¿Cuál piensa que son las ventajas y desventajas del tratamiento dental? (¿Qué considero bueno y malo del tratamiento dental?)

6) ¿Ud. considera un interés por parte del dentista al momento de recibir su atención? (¿Cómo lo califica?) ¿Cuáles cree que son las principales fortalezas y/o debilidades de su dentista? (bueno y malo del dentista) ¿Volvería a solicitar atención de un dentista con el cual no se ha sentido cómoda? ¿Volvería a solicitar atención de un dentista con el que sí ha tenido buena experiencia?

7) ¿Qué opina con respecto a la atención recibida en este CESFAM? (se espera que se explaye diferentes variables, como tiempo de espera, calidad de atención, estructura del establecimiento, los recursos a los cuales puede acceder)

- ¿Cómo es frente al de otra comunidad?
- ¿y frente a otra institución de diferente índole? (puede ser de sector privado)
- En caso de requerir atención en el CESFAM, ¿Le es accesible? (¿Es fácil llegar?)
- ¿Cuáles son alguna de las experiencias que me puede relatar en su paso por el CESFAM?
- ¿Qué cosas cambiarías del sistema de atención?

CONDICIONES DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

- 1) Si Ud. tiene el hábito de fumar ¿me podría describir su frecuencia de consumo por día y en que situaciones siente la necesidad de fumar?
- 2) ¿Cómo se cuida a diario? ¿describa su día? (ir en detalle en las prácticas de cuidados en salud en general y odontológicos en particular)
 - ¿Se encarga o ayuda de la mantención de algún familiar o cercano de la misma? ¿si es así está interesado en mejorar sus conocimientos en relación a esto? ¿por qué?
- 3) ¿Usted cree que es importante el cuidado de la higiene oral? ¿Por qué? ¿Considera que realiza un correcto cuidado dental en cuanto a cantidad y calidad (número de veces y forma)?
- 4) ¿Qué personal de salud está presente en sus cuidados? (¿Qué persona lo guía en sus cuidados bucales?) De qué manera (consejos, información, apoyo)
- 5) Cómo se siente en su hogar o sector. ¿De qué manera la vivienda y el sector donde vive, repercute en su calidad de vida en salud?
- 6) Cuando viene a consultar por atención dental ¿ha afectado en otro aspecto de su vida? ¿Me podría contar sus experiencias? (¿A dejado cosas de lado por asistir a la atención?)

Trabajo, Rol de dueña de casa, rol de estudiante, rol de mama

- 7) ¿Ud cuenta con otras redes de apoyo distinta al centro de salud de su comunidad? ¿Me podría decir cuáles son? ¿Por qué llego hasta ellas? ¿siente que son de importancia en su diario vivir? (club de adulto mayor, juntas de vecinos, etc.)

VISION A FUTURO Y EXPECTATIVAS

Preguntar sobre las expectativas de calidad de vida que tiene e intentar comprender los motivos de estas expectativas.

- 1) ¿Qué cree usted que le ayudaría tener una mejor calidad de vida en salud? (cambios en la familia, en el entorno inmediato de amigos, en la comunidad /organizaciones sociales, políticas de salud, visión de los pacientes odontológicos y/o de la condición de salud específica en la sociedad).

- 2) ¿Cómo le gustaría a usted que fuera el sistema de salud chileno?
- 3) ¿Me podría contar como es para usted mal dentista?
- 4) ¿Cómo sería entonces un buen dentista?
- 5) ¿Cómo sería para usted una atención de salud de entonces un mal dentista y un buen dentista?
- 6) De los problemas que ha podido evidenciar o que le son más atinentes a su caso ¿Cómo considera que podría mejorar tal problemática?
- 7) ¿Hay algo más que quisiera agregar?

Consigna de despedida (agradecimientos, sondeo para otro contacto y dejar abierta la posibilidad de volver a entrevistarla por si quedan dudas)

INDICADORES PARA DIAGNÓSTICO SOCIODEMOGRAFICO EN SALUD

INDICADORES PARA DIAGNÓSTICO SOCIODEMOGRAFICO EN SALUD		
Edad	genero	Lugar de nacimiento
Lugares donde ha vivido y por cuanto tiempo		
Donde vive, calidad y propiedad de la vivienda y del entorno comunitario		
Con quienes vive		
Fuentes de ingreso y apoyo en recursos financieros o materiales		
Previsión social en salud		
Actividad laboral antes de pensionarse		
Nivel educacional (registrar indirectamente si es analfabeto por desuso)		
Participa en organizaciones comunitarias		
Realiza actividades recreativas (cuales y con qué nivel de dedicación)		
Enumere las personas cercanas a quienes le pediría ayuda)		
Mencione las actividades recreativas de este último mes		
Cualquier otro dato de interés		

Anexo VII) TABLA. Expresiones representativas utilizadas en los resultados por los investigadores, de acuerdo al porcentaje de la muestra.

Porcentaje según “n” respectivo:	Expresión representativa:
100%	Los entrevistados.
70% - 95%	La gran mayoría.
56% - 69%	Más de la mitad.
45% - 55%	La mitad.
21% - 44%	Menos de la mitad.
1% - 20%	Algunos pocos.

Anexo VIII) Consideraciones éticas:

- **Ética del Valor:** Se considera que uno de los ejes éticos de la propuesta es la ética el valor, éste representa “un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación”. Asimismo, es importante mencionar lo que afirma González, que en este tipo de investigación los participantes son sujetos interactivos, motivados e intencionales. Por eso es necesario tener en cuenta que, durante el proceso, se llevará a cabo conversaciones entre las investigadoras y las pacientes, lo cual implica la dignidad del ser humano bajo la ética comunicativa. En el caso de este estudio el valor se justifica en la búsqueda de medidas para mejorar la problemática en la promoción de la enfermedad y prevención de la salud y atención odontológica que sugieran quienes participen.
- **Libertad a participar:** Respecto a la libertad de participar en el estudio los pacientes odontológicos serán abordados a través de redes informales y/o instituciones de salud (CESFAM) de manera directa, verbal y personal. Su participación será de forma voluntaria y gratuita. Los responsables del proyecto gestionarán de ser necesario los recursos en instancias correspondientes en caso de necesitar locomoción para su traslado con el objetivo de responder a la entrevista.

Anonimización: Respecto al tratamiento de los datos la información empírica será registrada por medios audiovisuales o en cuadernos de terreno y anonimizada antes de entregarla para su transcripción (en caso que la transcriban personas distintas a quien realizó la aplicación). Los investigadores que ejecuten la aplicación serán responsables de anonimizar todos los tipos de registro. El proceso de anonimización consistirá en reemplazar todo tipo de información tal como nombres propios, nombres de institución, fechas, lugares, direcciones, números de teléfono, entre otros, que puedan servir para develar la identidad de las personas que participaron en la investigación o que hacen parte de los relatos. El material anonimizado será trabajado mediante transcripción, codificación y análisis. Por otra parte, el registro no anonimizado será resguardado según protocolo indicado en este proyecto. Los investigadores responsables se harán cargo de gestionar y asegurar este proceso.

Una vez anonimizados se entregarán a los investigadores responsables junto con una copia material y otra virtual de los archivos digitales codificados con la información de identificación (nombre y RUT que se obtendrán de los consentimientos informados) de los sujetos que participaron en las aplicaciones.

- Resguardo de los datos: La investigadora responsable y los co- investigadores tendrán acceso exclusivamente a esta base de datos, donde se mantendrán también escaneados los Consentimiento Informados. Se mantendrá una copia de seguridad física de toda la documentación y material empírico de la investigación bajo llave en la oficina de la asistente del departamento de Salud Pública la cual se actualizará mensualmente y será mantenida por seis años posterior a la finalización de la investigación.
- Consentimiento informado. La investigación se rige por las normas y aprobación del Comité de Ética Científica de la Facultad de Salud de la Universidad de Tal.

Los resultados de la investigación de la tesis digital una vez aprobada se entregará una copia a los directores de los 3 CESFAM correspondientes para su eventual análisis.

Anexo IX) Tabla. Caracterización sociodemográfica según frecuencia y porcentaje.

Atributo	Frecuencia= (n: 48)	Porcentaje (100%)
COMUNAS		
Rauco	12	25%
Sarmiento	12	25%
San Javier	24	50%
EDAD		
20-24	1	2.1%
25-29	4	8.3%
30-34	6	12.5%
35-39	1	2.1%
40-44	4	8.3%
45-49	8	16.7%
50-54	10	20.8%
55-59	8	16.7%
60-64	5	10.4%
65-70	1	2.1%
SEXO		
Hombres	8	16.7%
Mujeres	40	83.3%
REGIÓN DE ORIGEN		
VII Región	41	85.4%
Otra Región	6	12.5%
Extranjero	1	2.1%

RESIDENCIA ACTUAL		
Rural	23	47.9%
Semi urbano	9	18.8%
Urbano	16	33.3%

NIVEL DE ESCOLARIDAD		
Básica Incompleta	8	16.7%
Básica Completa	12	25%
Media Incompleta	3	6.3%
Media Completa	13	27.1%
Superior	11	22.9%
Analfabeto	1	2.1%
PREVISIÓN SOCIAL		
<i>Fonasa A</i>	17	35.4%
<i>Fonasa B</i>	25	52.1%
<i>Fonasa C</i>	5	10.4%
<i>Fonasa D</i>	1	2.1%
REDES DE APOYO		
Si	17	35.4%
No	31	64.6%
TIPO DE FAMILIA		
Extensa	13	27.1%
Nuclear	30	62.5%
Reconstituida	0	0%
Unipersonal	5	10.4%

Anexo X) Tabla. Representación de boca sana y boca enferma según frecuencia.

Categorías	Boca Sana	Porcentaje (%)	Boca Enferma	Porcentaje (%)
Salud	Ausencia de caries.	54,2 %	Presencia de caries.	66,6%
	Buena higiene oral.	12,5%	Presencia de dolor.	12,5%
	Ausencia de infección.	6,3%	Presencia de infección.	12,5%
	Ausencia de inflamación.	4,2%	Presencia de inflamación.	12,5%
	Ausencia de sangrado.	4,2%	Mala higiene oral.	10,4%
			Presencia de sangrado.	6,3%
Estética	Dientes limpios.	35,4%	Dientes sucios.	12,5%
	Dientes bonitos (blancos).	18,8%	Dientes feos.	6,3%
	Buen aliento.	18,8%	Dientes manchados/ amarillos.	14,6%
			Mal olor/ aliento.	25%
Funcionalidad	Tener todos los dientes.	6,3%	Pérdida de dientes.	8,3%

Tabla: Las categorías expuestas no fueron excluyentes, los entrevistados respondían más de una categoría. (n=48).

Anexo XI) Tabla. Hábitos preventivos, higiene oral, alimentación, tabaquismo.

Categorías		E1 (n:11)	%	E2 (n:15)	%	E3 (n22)	%
Higiene oral	Implementos	Cepillo	100 %	Cepillo	100 %	Cepillo	100 %
		Pasta	97 %	Pasta	97 %	Pasta	95 %
		Seda	45 %	Seda	20 %	Seda	14 %
		Colutorio	36 %	Colutorio	6 %	Colutorio	14 %
		Otros	9 %	Otros	13 %	Otros	4 %
	Frecuencia de cepillado al día	1 vez	0 %	1 vez	0 %	1 vez	19
		2 veces	45 %	2 veces	40 %	2 veces	33
		3 veces	27 %	3 veces	46 %	3 veces	33
		4 o + veces	27 %	4 o + veces	13 %	4 o + veces	12,5
Alimentación	Se refiere a todo lo relacionado a las características de la dieta.	● Alimentación saludable (Agua, frutas, verduras, legumbres).				% 68%	
		● Consistencia blanda				58%	
		● Sin azúcar				20%	
		● Sin sal				20%	
		● Ración pequeña				8%	
Hábito de fumar	Responden a la pregunta ¿usted fuma?						
	SI: 34 % NO: 66 %						

Tabla “N” determinado según respuestas voluntarias y asertivas por temática. **Higiene oral;** Rangos etareos **E1=** 18-35 años, **E2=** 36-50 años, **E3=** 51-70 años. (nE1=11, nE2=15, nE3=22), **Hábito de fumar** (n=48). **Alimentación:** Sus categorías no fueron excluyentes, los entrevistados respondían más de una categoría (n=25).

Anexo XII) Tabla 7. Hábitos preventivos, higiene oral, alimentación, hábito de fumar.

Resultado	Citas de las entrevistas
Higiene oral/ frecuencia de cepillado	<i>“La verdad la verdad, me lavo entre 1 a 2 veces al día, casi siempre una, en la noche siempre, eso me dijeron que era más importante, me dijo la niña, la dentista”.</i> (Entrevista 43, mujer 55 años, educación básica incompleta).
	<i>“Uno siempre se lo lava en las mañanas, en las noches, pero a medio día cuesta, entre las comidas, en lo general uno trata hacerlo, pero no siempre se puede”.</i> (Entrevista 39, mujer 32 años, educación técnico completa).
	<i>“Tomo desayuno, después de eso me lavo los dientes con el cepillo que me dijo el doctor, como hay distintos cepillos, después del almuerzo me lavo los dientes y a la noche igual, después de la once”.</i> (Entrevista 42, mujer 29 años, educación superior).
Alimentación/ Consistencia del alimento	<i>“Trato de comer todo, pero me cuido con la sal por la presión y también como cosas más naturales”.</i> (Entrevista 13, mujer 67 años, educación básica completa).
	<i>“No como dulces por la diabetes, así que eso igual lo cuento dentro, pero no creo hacer más”.</i> (Entrevista 31, mujer 43 años, educación técnico completa).
	<i>“Alimentación no suficientemente dura, por ejemplo, una manzana ya no se le puede sacar la mascada como se hacía antaño, ahora hay que cortarla, en pedacitos chicos. Después masticar varias veces y salivar bien”.</i> (Entrevista 2, mujer 64 años, educación superior).
Hábito de fumar/ cese del hábito	<i>“yo fumaba y me di cuenta de que los dientes se me empezaron a poner amarillos y dejé de fumar”.</i> (Entrevista 17, mujer 27 años, educación media completa).
	<i>“Cuando fumaba antes, me di cuenta de que se me teñían los dientes y ahí dejé de fumar”.</i> (Entrevista 24, mujer 34 años, educación media completa).

Anexo XIII) Figura. Solución reportada del problema oral según porcentaje.

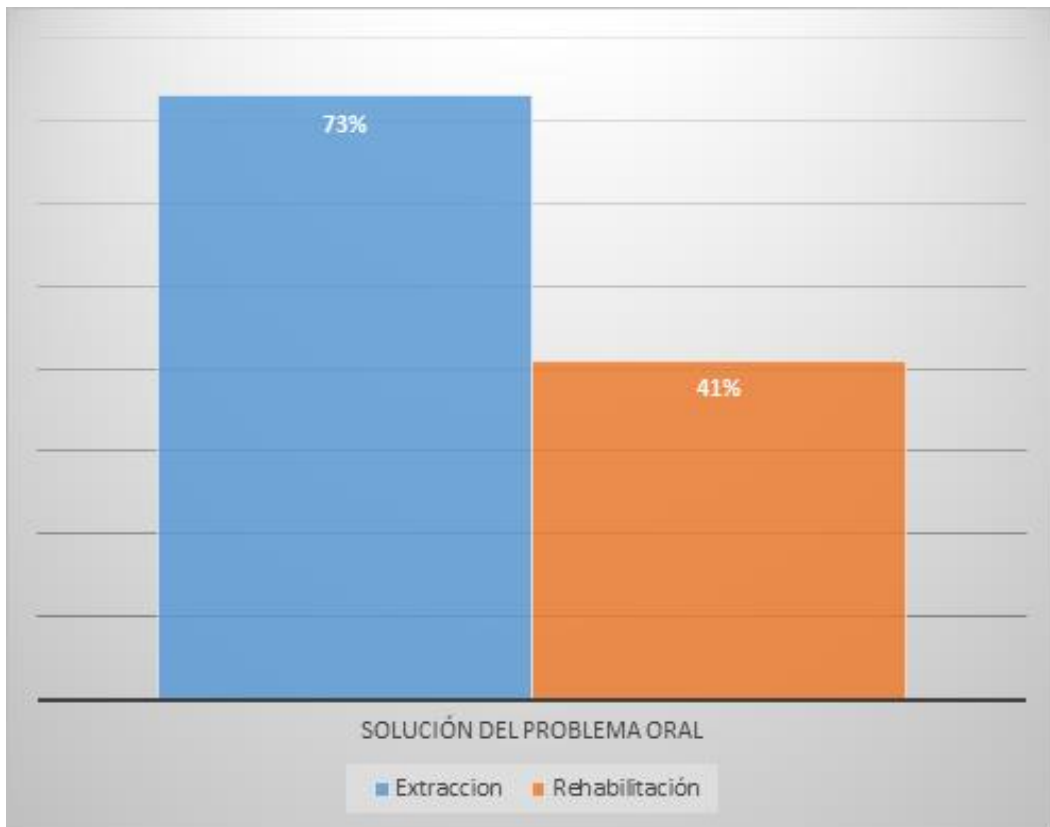


Figura. Solución reportada del problema oral según porcentaje. Distribución porcentual en gráfico de barras de la solución final del alivio de dolor recibidos por las/los usuarios(as) según lo expuesto en su discurso. Las categorías presentes no fueron excluyentes, las/los entrevistados(as) respondían uno o más tratamientos (n=48).

Anexo XIV) Ficha PDRP

• **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SISTÉMICOS:**

Nombre		Edad:
Antecedentes Sistémicos		
Medicamentos		
Alergias		
Experiencia dental		
Otro		

• **EXÁMEN DENTARIO INICIAL:**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

C	
O	
P	
D	

CATEGORIZACIÓN RIESGO REHABILITADOR

Alto: CP > 10

Medio: CP > 5

Bajo: CP < 5

• **DETERMINANTES SOCIALES DECLARADOS EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO:**

Preguntas	Respuesta
¿De qué depende que me cepille diariamente?	
¿De qué depende que asista a mis controles dentales?	

- **RIESGO PREVENTIVO:**

N: Nunca / **CN:** Casi nunca / **AV:** A veces / **F:** Frecuentemente / **S:** Siempre.

MOTIVACIÓN Y HÁBITOS PREVENTIVOS	N (5)	CN (4)	AV (3)	F (2)	S (1)
Me motiva cepillar mis dientes a diario.					
Si veo mi cepillo en mal estado intento cambiarlo a la brevedad.					
Me siento satisfecho luego del cepillado.					
Creo dejar mis dientes limpios luego del cepillado.					
Me informo que cepillo o pasta adquirir.					
Si estoy en cama y olvidé el cepillado nocturno, lo realizo igualmente.					
Siento que mi técnica de cepillado es adecuada.					
Me gusta utilizar seda dental (si no usa, si gustaría aprender su uso).					
Realizo mi cepillado a conciencia (Técnica y duración).					
Estoy conforme con el número de cepillados que realizo.					

CATEGORIZACIÓN RIESGO PREVENTIVO

Alto: > 36 PTS

Medio: 20-35 PTS

Bajo: < 20 PTS

- **RIESGO PSICOSOCIAL:**

N: Nunca / **CN:** Casi nunca / **AV:** A veces / **F:** Frecuentemente / **S:** Siempre.

MIEDO Y RECHAZO AL DENTISTA	S (5)	F (4)	AV (3)	CN (2)	N (1)
Me asusta ir al dentista.					
Previo a la atención tengo sudoración excesiva o temblores.					
Prefiero aliviar el dolor dental con métodos caseros que ir al dentista.					
He tenido malas experiencias dentales.					
Siento nerviosismo en el sillón dental.					
Me molestan los ruidos del box dental.					
Me considero mal paciente.					
He perdido horas dentales por miedo.					
Me desagrada estar en el sillón dental.					
Me asusta ver la aguja de anestesia.					

CATEGORIZACIÓN RIESGO PSICOSOCIAL

Alto: > 36 PTS Medio: 20-35 PTS Bajo: < 20 PTS

- **JUICIO CLINICO:** Es determinado por el Odontólogo examinador luego de aplicar todos los instrumentos anteriores. Categorización alto y bajo riesgo.

RIESGO PSICOSOCIAL	
RIESGO PREVENTIVO	
RIESGO REHABILITADOR	
JUICIO CLÍNICO	

