



UNIVERSIDAD DE TALCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

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.

REPRESENTACIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LOS USUARIOS DE LOS CESFAM DE RAUCO, SAN JAVIER Y SARMIENTO DE LA REGIÓN DEL MAULE.

MEMORIA PARA OPTAR A TÍTULO
DE CIRUJANO DENTISTA

ALUMNAS:

CAMILA ORTIZ ESPINOZA

CLAUDIA PACHECO RAMÍREZ

DOCENTE GUÍA:

GISELLE DAVIS-TOLEDO PhD.

TALCA-CHILE

2018

SISTEMA DE BIBLIOTECAS

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE MEMORIAS DE PREGRADO Y TESIS DE POSTGRADO

Yo, **Camila Estefanía Ortiz Espinoza**, cédula de Identidad N° 18253039-5 autor de la memoria o tesis que se señala a continuación, SI autorizo a la Universidad de Talca para publicar en forma total o parcial, tanto en formato papel y/o electrónico, copias de mi trabajo.

Esta autorización se otorga en el marco de la Ley N° 20.435 que modifica la Ley N° 17.336 sobre Propiedad Intelectual, con caracter gratuito y no exclusivo para la Universidad.

| | |
|---|--|
| Título de la memoria o tesis: | REPRESENTACIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN ODONTÓGICA EN LOS USUARIOS DEL CESFAM DE RAUCO, SAN JAVIER Y SARMEINTO DE LA REGIÓN DEL MAULE. |
| Unidad Académica: | DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA |
| Carrera o Programa: | ODONTOLOGÍA |
| Título y/o grado al que se opta: | CIRUJANO DENTISTA |
| Nota de calificación | 6.8 |

Timbre Escuela



Firma de Alumno

Ortiz

Rut:

18253039 5

Fecha:

10 / 12 / 18

**AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN
DE MEMORIAS DE PREGRADO Y TESIS DE POSTGRADO**

Yo, **Claudia Elizabeth Pacheco Ramírez**, cédula de Identidad N° 18254600-3 autor de la memoria o tesis que se señala a continuación, SI autorizo a la Universidad de Talca para publicar en forma total o parcial, tanto en formato papel y/o electrónico, copias de mi trabajo.

Esta autorización se otorga en el marco de la Ley N° 20.435 que modifica la Ley N° 17.336 sobre Propiedad Intelectual, con caracter gratuito y no exclusivo para la Universidad.

| | |
|---|--|
| Título de la memoria o tesis: | REPRESENTACIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN ODONTÓGICA EN LOS USUARIOS DEL CESFAM DE RAUCO, SAN JAVIER Y SARMEINTO DE LA REGIÓN DEL MAULE. |
| Unidad Académica: | DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA |
| Carrera o Programa: | ODONTOLOGÍA |
| Título y/o grado al que se opta: | CIRUJANO DENTISTA |
| Nota de calificación | 6.8 |

Timbre Escuela



Firma de Alumno

[Handwritten Signature]

Rut:

18254600 - 3

Fecha:

10 / 12 / 18

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|-----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 5 |
| 1.1. Pregunta de investigación | 11 |
| 1.2. Problema de investigación..... | 12 |
| 1.3. Hipótesis o Supuesto de investigación..... | 12 |
| 2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN | 14 |
| 2.1. Objetivo General..... | 14 |
| 2.2. Objetivo Específicos | 14 |
| 3. METODOLOGÍA | 15 |
| 3.1. Justificación de la estrategia metodológica | 15 |
| 3.2. Método..... | 16 |
| 3.3. Entrevistas | 16 |
| 3.4. Muestra | 17 |
| 3.5. Contexto de investigación..... | 21 |
| 3.6. Trabajo de campo | 23 |
| 3.7. Análisis | 25 |
| 3.8. Confiabilidad | 31 |
| 3.9. Consideraciones éticas..... | 33 |
| 4. RESULTADOS | 35 |
| 4.1. Representación en salud oral | 35 |
| 4.1.1. Noción de salud oral desde la visión de las personas..... | 37 |
| 4.1.2. Noción de boca sana y enferma..... | 40 |
| 4.1.3. Noción de problema oral..... | 42 |
| 4.1.4. Noción de enfermedad periodontal e infecciosa | 44 |
| 4.1.5. Visión de su propia salud oral | 46 |
| 4.2. Problema de salud oral, origen atribuido por las personas y representación social | 50 |
| 4.2.1. Problema de salud oral | 52 |
| 4.2.2. Dolor dental | 56 |
| 4.2.2.1. Motivo de consulta | 57 |
| 4.2.2.2. Origen atribuido al dolor | 59 |
| 4.2.2.3. Reacción al dolor | 60 |
| 4.2.3. Connotación social del problema atribuido por las personas | 63 |
| 4.3. Valoración de la atención..... | 68 |
| 4.3.1. Valoración de la atención del profesional..... | 70 |
| 4.3.2. Visión del dentista..... | 72 |
| 4.3.3. Valoración de atención del Cesfam | 74 |
| 4.3.4. Valoración del tratamiento dental..... | 78 |
| 4.3.5. Propuestas de mejora del sistema de salud chileno | 81 |
| 4.4. Análisis de resultados | 87 |
| 5. DISCUSIÓN | 95 |
| 6. CONCLUSIONES | 100 |

| | |
|--|-----|
| 7. RESUMEN | 101 |
| 8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 102 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Libro de casos: Presentación del perfil de la muestra..... | 19 |
| Tabla 2: Parámetros para expresar mayoría y minoría..... | 21 |
| Tabla 3: Noción de salud oral por dimensiones | 38 |
| Tabla 4: Noción de boca sana y enferma por categorías y frecuencias | 41 |
| Tabla 5: Noción de problema oral por categoría y frecuencia | 42 |
| Tabla 6: Dicotomía en identificación de enfermedad periodontal y patología infecciosa. | 45 |
| Tabla 7: Problema de salud oral por frecuencia y origen atribuido..... | 53 |
| Tabla 8: Motivo de consulta según categoría y frecuencia..... | 57 |
| Tabla 9: Origen del dolor atribuido por las personas por categoría | 59 |
| Tabla 10: Identificación de tipos de reacción al dolor | 61 |
| Tabla 11: Prácticas de alivio del dolor por categoría y frecuencia..... | 61 |
| Tabla 12: Emoción-consecuencias psicosociales-funcionalidad por categoría, subcategoría y frecuencia..... | 64 |
| Tabla 13: Valoración de la atención del profesional por categoría y características. | 70 |
| Tabla 14: Visión del dentista por carácter y habilidades | 72 |
| Tabla 15: Valoración de ventajas y desventajas del tratamiento dental por categoría..... | 78 |
| Tabla 16: Propuestas de mejora sistema salud chileno por ejes principales | 82 |

INDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-------|
| Figura 1: Árbol de códigos inicial | 26 |
| Figura 2: Árbol de códigos finales desplegadas | 27 |
| Figura 3: Modelo lógico representación de salud oral | 28-37 |
| Figura 4: Modelo lógico problema de salud oral..... | 28-52 |
| Figura 5: Modelo lógico atención en salud oral | 29-69 |
| Figura 6: Modelo lógico de Representación del proceso salud-enfermedad-atención odontológica | 30-87 |

| | |
|--|----|
| Figura 7: Relación causa efecto de problemas orales y su componente social..... | 65 |
| Figura 8: Accesibilidad | 74 |
| Figura 9: Calificación atención | 74 |
| Figura 10: Tiempo espera..... | 74 |
| Figura 11: Comparación con otras instituciones | 75 |
| Figura 12: Interacción entre los ejes de la problemática del sistema de salud chileno..... | 84 |
| Figura 13: Propuestas concretas de mejora del sistema de salud chileno..... | 85 |
| Figura 14: Relación entre noción de problema oral, problema oral y motivo de consulta..... | 89 |
| Figura 15: Representación de la valoración de atención | 91 |
| Figura 16: Relación entre problema oral, motivo de consulta y valoración del tratamiento | 92 |
| Figura 17: Propuestas relacionadas con enfoque biomédico..... | 93 |
| Figura 18: Propuestas relacionadas con enfoque biopsicosocial..... | 94 |

INDICE DE ANEXOS

| | |
|---|-----|
| Anexo I: Consentimiento informado | 110 |
| Anexo II: Protocolo de entrevistas inicial..... | 114 |
| Anexo III: Protocolo de entrevistas final | 118 |
| Anexo IV: Plan de trabajo actividad..... | 123 |

1. INTRODUCCIÓN

El anteproyecto 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 en el ámbito oral de sectores vulnerables (urbano-rurales).

Esta línea de investigación se suma a los esfuerzos de las políticas públicas de disminuir las brechas de inequidad en salud oral aportando evidencias sobre las prácticas culturales bucodentales en subpoblaciones epidemiológicas vulnerables.

Ahora bien, la historia del proceso salud enfermedad ha tenido cambios sustantivos desde su nacimiento bajo el modelo biomédico, hasta la noción contemporánea interdisciplinaria y compleja del fenómeno en que se integran dimensiones socioculturales, psicológicas y culturales, conocido como modelo biopsicosocial. Ahora bien, la diferencia más importante entre ambos modelos es que el primero (87), divide al ser humano en cuerpo y mente, y el cuerpo es considerado como una estructura biológica, cuyos elementos funcionan de acuerdo con leyes de la física clásica, desde esta orientación, básicamente patológica, se define la salud como ausencia de enfermedad, dividiéndonos entre sanos y enfermos, siendo enfermedad aquello que el médico pueda reconocer, demostrar y clasificar (87). Por otro lado, desde el modelo biopsicosocial (88), ya no se piensa a la persona dividida, como una mente que gobierna una máquina, el cuerpo; sino que la comprende de un modo holístico como la integración de sistemas y subsistemas siempre interrelacionados en un proceso dinámico y transaccional. Para el modelo biopsicosocial (88) ya no es el cuerpo el que enferma, es el ser humano en su totalidad: una unidad biopsicosocial, en el cual coexisten

factores biológicos, psicológicos y sociales. Debido a estas diferencias entre modelos, es que actualmente existe una evolución, la cual se presenta como una superposición y eventualmente también, como una complementariedad de enfoques. Es por esto por lo que, para comprender el proceso salud enfermedad, se debe permitir el acercamiento de las creencias y prácticas de salud y sus diferentes contextos históricos culturales. (60) Por todos estos motivos esta problemática de investigación reviste una triple importancia. Primero, que la salud bucodental pese a su desarrollo desde la década de 1990, constituye aún un ámbito de la salud pública rezagado, en relación al mejoramiento de los indicadores de salud del país, que afecta la calidad de vida de un importante sector de la población (6). Se cuenta a nivel intersectorial con la promoción en escuelas saludables del Programa Vida Chile con condicionante de salud bucal, mediante la participación de la comunidad escolar (alumnos, padres, apoderados, profesores y administrativos) (6). Por último, los estudiantes beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar (PAE) (6) de establecimientos educacionales subvencionados de comunas rurales que no cuentan con agua fluorada, reciben leche fluorada. Está inserto en el Programa de Alimentación Escolar de JUNAEB (6), el cual fue aplicado en forma piloto en la IX región del país. Cabe mencionar además que se encuentran implementadas otras políticas públicas para ampliar el acceso odontológico como lo son; “Más Sonrisas para Chile” (6), programa que busca cubrir las necesidades de salud bucal de 400 mil mujeres vulnerables en cuatro años. Para ello ha sido necesario coordinar el trabajo con SERNAM, JUNJI, Fundación Integra y MINEDUC, de tal forma que todas las mujeres mayores de 15 años, pertenecientes a FONASA, beneficiarias de los programas de SERNAM, y personal educador de los establecimientos preescolares puedan recibir atención odontológica. Por otro lado “Sembrando Sonrisas” (6), es un programa que permite a los párvulos que están en jardines infantiles de JUNJI, Integra, Colegios Municipalizados y Particulares Subvencionados, recibir educación en salud bucal, a través de un odontólogo en sus establecimientos educacionales, además de entregarles dos cepillos y una pasta dental y la aplicación dos veces al año de flúor en barniz. Pese a todos estos esfuerzos, el Minsal confirma que aún existe una alta prevalencia de patologías orales en la población chilena (98) relevando al dolor dental, como el síntoma, que frecuente lleva al paciente en buscar tratamiento odontológico para su alivio, lo que a corto y a largo plazo trae consecuencias

como: costos monetarios, pérdida de productividad, pérdida de clases y de trabajo y por sobre todo el estado de ánimo de las personas, el cual se ve directamente relacionado en su desarrollo psicosocial (10). En el área dental (11), se encuentra el bajo número de odontólogos y la sobrecarga asistencial, lo que disminuye los tiempos de atención para cada persona, dificultando así, la realización de tratamientos efectivamente integrales y la satisfacción por parte de éstas. Muza (99) agrega que la baja satisfacción usuaria, sumada a aspectos psicológicos que involucran la percepción de cada uno de ellos, pueden llegar a generar afecciones como malestar, frustración, dolor, miedo y desconfianza al momento de la atención dental. En segundo lugar, se observa que los factores de riesgo de las patologías orales, son comunes a los de las patologías crónicas, siendo determinante el nivel socioeconómico, en desmedro de los niveles más bajos (13) (14) (15). En Chile se define el Nivel Socio Económico basado en ESOMAR (16), donde se evalúa sólo dos variables: el nivel de educación alcanzado por el principal sostenedor del hogar y su categoría ocupacional. Es así como se generan los siguientes grupos: Muy Alto, Alto, Medio-Alto, Medio, Medio-Bajo y Bajo. Según AIM (17) el 47% de los chilenos pertenecen al estrato Medio y un 37% al estrato Bajo, encontrándose un 29,1% en la clase Media-Baja. Lo anterior, marca diferencias en el acceso a la atención de salud, debido principalmente a la baja información y recursos limitados en poblaciones vulnerables, que, suelen relacionarse con personas en situación de pobreza, de menor educación y de residencia rural (18). En Chile en el año 2013, de acuerdo a la base de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, Delgado (100) observó que sólo el 21,4% de la población visitó al dentista el año previo a la encuesta, siendo el dolor la principal causa de consulta. Del total de individuos, el 34% declaró necesitar atención, donde las mujeres manifestaron mayor necesidad de atención dental que los hombres (36% y 32% respectivamente), de ellos, el 67% la demandó mientras que el 91% la recibió (100). Se observa a partir de estos antecedentes la necesidad de aumentar la cobertura en salud en poblaciones vulnerables (100). Por último, en tercer lugar, es importante considerar que en respuesta a los problemas de acceso a la atención en salud oral, la población recurre a prácticas culturales que si bien, pueden ser parte de la solución, no es menos cierto que contribuyen a la postergación de la atención clínica (1)(2)(3)(4)(5). Es decir, que frente a la necesidad de cuidar su salud oral y/o de aliviar el

dolor y la imposibilidad de acceso a la atención biomédica, se mantienen una panoplia de estrategias de origen cultural. A modo de ejemplo, frente al dolor dental se emplean paliativos que postergan el dolor, no obstante, como no se logra en todos los casos resolver el problema, las personas terminan acudiendo al dentista con una situación dental complicada, lo cual se hubiera evitado con un acceso oportuno (2)(3).

Es pertinente estudiar esta situación de mediatización cultural de las conductas en salud dental por un enfoque epidemiológico sociocultural, que es precisamente el que se considera en esta investigación. El enfoque en cuestión, postula que la salud es un producto social orientado por valores, creencias y conductas creadas en sociedad, socialmente aprendidas y compartidas de generación en generación (1)(2). El estudio de las prácticas culturales 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 en salud y disminuir consecuentemente las brechas de la inequidad. Este planteamiento, se sustenta en una de las teorías interdisciplinarias enunciadas anteriormente, el enfoque epidemiológico socio cultural (6)(7)(8)(9) según el cual, las prácticas y la experiencia del proceso salud-enfermedad, son simultáneamente construcciones y productos sociales ya que son moldeados por los determinantes sociales y la cultura. Al respecto, la evidencia científica occidental es elocuente en demostrar como los enfoques epidemiológicos interdisciplinarios contribuyen a la eficacia económica y eficiencia para las políticas de promoción y prevención en salud (101). Hemos asistido durante las últimas décadas, a un aumento sostenido en el mundo científico occidental de la producción de conocimiento en salud desde el amplio espectro que abarcan miradas tales como: la medicina social, la antropología médica, la antropología médica aplicada a la clínica, la medicina narrativa, la epidemiología social, la antroposofía, la epidemiología socio cultural, entre otros (101). Estas escuelas tienen en común, definir el proceso salud enfermedad como un continuum complejo que contiene y desborda a la vez la dimensión biomédica, situándolo en la intersección de los saberes interdisciplinarios (101). Edgard Morín (10), uno de los grandes pensadores de los fenómenos complejos de la era contemporánea, afirma que esta aproximación epistemológica representan las nuevas

tendencias científicas de producción de conocimiento en salud, donde la cultura juega un rol fundamental. En efecto, la cultura es reproducida e interiorizada por las personas mediante los procesos de enculturación y socialización (102), en los cuales las instituciones primarias y secundarias, son agentes socializadores fundamentales. Ellas orientan, legitiman, pautan, norman y le otorgan sentido a la acción y actitudes de las personas al respecto, - para el caso de la propuesta- de su salud oral mediante educación directa o aprendizaje vicario (por imitación) (102). En sectores vulnerables menos escolarizados y con ascendente rural o de precariedad urbana, los conocimientos y referentes que orientan los cuidados y decisiones podrían ser más consuetudinarios que biomédicos (57). De la misma forma, la cultura es el filtro a través del cual la sociedad le otorga o no importancia a los mensajes de los programas de salud, a la vez que evalúan su pertinencia y sentido. Es decir, la cultura incide en la forma en que las personas significan los contenidos, procedimientos, modalidades y acciones de las políticas y programas de salud. El enfoque cultural (1) (2) nos demuestra además que las personas no solo deben “poder atenderse” sino que también “querer atenderse”. La propuesta postula (1) (2) entonces considerar a los actores sociales, estableciendo con ellos la necesidad de los cambios, acompañándolos en la reinterpretación de su importancia y negociando las modalidades de implementación. La comprensión científica de este tema, permite aplicar directamente los resultados en el diseño de programas y políticas públicas, mejorando no solo la promoción y prevención, sino que igualmente la cobertura y satisfacción usuaria. Es decir, elaborar propuestas que tengan sentido y se adapten a su realidad cotidiana, a sus valores y costumbres de manera de no sólo ampliar las posibilidades de acceso a la atención, sino que también, a mejorar su calidad respondiendo a las necesidades percibidas por la población usuaria.

Con estas problemáticas evidenciadas, se releva la importancia que deberían tener las personas, como motor principal de cambio en las políticas de salud pública. Es por esto, que es necesario conocer la subjetividad de cada persona, y las principales falencias que reconocen o expresan estas, en cuanto a temas de salud oral. Ahora bien, este estudio en particular aborda tema de la representación que le atribuyen las personas al proceso de salud-

enfermedad-atención odontológica. Dentro de lo que es la representación de este proceso, se tratará de saber si las personas reconocen ciertos conceptos asociados a salud y enfermedad, como pueden ser de esta última, caries dental, enfermedades periodontales y patologías infecciosas.

La caries dental (90) pertenece al grupo de enfermedades crónicas que son complejas o multifactoriales desde una perspectiva de causalidad, el cual inicia después de la erupción dentaria, provocando un reblandecimiento del tejido duro del diente, con la consecuente formación de una cavidad. Esta enfermedad repercute en la salud general y calidad de vida de las personas de todas las edades. Dentro de los factores de riesgo se encuentran la placa bacteriana, alimentación, factores socioeconómicos y la susceptibilidad individual. Se destaca también, por ser la principal causa de pérdida dentaria. En cuanto a las enfermedades periodontales (52), estas son condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente. Según Carvajal (52), en términos generales, y de mayor importancia para la comunidad global, estas incluyen la gingivitis inducida por placa bacteriana, la cual se ve representada por la inflamación y sangrado de encías y la periodontitis crónica, la cual abarca desde pérdida de inserción clínica, recesión gingival hasta pérdida de dientes. Por último, otro tema a abordar por las personas es la patología infecciosa, abarcando esta un amplio espectro de procesos infecciosos, inflamatorios y tumorales con una expresión clínica muy variada, incluyendo las de origen bacteriano, micótico, viral y reaccional (56). Dentro de estas, la que frecuentemente se consulta por atención en los distintos centros de salud, son los denominados abscesos dento alveolares. “Absceso dentoalveolar, es una seria complicación, que deriva de caries no tratadas, enfermedad periodontal, pericoronaritis y fracturas faciales” (51) (p39).

Otro de los tópicos que aborda nuestra investigación, es la representación social, el cual se define por Jodelet (106), como: “Una forma de conocimiento específico y saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales

socialmente caracterizados. En sentido más amplio designa una forma de pensamiento social”. Ahora bien, la caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación social depende de las condiciones y de los contextos en los que surgen estas, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones dentro de la interacción con el mundo y los demás. Este concepto de representación social, en la presente investigación, se evidencia en todas las representaciones que se hacen las personas en temas como salud oral, enfermedades orales, atención odontológica y en todo lo que respecta a las consecuencias sociales que conlleva la pérdida de piezas dentarias. Todos estos conceptos son interiorizados por las personas y considerados por ellos como importantes, al momento de tomar decisiones en cuanto a su salud oral.

Consecuentemente el fin de esta línea de investigación es conocer la representación del proceso salud-enfermedad-atención odontológica en los usuarios que recurren al CESFAM de Rauco, San Javier y Sarmiento de la Región del Maule.

1.1.Pregunta de investigación

¿Cómo es la representación del proceso salud-enfermedad-atención odontológica?

1.2. Problema de investigación

Las representaciones del proceso salud-enfermedad-atención odontológica desde la visión de las personas que se atienden en CESFAM de Rauco, San Javier y Sarmiento, con ascendente rural y semiurbano de la Región del Maule.

1.3. Hipótesis o Supuestos de investigación

El supuesto derivado del Enfoque Epidemiológico Sociocultural, que orienta la investigación, es que los cambios de conducta en salud requieren cambios culturales que son por naturaleza lentos y complejos, ya que no sólo demandan el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, sino que también cambios en sus visiones de mundo y formas de adaptación a la realidad social, es decir, a nivel de las prácticas culturales.

De este supuesto base se derivan tres otros sub-supuestos: 1) La eficiencia de las políticas de promoción y prevención en salud, dependen no sólo de la cobertura de los recursos de difusión, de la disposición de recursos materiales en salud y/o de las posibilidades de acceso a la atención, sino que también de la capacidad de adaptación de las estrategias empleadas a la realidad sociocultural, entendida como las condiciones de vida o determinantes sociales de las personas (social) y las prácticas, costumbres, hábitos, creencias y valores, entre otros (cultural), que influyen en sus actitudes y conductas. 2) En la medida que las estrategias educativas promuevan acciones, pensadas desde y para los contextos particulares en que viven los sujetos, se potencian las posibilidades de cambio social. En este contexto, el camino

más eficiente para el cambio es la negociación entre las expectativas de los prestadores de los servicios de salud y las personas. 3) En la medida que los contenidos/lenguaje/códigos de los mensajes de las estrategias educativas tengan “sentido” para la gente, es decir sean “consonantes culturalmente” - en contraste con mensajes descontextualizados o “disonantes” – se favorece la identificación y consecuente apropiación de los mismos.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivo general

El objetivo general del estudio busca comprender las representaciones del proceso salud-enfermedad-atención odontológica desde la visión de las personas que se atienden en CESFAM de Rauco, San Javier y Sarmiento, con ascendente rural y semiurbano de la Región del Maule.

2.2. Objetivos específicos

- 1) Comprender las representaciones en temas de salud oral, principalmente de lo que es una boca sana y una boca enferma, desde la visión de las personas.

- 2) Comprender los problemas de salud oral y su expresión clínica más significativa, las prácticas de alivio derivadas de ella y posterior representación social, desde la visión de las personas.

- 3) Conocer la valoración de la atención entregada por el odontólogo, del tratamiento recibido y del sistema de atención del CESFAM, desde la visión de las personas.

3. METODOLOGÍA

3.1. Justificación de la Estrategia metodológica

El diseño cualitativo descriptivo del estudio consideró una estrategia metodológica basada en el método narrativo, con entrevistas cualitativas a una muestra intencionada a 48 usuarios de la red de atención primaria en los CESFAM de Sarmiento, Rauco y San Javier, de la Región del Maule. El trabajo de campo consideró tres etapas, la exploratoria, de saturación empírica y de triangulación, por un período de un año. La estrategia de análisis informatizada (Nvivo10) orientada por la Teoría Fundamentada, buscó comprender desde el enfoque Epidemiológico Sociocultural las representaciones y prácticas de salud bucodental asociadas a enfermedades orales. La confiabilidad del estudio se basó en la Credibilidad y Confirmabilidad.

La epidemiología sociocultural otorgó las herramientas conceptuales en este sentido y es coincidente en sus planteamientos, con el enfoque teórico metodológico de la Teoría Fundamentada (24). 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, en este caso, sobre las representaciones del proceso salud-enfermedad-atención odontológica de las personas que se atienden en CESFAM de Rauco, San Javier y Sarmiento, de la Región del Maule.

3.2. Método

El método principal de estudio fue el narrativo, que permitió identificar las posibles representaciones del proceso salud-enfermedad-atención odontológica en usuarios del CESFAM de Rauco, San Javier y Sarmiento, de la Región del Maule. El método narrativo (25), es aquel en el cual el investigador aplica entrevistas que le permitan recolectar datos sobre las experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas. 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 (13). El principal objetivo del este método (25) es la descripción y el análisis de casos particulares, que se conocen mediante las historias de vida y la narración de experiencias. Es así como se deseó contar las historias de una o más personas referentes a temas de salud oral.

3.3. Entrevistas

Como principal técnica de recopilación de información para la investigación, se dispuso de la entrevista cualitativa. Según López, R. (85), es una técnica de investigación científica que utiliza la comunicación verbal para recoger información en relación con una determinada finalidad. En ella el observador capta y registra de forma narrativa, ya sea de manera escrita u oral, en lenguaje cotidiano o mediante instrumentos de audio o vídeo, descripciones de amplios segmentos del contexto. Se recogen conductas, acontecimientos, procesos que ocurren dentro de los límites establecidos de forma natural. El entrevistado es fuente de

información general, proporcionando datos acerca de procesos sociales y las convenciones culturales y el entrevistador solo tiene acceso a las actitudes, percepciones y expectativas sobre el tema de interés (67). Taylor y Bogdan (71), las definen como: "reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes de sus experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras" (p1). Las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas. Se describen como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas (69), además según Ullin et, al (70) "exige versatilidad y, a veces, un cambio rápido cuando la atmósfera de la entrevista se modifica o contenidos inesperados pero importantes interrumpen la secuencia planeada" (p93). Las entrevistas, como herramientas para recolectar datos cualitativos, se emplean cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad (68).

3.4. Muestra

La estrategia metodológica (28) consideró estudios de casos múltiples con muestreo teórico intencionado de las subpoblaciones epidemiológicas de usuarios en la red de atención primaria de salud en 3 CESFAM de la Región del Maule. La representatividad de la muestra cualitativa es de tipo estructural, es decir, no cuantitativa, por lo que no se calculó mediante fórmula matemática.

A fin de obtener una muestra homogénea y representativa de las subpoblaciones epidemiológica socioculturales de las personas a participar del estudio, se estableció como criterios muestrales generales: 1) tener entre 20 a 65 años de edad 2) la voluntad a participar : debido a que se reconocieron los derechos fundamentales de las personas lo que se objetiva

con la firma del consentimiento informado 3) capacidad de comunicación : considerado aspecto técnico básico para verificar la voluntariedad 4) accesibilidad: criterio logístico de eficiencia para la investigación y finalmente (5) declarar ser o haber sido sujeto de atención en CESFAM indicados en la muestra.

Si bien se buscó que la muestra fuera representativa de las subpoblaciones epidemiológicas que se atienden en los respectivos CESFAM, en términos de sexo y grupos de edades, la muestra contó en su gran mayoría con mujeres, debido a que los horarios en que se realizaron las entrevistas fueron en extensión horaria, coincidiendo con programas dentales de “Morbilidad” y “Más sonrisas”, en los cuales los cupos eran ocupados mayoritariamente por mujeres. Respecto al número de personas entrevistadas, este fue de 12 en el CESFAM de Rauco, 12 en el CESFAM de Sarmiento y 24 en el CESFAM San Javier, teniendo un total de 48 personas con lo cual se logró la saturación empírica.

Cabe destacar que la focalización del estudio en la Región del Maule se justifica por los siguientes motivos: 1) La VII región constituye un lugar de prácticas accesible a las carreras de la Facultad de Salud de la UTAL de donde provienen los estudiantes memoristas. 2) La VII región es el escenario de origen del proyecto.

Las principales técnicas cualitativas de reclutamiento que se emplearon fueron: a) “bola de nieve”, donde la persona entrevistada llevó al investigador a conocer a otra, dando datos de un posible interesado, b) informantes claves o personas conocedoras de la realidad social, que entregaron información sobre la diversidad de “casos”, en esta investigación se trató del equipo odontológico, específicamente odontólogos, que nos entregaron información sobre posibles personas a entrevistar como pacientes controles, personas que presumiblemente contaban con mayor disponibilidad de tiempo para realizar la entrevista o que concurrían frecuentemente al CESFAM. Se empleó también el muestro por conveniencia, es decir,

invitar a participar a personas que se encuentren disponibles en los momentos previstos para el reclutamiento de la muestra.

A continuación, se presenta el libro de casos que da cuenta de la muestra intencionada de la presente investigación, en ella se mencionan tanto datos del entrevistado como sexo y edad, datos de la entrevista como su duración y datos del sector al cual pertenece la persona.

| TABLA 1: LIBRO DE CASOS: PRESENTACIÓN DEL PERFIL DE LA MUESTRA | | | | | |
|---|----------------------------|-------------|---------------|---------------|-------------------------|
| ENTREVISTA | DURACIÓN ENTREVISTA | EDAD | SECTOR | GENERO | LUGAR DONDE VIVE |
| Persona 1 | 41 min | 54 | semiurbano | F | Rauco |
| Persona 2 | 62 min | 64 | semiurbano | M | Rauco |
| Persona 3 | 55 min | 62 | semiurbano | F | Rauco |
| Persona 4 | 63 min | 32 | semiurbano | F | Rauco |
| Persona 5 | 53 min | 44 | semiurbano | F | Rauco |
| Persona 6 | 59 min | 51 | rural | M | Rauco |
| Persona 7 | 68 min | 58 | rural | M | Rauco |
| Persona 8 | 54 min | 31 | semiurbano | M | Rauco |
| Persona 9 | 53 min | 45 | semiurbano | F | Rauco |
| Persona 10 | 54 min | 43 | rural | F | Rauco |
| Persona 11 | 56 min | 49 | rural | F | Rauco |
| Persona 12 | 61 min | 30 | rural | F | Rauco |
| Persona 13 | 45 min | 67 | Rural | F | Sarmiento |
| Persona 14 | 80 min | 47 | rural | F | Sarmiento |
| Persona 15 | 40 min | 47 | rural | F | Sarmiento |
| Persona 16 | 60 min | 62 | rural | M | Sarmiento |
| Persona 17 | 45 min | 27 | rural | F | Sarmiento |
| Persona 18 | 65 min | 28 | rural | F | Sarmiento |
| Persona 19 | 57 min | 47 | rural | F | Sarmiento |
| Persona 20 | 56 min | 47 | rural | F | Sarmiento |
| Persona 21 | 60 min | 50 | rural | F | Sarmiento |

| | | | | | |
|-------------------|--------|----|------------|---|------------|
| Persona 22 | 59 min | 60 | rural | F | Sarmiento |
| Persona 23 | 48 min | 24 | rural | F | Sarmiento |
| Persona 24 | 40 min | 34 | rural | F | Sarmiento |
| Persona 25 | 43 min | 57 | rural | F | San Javier |
| Persona 26 | 40 min | 34 | urbano | F | San Javier |
| Persona 27 | 36 min | 52 | urbano | F | San Javier |
| Persona 28 | 75 min | 45 | urbano | F | San Javier |
| Persona 29 | 45 min | 36 | rural | F | San Javier |
| Persona 30 | 40 min | 57 | semiurbano | F | San Javier |
| Persona 31 | 49 min | 43 | urbano | F | San Javier |
| Persona 32 | 30 min | 52 | urbano | F | San Javier |
| Persona 33 | 35 min | 54 | semiurbano | M | San Javier |
| Persona 34 | 41 min | 29 | urbano | F | San Javier |
| Persona 35 | 40 min | 52 | urbano | F | San Javier |
| Persona 36 | 64 min | 53 | rural | F | San Javier |
| Persona 37 | 40 min | 60 | rural | M | San Javier |
| Persona 38 | 45 min | 60 | Urbano | M | San Javier |
| Persona 39 | 40 min | 32 | urbano | F | San Javier |
| Persona 40 | 40 min | 55 | urbano | F | San Javier |
| Persona 41 | 55 min | 51 | urbano | F | San Javier |
| Persona 42 | 39 min | 29 | urbano | F | San Javier |
| Persona 43 | 40 min | 55 | urbano | F | San Javier |
| Persona 44 | 45 min | 50 | urbano | F | San Javier |
| Persona 45 | 40 min | 42 | rural | F | San Javier |
| Persona 46 | 40 min | 55 | urbano | F | San Javier |
| Persona 47 | 57 min | 48 | urbano | F | San Javier |
| Persona 48 | 59 min | 55 | rural | F | San Javier |

Ahora bien, para comprender ciertos términos que aluden a número o cantidad de personas, descritas en los resultados, se precisará de la siguiente tabla:

| TABLA 2: PARÁMETROS PARA EXPRESAR MAYORÍA Y MINORÍA | |
|--|--|
| MAYORÍA | MINORÍA |
| Cuando se refiera a más del 50% de los entrevistados | Cuando se refiera a menos del 20% de los entrevistados |

3.5.Contexto de investigación

Cesfam de Sarmiento

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 (72). Este territorio es de características agroindustriales donde predominan los frutales, especialmente viñedos. Tiene un radio semiurbano tradicional y una serie de sectores poblacionales que lo rodean, entre los que se cuentan los más recientes levantados a través del sistema de subsidios básicos y entre los que se cuentan las villas “Doña Carmen”, “Doña Patricia”, “Don Hernán” y “Don Matías” (72). Entre las obras de infraestructura más destacadas de Sarmiento figuran el Cesfam y Cecof en el área de la salud. El Centro de Salud Familiar de Sarmiento es un centro de atención de salud primaria que opera principalmente en un nivel familiar y comunitario en la localidad de sarmiento de Curicó, busca atender de una forma equitativa y de calidad centrada en las personas y en las familias (73).

Cesfam de Rauco

Rauco es una comuna de la zona central de Chile, ubicada a 10 kilómetros de la ciudad de Curicó, perteneciente a la VII Región del Maule. Es una comuna predominantemente rural (60.5 % de población rural) con totalidad de 10.182 habitantes al año 2016, lo que representa el 1,0% de la población proyectada para la región del Maule y 0,1% de la población proyectada en el país (79). Las fuentes de trabajo de la comuna son mayoritarias del área primaria y terciaria (47,38 y 30,39% respectivamente) (79).

Del total de los afiliados a FONASA, el 23,5% pertenecía al grupo A (personas carentes de ingresos), personas para las cuales no está disponible la modalidad de libre elección (79). El Cesfam divide su atención en urbano y rural siendo esta última la de mayor densidad, teniendo 5348 habitantes contra los 4129 habitantes.

Cesfam de San Javier

La comuna de San Javier de Loncomilla (86) se ubica en la provincia de Linares, Región del Maule, a 24 km al sur de Talca y a 31 km al norte de Linares. Tiene una superficie de 1.313 km² y una población de alrededor de 41.000 habitantes. Esta ciudad se caracteriza por ser una zona esencialmente vitivinícola. Los viñedos locales pertenecen a la zona vitivinícola denominada Valle del Loncomilla, un sub-valle del Valle del Maule. En la región del Maule, es la novena comuna más poblada.⁴ Alrededor del 60 % de la población es urbana

y el 40 % es rural. Con respecto a salud, la proporción de la población afiliada a Fonasa perteneciente a los grupos A y B (72,5%), de menores ingresos, es mayor que el promedio regional (69,9%) y nacional (60,1%) (86). A su vez, en cuanto a vivienda también presenta un porcentaje superior al registrado a nivel regional-país.

3.6.Trabajo de Campo

El trabajo de campo se realizó entre los meses de abril hasta julio, paralelamente, por todo el equipo de investigación que consta de: por Eric Andrade Lara, Patricio Gallardo Peña, Camila Ortiz Espinoza y Claudia Pacheco Ramírez bajo supervisión de la investigadora responsable del proyecto Giselle Davis PhD. La primera etapa fue más bien exploratoria donde se aplicó el protocolo de entrevista inicial (Ver anexo II) a una persona por CESFAM, con el fin de calibrar las preguntas para su mejor entendimiento. En esta etapa una de las principales limitantes, fue que las personas no entendían algunos términos técnicos utilizados, es por esto que posteriormente, las preguntas fueron reformuladas a un lenguaje coloquial. Posteriormente se solicitó la autorización a los respectivos CESFAM, presentando con ella el Certificado del Comité de Ética (CEC) de la Universidad de Talca. Otra limitante fue que en un CESFAM se aplazó la autorización de la investigación, por cambio en la planta directiva, por lo que la etapa en terreno fue pospuesta. Una vez obtenido el permiso de los respectivos Cesfam, se invitó a participar a las personas mediante una consigna de contacto estandarizada que le entrega antecedentes de la institución y de los objetivos de la investigación (Ver Anexo III). Principalmente, las personas fueron contactados luego de alguna atención realizada en el centro asistencial, por las alumnas Camila Ortiz y Claudia Pacheco, las cuales realizaban su internado en Rauco y Sarmiento, respectivamente, por lo que se contaba con esa facilidad. En el caso de San Javier, que estaba a cargo por el grupo investigativo de Erick Andrade y Patricio Gallardo, estos contaron con la ayuda de el

odontólogo a cargo, para seleccionar a las personas candidatas a la entrevista, o muchas veces, por muestreo de conveniencia, invitando a personas que esperaban su turno de atención para el programa de morbilidad. El período más intenso fue en la etapa de saturación empírica, entre los meses de mayo y junio, en donde se realizaron la mayor parte de las entrevistas. Una de las principales limitaciones dentro del proceso de reclutamiento, fue la dificultad para que las personas accedieran a contestar la entrevista, debido a la duración estimada. Otra limitante fue el hecho que, pese a que las preguntas de la entrevista permiten que las personas se explayan en su respuesta, algunas veces estas solo respondían con respuestas breves o concretas.

Ahora, si la persona aceptó participar en la investigación, se procedió a fijar fecha, hora y lugar de realización de la aplicación, según conveniencia y privilegiando un espacio neutro y tranquilo que propiciara el intercambio de información. En este caso, la mayoría de las entrevistas fueron realizadas dentro de las dependencias del Cesfam. El día de la entrevista, la persona procedió a la lectura y firma del Consentimiento Informado del Comité de Ética de la Universidad de Talca (Ver Anexo I). Estas entrevistas fueron registradas en base al protocolo de entrevista final semiestructurada (Ver Anexo III), sin embargo, dependiendo la necesidad, se agregaron preguntas para profundizar en el tema. La duración de la entrevista varía entre las personas, sin embargo, tuvo una aproximado de 51 minutos. Para el registro de las entrevistas, se usó una aplicación grabación de audio desde el dispositivo móvil. Lo anterior, fue con el consentimiento previo de las personas, ya que estos sabían que estaban siendo grabados. Al final de la entrevista, se aplicaron breves cuestionarios de contenido socio demográfico y de salud, necesarios para la identificación del entrevistado y para posteriormente completar el libro de casos. Respecto al número de entrevistas, se llegó a un número de 48, el cual fue determinado por saturación empírica, o el punto en que la nueva información no aporte a la respuesta del problema de investigación. A medida que realizaban las entrevistas, los datos recopilados fueron transcritos de manera literal para ser analizadas mediante el programa Nvivo10.

3.7.Análisis

El procedimiento específico de la estrategia de análisis consideró los siguientes pasos:

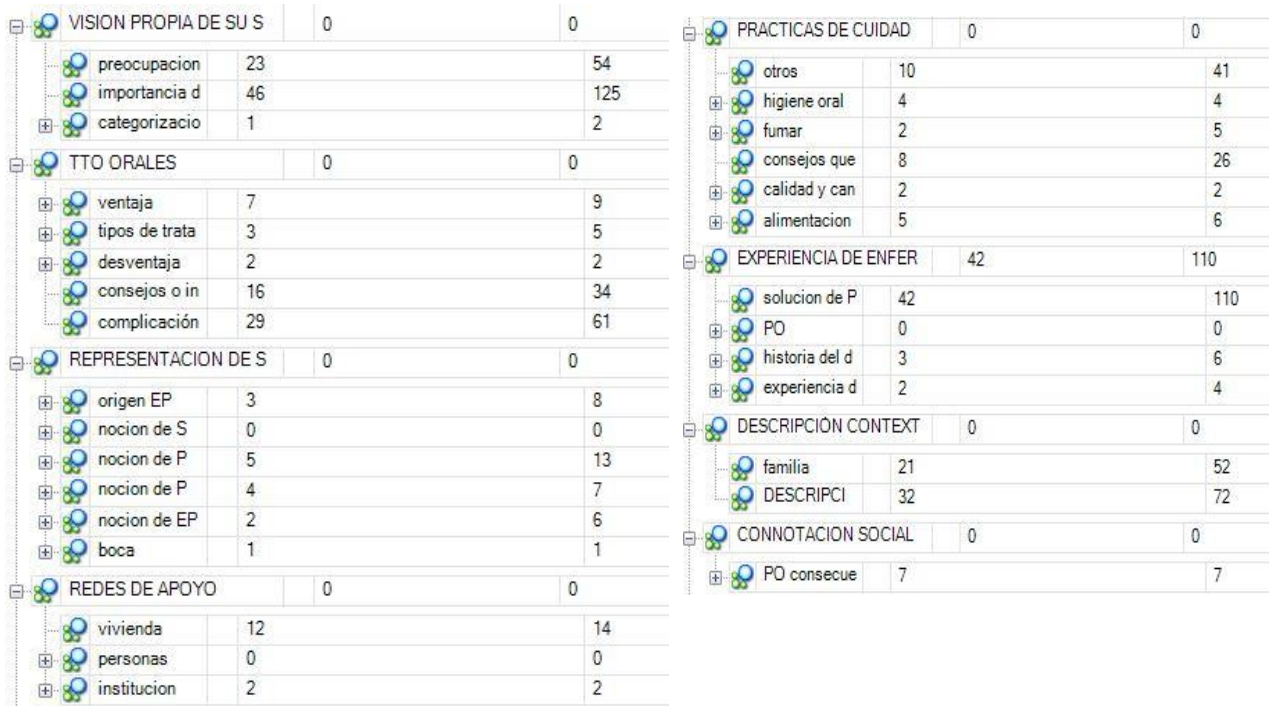
PASO 1: Codificación abierta, entendiéndose como el proceso de abordar los datos, con el fin de pesquisar conceptos, ideas, sentidos (80). Es un proceso de tipo inductivo, ya que no aplica el uso de una teoría como tal para generar conceptos, leyes o dimensiones a la información recogida, pero si se da que los datos son segmentados, examinados y comparados en términos de sus similitudes y diferencias (82). Existen dos tipos de códigos (80): “abiertos e in vivo, los primeros conceptualizan el fenómeno a través de la interpretación del analista, en cambio los segundos son frases literales que expresan las palabras usadas por los individuos” (p110). Una vez registrado los datos, el resultado será una lista de códigos que, comparándose con respecto a sus propiedades, dimensiones y significados, se obtendrá categorías. Este paso corresponde a la categorización, que vendría siendo englobar conceptos, dentro de otros más genéricos (82). Según Strauss y Corbin, una categoría se entiende como un fenómeno, problema, asunto o suceso que se define como significativo para los entrevistados (80). Para el análisis de datos de la investigación, una vez ingresadas las entrevistas al programa Nvivo10, se procedió a realizar el árbol de código inicial, utilizando principalmente códigos de tipo in vivo, detallado a continuación.

Figura 1: Árbol de códigos inicial

| | | |
|--------------------------|---|----|
| atencion recibida | 1 | 2 |
| boca enferma | 1 | 1 |
| descripcion boca sana | 2 | 2 |
| entorno comunitario | 0 | 0 |
| importancia SO | 4 | 13 |
| complica tie | 2 | 3 |
| diente | 5 | 32 |
| estetica | 2 | 3 |
| fumo | 4 | 5 |
| muela | 4 | 20 |
| presentacion | 2 | 4 |
| salud | 4 | 10 |
| seguro | 1 | 1 |
| sonrisa | 1 | 1 |
| trabajo | 2 | 4 |
| limitantes para solucion | 1 | 14 |
| nocion EP | 1 | 13 |
| nocion SO | 2 | 11 |
| PO | 1 | 14 |
| red apoyo frente P | 1 | 6 |
| sistema atencion cesfam | 2 | 15 |
| tratamiento PO | 1 | 11 |

Este árbol inicial carecía de una estructura definida, por lo que para estos códigos in vivo, se decidió que se enmarcaran en categorías, que llevan por nombre los temas tratados en el protocolo de entrevista. Cabe destacar que se comenzó a utilizar códigos abiertos, cuando el investigador definía que un contenido hacía referencia a concepto determinado, como lo fue el caso de caries, que para el imaginario popular cuenta con varias denominaciones. Con esto resuelto, el árbol de códigos final se estructuró de la siguiente manera:

Figura 2: Árbol de códigos finales desplegados



PASO 2: Se identificó tanto la subjetividad como las acciones, estrategias, costumbres y todo producto cultural asociado a los hitos del proceso salud enfermedad atención, para comprender en qué medida se relacionó con sus experiencias en cuidados en salud en general y odontológicos en particular. Se tomó en cuenta palabras coloquiales y descripción exacta de cualquier acción que permitió identificar prácticas de salud para la resolución de dolor.

PASO 3: Codificación axial (80): se define como el proceso del cual se pueden identificar las distintas interacciones dadas entre categorías, las cuales fueron obtenidas en la codificación abierta, y sus subcategorías. Se estableció relaciones entre categorías y las subcategorías identificando sus propiedades y variaciones en función de los contenidos del plan de análisis que emerge en la codificación abierta. (80). En este punto del análisis se buscó establecer relaciones entre los contextos, las prácticas, itinerarios y cuidados en salud de las

personas (80). Para esta variable, se necesitó de los siguientes pasos: acomodar las propiedades de una categoría y sus dimensiones (lo cual si vino haciendo desde la codificación abierta), identificar causa-consecuencia o interacciones asociadas a un fenómeno que se haya identificado a través de la entrevista, además se identificó cualquier variable de interés que nos ayude a relacionar las categorías más importantes entre sí (80). Con esto, se logró diseñar modelos lógicos que representaban la interacción de temas, para un mismo capítulo. Modelos lógicos obtenidos por cada capítulo que conformó los resultados:

Figura 3: Modelo lógico representación de salud oral

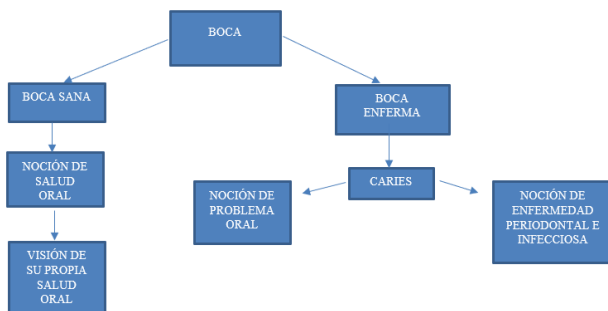


Figura 4: Modelo lógico problema de salud oral

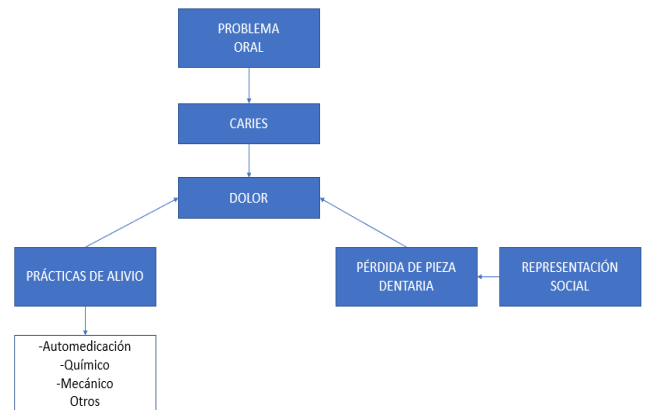
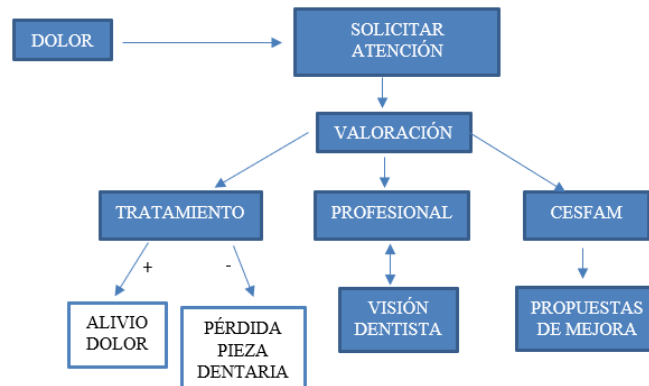
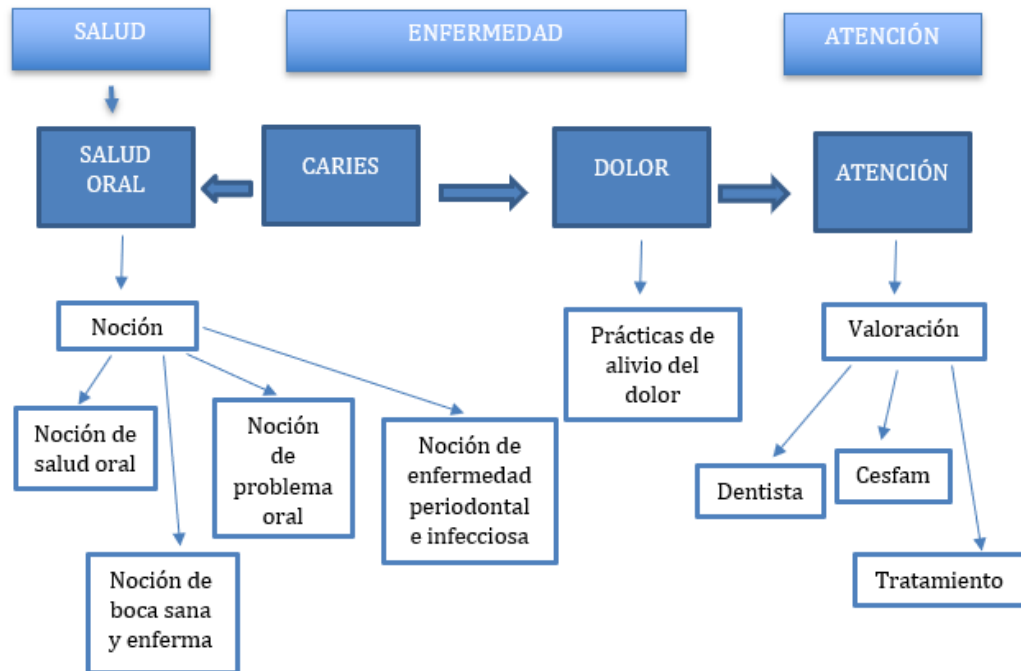


Figura 5: Modelo lógico atención en salud oral



PASO 4: Codificación selectiva (80): 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. El objetivo es generar una categoría central, que exprese el fenómeno de investigación e integre las categorías y subcategorías de la codificación abierta y axial. (80). En este proceso, el investigador tiene un conjunto de categorías y subcategorías que convergen en una unidad conceptual, que a su vez integra la realidad expresada por todos los sujetos de la investigación. Esta relación puede encontrarse de manera implícita en la narración de la teoría, por lo que es necesario que todas los conceptos identificados y sus múltiples relaciones y conexiones estén descritos de manera clara y precisa (80). Este tipo de codificación se vio representado en que a partir de los resultados, se graficó un modelo lógico que representa nuestra investigación, siendo la Caries, el problema sustancial y constituyendo la respuesta teórica a esta, debido a que fue el principal problema oral, transversal a la muestra, y que trajo consecuencias que determinan, en la mayoría, el solicitar atención, por lo que se enmarca dentro del proceso de salud-enfermedad-atención.

Figura 6: Modelo lógico de Representación del proceso salud-enfermedad-atención odontológica



PASO 6: Triangulación: Se realizó triangulación por investigador y datos. La primera hace referencia a cuando la observación o análisis del fenómeno es llevado a cabo por diferentes personas (107). De esta manera se reducen los sesgos de utilizar un único investigador en la recolección y análisis de datos, con lo que se otorgó consistencia a los hallazgos (107). Por otro lado, la triangulación por datos consiste en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos mediante los diferentes métodos (107).

Se utilizaron estos dos métodos de triangulación ya que se comparó la presente investigación con estudios pertenecientes al mismo proyecto marco, como lo planteado por

Davis et al (103), donde se demuestra consistencia interna en cuanto al tipo de prácticas orales que realizan las personas frente a dolor dental, principalmente al uso de una práctica de tipo farmacológicas, químicas y físico-mecánicas. De estas a su vez, releva el desgaste emocional que conlleva, además de mencionar a la extracción como método para aliviar el dolor. Ahora bien, en el estudio de Ramírez et al (104), también existe coincidencia, pues analiza las cualidades del profesional y su relación con el paciente. Lo anterior se refleja con nuestro estudio en características como el hecho de empatizar con los pacientes, explicar los procedimientos odontológicos y así disminuir la ansiedad, frente a esto. Otro aspecto similar es la clasificación de un buen y mal dentista, donde el primero es cercano y empático y en su contraparte es el profesional que maltrata a sus pacientes. Ahora bien, una de las diferencias con nuestro estudio fue el grado de profundización en este tema, en el sentido que el estudio de Ramirez et al (104), propone un protocolo de prácticas de buen cuidado focalizado en la satisfacción del paciente.

Si se compara con los estudios anteriormente expuestos, nuestra investigación aporta como tema emergente, las representaciones sobre salud oral y enfermedad desde las visiones de las personas. Estas son importantes, ya que de ellas se derivan las conductas de autocuidado y la importancia que se le otorga a estas, como método para mantener un estado de salud oral óptimo.

3.8.Confiabilidad

Es necesario aportar a la Confiabilidad del estudio, lo que según King et al, no sería obtener los mismos resultados en el estudio, sino más bien, el poder reproducir los procesos para producir los resultados, aun cuando los contextos culturales sean muy diferentes entre

sí (85). Se busca con esto aportar a la Confiabilidad de los resultados, si es coherente el proceso de investigación siguiendo las normas de una investigación de tipo cualitativa (85). Como primer criterio que aporta confiabilidad al estudio, se destaca la Credibilidad (105), la cual hace referencia a que “las interpretaciones creíbles de los datos cualitativos ofrecen explicaciones que son congruentes con los datos recolectados y comprensibles para las personas que forman parte de la población del estudio” (p159). En nuestra investigación este criterio aplica, pues, se ha triangulado tanto por datos como por investigador, con dos estudios de tipo cualitativo, cuyos resultados son similares a los mencionados en la presente investigación.

El segundo criterio, hace referencia a la Confirmabilidad (105), ya que la investigación cualitativa, reconoce la función del investigador en cuanto a la definición de los problemas a abordar, la interpretación de la información y la dirección que toma el proceso de la investigación. Los investigadores cualitativos creen que, al estar conscientes de su propia subjetividad, pueden comprender y limitar mejor sus efectos sobre las actividades de la investigación (desde la recolección de datos hasta el análisis), con lo cual permiten a los participantes expresar sus experiencias, valores y expectativas sin restricciones. Los investigadores cualitativos pueden verificar si han mantenido suficientemente la distinción entre sus propias ideas y las de los participantes abriendo el proceso del estudio a la inspección y a la verificación externas. Un método para lograr Confirmabilidad del proceso, es la verificación (105). La vía para la verificación es un registro que permitirá demostrar con material el proceso que permitió llegar a la conclusión del estudio. Se crea a partir de notas y otros tipos de material recolectados sobre el terreno y almacenados sobre la marcha. Dentro del material que conformó esta investigación, se cuenta con, audios, transcripciones, lista de códigos, modelos lógicos, protocolo de entrevistas, entre otros.

3.9. 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” (p142). Asimismo, es importante mencionar lo que afirma González (32) (33), 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 llevó a cabo conversaciones entre los investigadores y los pacientes, lo cual implica la dignidad del ser humano bajo la ética comunicativa (33). 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, las personas fueron abordados a través del Cesfam de manera directa, verbal y personal. Su participación fue de forma voluntaria, gratuita y ningún sujeto fue entrevistado en un momento de padecimiento de dolor.

Anonimización: Respecto al tratamiento de los datos la información empírica fue registrada por medios audiovisuales y anonimizada para su transcripción. El proceso de anonimización consistió 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. Una vez anonimizados se entregó a los investigadores responsables, una copia material y otra virtual de los archivos digitales codificados con la información de identificación de los sujetos que participaron en las aplicaciones.

Resguardo de los datos: La investigadora responsable y los coinvestigadores han tenido acceso exclusivo a esta base de datos, donde se mantienen también escaneados los Consentimientos Informados. Se mantiene 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 Talca (Ver anexo I).

4. RESULTADOS

Para la presente investigación el problema a abordar son las representaciones del proceso salud-enfermedad-atención odontológica desde la visión de las personas, es por ello que los objetivos a lograr en el transcurso de los resultados son el de comprender las representaciones en temas de salud oral como lo es una boca sana y una boca enferma, conocer y comprender los problemas de salud oral y su relación con el dolor, las prácticas de alivio derivadas de este y posibles repercusiones en el ámbito social. Otro aspecto relevante a considerar es la valoración de la atención entregada por el odontólogo, del tratamiento recibido y del sistema de atención del CESFAM y su impacto que genera en las personas.

4.1.REPRESENTACIÓN EN SALUD ORAL

El capítulo 1 responde el objetivo de comprender las representaciones en temas de salud oral, principalmente de lo que es una boca sana y una boca enferma, desde la visión de las personas. Al respecto, el principal resultado obtenido es que las personas atribuyen importancia a los dientes como una estructura principal dentro de la boca y que es susceptible a enfermedades, dentro de las cuales destaca la caries entre todos los problemas mencionados. Es así como las representaciones de la salud oral y las prácticas de cuidado se refieren a la enfermedad de caries.

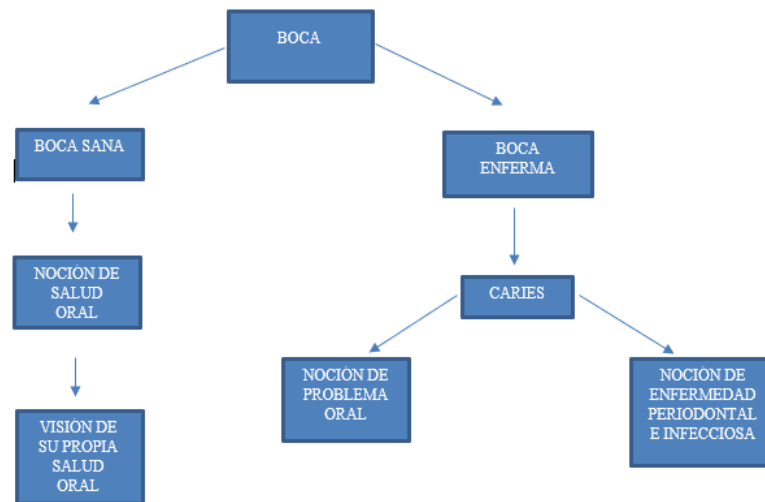
Del análisis de la representación de la salud oral emergieron las siguientes dimensiones, como lo son la salud oral, boca sana y boca enferma, problemas orales, enfermedad periodontal e infecciosa y temas referentes a la valoración que ellos le otorgan a su propia salud oral.

En el presente capítulo se desarrollarán, en el orden que sigue, las dimensiones antes mencionadas:

- 4.1.1. **Noción de salud oral desde la visión de las personas:** este tema será abordado mediante tablas, las cuales se organizarán según categorías desprendidas de los diferentes puntos de vista de los individuos, además de citas entregadas por los mismos pacientes.
- 4.1.2. **Noción de boca sana y enferma:** será presentado por medio de una tabla en la cual se describirán las diferentes categorías descriptivas con sus respectivas frecuencias.
- 4.1.3. **Noción de problema oral:** este subtema será presentado mediante el uso de tablas con diferentes categorías que representan diferentes condiciones de salud, además de sus frecuencias en relación a lo relatado por el individuo.
- 4.1.4. **Noción de enfermedad periodontal e infecciosa:** será descrito mediante tablas en las cuales se consignará si el paciente identifica o no identifica determinadas condiciones de salud referente al ámbito periodontal e infecciosa, también se describirá el origen que ellos le atribuyen a cada una.

4.1.5. **Visión de su propia salud oral:** en este subtema se sintetiza la valoración que los pacientes le dan a su propia salud, los diferentes tópicos que constituyen la importancia y preocupación sobre salud oral.

Figura 3: Modelo lógico representación de salud oral



4.1.1. **Noción de salud oral desde la visión de las personas**

A continuación, se representan las respuestas que se obtuvieron cuando se les pregunta a las personas sobre que reconocen por salud oral. Dentro de las respuestas obtenidas, emergen 3 dimensiones relevantes a saber: “Dimensión Biológica”, “Prácticas y valores en salud oral” y “Visión integral”. El principal resultado obtenido es que las personas objetivizan la salud oral, como la boca y los dientes sanos.

TABLA 3: NOCIONES Y DIMENSIONES DE SALUD ORAL

Personas que se refirieron a este tema fueron 36

| SUBCATEGORÍA | SÍNTESIS | CITAS |
|--|--|--|
| DIMENSIÓN BIOLÓGICA | | |
| BOCA Y DIENTES SANOS | Está asociada a cuando las personas mencionan que tener salud oral es tener boca o dientes sanos | <i>“Una boca sana es tener todos sus dientes y molares sanos.” (mujer, 62 años)</i> |
| MANTENER DIENTES POR MÁS TIEMPO EN BOCA | Está asociada a cuando las personas mencionan que tener salud oral es tener por largo tiempo sus dientes. | <i>“...me parece bien para mantener una boca sana...y los dientes ojalá los más posibles” (hombre, 64 años)</i> |
| PRÁCTICAS Y VALORES EN SALUD ORAL | | |
| CUIDADO DE LOS DIENTES | Está asociada a cuando las personas se refieren a diferentes prácticas de cuidado de sus dientes. | <i>“...yo considero que es importante conservar los dientes, cuidarlos taparlos, o cuando se pueda salvar salvarla...” (mujer, 47 años)</i> |
| PREOCUPACIÓN POR LIMPIEZA | Está asociada a cuando las personas hacen alusión específicamente a el lavado o cepillado diario de los dientes. | <i>“Bueno, con respecto a salud oral habría que empezar por lo que es la preocupación del aseo diario de la dentadura” (mujer, 62 años).</i> |
| PREOCUPACIÓN POR ALIMENTACIÓN | Está asociada a cuando las personas se refieren a prácticas de alimentación saludable como estrategia para cuidar sus dientes. | <i>“ Una boca sana es tener todos sus dientes y molares sanos. Para eso hay que tener una alimentación sana” (mujer 62 años)</i> |
| PREOCUPACIÓN POR IR A CONTROLES | Está asociada a cuando los pacientes relatan que es necesario mantener controles periódicos con dentista para mantener salud o corregir problemas. | <i>“ ...estar en contacto con...los dentistas en este caso, para analizar problemas que vayan apareciendo como caries, para controlarse...” (hombre 64 años)</i> |
| VISIÓN INTEGRAL | | |

REPERCUTE EN EL ORGANISMO

Está asociada a cuando las personas identifican una relación dependiente entre una boca sana y los distintos sistemas del organismo.

“...la salud bucal es necesario mantenerla en un buen nivel, ya que repercute en nuestro organismo...” (hombre, 64 años)

Es importante mencionar que la visión de mayor consenso respecto de lo que es la salud oral, está representada por la siguiente cita:

“Una boca sana es tener todos sus dientes y molares sanos” (mujer, 62 años).

Se presentaron otras definiciones de mayor complejidad de formulación, en su minoría, que se corresponde con una persona que posee un mayor nivel educacional, a saber,

“...en ese caso, la salud bucal es necesario mantenerla en un buen nivel, ya que repercute en nuestro organismo, cualquier problema que pudiésemos tener nos va afectar de una u otra forma, directa o indirectamente a nuestro organismo, que es una maquina perfecta, donde tienen que convivir el aparato circulatorio, el respiratorio, digestivo y si nosotros le entregamos una mala salud bucal, estamos comprometiendo 4 de estos sistemas y sus órganos...” (hombre, 64 años).

Un aspecto relevante en la salud oral es que es susceptible de mejora, mediante prácticas de cuidado, dentro de las cuales se mencionan aquellas asociadas a la higiene, alimentación y mayor preocupación de sus dientes para mejorar la salud oral, y en una minoría, se menciona el control dental como una conducta de autocuidado.

4.1.2. Noción de boca sana y enferma

Si bien la noción de salud oral se asocia a una boca sana, es importante profundizar sobre que entienden las personas por una boca sana y su contraparte.

Dentro de la boca sana destacan cuando las personas hacen alusión como primer eje a una “Ausencia de” alguna condición, como por ejemplo la ausencia de caries, sarro, sangrado e infección. Como segundo eje destaca la “Higiene”, cuando se mencionan características de limpieza dentro de la boca, como dientes limpios, buen aliento y buena higiene. Y como último eje se abordó “Totalidad”, en la cual las personas hacen referencia a que toda la boca debe tener una condición positiva.

Dentro de la boca enferma como primer eje a abordar los pacientes se refieren a cuando se “Presencia de”, como cuando se habla de que se tiene caries, se tiene infección y se tiene dolor. Como segundo eje se hace referencia a la “Falta de higiene”, cuando se mencionan características negativas producto de la falta de higiene como lo son, dientes sucios, mal olor, mala higiene y sarro. Como tercer eje se agruparon todo lo referente a “Encías”, incluyendo patologías como gingivitis, signos como inflamación y sangrado y menciones no específicas sobre enfermedades de encías.

Tabla 4: NOCIÓN DE BOCA SANA Y ENFERMA POR CATEGORÍAS Y FRECUENCIAS

N = 45

| BOCA | | | | | |
|---------------------------|-------------------------|-------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------|
| BOCA SANA (n = 44) | | | BOCA ENFERMA (n = 42) | | |
| CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN | FRECUENCIA | CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN | FRECUENCIA |
| Ausencia de | Sin caries | 52% | Presencia de | Caries | 66.6% |
| | Sin sarro | 12,5% | | Infeción | 14,5% |
| | Sin sangrado | 6,25% | | Dolor | 10,4% |
| | Sin infección | 6,25% | | | |
| | Sin inflamación | 4,2% | | | |
| | Sin tapaduras | 2% | | | |
| Higiene | Dientes limpios | 29% | Falta de higiene | Dientes sucios | 22,9% |
| | Buen aliento | 18.8% | | Mal olor | 20,8% |
| | Buena higiene | 10.4 | | Mal higiene | 6.25% |
| | | | | Sarro | 2% |
| Totalidad | Todos los dientes sanos | 20,8% | Encías | Inflamación | 12.5% |
| | Que este todo bueno | 4,1% | | Gingivitis | 4,2% |
| | | | | Sangrado | 4,2% |
| | | | | Enfermedad de encías | 2% |
| | | | Otros | Pérdida de dientes | 6,25% |
| | | | | Dientes chuecos | 4,2% |
| | | | | Provocado por alimentación | 2% |

*N hace referencia a todas las personas que contestaron sobre la noción de boca sana y enferma, del total de la muestra. † n hace referencia a todas las personas que contestaron para boca sana o enferma.

En la tabla 4, se puede apreciar las respuestas que dan las personas al preguntar sobre que es para ellos una boca sana y enferma, en la cual las estas refieren que, según la ausencia o presencia de caries, determinara su salud o enfermedad, respectivamente.

4.1.3. Noción de problema oral

Al momento de preguntar a las personas que consideran como problema oral estos se refirieron a tres grandes categorías, “Dental”, “Periodontal” y “Asociados”. En la categoría “Dental” se describen tanto patologías, signos y consecuencias de enfermedades relacionadas a los dientes. En la segunda categoría se refirió a todo lo relacionado con “Periodontal”, que incluye tanto sintomatología como signos de la enfermedad periodontal. Y en la última categoría de “Asociados” de incluyen otras patologías de la cavidad oral.

Tabla 5: NOCIÓN DE PROBLEMA ORAL POR CATEGORÍA Y FRECUENCIA

| N = 44 | | |
|--------------------|-------------------------|-------------------|
| CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN | FRECUENCIA |
| Dental | -Caries | 81,25% |
| | -Infección dental | 29% |
| | -Pérdida de dientes | 22,9% |
| Periodontal | -Sangramiento de encías | 30% |
| | -Inflamación de encías | 20,8% |
| | -Halitosis | 16,6% |
| | -Lengua saburral | 6,25% |
| Asociados | -Herpes | 14,5% |
| | -Cáncer | 4,1% |

*N hace referencia a todas las personas que contestaron sobre la noción de que tienen sobre problema oral, del total de la muestra.

Se aprecia en la tabla 5 las respuestas entregadas por las personas, estas tienden a superponer conceptos como síntomas/signos, patología y consecuencias de la enfermedad cuando se pregunta por lo que ellos consideran como un problema oral. Por ejemplo, en la primera categoría de “Dental”, se aprecia que se incluyen patologías como lo puede ser la caries, signos de la enfermedad como lo es la infección dental y consecuencias de las anteriores como lo puede ser la pérdida de dientes.

Uno de los temas recurrentes respecto a la patología oral vuelve a ser la caries, como un tema asociado a lo que es enfermedad para las personas, pudiendo inferir que ellas le otorgan más relevancia por sobre otras patologías, debido a que se presenta de manera transversal dentro de la población. También se puede rescatar que la opinión que suscitan entre las personas es que como la caries pareciera ser un problema tan común es inevitable no tener. Por ejemplo, esto se refleja en algunos relatos de las personas como,

“Es que común mente la gente habla de caries, es lo más común, es lo más fácil las caries...” (mujer, 60 años)

“Puff quien no tiene caries?, casi todos los que conozco tan ma o menos parecido a lo mío” (mujer, 43 años)

“Igual yo creo que nací con mala dentadura, porque a mí y a mis hermanos se nos cariaban al tiro los dientes, como que nos salían y al tiro se cariaban” (mujer, 49 años)

El cáncer pese a que se revela como una categoría minoritaria, cualitativamente es significativo debido a que genera un alto impacto en las personas, inferimos que es por la

novedad que suscita en ellos. Lo anterior se ejemplifica en los siguientes relatos de las personas,

“No, pero la otra vez vi un reportaje de cáncer...cáncer de labio parece de boca quede pa dentro, sí porque yo fumo y fumó de los 14 años y tengo 50...si quedé impactada...” (mujer, 50 años)

4.1.4. Noción de enfermedad periodontal e infecciosa

Al preguntar a las personas sobre la noción que estos tienen sobre enfermedad periodontal e infecciosa, las respuestas se pudieron agrupar en 4 grandes categorías, dentro de las cuales destacan según su entendimiento “Halitosis”, “Gingivitis”, “Periodontitis” y “Absceso/Aumento de Volumen”. Estos términos, fueron dichos de manera textual por los pacientes o inferidos por los analistas. Por otro lado, nuestra pregunta también se enfocó en el origen que las personas le atribuían a este tipo de condición. Es necesario mencionar que para los pacientes hablar de enfermedad periodontal e infecciosa es conjugar tanto, signos, síntomas y patologías propiamente tal a un mismo nivel.

Tabla 6: DICOTOMÍA EN IDENTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PERIODONTAL Y PATOLOGÍA INFECCIOSA

| N = 48 | | | |
|--|---|--|--|
| PATOLOGÍA/ SÍNTOMA/ SIGNO | IDENTIFICA PATOLOGÍA/ SÍNTOMA/SIGNO * ENTREVISTADO | NO IDENTIFICA PATOLOGÍA/ SÍNTOMA/SIGNO * ENTREVISTADO | ORIGEN ATRIBUIDO A LA PATOLOGÍA/SÍNTOMA/SIGNO |
| Halitosis | 38 | 6 | -Alimentación no adecuada -Fumar -Despreocupación por parte de la higiene -Producido por estómago |
| Gingivitis | 31 | 14 | -Falta de higiene -Mal estado de encías |
| Periodontitis | 19 | 18 | -Mal cuidado |
| Absceso / Aumento de volumen | 13 | 13 | -Infección -Caries -Diabetes -Defensas bajas -Bacterias en lengua -Hueso seco -Dientes malos |

*N hace referencia a todas las personas que contestaron sobre la noción de enfermedad periodontal e infecciosa, del total de la muestra.

En la tabla 6 se aprecia que dentro de los tópicos que más identificaron las personas, esta todo lo relacionado con “Halitosis”, también conocido por las personas como mal aliento, tema en el cual los pacientes presentaron un mayor dominio.

Las categorías “Gingivitis” y “Periodontitis” por parte de las personas, fueron consideradas como un todo al momento de describir el origen de esta. Al preguntar sobre determinada condición, estos se referían a descripciones de alguna enfermedad, y por lo tanto el investigador separó arbitrariamente las características pertenecientes a gingivitis y periodontitis. Es así como se ocuparon las condiciones manifiestas como también expresiones donde el investigador infirió que se refería a una sintomatología de la

enfermedad periodontal, realizando el proceso de digitalización para incluir estas características dentro de la patología. Concluyendo a lo anterior, a modo de ejemplo, no todas las personas reconocen la periodontitis como una morbilidad, ya que muchos conceptos están transpuestos o intercambiados entre sí.

Si bien fue una minoría que identificó el término “Absceso/Aumento de volumen”, las personas se refirieron tanto a condiciones del diente, como sistémicas del individuo, coincidiendo con conocimiento de tipo biomédico, para hacer alusión a su origen.

Según esto se puede inferir que, pese a que hay un grado de entendimiento por parte de las personas sobre patología periodontal e infecciosa, estas no pueden diferenciar entre un síntoma/signo y una patología.

4.1.5. Visión de las personas de su salud oral

Al momento que las personas fueron interrogadas sobre su valoración de su propia salud oral, ellos respondieron calificándola de buena, mala o más o menos. También se invitó a las personas a referirse al valor que tiene la salud oral para ellos mismos, haciendo alusión específicamente a la importancia de esta. Del relato de las personas se infiere que la preocupación es baja y que esta varía a lo largo de las etapas de la vida, siendo más importante en la adultez. Es así como, los resultados obtenidos determinan que hay opiniones de las personas divididas entre una valoración positiva de su salud oral y una valoración negativa de esta. Por otro lado, la importancia asignada a su salud oral o a al tema de salud oral propiamente tal es alto, no obstante, los mismos datos comprueban que esto fue no fue la

constante de salud a lo largo de su vida. En cuanto a la importancia que estos le dieron a la salud oral, se infiere que la valoración de la salud oral está relacionada con la presentación personal, se argumenta al respecto que los dientes son importantes porque son el reflejo de la persona, en este contexto se pueden mencionar algunos relatos, como:

“Trato de lo más posible de mantener mi boca sana, porque es en realidad el reflejo de uno po, tú hablas o uno te ríe que se yo y no es la idea que te vean con un diente negro, picado o sin un diente para mí es importante por lo menos”. (mujer, 48 años)

“Igual los dientes son súper importantes para mí, por ejemplo, porque igual los dietes son la presentación de uno, la gente se fija en eso po” (mujer, 55 años)

“Si porque la boca y los dientes son los que hablan de uno” (mujer, 47 años)

Por otro lado, otras personas hacen referencia a la importancia del tema dental, ya que los dientes parecen ser un elemento fundamental dentro de la boca, como por ejemplo,

“Algo bastante importante porque se supone que los dientes deben estar mejor hasta la adultez, entonces trato de ponerle el cuidado en eso”. (mujer, 29 años)

“Pero ahora más adulta no, mucha más importancia porque ahí uno le toma el peso a lo que cuesta un diente (se ríe)” (mujer, 32 años)

“Igual ahora le he dado más importancia, ahora que me faltan mis dientes” (mujer, 48 años).

Otra dimensión agrupa a personas que parecieran no darle la importancia necesaria a las prácticas de cuidado oral, como:

“No le doy mucha importancia, me cepillo poco. Semanal lo mismo, siento que voy al dentista y que ahí estoy lista, no me preocupo después. Me da lata porque para una higiene buena tengo que gastar mucho tiempo”. (mujer, 44 años)

Pero esto se contrasta con personas que, si le dan la importancia a las prácticas de cuidado, como:

“... hacerme un buen aseo, un buen cepillado, como el hilo dental, un correcto cepillado po” (mujer, 55 años)

En cuanto a lo referente a la preocupación de las personas por salud oral, estos expresan que fue difícil, debido a que no eran conscientes del problema o si sabían que tenían un problema no le tomaban el peso, además de preocuparse muy tarde por su salud. Algunas situaciones que ejemplifican esto son:

“Yo creo que me cuido lo normal, pero la preocupación se hace consciente cuando...tengo problemas, eso es lo malo, me preocupa poco cuando no tengo nada, pero cuando me da algo ahí me da la preocupación, pero no es urgente”. (hombre, 51 años)

“Ahora más adulta mucha, anterior más niña claramente no era la mejor, por eso se produjeron las caries que tengo y perdida de algunas piezas dentales” (mujer, 32 años).

A través del capítulo se han podido documentar y destacar los diferentes tópicos:

1. Distintas nociones y dimensiones que tienen las personas sobre qué es salud oral, como lo son la dimensión biológica, prácticas y valores de salud oral y visión integral.
2. La presencia o ausencia de enfermedad de caries es un indicador de boca enferma o sana.
3. La caries es identificada por las personas como el mayor problema oral.
4. Existe una mayor identificación de síntomas o signos que de las enfermedades propiamente tal.
5. La importancia que las personas le atribuyen a salud oral no se condice con la preocupación que muestran por ella.

Según lo anterior, se puede observar que todas las nociones de salud y enfermedades mencionadas por las personas se ven relacionadas al diente, destacando por sobre todas, la caries dental, como indicador de salud.

4.2. PROBLEMA DE SALUD ORAL, ORIGEN ATRIBUIDO POR LAS PERSONAS Y REPRESENTACIÓN SOCIAL

El capítulo 2 responderá a el interés de comprender los problemas de salud oral y su expresión clínica más significativa, las prácticas de alivio derivadas de ella y posterior representación social, desde la visión de las personas, cuyo resultado a destacar, es que la caries es el tema principal y esta a su vez de transforma en la base de lo que las personas relatan cómo problema oral. Relacionado a esto, aparece el dolor como el eje central de la atención dental. Derivado de esto surgen las connotaciones del tipo social ante la pérdida dentaria, como consecuencia negativa de un problema oral, en ella las personas hacen alusión al impacto que tiene esta, sobre la presentación personal. A su vez, repercute en consecuencias psicosociales como la depresión, la ansiedad, la baja autoestima y la discriminación.

A continuación, se desarrollarán los temas de problema de salud dental y el dolor, debido a la importancia que le dan las personas a este, en su relato. Además de lo anterior se describirá el enfoque social que le otorgan las personas a las consecuencias de un problema oral.

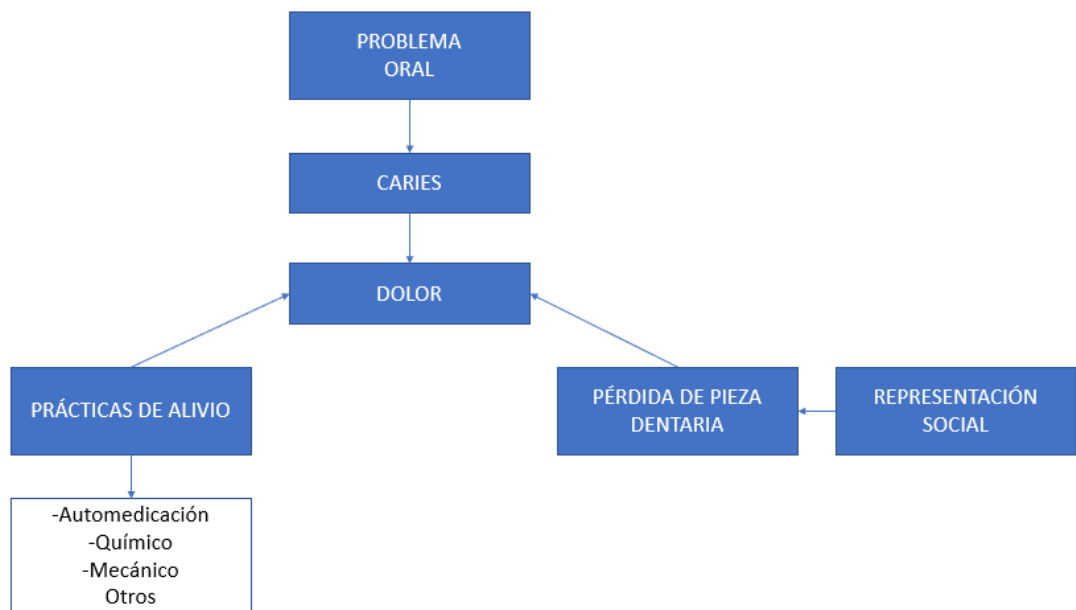
El primer tema a abordar son los problemas de salud dental, estos se presentarán mediante una tabla donde se registran los problemas orales que padecen o padecieron los pacientes de forma decreciente con su respectiva frecuencia y también se describirá el origen atribuido por las personas a cada uno de ellos.

Derivado de esto aparece el dolor, el cual, por ser un tema relevante dentro del relato, se debe profundizar debido a su relación con el motivo de consulta. Esto será ejemplificado a través de una tabla ordenada de manera decreciente con sus respectivas frecuencias y estas a su vez agrupadas según la razón por la cual solicitan la atención. También se mencionará el origen atribuido al dolor por las personas, mediante una tabla ordenada de manera decreciente. Para finalizar se describirá todo lo relacionado a la reacción que tienen las personas al dolor, mediante dos tablas, la primera refiriéndose de manera general a la cantidad de personas que realiza una medida de acción ante el dolor y la segunda profundiza en las prácticas de alivio del dolor a través una tabla descriptiva con sus respectivas frecuencias y citas para ejemplificar.

Como consecuencia de lo anterior emergen múltiples dimensiones de origen emocional, funcional y psicosocial, para representar que implica para la persona, el perder una pieza dentaria.

4.2.1. Problema de salud oral

Figura 4: Modelo lógico problema de salud oral



Al momento de preguntar a las personas sobre qué problemas orales han tenido, estos responden instintivamente a sintomatología, patología propiamente tal y consecuencia de la patología. Cabe destacar que las respuestas incluyen, tanto problemas actuales como pasados de las personas. Según esto se organizó la información en los problemas más prevalentes entre las personas según su frecuencia y junto al problema oral se le consultó sobre qué origen le atribuían a este. Así ordenadas de mayor a menos frecuencia se obtuvieron los siguientes problemas orales: “Caries”, “Sangrado de encías”, “Infección”, “Pérdida de dientes”, “Dolor de encías”, “Sarro”, “Periodontal”, “Mal Aliento”, “Malposición dentaria”, “Hipersensibilidad dentaria”, y en la categoría de “Otros”, se agruparon las patologías que se mencionaron solo una vez por las personas.

TABLA 7: PROBLEMA DE SALUD ORAL POR FRECUENCIA Y ORIGEN ATRIBUIDO

N = 48

| PROBLEMA ORAL IDENTIFICADO POR PERSONAS | FRECUENCIA | ORIGEN ATRIBUIDO POR PERSONAS | CITAS |
|--|-------------------|--|--|
| CARIES | 89.3% | <ul style="list-style-type: none"> - Mal cepillado - Poca frecuencia de cepillado - Alimentación alta en azúcar - Boca sucia - Defensas bajas (sistema inmunológico) - Despreocupación / flojera | <i>“Consulte una vez por caries porque provocan dolor, en las muelas principalmente”. (mujer, 27 años)</i> |
| SANGRADO DE ENCÍAS | 87.5% | <ul style="list-style-type: none"> - Mal cepillado - Poca frecuencia de cepillado - Cepillado brusco - Alimentación muy caliente o muy dura - Diabetes - Sarro - Cepillo duro - Encía blanda - Infección - Bacterias - Sensibilidad de la encía | <i>“De principio a mí me pasarían problemas en toda, me sangraban las encías, se me ha ido quitando, ya no tengo ese problema” (hombre, 62 años)</i> |
| INFECCIÓN | 45.8% | <ul style="list-style-type: none"> - Cepillo infectado - Diente picado - Mal cepillado - Caries en la raíz | <i>“...unos porotitos en la encía, que aparecieron donde estaba la carie y que era como durito y que molestaban a la vez y dolían.” (mujer, 47 años)</i> |
| PÉRDIDA DE DIENTES | 35.4% | <ul style="list-style-type: none"> - Fractura de diente - Caries - Dolor dental - Por el retenedor de la prótesis - Accidente - Diabetes - Mal cuidado | <i>“sí porque yo perdí una muela por lo mismo por dejada” (mujer, 24 años)</i> |

| | | | | |
|--|-------------------------|--|------|---|
| DOLOR DE ENCÍAS | 25% | - Cepillos duro - Cepillado - Traumatismo anestesia | post | <i>“Tengo el problema de las encías, me duelen al comer, para masticar”. (mujer, 67 años)</i> |
| SARRO | 16.7% | - Mal cepillado - Productor de sarro | | <i>“El dentista me ha dicho que yo produzco muy rápido el sarro, soy productor de sarro...” (hombre, 51 años)</i> |
| PERIODONTAL (gingivitis, diente suelto, periodontitis) | 14.6% | No se refiere | | <i>“Yo tengo gingivitis, eso”. (mujer, 43 años)</i> |
| MAL ALIENTO | 12.5% | - Mal cepillado - Boca sucia - Infección - Caries | | <i>“...o que tenga mal aliento. Mi marido es el que me dice que ando con mal aliento” (mujer, 32 años)</i> |
| MALPOSICIÓN | 4.2% | No se refiere | | <i>“y el otro problema es ese problema que ha tenido desde chico qué es el apiñamiento de dientes por el motivo que me hice la ortodoncia” (mujer, 30 años)</i> |
| HIPERSENSIBILIDAD DENTAL | 4.2% | - Alimentos cítricos | | <i>“sí normalmente lo que me pasa cuando consumo productos muy cítricos es hipersensibilidad” (mujer, 30 años)</i> |
| OTROS: Se refiere en menos frecuencia a traumatismos, descalcificación, no recambio de dientes temporales, entre otros. | 29.6% | | | <i>“Pongámosle una vez cuando me caí y se me quebraron los dientes de adelante ya ahí tuve que venir,” (mujer, 47 años)</i> |
| CATEGORÍA | ORIGEN ATRIBUIDO | | | |
| BIOMÉDICO | - Mal cepillado | | | |

| | |
|-------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Poca frecuencia de cepillado - Boca sucia - Sarro - Cepillo brusco - Encía blanda - Infección - Bacteria - Sensibilidad en la encía - Cepillo infectado - Caries - Dolor dental - Productor de sarro |
| QUÍMICO-MECÁNICO | <ul style="list-style-type: none"> - Cepillo duro - Fractura de diente - Uso de prótesis - Accidente - Traumatismo post anestesia |
| PSICOSOCIAL | <ul style="list-style-type: none"> - Despreocupación/ flojera |
| GENERAL | <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación alta en azúcar / muy caliente y muy dura / cítrica - Defensas bajas - Diabetes |

*N hace referencia a todas las personas que contestaron sobre qué problemas dentales ha tenido, esto en relación al total de la muestra.

En la tabla 7 se puede observar que de acuerdo a las categorías, las personas al responder la pregunta sobre qué problema oral ha tenido, tienden a colocar síntomas, signos, patologías y consecuencias a un mismo nivel.

Entre los problemas orales que las personas han presentado, destacan tanto la caries dental como tema recurrente y el sangrado de encías de manera transversal a la muestra. La caries dental junto con infección y pérdida dentaria, están relacionadas entre sí de manera lineal, ya que desde el punto de vista biomédico se comienza con una caries, al dejar pasar el tiempo se puede generar una infección que generalmente termina con una pérdida de la pieza dentaria, debido al gran avance o destrucción de esta. Los anterior hace alusión a una relación de causa-efecto-consecuencia.

A través del análisis del origen atribuido por las personas a los diferentes problemas orales inferimos o se observa que se pueden ordenar en diferentes categorías las que son del tipo biomédico, mecánico, general, sistémico y psicosocial. En su mayoría destacan las expresiones del tipo biomédico, que hacen referencia a hitos importante dentro del proceso de la enfermedad, entre las cuales podemos mencionar al mal cepillado y su poca frecuencia, suciedad en la boca, sarro, encía blanda, infección, bacterias, sensibilidad en la encía, diente picado, dolor dental. Por otro lado, hay expresiones que se clasifican dentro de factores mecánicos dentro de las cuales podemos encontrar, cepillado brusco, cepillo duro, trizo el diente, retenedor de la prótesis, accidente y trauma post anestesia. En su minoría se encuentran expresiones sistémicas como lo puede ser la diabetes y las defensas bajas, expresiones generales que incluye todo lo referente a la alimentación y expresiones psicosociales como despreocupación y flojera.

4.2.2 Dolor dental

A través del análisis de las entrevistas, se observó que un tema recurrente para las personas es el dolor dental, debido a que formaba parte de la mayoría del relato de estos y además es considerado como el principal motivo de consulta en redes asistenciales. A continuación, se detallarán el dolor como principal “Motivo de consulta” debido a su alta frecuencia, el “Origen atribuido” que las personas le dan a este y “Reacciones al dolor” donde se incluyen tanto, prácticas de alivio al dolor, solicitar atención y sin acción.

4.2.2.1 Motivo de consulta

Al preguntar a las personas sobre qué motivo tienen para asistir al dentista, se registran diferentes temas, siendo el dolor el eje principal al repetirse en la mayoría de los casos. Es necesario saber que estos motivos de consulta son descritos de la misma forma como los individuos lo expresaron, es así como la caries de igual manera, se considera como uno de ellos, sin embargo, sabemos que está íntimamente relacionado con el dolor dental, siendo su principal causa. Seguido a esto se muestra la agrupación del motivo de consulta según diferentes factores, como lo es la “Morbilidad Odontológica”, “Psicosocial” y “Preventivo”.

Tabla 8: MOTIVO DE CONSULTA SEGÚN CATEGORÍA Y FRECUENCIA

| N = 37 | |
|---|---|
| CATEGORÍA | FRECUENCIA |
| Dolor dental | 60.4% |
| Salud oral integral de la embarazada | 14.6% |
| Prótesis | 14.6% |
| Estética | 12.5% |
| Salud | 10.4% |
| Infección | 8.3% |
| Tapaduras | 6.25 |
| Dinero | 6.25 |
| Limpieza | 4.2% |
| Por información de otros | 4.2% |
| Control | 4.2% |
| Caries | 4.2% |
| Autoestima | 2.1% |
| Otro | 14.6% |
| CATEGORÍAS | MOTIVO DE CONSULTA |
| MORBILIDAD ODONTOLÓGICA | <ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Salud oral integral de la embarazada - Prótesis - Infección - Tapaduras - Limpieza |

| | |
|--------------------|-----------------------------|
| | - Caries |
| PSICOSOCIAL | - Estética |
| | - Dinero |
| | - Recomendación de terceros |
| | - Autoestima |
| PREVENTIVO | - Salud |
| | - Control |

*N hace referencia a todas las personas que contestaron a la pregunta de cuál es el motivo porque asistieron al Cesfam, del total de la muestra.

Dentro de los motivos de consulta, como se ejemplifica en la tabla 8, el que más se repitió durante el relato de las personas fue el dolor dental con un 60.4%. es importante destacar que la mayoría de los relatos se puede apreciar que los pacientes cuando presentan determinado problema oral como lo es la caries, dejan pasar el tiempo, y suelen consultar una vez que genera dolor, expresado en las siguientes frases:

“No le dije a nadie en ese momento, solo yo no más y cuando tuve mucho dolor pregunte”. (mujer, 34 años)

“Cuando veía que no desaparecía el dolor vine al dentista...” (mujer, 47 años)

“...entonces también tenía que venir por obligación tenía que venir sí o sí, porque no se me quitaba el dolor, más que nada eso.” (mujer, 47 años)

Además, el motivo de consulta se pudo clasificar dentro de 3 categorías que representan los distintos temas de interés por parte de los individuos, destacando entre ellas la “Morbilidad Odontológica”, que hace alusión a resolución de algún problema dental o inquietud relacionado como lo puede ser la incorporación a beneficios dentales como Programa de prótesis y morbilidad, o política de gobierno como Salud oral integral de la embarazada.

4.2.2.2 Origen atribuido al dolor

A continuación, se presentarán los diferentes orígenes atribuidos por las personas cuando se les pregunta por dolor. Estas descripciones fueron analizadas de manera general de forma decreciente y también agrupadas, según diferentes factores como lo son: biomédicos, químico-mecánico, psicosocial y general.

| Tabla 9: ORIGEN DEL DOLOR ATRIBUIDO POR LAS PERSONAS POR CATEGORÍA | |
|---|--|
| | N = 41 |
| ORIGEN ATRIBUIDO POR LAS PERSONAS | <ul style="list-style-type: none"> - Mala higiene - Caries - Alimentación alta en azúcar - Mal cepillado - Cambios temperatura - Infección - Desalajo tapadura - Negligencia - Uso prótesis - Filtración - Fractura de diente - De la nada - No sabe - Otros |
| CATEGORÍA | ORIGEN ATRIBUIDO |
| BIOMÉDICO | <ul style="list-style-type: none"> - Caries - Mala higiene - Mal cepillado - Infección |
| QUÍMICO-MECÁNICO | <ul style="list-style-type: none"> - Desalajo de tapadura - Cambio de temperatura - Uso de prótesis - Filtración - Fractura de diente |
| PSICOSOCIAL | <ul style="list-style-type: none"> - Negligencia - De la nada - No sabe |
| GENERAL | <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación alta en azúcar |

*N hace referencia a todas las personas que contestaron a la pregunta de cuál es el origen del dolor, del total de la muestra.

En relación al origen del dolor relatados por las personas, como se aprecia en la tabla 9, en su mayoría se puede ver que representan factores que se enmarcan dentro del modelo biomédico, por ejemplo, se asocia a la presencia de caries, mal higiene junto al mal cepillado o el desarrollo de una determinada infección dental. Dentro del eje principal, desprendido del relato de los individuos, pareciera ser que nuevamente la pieza dentaria fuera el foco de atención principal. Para ellos referirse al origen del dolor, está relacionado nuevamente con la Caries como origen más destacado, considerando que el Mal cepillado y la Alimentación alta en azúcar son una de las principales causas de su aparición.

Es importante destacar que, al preguntar sobre dolor, inmediatamente las personas lo asocian a dolor dental, excluyendo cualquier tipo de dolor en estructuras anexas, como puede ser en encías, lengua, entre otros.

4.2.2.3 Reacción al dolor

Otro tema relevante en el dolor es saber cuáles son las reacciones o acciones que realizan las personas cuando presentan tal condición, es por ello que se les pregunto cuál es su primera acción cuando tiene dolor, obteniendo tres grandes categorías, como lo son: Prácticas de alivio del dolor, Solicitar atención y Sin acción.

| Tabla 10: IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE REACCIÓN AL DOLOR | |
|--|--|
| | N = 48 |
| ¿QUE REALIZA CUANDO TIENE DOLOR? | ACCIÓN * ENTREVISTADO |
| Prácticas de alivio dolor | 45 personas |
| Solicitar atención | 40 personas solicitan atención: Inmediata: 19 Postergada: 23 |
| Sin acción | 12 personas |

*N hace referencia a todas las personas que respondieron que reacción tuvieron al presentar dolor, del total de la muestra.

En la tabla 10, según el relato de las personas lo que más suelen realizar como primera acción cuando presenta dolor es la realización de prácticas de alivio, las cuales se describirán de manera detallada en la siguiente tabla debido a su extensión. Como segunda medida de acción las personas solicitan atención donde podemos hacer la diferencia entre personas que lo hacen de manera Inmediata y de manera Postergada, sin embargo, hay personas que realizan ambas para distinto tipo de situaciones, lo que explica la incongruencia numéricamente hablando, ya que no se tomó como un factor excluyente entre sí. Como tercera medida de acción, pero en la minoría de los casos las personas no consultan al dentista por dolor.

Como se vio anteriormente se profundizará en el tema de las prácticas de alivio del dolor, donde se clasificarán según el origen al que responde la práctica, obteniendo 4 categorías: Automedicación, Químico, Mecánico y Otros.

| Tabla 11: PRÁCTICAS DE ALIVIO DEL DOLOR POR CATEGORÍA Y FRECUENCIA | | | |
|--|--|------------|---|
| | | | N = 45 |
| CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN | FRECUENCIA | CITAS |
| Automedicación | Pastilla: antiinflamatorios (ibuprofeno, paracetamol, ketoprofeno, dipirona, aspirina), antibióticos (amoxicilina) | 89.3% | <i>“...porque si el dolor es leve y con una pastillita se pasa, no vengo al dentista altiro” (mujer, 27 años)</i> |

| | | | |
|-----------------|---|-------|--|
| Químico | Alcohol, agua, ácido de batería, bicarbonato, salmuera, clavo de olor, ajo, pasta blanca, agua de manzanilla, anestesia, enjuague bucal, mentolatum, pasta de dientes, agua de romero. | 50% | <i>“...como que quema, al echarle agua ardiente al diente unas gotitas como que quema, y ahí uno descansa del dolor como que es un alivio, pero es por un rato porque después igual vuelve el dolor”. (mujer, 47 años)</i> |
| Mecánico | Masajear, cepillarse los dientes, paño caliente, morder dipirona, apretarme paño con sal caliente, la hilachita, alambre caliente, pinchar con aguja, picar la encía con alambre, masticar flor, cargar cepillo, auto extracción. | 39.6% | <i>“Como que tenían que echarle a una hilachita un aceite caliente y eso se colocaba y como que le calmaba, pero no, después tenía que acercarse al dentista es sólo por el momento no más.” (mujer, 47 años)</i> |
| Otros | Afirmarse cara, revisarse, cambio de cepillo, oblea china, sal, tomar a sorbitos. | 12.5% | <i>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”. (hombre, 64 años)</i> |

*N hace referencia a todas las personas que realizaron alguna práctica de alivio, del total de la muestra.

En la tabla 11 se puede ver, que dentro de las prácticas de alivio del dolor que relatan las personas, en su mayoría tienden a recurrir a prácticas de automedicación como primera opción, infiriendo que ellos intentan resolver su problema con un método de origen médico. Luego están las prácticas caseras del tipo químico dentro de las cuales destacan el uso de alcohol del tipo destilados, con un mayor uso, para poder evadir el dolor, más que para solucionar su problema, siendo conscientes de ello. Misma situación se repite en las prácticas del tipo mecánico.

A modo de juicio se puede distinguir que las personas hacen la diferencia del alcance de su práctica de alivio, sea química, mecánica, ya que como mencionamos anteriormente, buscan disminuir o evadir el dolor, pero no solucionarlo, característica que ellos si asocian al uso de fármacos.

En síntesis, podemos ver que, como principal medida ante el dolor, está el realizar una práctica de alivio del dolor y como segunda opción esta solicitar atención, ya que primero la persona realizaba la práctica y si esta no tenía efecto consideraban solicitar atención. Debido al relato se infiere que las personas si son conscientes que su condición solo se resolverá solicitando atención, sin embargo, ellos hacen uso de las prácticas para retardar el momento de la ida al dentista.

4.2.3. Representación social del problema oral atribuido por las personas

A medida que se profundizaba en el discurso de las personas, las cuales se enfocaban en noción de enfermedad y problemas orales, emerge desde la subjetividad del individuo todas aquellas dimensiones no tangibles de un problema oral. Es así, como se muestra que las personas le otorgan un gran peso a lo que su entorno pudiese llegar a pensar de ellas. Es así como es necesario poder abordar todas las dimensiones que nacen a través de este problema, razón por la cual se analizará lo que emerge de esta problemática.

A través de una tabla, se muestra los principales ejes que mueven el pensamiento de las personas al momento de ejemplificar, que fue para ellos, cualquier situación derivada de un problema oral. Entre ellas me menciona el componente “Emocional”, lo relacionado a las “Consecuencias psicosociales” de una condición de salud y también lo “Funcional” como una consecuencia tangible de lo que es un problema oral.

Tabla 12: EMOCIÓN – CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES – FUNCIONALIDAD POR CATEGORÍA, SUBCATEGORÍA Y FRECUENCIA

| N = 31 | | | |
|------------------------------------|------------------------------|--|-------------------|
| CATEGORÍA | SUBCATEGORÍA | CITAS | FRECUENCIA |
| EMOCIONAL | Presentación personal | <ul style="list-style-type: none"> - “Si porque la boca y los dientes son los que hablan de uno” (mujer, 50 años) - “Si la persona va sin dientes el caso mío a mí me echan de 70 años y es porque no tengo mis dientes” (hombre, 63 años) - “Me dolió cuando me dijeron que se veían feos los dientes, me lo dijeron como embromado...a nadie le gusta que te digan que se ve mal una, más si es por la sonrisa que es por donde entra la presentación” (mujer, 57 años) - “...me da hasta vergüenza como los tenía antes” (mujer, 57 años) | 54.2% |
| CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES | Discriminación | - “Es complicado que falten las piezas dentarias...y su ex pareja siempre me humillo por eso, por perder piezas dentarias” (mujer, 36 años) | 12% |
| | No lo toman en cuenta | - “Es que muchas veces uno lo cuenta y las otras personas no lo toman en cuenta uno conversa me saque una muela me siento bien, pero cambian la conversa, no están ni ahí pienso yo” (mujer, 60 años) | |
| | Depresión | - “Eh, yo creo que, es como que le entra una depresión a uno perder una parte dental...” (mujer, 52 años) | |
| | Autoestima baja | - “Entonces toda esa gente que ve mira a este se le cayó un diente, la autoestima se cae, es mucha gente que cae en esto” (mujer, 47 años) | |
| | Ansiedad | - “Yo estuve mal, me dio mucha ansiedad, me conozco muy bien y me dio mucha ansiedad...” (mujer, 52 años) | |
| FUNCIONAL | Pérdida función masticatoria | <ul style="list-style-type: none"> - “Ahora es un problema no tener dientes, me tengo que tragar la comida, pero la prótesis me la tengo que sacar...” (mujer, 45 años) - “Con eso, hasta la forma de comer cambia. Al perder piezas...no puede comer igual” (mujer, 51 años) | 10.4% |

*N hace referencia a todas las personas que se refirieron a alguna connotación social de la enfermedad, del total de la muestra.

En la tabla 12 se expresa 3 grandes componentes, donde se aborda lo “Funcional”, debido a la representación social que le dan los pacientes a la pérdida de piezas dentarias, la cual deriva a una Pérdida de la función masticatoria, siendo esto una consecuencia más tangible, ya que afecta al diario vivir de las personas, principalmente en temas de alimentación, nutrición, fonéticos, entre otros.

Dentro de estos componentes, suele destacar todo lo relativo a lo “Emocional”, ya que muchas referencias hacen alusión a la noción que tiene la persona de lo que piensan terceros sobre su imagen. Dentro de ella lo principal fue la Presentación personal, ya que esto es lo que la persona busca reflejar lo que es como persona ante otros, de este tema se desprenden consecuencias que son integrales ya que se desprenden de la pérdida o daño de las piezas dentaria, entre ellos los que afectan la autoestima, la inserción laboral, el malestar psicosocial derivado de la vergüenza. Entre los relatos se pudo inferir que las que se ven más afectadas por esto, son las mujeres, debido a que de ellas nace esta dimensión de lo emocional.

Por otro lado, debido a la percepción negativa que ellos están creando respecto a su imagen se derivan problemas del tipo psicológico y social, como lo pueden ser la depresión, la ansiedad, la discriminación, y que según ellos no lo tomen en cuenta, todas “Consecuencias psicosociales”, derivadas de un problema de salud.

Figura 7: Relación causa efecto de problemas orales y su componente social

| CAUSA | PROBLEMA | CONSECUENCIAS |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Pérdida de dientes | | Discriminación |
| ↓ | | Depresión |
| Pérdida de función masticatoria | Presentación Personal | Autoestima baja |
| | | No lo toman en cuenta |

Para este capítulo, es necesario destacar que para las personas prevalece el componente emocional, pues es este el que más repercute en su día a día, al traer consecuencias negativas de alto impacto social, siendo que, desde el punto de vista biomédico, algún problema que derive de la pérdida de función es el que debería tener más repercusiones negativas, al afectar al organismo y sistemas.

A través del capítulo se ha podido documentar y destacar los diferentes tópicos:

1. Dentro de los problemas que más presentaron las personas están Caries y Sangrado de encías.
2. Lo que más destaca es el dolor dentro de los motivos de consulta y caries como componente causal, el cual también es mencionado dentro de los motivos.
El origen atribuido al dolor por las personas tiene una base biomédica y también del tipo general estableciéndose una relación lineal de causa efecto entre ellos
Entre las prácticas de alivio del dolor se infiere que los pacientes si bien saben que deben consultar al dentista por su condición, recurren a prácticas caseras para retardar esta visita.
3. Las consecuencias que trae un problema oral se basan principalmente en el componente emocional, ya que es este el que más repercute en su día a día, al traer consecuencias negativas de alto impacto social.

Pese a que el sangrado de encías es un problema oral padecido por las personas, no fue considerado como un motivo de consulta, no así la caries que si bien fue un problema relatado

en su mayoría por los pacientes está relacionado causalmente con el dolor, el cual fue considerado como una razón de peso para solicitar atención.

4.3. VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN

El capítulo 3 responderá al objetivo de conocer la valoración de la atención entregada por el odontólogo, del tratamiento recibido y del sistema de atención del CESFAM, desde la visión de las personas. El principal resultado de este capítulo es que existe una valoración positiva del sistema de atención del Cesfam y que, de la experiencia de la atención, las personas generan propuestas basadas en la intervención en la comunidad para mejorar distintas problemáticas.

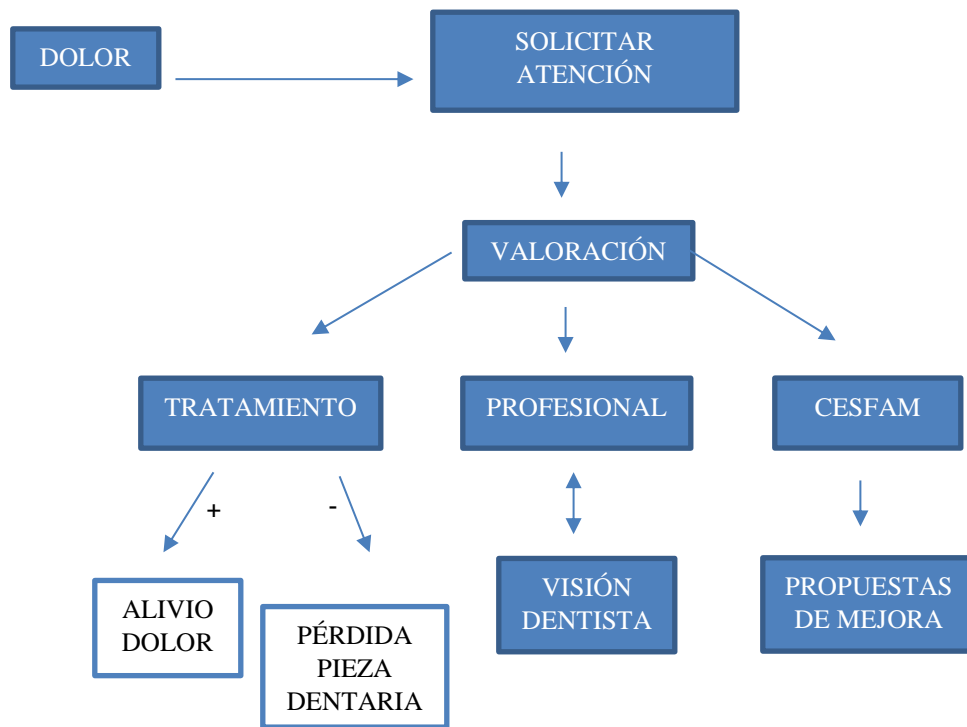
A continuación, se desarrollarán los diferentes subtemas:

- 4.3.1 Valoración de atención del profesional:** Se describirán mediante tablas tanto el rol positivo como negativo del dentista dentro del proceso de la atención, enfocado principalmente en la relación dentista-paciente. Para ayudar a entender este tema se acompañarán de algunas citas relatadas por las personas.
- 4.3.2 Visión del dentista:** Se describirá por medio de una tabla los ideales de dentista de las personas, tanto en carácter como en habilidades prácticas, acompañado también de citas para ejemplificar ambas características.
- 4.3.3 Valoración de atención del Cesfam:** Se describirán mediante gráficos de torta las diferentes dimensiones que involucran la atención, pero que no dependen del profesional entre ellas la accesibilidad, los tiempos de espera, entre otros.

4.3.4 Valoración del tratamiento dental: Se describirán mediante el uso de tablas con citas, lo que es considerado por las personas como ventajas o desventajas de un tratamiento dental y todas las dimensiones que involucra.

4.3.5 Propuestas de mejora del sistema de salud chileno: Se describirán en tablas los diferentes que componen los problemas desprendidos del relato de las personas en relación al sistema de salud chileno, así como también las propuestas concretas de estos hacia una mejora del sistema de salud.

Figura 5: Modelo lógico atención en salud oral



4.3.1. Valoración de atención del profesional

Al preguntar a las personas sobre como califican la atención de los profesionales, específicamente que rol cumple el dentista dentro del proceso de la atención, estos respondieron con características positivas y negativas sobre estos. Entre ellas destacan 3 tipos de características, las que responden a “Como atiende el profesional”, a “Como se siente el paciente con la atención” y “Como es el profesional”. La primera habla del modo de atención por parte del profesional, la segunda sobre el efecto que genera el profesional en terceros, en este caso en las personas y como tercer tipo de característica se hace mención a todas aquellas cualidades personales que tiene el profesional, respectivamente.

| Tabla 13: VALORACIÓN DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL POR CATEGORÍA Y CARACTERÍSTICAS | | |
|--|-------------------------------------|---|
| | | N = 43 |
| CATEGORÍA | ROL POSITIVO PROFESIONAL * PERSONAS | ROL NEGATIVO PROFESIONAL * PERSONAS |
| | 41 personas | 14 personas |
| COMO ATIENDE EL PROFESIONAL | - Explicativos | - Dócil o suave |
| | - Con vocación | - Salvajes |
| | - Resuelven problemas | - Prácticos |
| | - Buenos profesionales | - Duros |
| | - Accesible a preguntas | - Mala atención |
| | - Se da el tiempo | - Bruscos |
| | - Hacen bien su pega | - Trabajo mal hecho |
| | - Eficientes, rápidos | - Critica a pacientes |
| | - Seguros | - Inexperto |
| | - Buena atención y trato | - Impersonal |
| COMO SE SIENTE EL PACIENTE | - Dedicado | - No da posibilidad de preguntas |
| | - Delicado | - Trabajo temporal, no definitivo, solo parches |
| | - Actualizados conocimientos | - No respetan la ley del adulto mayor. |
| | - Tranquilizan | - Desinteresados |
| | - Preocupados | - Despreocupados |
| | - No solo es un paciente | |
| | - Acoge | |

| | | | |
|-------------------------------|-----------|--|--------------------------|
| CON ATENCIÓN | LA | - Dar confianza - Dan apoyo - Tener una experiencia positiva | |
| COMO ES EL PROFESIONAL | EL | - Amables - Buena voluntad - Respetuosos - Simpáticos | - Despectivos - Joven |

*N hace referencia a todas las personas que valoraron la atención recibida por parte del profesional, del total de la muestra.

Los resultados de la tabla 13 muestran que, la mayoría de las personas tienen una percepción positiva de los profesionales de salud, destacando la valoración que hacen del dentista en particular. Dentro de estas características, las que más destacan son específicamente las de “Como atiende el profesional” y “Como se siente el paciente con la atención”, determinando en su mayor medida la calificación de la atención por parte de las personas. Algunos ejemplos de lo anterior pueden ser:

“...y el doctor le explica lo que le va a hacer, la atención muy buena la verdad”.
(mujer, 60 años)

“Bueno son profesionales, ellos están preparados para lo que venga, osea ellos resuelven los problemas que uno descuido”. (mujer, 60 años)

“El dentista... que atienden ahí lo atienden súper bien yo no tengo nada que decir uno se encuentra feliz porque llega lo atienden, le hacen los tratamientos... y sale contento uno porque le arreglaran su dentadura” (mujer, 60 años)

“siento que las personas acá... le importa cómo se siente el paciente con eso para mí basta” (mujer, 30 años)

“No, nada, todo normal, siempre están hablando a uno para que se tranquilice”
(hombre, 51 años).

4.3.2. Visión del dentista

En el tema anterior se describió como es la realidad en cuanto a atención de los dentistas de las redes asistenciales, en este tema las personas respondieron a la pregunta cómo era para ellos un buen y mal dentista. Se identificaron dentro del relatos dos tipos de características dentro del dentistas, unas que hablan de su “Carácter” y otras sobre sus “Habilidades” prácticas.

| Tabla 14: VISIÓN DEL DENTISTA POR CARÁCTER Y HABILIDADES | | | | |
|--|--|---|---------------------------|--|
| | | | | N = 48 |
| | CARÁCTER | CITAS | HABILIDADES | CITAS |
| BUEN DENTISTA | - Amable - Preocupado - Explica - Tranquiliza - Disposición - Vocación - Otros | “...porque uno viene con un problema y no espera que lo reciban con una cara larga, sino que sea amable y se ponga en el lugar de uno” (mujer, 60 años) “Un dentista que detalle bien y que se preocupe de citar a los pacientes, que se de el tiempo para explicar, que uno pueda hacer preguntas” (mujer, 47 años) | - Trabaja bien - Suave | “...que haga bien su trabajo y responsable, que sea rápida de manos suavecitas...” (mujer, 49 años) “Un buen dentista es el que hace su trabajo” (mujer, 47 años) |
| MAL DENTISTA | - No explica | “El que no le da opciones | - Quedan mal los trabajos | “...que deje un trabajo mal |

| | | | |
|--------------------------|---|--------------------|--|
| - No preocupado | <i>soluciones, el que no explica lo que está haciendo llega y lo hace, eso es para mí un dentista malo...”</i> (mujer, 67 años) | - Mal diagnóstico | <i>hecho, que uno vaya a otro lado y digan que le dejo un trabajo mal hecho, que uno diga que le dejo mal hecho y después a uno lo evalúan y digan lo mismo”</i> (mujer, 47 años) |
| - Mala actitud | | - Poca experiencia | |
| - Déspota | | | |
| - Apresurado en atención | | | |
| - Sin vocación | <i>“un mal dentista, el dentista que entra al paciente hace lo que tiene que hacer y chao no se preocupa si el paciente tiene dudas sí que el paciente a lo mejor necesita algo más, pero cómo va por una cosa de eso nomás, chao, no se preocupa de darle un seguimiento...”</i> (mujer, 24 años) | | <i>“Puede ser con poca experiencia”</i> (mujer, 43 años) |
| - Interés monetario | | | |

*N hace referencia a todas las personas que respondieron cuál era su visión de buen o mal dentista, del total de la muestra.

Los resultados de la tabla 14 muestran que las características más destacadas por las personas para crear su percepción de un buen o mal dentista, se relacionan principalmente con el “Carácter” que este tenga, es así como del relato se puede inferir que para los pacientes es más importante la forma en que estos entreguen la atención, determinada por su “Carácter”, más que por si el trabajo quedo perfecto o por si el dentista tiene “Habilidades” prácticas sobresaliente.

Además, es importante relacionar que lo descrito por las personas como características ideales del dentista, concuerdan con lo expresado cuando se pidió la valoración de la atención del profesional, pudiendo deducir que el ideal de profesional descrito por estas, se ve reflejado en el profesional que lo atiende.

4.3.3. Valoración de atención del Cesfam

Como se abordó la valoración que se le da a la relación que ese establece entre el profesional y la persona que recibe su atención, también es importante destacar que ciertas temáticas que emergieron del relato proporcionado por las entrevistas, que hacen referencia al sistema de atención del Cesfam, donde las personas valoraron: “Accesibilidad” que hace referencia a si las personas consideran si es fácil llegar al establecimiento, cuando las personas califican la atención que recibieron en el Cesfam, en este caso incluyendo a personal administrativo, de seguridad, entre otros, se registrará en “Atención entregada”. Por otro lado, el “Tiempo de espera” hasta que obtienen la atención se valora si fue adecuado o de lo contrario, si es demasiado. Y una “Comparación” sobre el número de personas que consultaron alguna otra red de servicio público v/s atención de institución privada. Para tener una visión más amplia, se ejemplificará de manera gráfica tanto por gráficos de torta como de barra, donde se consiga las respuestas de manera dicotómica.

Figura 8: Accesibilidad



Figura 9: Calificación atención

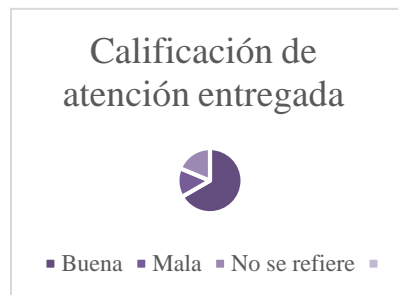


Figura 10: Tiempo espera

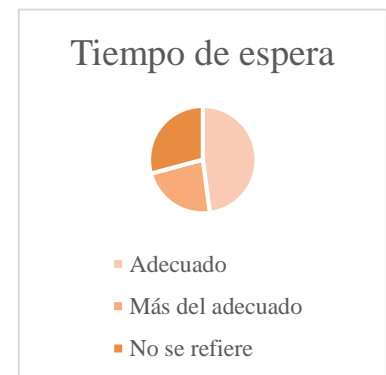
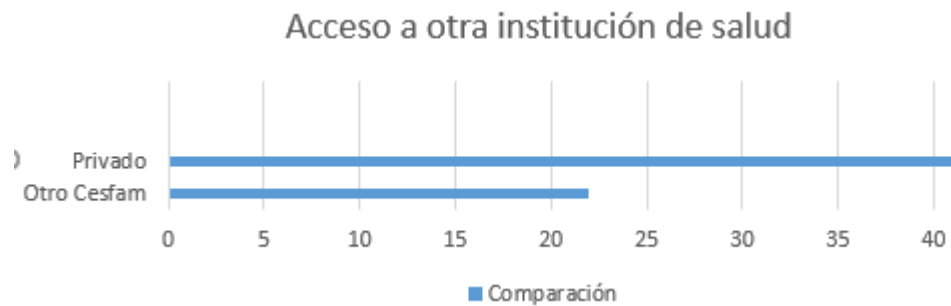


Figura 11: Comparación con otras instituciones



Como primera variable a analizar, se encuentra la “Accesibilidad”, donde se aprecia en la figura 8 que la mayoría considera que el Cesfam se encuentra cerca de su vivienda, ya que muchos entrevistados, relataron vivir por el sector, y el resto poseían medios de transporte para trasladarse de manera rápida, debido a su cercanía. De esto se infiere que no existen problemas de acceso que impida el poder solicitar atención cuando se es necesaria o pertinente.

Mientras que “Atención entregada” por el personal del Cesfam, representada en la figura 9, en su mayoría está calificada como buena, considerado por ejemplo las citas:

“Todas las experiencias han sido positivas, porque vez que he venido, la matrona tiene buena atención, las doctoras también y como me conocen que vivo al frente, me saludan, los chiquillos igual son súper simpáticos todos”. (hombre, 62 años)

“Yo lo encuentro bueno, acá todos te dan los buenos días, así que uno se siente más acogido”. (mujer, 43 años)

“Muy buena, por su personal, las instalaciones y el cariño que se transmite. Por ejemplo, en las mañanas todos saludan y ese es un gesto bonito y sencillo que no se da en otros lados y a uno lo hacen sentir bien y le dan ganas de venir a la posta” (hombre, 64 años).

En la figura 10 se representa la variable “Tiempo de espera”, en esta según las personas, un poco menos de la mitad considera que el tiempo que tuvo que esperar por atención es adecuado, donde muchas veces se consideró desde el momento que recurren al Cesfam para pedir la hora, pasando por el tiempo que estuvieron en la sala de espera. En algunos casos, esta conformidad iba en que, al ser gratis, no se podía exigir, como se ejemplifica a continuación,

“...como es que uno tiene que asumirlo, porque es gratis, así que no puede alegar mucho, yo en general no espero mucho eso sí” (mujer, 53 años).

Mientras que la inconformidad iba en relación a que el tiempo de espera se alarga por razones ajenas a la atención propiamente tal,

“Lo que no me gusta es que se toman mucho tiempo en cosas que no son cosas para uno, como que llega otro colega y empiezan a hablar y la hacen esperar más, independiente de si uno ya está sentado en el sillón” (mujer, 44 años).

Mientras que en la figura 11 de “Comparación” se puede ver que la mayoría de los pacientes ha recurrido a la atención privada, valoran en este la mayor rapidez de atención,

“Allá se basan en la hora del paciente, la paciente tenía hora a las no sé qué y lo hacen pasar al tiro, al tiro ara adentro” (mujer, 47 años).

También se destacó que la atención del Cesfam desarrolla un componente afectivo,

“Es casi lo mismo de hecho me siento más cómoda acá.” (mujer, 47 años), “...fue buena la atención, eso si uno se acostumbra a la atención de acá, es que se siente como en casa” (mujer, 60 años).

Y la relación que se hace en que como deben pagar la atención, deben recibir un buen trato del personal.

“Si, pero por lógica si uno va particular te tienen que atender maravillosamente bien” (mujer, 62 años).

En el sector privado te atienden mejor creo en el sentido de que hay más cosas disponibles, yo creo que mejores que acá, porque uno paga más, pero igual bien, tienen que atenderte bien porque estas pagando...” (mujer, 49 años).

4.3.4. Valoración del tratamiento dental

Dentro de uno de los componentes de la atención, se encuentra el tratamiento que se pudo realizar la persona en el centro asistencial, ya sea restaurativo, preventivo, educación, entre otros. De esto, las personas suelen asociar tanto, ventajas que obtuvieron o desventajas que produce el tratamiento dental en el Cesfam, el cual se registrará a través de una tabla divididas entre categoría al que responde cada una. Para ventajas se divide en “Efecto”, la “Mejora o Aumento”, el “Ideal o Aspiración” y la “Atención o Beneficio”. Mientras que la desventaja se divide en “Alto o Duración” y “Negación o Recelo”.

| Tabla 15: VALORACIÓN DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL TRATAMIENTO DENTAL POR CATEGORÍA | | | | | |
|---|---|---|----------------------|---|--|
| N = 40 | | | | | |
| VENTAJAS (n = 42) | | | DESVENTAJAS (n = 30) | | |
| CATEGORÍAS | VENTAJAS | CITAS | CATEGORÍAS | DESVENTAJAS | CITAS |
| EFECTO | -Alivio del dolor -Solucionar problemas | “ <i>Sí fue un alivio para mí porque los dolores ya no los aguantaba...</i> ” (mujer, 24 años) | ALTO O DURACIÓN | -Alto costo -Larga duración del tratamiento | “ <i>Algunas cosas que se pueden hacer son muy caras... mucha plata que yo no tengo</i> ” (mujer, 32 años) |
| MEJORA O AUMENTO | -Mejorar dentadura -Mejor salud -Contar con más conocimientos | “ <i>Lo bueno es que te mejoran la dentadura, queda limpia</i> ” (mujer, 52 años) | NEGACIÓN | -No relata -No me sirvieron -No se enfoca en prevención | “ <i>Y lo negativo nada, porque ahora hay más... facilidad</i> ” |

| | | | | | |
|----------------------|---|---|--------|---|--|
| IDEAL O ASPIRACIÓN | -Buena presentación personal -Dentadura sana -Boca limpia | “y por la presentación personal también...lo más principal es la dentadura” (mujer, 50 años) | RECELO | -Sacarse dientes -Molestia -Anestesia | es...” (mujer, 50 años) “...una desventaja sería la extracción porque uno se saca un diente que es como una parte de uno.” (mujer, 47 años) |
| ATENCIÓN O BENEFICIO | -Atención gratuita -Se dispone de más soluciones | “es todo ventaja, porque es solucionar los problemas” (hombre, 58 años) | | | |

*N hace referencia a todas las personas que contestaron sobre la valoración de los tratamientos dentales, del total de la muestra. † n hace referencia a todas las personas que contestaron para ventaja o desventaja.

En la tabla 15 se expresa que la mayor parte de las personas entrevistadas, considera que los tratamientos dentales poseen más ventajas que desventajas, siendo la principal ventaja relatada el Alivio al dolor asociado, en este caso, por dolor dental. Por esto ellos consideran que los tratamientos dentales resuelven los problemas que los aquejan, que en este caso sería en su mayoría el dolor

“me ayudó mucho por el dolor, porque ya no podía comer, no podía dormir y cómo estaba estudiando era una distracción total, después de eso me liberé” (mujer, 24 años).

También se destaca que le atribuyen la capacidad de Solución de problemas,

“...por lo menos ellos me tenían que sacar la muela y bueno me la sacaron, lo hicieron, solucionaron el problema.” (mujer, 28 años), enmarcándose estas dos por el “Efecto” que producen.

Le siguen lo referente a obtener una “Mejora o Aumento”, de alguna condición como ventajas que,

“te dan mejor salud dental...” (mujer, 52 años),

“Lo bueno que uno tiene mejor dentadura...” (mujer, 36 años)

Y, por último, en menor medida se encuentra lo referente a “Aspiración de salud”, como:

“Lo bueno que mantienes tu boca limpia, sana, presentable” (mujer, 48 años)

Y “Atención o Beneficio” al destacar como ventaja la atención gratuita que acceden o de disponer de más soluciones ofrecidas por el dentista:

“ventajas que acá es gratis” (mujer, 34 años)

Dentro de las desventajas destaca el componente “Alto o Duración”, refiriéndose al costo del tratamiento, cuando este se deriva a alguna especialidad o las múltiples sesiones para llevar a cabo un tratamiento dental:

“...de desventaja es que igual se demoran en hacer las cosas, eran muchas venidas al dentista y hay cosas que si uno se quiere hacer son muy caras...” (mujer, 60 años)

En segundo lugar, la “Negación” cuando las personas un considerable porcentaje no describen alguna desventaja sentida para ellas, mientras que otros relatan que no obtienen beneficio alguno ya que no sirvieron los tratamientos:

“... acá me hicieron las dos, la de arriba y la de abajo, y la de arriba y la de abajo no me sirvieron ninguna de las dos, ahí las tengo po” (hombre, 62 años)

Y no menos importante un componente más emocional referente al “Recelo” cuando existe algún temor frente al tratamiento, o molestia como consecuencia de este último:

“Solo perder los dientes yo creo, como en mi caso, porque es difícil acostumbrarse a las prótesis” (mujer, 67 años),

“Pucha sacarse los dientes, porque ahora me cuesta comer sin dientes, no porque con la diabetes que tenía no pude salvarlos, porque se me soltaron todos” (hombre, 62 años).

4.3.5. Propuestas de mejora de sistema de salud chileno

Las personas que solicitan atención en una red asistencial de origen público generalmente dan su apreciación sobre la atención que reciben o desearían recibir. A través del capítulo, se ha destacado la valoración positiva que dan al Cesfam, sin embargo, esto no impide que ellos

puedan expresar su percepción sobre las posibles mejoras que se deberían desarrollar, para lograr que su experiencia en atención fuese 100% satisfactoria. Es por esto por lo que a través de la siguiente tabla se describirá las propuestas dadas por las personas, agrupadas en “Gestión de salud”, que representa todo lo asociado a las carencias en cuanto a recursos tanto humanos como materiales, “Equidad en salud”, que describe todo lo relacionado a la interacción de lo social y la oportunidad de acceso a las prestaciones, “Calidad en salud”, que hace referencia a la percepción de los usuarios del sistema de atención del centro asistencial y el profesional en sí y la “Intervención en la comunidad”, que se refiere a todo lo relacionado a propuestas concretas de mejora del sistema de salud por parte de los usuarios.

| TABLA 16: PROPUESTAS DE MEJORA SISTEMA SALUD CHILENO POR EJES PRINCIPALES | |
|--|---|
| | Personas que se refirieron a este tópico: 44 |
| EJES PRINCIPALES | DESCRIPCIÓN |
| GESTIÓN EN SALUD | <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar cantidad de recursos y mejorar su administración - Implementación de medidas preventivas en enfermedades bucales y cambio de hábitos - Mayor cantidad de prestaciones de especialidad - Mayor fiscalización por parte de las autoridades en centros asistenciales - Dar prioridad a la salud por parte del gobierno e implementar mayor número de programas - Aumentar cobertura en salud - Priorizar atención a grupos más susceptibles (adulto mayor, embarazadas, urgencias) - Mayor número de médicos chilenos - Mayor cantidad de profesionales y especialistas - Mayor cupo de atención de urgencia - Aumentar tiempo de atención por paciente y número de horas de atención - Renovación del personal - Implementar otro sistema para pedir horas (llamado telefónico, online) - Destinar profesionales a postas rurales |
| EQUIDAD EN SALUD | <ul style="list-style-type: none"> - Atención igualitaria - Prestaciones y fármacos de menor valor - Repartir beneficios a quienes más necesiten - Cambio de mentalidad del usuario en relaciona uso de beneficios. - Aumentar patologías que cubre el AUGE |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Menos espera en la atención |

| | |
|---------------------------------------|--|
| CALIDAD DE ATENCIÓN | <ul style="list-style-type: none"> - Atención de calidad - Dar mayor seguimiento a usuarios - Profesionales con más tiempo a enseñar y dar consejos - Profesionales más comprometidos con usuarios - Profesionales con vocación - Mejorar salud del adulto mayor - Mejor hospital - Mejores instalaciones, implementaciones del hospital - Mejor acceso |
| INTERVENCIONES EN LA COMUNIDAD | <ul style="list-style-type: none"> - Organizar reuniones integrando a la junta vecina - Mayor cantidad de visitas a colegios para educar en salud - Entrega de folletos informativos sobre salud en salas de espera - Realización de diario mural semanas con información sobre salud - Taller de acercamiento a la comunidad. |

*N hace referencia a todas las personas que nombraron diferentes propuestas de mejora al sistema de salud chileno, del total de la muestra

Según la tabla 16 podemos observar que, las principales mejoras se dan en el eje de “Gestión en Salud”, dentro de ellas se enmarcan las referentes a un aumento en la cantidad de recursos materiales, en cantidad de profesionales tanto generales como especialistas, aumento en la cobertura y cantidad de prestaciones, además de medidas que potencien la promoción en salud.

Como segundo eje, se encuentra la “Equidad en Salud”, dentro de las cuales se encuentran todas aquellas mejoras relacionadas a aumentar el acceso a la atención y prestaciones, pero enfocado en los más vulnerables, logrando así una distribución equitativa de los beneficios.

Como tercer eje esta la “Calidad de atención”, dentro de la cual se enmarcan todos los cambios destinados a mejorar la calidad de atención, dentro de las cuales podemos mencionar la mayor entrega de conocimientos por parte del profesional a las personas y también facilitar la atención expedita dentro de una infraestructura mejorada.

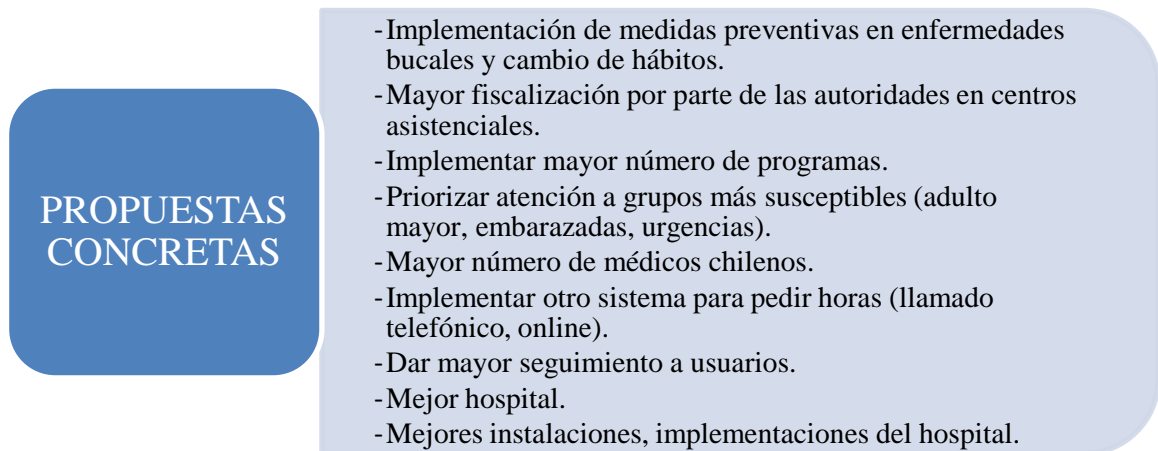
Por último, está el eje de “Intervenciones en la comunidad”, donde se recogen las propuestas concretas que dan las personas, las cuales van enfocadas a aumentar la participación de las personas con el Cesfam, además de potenciar todo lo relacionado por promoción y prevención de la salud.

Figura 12: Interacción entre los ejes de la problemática del sistema de salud chileno



Dentro de las problemáticas en salud el problema substancial se ve reflejado en problemas en la gestión de salud, lo que deriva en una falta de acceso a salud asociado a que existen problemas de inequidad en salud. Esto en la práctica se ve representado por la percepción de una mala calidad de atención por parte de los usuarios, debido a esto han nacido propuestas concretas que pretenden buscar una solución para estas carencias, como lo pueden ser las intervenciones en la comunidad. A continuación, se detallan las propuestas expresadas por las personas entrevistadas.

Figura 13: Propuestas concretas de mejora del sistema de salud chileno



A través del capítulo se ha podido documentar y destacar los diferentes tópicos:

- 4.3.1. Valoración de atención del profesional:** Destaca la valoración positiva del personal, destacando el proceso de atención, describiendo como es que atiende el dentista
- 4.3.2. Visión del dentista:** Las personas valoran el buen trato del profesional, su atención amable, preocupada y que explique, lo que reflejaría en la visión de un buen dentista, dando así mayor importancia a un componente emocional en la atención más que práctico.
- 4.3.3. Valoración de atención del Cesfam:** Se tiene en alta estima el funcionamiento del Cesfam en sí, volviendo a poner énfasis en como recibe la atención el usuario del servicio

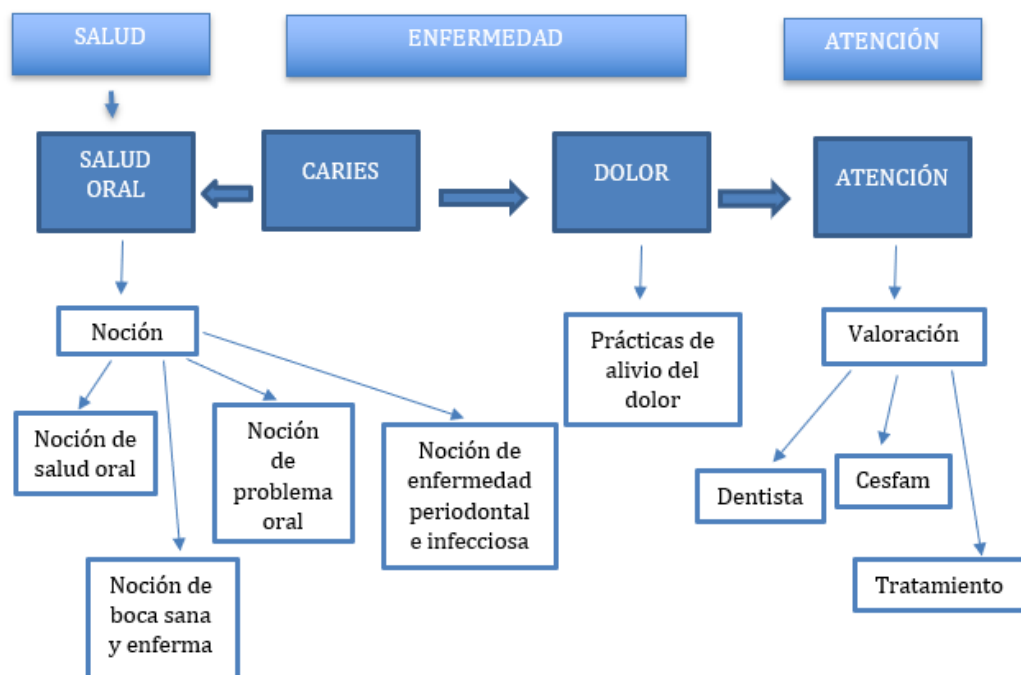
4.3.4. Valoración del tratamiento dental: Pareciera que existe mayor nivel de conformidad con la atención obtenida por el dentista, al ser capaces las personas de nombrar mayor número de ventajas que desventajas.

4.3.5. Propuestas de mejora sistema de salud chileno: La mayoría de las personas entrevistadas, tienen una visión más bien curativa de la enfermedad, mediante las mejoras que proponen y la minoría expresa cambios concretos para poder evitar la enfermedad, mediante promoción y prevención.

A través de lo evidenciado en los capítulos anteriores, se releva la caries como eje transversal dentro de los resultados, relacionándola tanto con representaciones de salud oral, de enfermedad oral, prácticas de autocuidado y además por ser el problema oral más frecuente dentro de la muestra. Se puede identificar también, que la caries es considerada como indicador de salud entre las personas, ya sea por su presencia o ausencia en la cavidad oral. Considerando la importancia que pareciera tener para las personas, no constituye un motivo para acceder a una atención oportuna, sino más bien, esta se aplaza hasta alcanzar estados agudos de dolor, donde muchas veces las posibilidades de tratamiento son escasas. Es por esto, que muchas veces desencadena en la pérdida prematura de la pieza dentaria lo que conlleva a consecuencias del tipo social, como lo es principalmente, la presentación personal. Ahora bien, dentro de lo que implica solicitar atención, las personas generan representaciones en cuanto a valoración de la atención recibida por parte del profesional, del sistema de atención del CESFAM y a la vez dar su apreciación sobre los tratamientos recibidos.

4.4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Figura 6: Representación del proceso salud-enfermedad-atención odontológica



El análisis de los resultados da cuenta que la representación del proceso salud-enfermedad-atención, se estructurará en relación al binomio caries-dolor.

Una de las nociones odontológicas, definidas por la OMS (90), plantea que, para gozar de salud oral, es fundamental la ausencia de dolor, enfermedades o de trastornos que limiten en la persona, la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, pues esto repercuten en su bienestar psicosocial. A partir de los resultados del estudio, se pudo evidenciar que la noción

de salud oral se asocia a conceptos restrictivos y negativos de ella, en donde para poder tener esta salud, es necesaria la ausencia de enfermedad. Una de las dimensiones asociadas a salud oral, según nuestra investigación, es el cómo gozar de ella, asociándola directamente a una noción de boca sana, la cual está determinada por la ausencia de ciertas morbilidades o condiciones dentro de la boca, como lo puede ser, la ausencia de caries, sarro, sangrado, infección, entre otros. Esta concepción se enmarca solo en cavidad oral, dejando de lado factores funcionales, los cuales, si están considerados dentro de la concepción actual de lo que es salud oral, según la literatura (90). Solo en una minoría, la representación de la salud oral se circunscribe dentro de una visión más integral, relacionándola con el resto de los sistemas del organismo.

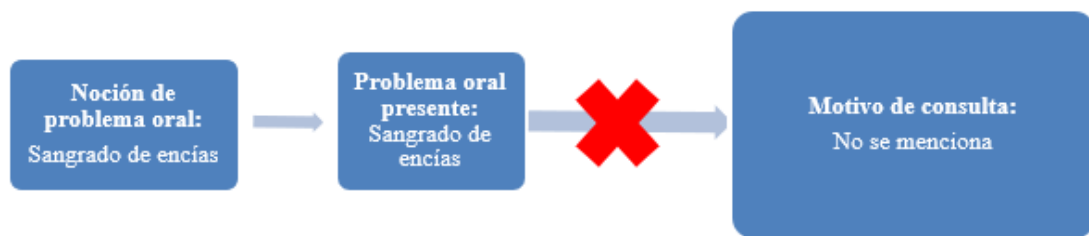
Por otro lado, la caracterización de boca enferma lleva a la noción de problemas orales específicos, dentro del cual prima como categoría central, la caries dental.

Se observa que existe una contradicción entre la importancia que se le da a la salud oral y el estado real de las personas, ya que no se evidencia en la disminución de problemas orales, primando en su mayoría la caries dental. Además, no se evidencia una relación de causa-consecuencia entre una valoración negativa del autocuidado y el origen de una enfermedad.

Ahora bien, la noción de problema oral que tienen las personas coincide con las patologías que padecen o padecieron, ambos temas se condicen, ya que como tema principal se menciona la caries dental y el sangrado o inflamación de encías.

También se evidencia que es considerado como problema oral, el sangrado de encías, el cual es transversal en la muestra, sin embargo, no se considera relevante como para solicitar atención. Esta relación se ejemplifica en la figura 14:

Figura 14: Relación entre noción de problema oral, problema oral y motivo de consulta



Dentro del análisis de los resultados se aprecia que la caries dental es un problema oral transversal en la muestra, por lo que es necesario dar énfasis a dimensiones relacionadas a ella, como lo es su origen, sus consecuencias y su relación causal con el dolor. Es así como para responder al origen de una enfermedad, se recurre al modelo biomédico (87) (88), debido a que se hace referencia en su mayoría a componentes biológicos, como causa de una condición de salud, más que a componentes psicológicos, culturales o sociales (88).

Ahora bien, pese a que mencionamos la caries como el problema oral de mayor prevalencia, este no es el principal motivo de consulta, sino más bien el dolor. Esto denota que no se consulta al dentista por la enfermedad en sí misma, sino cuando esta llega a estadios más tardíos, como lo es un estado agudo de dolor.

En relación a dolor dental, se puede destacar que previo a solicitar atención, es una constante el uso de prácticas de alivio del dolor, ya sea las que se enmarcan dentro de un origen biomédico (87) (88), que están relacionadas a la automedicación, principalmente con uso de AINES y Antibióticos, y las que se enmarcan dentro de un origen culturales, como lo son las del tipo químico, principalmente.

Debido a lo anterior y a la no atención oportuna, es que, al consultar al dentista, las opciones de tratamiento en la atención primaria se ven drásticamente disminuidas, teniendo el riesgo de perder la pieza dentaria.

Dentro de lo que involucra la pérdida de las piezas dentarias, derivan diferentes consecuencias emocionales al respecto. Dentro de estas consecuencias destacan las del tipo social, como lo es el caso de la presentación personal y la discriminación y del tipo psicológicas como la depresión, la ansiedad y la baja autoestima, las cuales responden a un modelo biopsicosocial (88). Ahora bien, dentro de la presentación personal, juega un rol importante la noción del ideal que se tiene de boca sana, ya que este es el parámetro de estética a lograr. Ahora bien, si no se cumplen las expectativas del ideal, se generan consecuencias de alto impacto.

Otro componente importante dentro del análisis es lo referente a atención. Esto se debe a que de ella se desprenden distintas valoraciones, tanto del profesional y lo relacionado con el tratamiento, como del mismo Cesfam.

En el caso de la valoración del dentista, se describen características positivas asociadas a la atención entregada por el profesional a cargo, relacionadas principalmente con la forma en como el dentista interactúe con el paciente y la respuesta que genere en este. Dentro de las características más relevantes a mencionar, están la forma en que tiene de explicar, que

tranquilen durante el proceso y que sean empáticos. La anterior descripción coincide con la visión ideal que se tiene de un dentista, a partir de nuestra investigación. Dentro de la valoración a la atención, es importante mencionar que está sujeta principalmente al trato que el profesional le dé al usuario, más que por las condiciones externas en donde se desarrolla la atención, como accesibilidad y tiempo de espera a la atención. Esto se vio representado debido a que, durante los resultados, no se hace referencia en profundidad al sistema de atención del Cesfam, no así en la valoración del dentista, en la cual se evidencia una mayor descripción. Lo anterior se ve explicado mediante la siguiente figura 15:

Figura 15: Representación de la valoración de atención



Siguiendo con el tema de la atención, es importante destacar la relación que emerge entre el problema oral más mencionado que fue la caries dental, el cual en la mayoría de los casos produce dolor dental, lo cual lo convierte en el principal motivo de consulta. Esto a su vez, se relaciona directamente con la ventaja más mencionada de los tratamientos, que fue alivio

del dolor, la cual se lograba mediante una tapadura o la simple extracción. En su contraparte, están las desventajas de los tratamientos odontológicos, como lo es la endodoncia, la cual muchas veces alcanza un alto costo por realizarse de manera particular, debido a la no cobertura de ellas, por parte del Cesfam. Por esta razón muchas veces los pacientes no pueden acceder a los tratamientos y optan por realizar la extracción, para conseguir el alivio al dolor de manera inmediata. Es así como se puede deducir que las personas que consultan en su mayoría por dolor dental, asistiendo al Cesfam, dan alivio a esta situación y logran una solución inmediata. Lo anterior se esquematiza en la figura 16:

Figura 16: Relación entre problema oral, motivo de consulta y valoración del tratamiento



La valoración de la atención no cabe duda que fue positiva, sin embargo, esto no impide que de ella hayan emergido propuestas de mejora, en la experiencia de atención en salud oral. La mayoría de ellas, se enfocan netamente en lo que es la curación de la enfermedad respondiendo a un modelo más bien biomédico (87) (88), entre ellas podemos mencionar las que hacen énfasis a la mayor cantidad de profesionales, mayor cantidad de prestaciones de especialidad y mayor cantidad de recursos. Todas estas medidas tienen en común el fin último de resolver la enfermedad cuando ya está instaurada.

A su vez se puede mencionar que hay una minoría de propuestas que hacen referencia a un modelo más bien Biopsicosocial (88), el cual desarrolla un enfoque no solo del individuo, sino que también todos los factores que lo rodean. Entre las propuestas alusivas a este modelo (88), hacen referencia a las intervenciones que se deben hacer en comunidad para lograr la resolución de una enfermedad, como por ejemplo las intervenciones en colegios sobre salud oral, más información en salud mediante folletos y diarios murales en el centro asistencial y reuniones de acercamiento a la comunidad. Para esto es necesario la Educación en salud (98), herramienta transversal a todas las etapas del proceso salud enfermedad, ya que esta permite autogestionar nuestra propia salud, pues esta permite identificar los riesgos que la amenazan, los instrumentos necesarios para intervenirla y los medios para evitar la enfermedad. Con esto se reduciría la demanda social de tratamientos superfluos, dando prioridad a las reales urgencias, propuesta también mencionada por las personas.

Figura 17: Propuestas relacionadas con enfoque biomédico

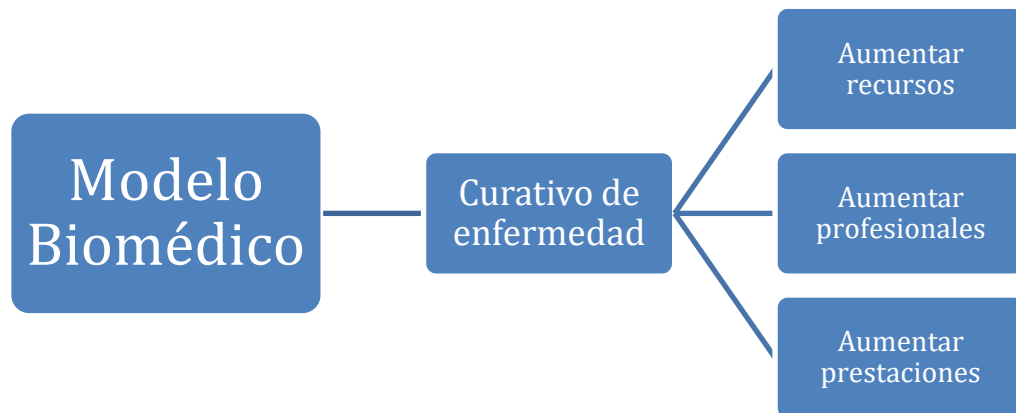
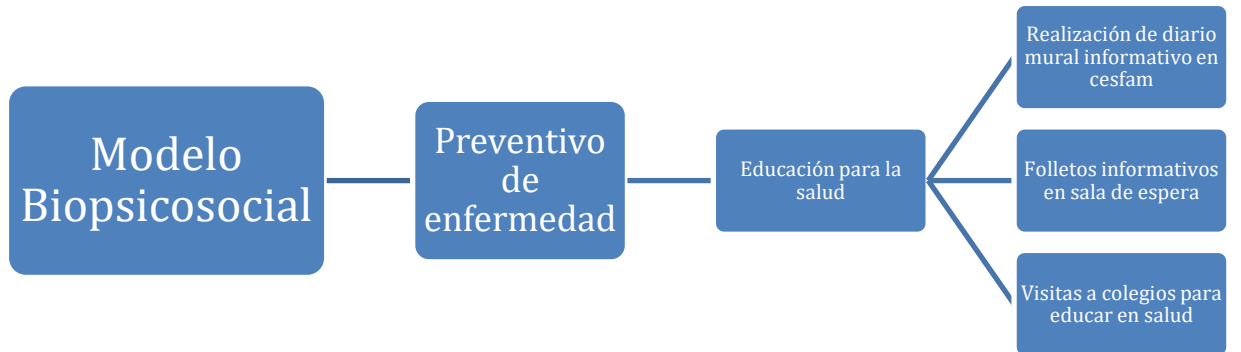


Figura 18: Propuestas relacionadas con enfoque biopsicosocial



Según lo analizado, uno de los temas que emergen con mayor fuerza es la falta de conocimientos sobre salud oral, por lo que es necesario que la educación sea una parte importante de lo que es la atención al Cesfam, reforzando tópicos que permitan discernir entre una patología como tal, de sus signos-síntomas y consecuencias asociadas, para poder saber cuándo es pertinente solicitar atención. Por ejemplo, se hace referencia a inflamación de encías, que desde el punto de vista odontológico es un signo de la gingivitis, sin embargo, no se hace la asociación con una condición que puede volverse crónica, pues no es considerada como una patología en sí.

5. DISCUSIÓN

En Chile, la visión que tienen los centros asistenciales de salud, específicamente lo que es un centro de salud familiar (CESFAM), es de entregar una atención integral enfocada a la familia y de forma personalizada (98). No obstante, en la materialización de esa visión, los resultados del presente estudio revelan que, es pertinente realizar un esfuerzo importante para lograr este objetivo, en el sentido en que los programas y políticas de salud, se pudiese considerar las representaciones en salud oral con las que cuentan las personas, y que esto, pueda ser plasmado a través de acciones de educación en salud odontológica, a nivel comunitario.

Es por lo anterior, que, dentro de una de las tareas pendientes en atención primaria, es la alfabetización en salud (93) que se entiende como, “el grado en que los individuos tienen la capacidad para obtener, procesar y entender información básica en salud bucal y los servicios necesarios para hacer decisiones apropiadas en salud” (p563).

Otra tarea pendiente en lo que respecta a la atención primaria, es mejorar los instrumentos capaces de conocer y medir este grado de alfabetización en salud oral de los usuarios que asisten a estos centros, principalmente en América Latina y Chile en específico (93).

Al respecto esta necesidad queda en evidencia en conceptos básicos, que emergieron de esta investigación, como lo son las representaciones en salud oral, donde se observa que tienen una representación conjunta de lo que es enfermedad, signo/síntoma y consecuencias. Pese a que identifican ciertos conceptos, no existe una apropiación de la información en ellos, debido a que no se ven reflejados en prácticas de autocuidado y en lo que consideran

importante para solicitar atención, destacando entre esto lo concerniente a enfermedad periodontal. Otro tópico, es que las personas identifican la falta de educación en salud oral como una necesidad sentida.

Como primer foco de discusión es que, a través de los años, la salud oral se ha trabajado, prioritariamente, desde el modelo biomédico (87) (88), por lo que ha habido dificultades para poder trabajar en promoción y prevención, con una mirada más centrada en la representación de salud oral que poseen las personas. Por esto es que se plantea la necesidad de una alfabetización en salud bucal. Es de suma relevancia en el sentido de que, a mayor comprensión de una enfermedad, en cuanto a sus causas, consecuencias y formas de prevención, se solicitará atención profesional, solo en casos de mayor complejidad, disminuyendo la demanda de casos superfluos (94). Al respecto diferentes autores se refieren a esta problemática, explicitando que:

Naghibi *et al*, plantea que existe una asociación entre el nivel de alfabetización en salud bucal (ASB) y el estado de salud bucal, (95) debido a que al existir una baja ASB, existe una pobre salud bucal.

Miller *et al*, evidencia una asociación entre el nivel de ASB de los padres y el estado de salud bucal de sus hijos, ya que los niños que necesitaban tratamientos dentales menores o moderados tenían una mayor probabilidad de tener padres con niveles superiores de ASB, si se comparaba con aquellos que tenían más necesidad de tratamiento dental (96).

Divaris *et al*, encontró una débil correspondencia entre el ASB de los padres y la calidad de vida relacionada con la salud bucal de sus hijos preescolares; sin embargo, entre los

progenitores con menos ASB había una mayor proporción de hábitos deletéreos (amamantamiento nocturno) que actuaban como factores modificadores de efecto. Sin embargo, este mismo autor en otro estudio realizado, encontró una relación, en la cual padres con niveles inferiores de este alfabetismo, tenían mayores gastos en emergencias dentales de sus hijos que quienes poseían niveles superiores (97).

Según lo anterior, nuestra investigación reafirma lo evidenciado por los autores, en el sentido que hay carencias que podrían ser subsanadas. Considerando que en los últimos años hay un énfasis en promoción y prevención en salud oral, se podría profundizar en temas relacionados a la representación en salud oral, como por ejemplo la identificación de patologías periodontales.

Otro objeto de discusión a partir de nuestro estudio revela que, dada la limitación de conocimientos que poseen las personas, es importante la educación en salud oral a una temprana edad, específicamente en la distinción entre enfermedad, síntoma y signo. Es por esto que se hace necesario, ver la pertinencia de instrumentos que tiene América latina y por consiguiente Chile, para conocer y medir el nivel de alfabetización en salud oral, entre los usuarios de la atención primaria. Lo anterior se ve evidenciado en que la investigación nacional y regional en torno al ASB ha sido escasa (93), en Latinoamérica por su parte, no existe la presencia de instrumentos validados o adaptados para poder evaluar la ASB dentro de la población, por lo que hay limitados estudios que se han podido llevar a cabo sobre esta problemática. Por lo tanto, es necesario fabricar instrumentos para evaluar no solo el nivel de este alfabetismo, que existe en la población en la actualidad, sino también evaluar críticamente los resultados de las intervenciones de promoción en salud bucal (93).

Los resultados del presente estudio coinciden en que, si bien hay escaso conocimiento en salud oral, y que incluso en el caso de que se demostraron estos conocimientos, se infiere que

no se asocia a prácticas de autocuidado eficientes. En Colombia, por ejemplo, Martínez et al (93) se aproximaron con metodología cualitativa, a las concepciones que un grupo de embarazadas tenían respecto a la salud bucal, quienes otorgaron un significado de supervivencia a la boca, aunque los conocimientos en cuanto al inicio del cuidado dental de sus hijos, el cepillado y el uso de seda dental eran inadecuados (93). Este estudio, evidencia que, si bien se entrega la información y se orienta cómo aplicar lo aprendido, pareciera que, como no hay un convencimiento, no apropian el conocimiento. Por ejemplo, plantean que las personas no apropian conceptos de enfermedad periodontal y la gingivitis, ya que identifican los conceptos como cálculos, sangrado, inflamación, pero no existe asociación con un problema prevenible. Es por esto, que se llega a la siguiente pregunta, ¿cuál es el faltante para lograr una población sana en materia de salud bucal?, efectivamente es el reconocimiento por parte de la población, de que la salud bucal es parte íntima e íntegra de la salud general (93).

Para la alfabetización en salud oral, hay que considerar realizarla a la más temprana edad posible, dado las limitaciones en conocimientos en salud oral que se observaron durante la investigación. La mayoría de las personas adultas, se preocupan de su salud oral, una vez que ya han sufrido consecuencias, las cuales se reconocen como prevenibles por ellos. Ante lo evidenciado por el estudio de Colombia, nuestra investigación avala la necesidad de contar con instrumentos para medir la ASB, y propone dar énfasis en alfabetización en salud, promoviendo aprendizajes significativos, que refleje que los conocimientos están siendo apropiados por las personas. Uno de los grupos a intervenir inicialmente, sería el de las embarazadas, como grupo poblacional prioritario en el campo de salud bucal, ya que es importante formarlas en temas de prevención de enfermedades, para que así estas puedan replicarlos en sus hijos. Esto es porque el principal foco de comprensión que se debe lograr es que la educación para la salud se debe dar a lo largo de la vida y mientras más pronto inicie, mayores probabilidades de mantenerse sanos.

Una de las limitaciones de este estudio es que para intervenir en alfabetización en salud oral es necesario relacionarlo con los determinantes sociales de la salud, que influyen en que esta ABS sea efectiva.

El concepto de alfabetismo en salud ha llenado un espacio para la evaluación de uno de los aspectos más importantes del proceso salud-enfermedad: las habilidades del paciente. Los resultados de investigaciones de más de 20 años han comprobado su impacto, y se ha logrado pasar desde un enfoque de carencia como factor de riesgo para diversas enfermedades, a uno activo para recuperar y mantener la salud (93).

6. CONCLUSIONES

A través de la presente investigación se ha podido evidenciar que existen conocimientos muy acotados en cuanto a lo que es salud y enfermedad oral, lo que imposibilita prevenir determinadas condiciones orales. Es por esto que se evidencia que, la calidad de salud oral es deficiente y que pese a que existe una valoración positiva, tanto del odontólogo como del sistema de atención del Cesfam, se observa un deterioro de la salud oral en las personas. Ahora bien, debido a la falta de aprendizaje sobre enfermedades orales y de prácticas de autocuidado en salud oral, se releva la necesidad de poner mayor énfasis en la educación en salud oral.

7. RESUMEN

La presente investigación titulada “PRÁCTICAS DE SALUD ORAL Y VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PERSONAS DE LAS LOCALIDADES DE RAUCO, SAN JAVIER Y SARMIENTO DE LA VII REGIÓN DEL MAULE”, trata los temas de representación en salud oral, identificación de algunas patologías, problemas orales expresados por la personas y valoración de la atención tanto del odontólogo, del sistema de atención y de los tratamientos realizados en los CESFAM de Rauco, San Javier y Sarmiento.

A través de la investigación emergieron problemas de reconocimiento de ciertas patologías, enfermedades comunes entre los pacientes como lo fue la caries y valoración positiva de lo que es atención en salud. Pese a esto último, las personas aún revelan prácticas deficientes de autocuidado pese a su conocimiento de ellas, reflejándose tal situación en un mal estado de salud oral.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Bibeau, G., Corin E. (éd.). (1995). *Beyond Textuality. Ascetism and Violence in Anthropological Interpretation*. Nueva York: Mouton de Gruyer. [Links]^[L]_[SEP]Bravo, L., Torres, F.; Fierro, C. y Pérez, M.
- 2- Estado de Salud Bucal en Preescolares con Sobrepeso de Concepción, Chile. *Int. J. Odontostomat.* [online]. 2010, vol.4, n.3, pp. 267-270. ISSN 0718-381X. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2010000300009>.
- 3- Camargo-Ramos, C. y Pinzon-Villate, G. (2012). 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* [online]. 2012, vol.60, suppl.1 [citado 2013-04-21] pp. 62-74.^[L]_[SEP]Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112012000500007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0120-0011.
- 4- Salud Publica Cuba (2012). *Memorias Convención Internacional de Salud Publica. Cuba Salud 2012.La Habana 3-7 de diciembre de 2012* ISBN 978-959-212-811-8
- 5- 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.
- 6- 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.
- 7- Lugo, E., García, L., Gross, C., Casas, S. y Sotomayor, F. La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. *MEDISAN* [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2014 Jun 16]; 17(4): 677-685. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400015&lng=es.
- 8- Menéndez, E. (2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y sociedad*, 20(spe2), 5-50. Recuperado en 01 de mayo de 2013, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252008000400002&lng=es&tlng=es.
- 9- Menéndez, E. (2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y sociedad*, 20(spe2), 5-50. Recuperado en 01 de mayo de 2013, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252008000400002&lng=es&tlng=es.
- 10- Navas, R., Rojas, T., Zambrano, O., Álvarez, C., Santana, Y. y Viera, N. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. *INCI* [revista en la Internet]. 2002 Nov [citado 2014 Jun 16]; 27(11): 631-634. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-18442002001100009&lng=es

- 11- Núñez, L., Icaza, G., Contreras, V., Correa, G., Canales, T., Mejía, G., Oxman-Martínez, J. y Moreau, J. (2013). Factores asociados a la consulta odontológica en niños/as y jóvenes de Talca (Chile) e inmigrantes chilenos de Montreal (Canadá), *Gaceta Sanitaria*, Available online 8 April 2013, ISSN 0213-9111, 10.1016/j.gaceta.2013.02.004.
- 12- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*, París, ESF.
- 13- Jadue, L. et al (2009). Programa de Salud Oral Integral para Niños (as) de 6 años como Problema de Salud con Garantía Explícita en Chile: La Participación de los Pediatras. *Rev. chil.pediatr.* [online].
- 14- Ministerio De Salud. Departamento De Salud Bucal et al. 2009, vol.80, n.6
- 15- [citado 2013-04-21], pp. 534-538. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062009000600006&ing=es&nrm=iso.ISSN0370-
- 16- Adimark. *El Nivel Socio Económico Esomar manual de aplicación*. Santiago, Chile. Octubre, 2000.
- 17- Albala Cecilia, Vío Fernando. “La Transición epidemiológica en países seleccionados: estudio de casos”. 1995
- 18- Paula Forttes Valdivia, Cristián Massad Torres. “Las Personas Mayores en Chile Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez”. 2009.
- 19- Cannobbio Liliana, Tamara Jeri.”Estadísticas sobre las personas adultas mayores: un análisis de género. 2008.
- 20- Francisco González M. Cristián Massad T. Felipe Lavanderos C. “Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores”. 2009.
- 21- OMS. *Envejecimiento activo: un marco de política*. Ginebra: OMS; 2002 http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
- 22- Iván Palomo G, Gloria Icaza N. “Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en población adulta de Talca, Chile, 2005”. 2007.
- 23- Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Informe Final. Estudio de Carga de enfermedad y Carga atribuible. 2007.
- 24- INE. *Compendio estadístico: 1.2 Estadísticas demográficas*. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas; 2010. http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2010/1.2e_stdemograficas.pdf
- 25- Ministerio de salud. *Guía clínica salud oral integral para adultos de 60 años*. Santiago: MINSAL, 2010.
- 26- The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. *Chronic Periodontitis - Prevention, Diagnosis and Treatment*. Stockholm. 2004.
- 27- OMS. *Glosario de Promoción de la Salud*. Ginebra: División de Promoción, Educación y Comunicación para la Salud. 1998.
- 28- *Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores. Memoria para optar al grado de doctor* presentada por Edwin Járitzon Meneses Gómez. Madrid. 2010
- 29- *Guía Clínica AUGÉ. Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Salud Bucal Salud Oral Integral para adultos de 60 años: Prevención y tratamiento de caries radiculares*. 2015.(5)

- 30- Chile MdS. Programa nacional de salud de las personas adultas mayores. Gobierno de Chile ed2014.
- 31- Chile MdS. Código Sanitario.
- 32- NORMA GENERAL ADMINISTRATIVA N° 19: GESTION DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCION CERRADA, Resolución Exenta 1127 (2007).
- 33- Ellis J. Nursing care of older people: A personal constructtheory perspective. Journal of Advanced Nursing. 1999;29(1):160-8.
- 34- Torres M, Thomas C, Rodríguez A. Funciones de Enfermería en la Atención Primaria de Salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2005;21(3-4)
- 35- Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria S. Cuadernos Semap 1:El papel de la enfermera familiar y comunitaria en la cronicidad. Madrid: SEMAP; 2013.
- 36- Izquierdo R, al e. Aplicación de la Teoría de Dorotea Orem a un paciente Laringectomizado a través del P.A.E. - Ilustrados! 2006 [Available from: <http://www.ilustrados.com/tema/9181/Aplicacion-Teoria-Dorotea-Orem-paciente-Laringectomizado.html>]
- 37- Vargas S, Fernández J. Efectividad en la atención domiciliaria de enfermería en el mejoramiento del autocuidado de personas adultas mayores. Enfermería Actual en Costa Rica. 2014
- 38- Pierre Bourdieu, Science de la science et réflexivité : Cours du Collège de France 2000-2001. Éditions raisons d'agir (Diffusion : Le Seuil). Collection « Cours et Travaux », octobre 2001
- 39- Menéndez EL. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. Región y sociedad. 2008;20:5-50.
- 40- Strauss A, Corbin J. Bases de La investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar La teoria fundamentada. Medellín (Colômbia): Editorial Universidad de Antioquia; 2002
- 41- Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la Investigación cualitativa. Granada 1996
- 42- Batzán A. Etnografía. Metodología Cualitativa En La Investigación Sociocultural. México 1995
- 43- Flores R. Observando observadores. Una introducción a la metodología de investigación cualitativa. Santiago de Chile 2009
- 44- Moreno E, Miles J. Pacientes odontológicos por Regiones , Comunas y Porcentajes. Santiago de Chile: INE; 2003
- 45- Brace-Govan, Jan. Issues in Snowball Sampling: The Lawyer, the Model and Ethics [online]. Qualitative Research Journal, Vol. 4, No. 1, 2004: 52-60. Availability:<<http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=879742197922293;res=IELHSS>> ISSN: 1443-9883. [cited 25 May 16].
- 46- Taylor SJ, Bogdan R. Introducción: ir hacia la gente. In: Paidós, editor. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. México 1986.
- 47- Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Pierre Bourdieu. Traducido por Thomas Kauf. Editorial Anagrama, Barcelona, 1997

- 48- Freedman, B. Placebo Control Trials and the Logic of Clinical Purpose. *IRB: A Review of Human Subjects Research* 1990; (6)12.
- 49- González M. Aspectos Éticos de la Investigación Cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2002;29:85-103
- 50- R.M. Andersen, Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J. Health Soc. Behav.* 36 (1) (1995) 1–10.
- 51- Osaghae IP. Dentoalveolar abscess: A case of poor dental visit and unawareness of dental treatment?. *Odontostomatol Trop*. 2014 Dec;37(148):39-45.
- 52- Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2016;9(2):177---183
- 53- López R, Fernández O, Baelum V. Social gradients in periodontaldiseases among adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol*.2006;34:184---96
- 54- Niesten D, Witter D. J, Bronkhorst E. M, Creugers N. Oral health care behavior and frailty-related factors in a care-dependent older population. *Journal of Dentistry*. 2017; 61: 39–47.
- 55- Dia-Perera, G.; Bacallao, J; Alemañy, E; 2012. *Subpoblaciones con perfiles epidemiológicos y de riesgo singulares en La Habana, Cuba: Diabetes, hipertension y tabaquismo*. *RevPanam Salud Publica*. 32(1):9-14.
- 56- Vidal Gutierrez D, Chamblas Garcia I, Zavala Gutierrez M, Muller Gilchrist R, Rodriguez Torres M, Chavez Montecino A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepcion, Chile. *Ciencia y enfermería [Internet]*. 2014 [cited 20 January 2018];20(1):61-74. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100006.
- 57- Adriana Moiso. Determinantes de salud. En: Barragan, H., director. *Fundamentos de Salud Publica*. Primera Parte. La Plata: Editorial de la universidad nacional de La Plata edicion; 2007. 161-189.
- 58- Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud [Internet]. *Scielo.isciii.es*. 2008 [cited 20 January 2018]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500012.
- 59- Buss PM, Magalhães DP, Setti AFF, Gallo E, Franco Netto FA, Machado JMH, et al. Saúde na Agenda de Desenvolvimento do pós-2015 das Nações Unidas. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(12):2555-70. [Links]
- 60- Vergara Quintero, M. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2007, volumen 1. <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126689003.pdf> (10 enero 2018)
- 61- Diario El Centro [Internet]. www.diarioelcentro.cl. 2017 [cited 23 January 2018]. Available from: <http://www.diarioelcentro.cl/noticias/cronica/la-region-del-maule-tiene-112-de-prevalencia-de-obesidad>
- 62- Minsal [Internet]. www.minsal.cl. 2017 [cited 23 January 2018]. Available from: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf>

- 63- Compendio estadístico ine en 2015 [Internet]. INE. 2015 [cited 23 January 2018]. Available from: http://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2015/compendio_estadistico_ine_2015.pdf?sfvrsn=4
- 64- Ingreso laboral promedio mensual en Chile fue de \$517.540 en 2016 [Internet]. INE. 2017 [cited 23 January 2018]. Available from: [http://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2017/07/25/ingreso-laboral-promedio-mensual-en-chile-fue-de-\\$517.540-en-2016](http://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2017/07/25/ingreso-laboral-promedio-mensual-en-chile-fue-de-$517.540-en-2016)
- 65- Matute I, Burgos S, Alfaro T. Socioeconomic status and perceived health-related quality of life in Chile. *MEDICC Review*. 2017;19(2-3):51–6
- 66- El método cualitativo de investigación desde la perspectiva de marketing: el caso de las universidades públicas de Madrid [Doctorado]. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID; 2014.
- 67- Quecedo, R, Castaño, C. Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica* [Internet]. 2002;(14):5-39. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17501402>
- 68- Metodología de la investigación [Internet]. 6th ed. Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V; 2014 [cited 23 January 2018]. Available from: https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2017/07/metodologc3a3c2ada_de_la_investigac3a3c2b3n_-_sampieri_-_6ta_edicion1.pdf pg 488
- 69- Introducción a los métodos cualitativos [Internet]. 1st ed. New York: Ediciones Paidós; 1984 [cited 23 January 2018]. Available from: <http://www.instituto178.com.ar/Academicos/Catedras/Verandi/TaylorBogdan-Introduccionalosmetodoscualitativosdeinvestigacion.pdf>.
- 70- Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos [Internet]. Washington: Twenty-third Street, NW; 2006 [cited 23 January 2018]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166144/1/9275316147.pdf>
- 71- Introducción a los métodos cualitativos [Internet]. 1st ed. New York: Ediciones Paidós; 1984 [cited 23 January 2018]. Available from: <http://www.instituto178.com.ar/Academicos/Catedras/Verandi/TaylorBogdan-Introduccionalosmetodoscualitativosdeinvestigacion.pdf> además
- 72- Sarmiento: una localidad en pleno desarrollo [Internet]. *Diario La Prensa*. 2013 [cited 24 January 2018]. Available from: <http://www.diariolaprensa.cl/curico/sarmiento-una-localidad-en-pleno-desarrollo/>
- 73- Sarmiento C. CESFAM Sarmiento [Internet]. Discapacidad Curico. [cited 24 January 2018]. Available from: <http://discapacidadcurico.cl/staff/cesfam-sarmiento/>
- 74- Blaxter M. The significance of socio-economic factors in health for medical care and National Health Service. En: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, eds. *Health and social organization. Toward a health policy for the 21st century*. London, Routledge: 1996;32-41.
- 75- Tamez-González Silvia, Valle-Arcos Rosa Irene, Eibenschutz-Hartman Catalina, Méndez-Ramírez Ignacio. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2006 Oct [citado 2018 Ene 24] ; 48(5): 418-429. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000500008&lng=es.

- 76- Hernández, J. G., Herrera, L., Martínez, R., Páez, J. G., y Páez, M. A. (2011). Teoría Fundamentada. Recuperado de <http://www.eduneg.net/generaciondeteoria/files/INFORME-TEORIA-FUNDAMENTADA.pdf>
- 77- Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*. 2012;9:Doc11. doi:10.3205/psm000089.
- 78- Andersen RM, Davidson PL. Improving access to care in America: individual and contextual indicators. In: Andersen RM, Rice TH, Kominski EF, eds. *Changing the U.S. health care system: key issues in health services, policy, and management*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2001. p. 3-30.
- 79- Reporte Comunal: Rauco, Región del Maule [Internet]. Ministerio de desarrollo social. [cited 24 January 2018]. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/pdf/comunal_general/maule/Rauco_2013.pdf
- 80- SanMartín D. Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. Vol. 16, 2014;1 [cited 24 January 2018]. Disponible en <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>
- 81- Campo-Redondo M, Labarca, C. La teoría fundamentada en el estudio empírico de las relaciones sociales: un caso sobre el rol orientador del paciente. [Internet] 2009 [Citado el 24 de enero de 2017]; v. 25 n. 60(1012-1587). Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31012531004>
- 82- Flick, U. *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: 2007;
- 83- Rodríguez O. La Triangulación como Estrategia de Investigación en Ciencias Sociales. *Madridmasd*. 2005;31 [Citado el 24 de enero de 2017]; Disponible en <https://www.madrimasd.org/revista/revista31/tribuna/tribuna2.asp>
- 84- MARTINEZ, M. Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*. Maracay. 2006; v. 27, n. 2, p. 07-33,. Disponible en <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512006000200002&lng=es&nrm=iso>. accedido en 24 enero 2018
- 85- La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen*. 2011;61:<http://trabajosocialmazatlan.com/multimedia/files/InvestigacionPosgrado/Entrevista.pdf>.
- 86- Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Calidad de Vida,2000.
- 87- Baeta, M. (2015). CULTURA Y MODELO BIOMÉDICO: REFLEXIONES EN EL PROCESO DE SALUD ENFERMEDAD. *Comunidad y salud*, [online] (13), p.pag 82. Available at: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375743552011> [Accessed 14 Nov. 2018].

- 88- Mercedes F. "Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial" [Internet]. Ifdcsanluis-slu.infed.edu.ar. 2006 [cited 14 November 2018]. Available from: <https://ifdcsanluis-slu.infed.edu.ar/sitio/upload/MODELO%20BIOMEDICO%20y%20BIOPSICOSOCIAL.pdf>
- 89- Becerril-Montekio V, Reyes J, Manuel A. Sistema de salud de Chile [Internet]. 53rd ed. Mexico: Salud Publica Mexico; 2011 [cited 14 November 2018]. Available from: <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s132-s142/#ModalArticles>
- 90- Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud bucal 2010. Chile: Ministerio de Salud;2010
- 91- Ministerio de Salud. Acreditación en Calidad en Salud 2011. Chile: Ministerio de Salud;2011
- 92- RIVEROS S JORGE, BERNÉ M CARMEN, MÚGICA G JOSÉ M. Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. Rev. méd. Chile [Internet]. 2010 Mayo [citado 2018 Nov 14] ; 138(5): 630-638. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000500015>.
- 93- Cartes-Velásquez R. Alfabetismo en salud: bases conceptuales y evidencia en odontología [Internet]. 4th ed. Concepción: Medisan; 2015 [cited 18 November 2018]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000400013
- 94- Martínez Delgado C, López Palacio A, Londoño Marín B, Martínez Pabón M, Tejada Ortiz C, Buitrago Gómez L et al. EXPLORACIÓN DE SIGNIFICADOS CON RESPECTO A LA SALUD BUCAL DE UN GRUPO DE GESTANTES DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN, COLOMBIA ¿HAY ALFABETIZACIÓN EN SALUD BUCAL? [Internet]. 23rd ed. Medellin: Revista Odontologia, Universidad Antioquia; 2011 [cited 18 November 2018]. Available from: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/8921>.
- 95- Naghibi Sistani M, Yazdani R, Virtanen J, Pakdaman A, Murtomaa H. Determinants of Oral Health: Does Oral Health Literacy Matter? [Internet]. 1st ed. Hindawi Publishing Corporation: P. Gjermeo and D.Wray; 2013 [cited 17 November 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/249591>
- 96- Miller E, Lee J, DeWalt D, Vann W. Impact of Caregiver Literacy on Children's Oral Health Outcomes [Internet]. 1st ed. North Carolina: Pediatrics; 2010 [cited 17 November 2018]. Available from: <http://doi:10.1542/peds.2009-2887>
- 97- DIVARIS K, LEE J, BAKER A, VANN W. Caregivers' oral health literacy and their young children's oral health-related quality of life [Internet]. 5th ed. North Carolina: Acta Odontol Scand; 2012 [cited 17 November 2018]. Available from: <http://doi:10.3109/00016357.2011.629627>
- 98- Ministerio de Salud. Perfil Epidemiológico, Diagnóstico de Situación de Salud Bucal. Chile: Gobierno de Chile. (2007). Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7dc33df0bb34ec58e04001011e011c36.pdf>

- 99- Muza, R., Muza, P. Satisfacción del paciente con tres especialidades dentales. *Revista Chilena de Salud Pública*. Vol.12 12-17. 2008.
- 100- Delgado B., Cornejo-Ovalle M., Jadue H., L, Huberman, J. Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. *Cient. Dent.*; 10; 2: 101-109. 2013.
- 101- Fonseca G, Valenzuela Rodríguez C. Necesidad de la eficiencia económica en salud. Lecture presented at; 2013; Cuba.
- 102- Ramis Andalia R, Sotolongo Codina P. Aportes del pensamiento y las ciencias de la Complejidad al estudio de los determinantes de la salud. Presentation presented at; 2008; La Habana.
- 103- Davis-Toledo G, Nuñez Franz L, Espinosa Acebedo A, López Caja L. ¿Qué hace la gente antes de ir al dentista?: Estudio cualitativo de prácticas culturales de alivio del dolor en la atención primaria. *Journal of oral research* 2018; 1-26.
- 104- Contreras-Ramírez R, Davis-Toledo G & Nuñez-Franz L. Patient satisfaction and quality of emergency dental care in Chilean public health services. *J Oral Res* 2018; 7(6):176-183. doi:10.17126/joralres.2018.057
- 105- Ulin, P. (2005). *Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos*. Washington: Family Health Internacional, pp.159-160. Available at: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/729/9275316147.pdf> [Accessed 6 Dec. 2018].
- 106- Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: Rodríguez T, García M, Jodelet D, ed. by. *Representaciones sociales Teoría e investigación* [Internet]. 1st ed. Guadalajara: CUCSH-UdeG; 2018 [cited 6 December 2018]. p. 474-475. Available from: <https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=X3Eb7sKFaWMC&oi=fnd&pg=PR1&dq=denise+jodelet+representaciones+sociales&ots=KEQ6Qg-4O4&sig=HJrO-qnk1cqGICfAE3w0gv35rIw#v=onepage&q=denise%20jodelet%20representaciones%20sociales&f=false>
- 107- Benavides Mayumi Okuda, Gómez-Restrepo Carlos. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *rev.colomb.psiquiatr.* [Internet]. 2005 Mar [cited 2018 Dec 06] ; 34(1): 118-124. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008&lng=en.

9. ANEXOS

Anexo I: Consentimiento Informado



Título del Proyecto:

PRÁCTICAS Y ACCIONES DE SALUD FRENTE A ENFERMEDADES ORALES Y VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES DEL SERVICIO PÚBLICO.

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.

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 utilizarán 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 ODONTOLÓGICAS EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN COMUNAS CON ASCENDENTE RURAL DE LAS REGIONES VI Y VII” PRÁCTICAS Y ACCIONES DE SALUD FRENTE A ENFERMEDADES ORALES Y VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES DEL SERVICIO PÚBLICO y autorizo a las 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: Camila Ortiz Espinoza
Claudia Pacheco Ramírez

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 ODONTOLÓGICAS EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN COMUNAS CON ASCENDENTE RURAL DE LAS REGIONES VI Y VII”, PRACTICAS DE SALUD BUCODENTAL PERIODONTAL E INFECCIOSA Y DETERMINANTES SOCIALES EN PACIENTES DEL SERVICIO PÚBLICO y autorizo a Claudia Pacheco Ramírez y Camila Ortiz Espinoza, 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

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

Firma de estudiantes memoristas

Anexo II: Protocolo de entrevistas inicial

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 | <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> ESCRITO |

II. Presentación: Pauta de entrevista

Consigna de partida

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

INICIO DE LA CONDICION DE SALUD

- ¿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?, cuente un poco al respecto
- ¿Que importancia o relevancia le entrega al cuidado de la salud bucal? ¿Es un tema del día a día? ¿Nace de usted o es incentivada a través de sus cercanos?
- ¿ha escuchado sobre alguna enfermedad periodontal a través de un profesional? ha escuchado sobre alguna enfermedad periodontal a través de un familiar y/o cercano? ¿puede contarme lo que sabe de ellas?
- ¿ha tenido alguna vez sangrado de encías? ¿sabe el motivo por el cual sucede? ¿Le ha surgido preocupación frente a este tema?
- En relación a la pregunta anterior si le sucediera a usted ¿cree que amerita el consultarlo frente a un profesional? Considerando que no hay presencia de dolor ¿buscaría información del tema a través de un cercano o través de internet?
- ¿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?

-¿ha escuchado sobre alguno de los términos como halitosis, gingivitis, periodontitis, absceso? ¿si es así podría decirme en palabra muy simples en que consisten?

-En relación a tus patologías orales ¿Cuáles son los problemas dentales que ha tenido?-

-¿Qué los llevo a consultar al CESFAM?

-Refiriéndonos al dolor ¿Cómo es su molestia y dónde?

-¿Hace cuánto tiempo la siente?

-¿Por qué cree usted que se le produjo 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.).

- ¿Cómo empezó la enfermedad? (Descripción de los primeros síntomas) ¿Qué sintió? ¿Dónde estaba y con quién?).

- ¿Cómo interpretó/significó los primeros síntomas? ¿Qué pasó? ¿Qué pensó? ¿Qué quería hacer? ¿Qué quería hacer y no hizo? ¿Qué hizo? ¿A quién acudió y porqué?)

- ¿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...)

- ¿Qué le dijeron las personas sobre su situación? ¿Conoció o conocía a otras personas que hubiesen vivido lo mismo?

- ¿Cómo le afectó lo que le dijeron o lo que vio?

- ¿Cómo reaccionó su familia?

ATENCION EN SALUD

- ¿Cómo fue su primera experiencia de atención en salud para esta condición de salud? (¿cómo decidió ir al médico, ¿cómo se sintió tratada?, ¿qué le dijo el personal de salud sobre su enfermedad?, ¿qué fue lo más importante? ¿entendió lo que le decían?, ¿hizo preguntas?, si lo hizo ¿Qué preguntó y por qué?

-Cuando viene a consultar por atención dental ¿ha afectado en otro aspecto de su vida como el trabajo, para realización de trámites o similares? ¿Me podría contar sus experiencias?

- 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).

- Me podría describir al personal de salud que fue importante para usted en ese momento (si no lo nombra espontáneamente preguntar por personal de odontología. ¿Cómo se relacionó con esa persona, qué influyó en la relación, cuénteme cómo se dieron las cosas?

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

- ¿Hay algo que le hubiese gustado decir o hacer y que no lo haya hecho... por qué?

- ¿Cómo asumió los tratamientos ? (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).
- ¿Ud considera una motivación por parte del profesional al momento de recibir su atención? ¿Cuáles cree que son las principales fortalezas y/o debilidades de su prestador de servicios? ¿se encuentra conforme con la atención recibida? ¿volvería a solicitar atención de un prestador de salud con el cual no se ha sentido cómoda? ¿Volvería a solicitar atención de un prestador de salud con el que si ha tenido buena experiencia?
- Ud cree que hay diferencias con respecto a la atención recibida en este CESFAM frente al de otra comunidad? ¿y frente a otra institución de diferente índole? (puede ser de sector privado)
- ¿Se siente conforme con la atención de ha recibido en este centro de salud? (se espera que se explaye diferentes variables, como tiempo de espera, calidad de atención, estructura del establecimiento, los recursos a los cuales puede acceder)
- En relación al CESFAM ¿Le es accesible?
- ¿Cuánto tiempo espero la atención?
- ¿Cuál es su apreciación de la atención en el CESFAM?
- ¿Cuáles son alguna de las experiencias que me puede relatar en su paso por el CESFAM?
- ¿Qué cosas cambiarías del sistema de atención?
- ¿Cómo considera que podría mejorar tal problemática?

CONDICIONES DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

- Me podría contar un día corriente en su vida para entender mejor que significa para usted esta enfermedad por favor.

- ¿Cómo se cuida a diario? (ir en detalle en las prácticas de cuidados en salud en general y odontológicos en particular)

Si el entrevistado no se refiere al tema de los determinantes sociales de la salud de manera espontánea pregúntenles al respecto, por ejemplo:

¿Cómo describiría usted su casa y su barrio?

Cómo se siente en su hogar o sector. ¿De qué manera la vivienda y el sector donde vive en su calidad de vida en salud.

-¿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?

-¿Es usted el encargado de mantener su propia salud bucal? ¿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?

- ¿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?
- ¿Es usted el encargado de mantener su propia salud bucal? ¿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?
- ¿Qué personal de salud está presente en sus cuidados? De qué manera (consejos, información, apoyo)
- ¿Cómo le va con los tratamientos? (quién los hace, grado de dificultad ¿Qué le podría ayudar a sentirse o cuidarse mejor?)

HITOS EN LA TRAYECTORIA DE CUIDADOS OS

- Cuando tiene que consumir medicación para alguna dolencia ¿ha tenido alguna reacción adversa? ¿Le es fácil digerir la medicación en la presentación que le recetaron? ¿si ha tenido un problema ha podido expresarlo frente al profesional el cual le recetó?
- En caso que presentes dolor ¿Cuál es la primera acción que realizas?
- ¿Antes de venir consulto en otro lado?
- En caso de realizar alguna practica bucodental por su cuenta ¿Sintió algún alivio al realizarla?
- Me podría contar cómo vive las crisis o las situaciones en que la su condición de salud se vuelve preocupante (redes de apoyo, estrategias de protección y cuidado, rol que juega el personal de salud positivo y negativo).
- ¿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.
- Según su visión ¿Qué cosas influyen en que asista al dentista de forma regular? ¿Qué cosas influyen en el cuidado diario de sus dientes y boca? ¿Cómo soluciona sus problemas dentales?

VISION A FUTURO Y EXPECTATIVAS

- ¿Cómo ve la enfermedad hora en relación a cuando recién le empezó? ¿Cuáles han sido los principales cambios que ha observado? ¿Cómo se ha sentido? (qué ha influido en esos cambios...).
- Preguntar sobre las expectativas de calidad de vida que tiene e intentar comprender los motivos de estas expectativas.
- ¿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 del pacientes odontológicos y/o de la condición de salud específica en la sociedad).
- ¿Cómo le gustaría a usted que fuera el sistema de salud chileno?

- Me podría contar como es para usted mal odontólogo? (o medico, enfermera, dependiendo donde se focalice el estudio)
- ¿Cómo sería entonces un buen médicos o dentista?
- ¿Cómo sería para usted una atención de salud de entonces un mal dentista y un buen dentista?
- usted cree que tiene la necesidad de mayor información con respecto a temas de salud oral? Ya sea en base a su experiencia o la de sus cercanos

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

Anexo III: Protocolo de entrevistas

PAUTA ENTREVISTA

III. 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 | <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> ESCRITO |

IV. 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 la experiencia de atención en salud dental y 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

- V. 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 MAS COMUN) ENFERMEDAD DE LAS ENCIAS, SANGRADO DE ENCIAS, DIENTE SUELTO, SARRO.
¿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 eso 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 diferencias 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 si ha tenido buena experiencia?
- 7) ¿Qué opina con respecto a la atención recibida en este CESFAM? (se espera que se explore 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.)

VISIÓN 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 (adaptar a realidad del entrevistado)

| | |
|--|--|
| Edad | |
| Género | |
| 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 IV: Plan de trabajo actividad

| Año 2018 | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N |
| Revisión literatura | X | X | | | | | | | | | |
| Gestión de Cesfam e instancias de reclutamiento | | X | X | X | | | | | | | |
| Terreno Etapa exploratoria | | X | X | | | | | | | | |
| Terreno Saturación Empírica | | | | X | X | X | X | X | | | |
| Análisis | | | | | | | | | X | X | |
| Refinamiento teórico | | | | | | | | | X | X | |
| Redacción informe de investigación | | | | | | | | | | X | X |