



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS
LABORATORIO DE Ciencias Sociales, Bioética y Comunicación
aplicadas a la Odontología**

**SITUACIÓN DE SALUD ORAL Y ACCESO AL SISTEMA SANITARIO EN MUJERES
MUSULMANAS MIGRANTES Y SUS HIJOS EN CHILE**

Romina Presle Segura

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Valentina Fajreldin Chuaqui

TUTORES ASOCIADOS

Melissa Solar

**Adscrito al Proyecto “Salud bucal y migrantes en Chile. Diagnósticos cualitativos
y de políticas públicas” (PERIODO código 2023/03)**

**Santiago, Chile
2023**

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo de investigación y todos mis estudios en odontología a los Sagrados Corazones de Jesús, María y José. Que sea para la gloria de Dios y para la salvación de las almas.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera agradecer a Dios por mi vida, por darme la posibilidad de estudiar esta hermosa profesión con la que espero poder vivir honradamente y colaborar en mejorar la calidad de vida de otras personas.

También quisiera agradecer a mi familia por todo su apoyo durante estos años. A mis padres por su apoyo económico. En especial quisiera agradecer a mi padre por siempre haber estado cuando lo he necesitado, en las buenas y en las malas.

Agradezco a mis amigos de la universidad, Nicole, Patricio, María Ignacia, Valentina, Felipe, Diego Espinoza, Diego Pacheco y Javier, por todo el tiempo que hemos compartido, por todas las veces en que me han ayudado, ya sea con algún algún material, en la búsqueda de pacientes, en el estudio o simplemente escuchando mis problemas. Quisiera destacar especialmente la ayuda de mi amiga Sofia Molina, quien fue una persona fundamental para el desarrollo de este proyecto, dedicando varias horas como parte del equipo. Agradezco además a mi amiga y ex-compañera de colegio Florencia Acevedo por confiarme a su hermano menor como paciente, gracias por la confianza en mi calidad profesional.

Gracias a todos los docentes y funcionarios de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile que han sido parte de todo mi proceso educativo. En especial le agradezco a mi tutora Valentina Fajreldin por toda su paciencia y dedicación durante todos estos años en los que he sido su ayudante y en el desarrollo de este trabajo de investigación. También quisiera agradecer a mi co-tutora Melissa Solar, quien fue esencial para el desarrollo clínico de este proyecto y de mi trabajo de investigación.

Por último quisiera agradecer a todo el equipo de personas que formaron parte del proyecto FEXO: “Integración y apoyo a mujeres migrantes musulmanas y sus hijos en Chile. Odontología al servicio de las minorías”.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 La migración en la actualidad.....	7
2.2 Migración y Determinantes Sociales de la Salud.....	14
2.3 Migración y salud oral.....	18
2.4 Salud oral y cultura.....	22
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	26
4. SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN.....	27
5. OBJETIVOS.....	28
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	29
7. RESULTADOS.....	33
7.1 Resultados obtenidos con metodología cualitativa.....	33
- Entrevista grupal a docentes de la escuela.....	34
- Entrevistas individuales a apoderadas de la escuela.....	41
7.2 Resultados clínicos.....	59
8. DISCUSIÓN.....	62
9. CONCLUSIONES.....	67
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
11. ANEXOS.....	77

RESUMEN

Introducción: La migración ha sido considerada como un determinante social de la salud, ya que expone a situaciones de vulnerabilidad. En nuestro país, la población inmigrante es cada vez mayor, sin embargo existen pocas investigaciones que estudien la influencia del fenómeno migratorio en la salud oral de las personas y comunidades. Por este motivo, el objetivo de este trabajo fue conocer la situación actual de salud oral y el acceso a la atención sanitaria en el marco de un proceso de movilidad y condición de minoría, de un grupo de mujeres musulmanas migrantes y de sus hijos en Chile.

Material y métodos: El diseño del estudio fue de tipo exploratorio, mixto, con énfasis en metodología cualitativa. Se abordó a alumnos y apoderadas de la escuela básica islámica As Salam, comuna de Ñuñoa. Se realizó un diagnóstico clínico a 17 niños entre 4 y 12 años, y a 7 mujeres, entre 18 y 50 años. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a 4 apoderadas, y una entrevista grupal a docentes de la escuela, identificando experiencias en salud oral, barreras y facilitadores culturales, y de sistema sanitario para ejercer el derecho a salud bucal.

Resultados: Se encontraron barreras y dificultades de acceso a la atención odontológica. Dentro de éstas, se menciona el dominio del español, desconocimiento de programas odontológicos y del funcionamiento del sistema de salud chileno. También, barreras culturales como la dependencia jerárquica de las mujeres a los varones de la familia, y el carácter sagrado e íntimo del cuerpo, que parece corresponder a una interpretación cultural dentro del islam. Se encontraron asimismo algunas prácticas y creencias que difieren de la población chilena, y que influyen, positiva o negativamente en la salud oral, como patrones alimentarios y el uso del Miswak (*salvadora persica*).

Conclusiones: El estudio confirma la relevancia de estudiar los contextos y particularidades de las comunidades migrantes en torno de la salud y la salud oral; dando cuenta de sistemas de creencias y prácticas así como relativos al acceso al sistema sanitario. Esto permitirá a la odontología dirigir de manera efectiva sus mensajes y acciones y lograr mayor adherencia de las acciones terapéuticas, preventivas, y promocionales, a nivel individual y colectivo. Se confirma la importancia de investigar la experiencia de la mujer en sí misma, y no solamente

como madre (binomio madre-hijo), dado el impacto que los patrones culturales y de género manifiestan sobre su propio ejercicio del derecho a la salud oral.

1) INTRODUCCIÓN

Durante años las ciencias odontológicas han tratado la comprensión de los procesos de salud y enfermedad desde un enfoque biomédico, considerando al cuerpo como una estructura biológica que es fragmentada y analizada desde el punto de vista funcional (Baeta S, 2015). Este modelo se fundamenta en el paradigma positivista, en el cual las causas de los fenómenos son independientes de la subjetividad de los individuos (Taylor & Bogdan, 1987). La salud se considera como la ausencia de enfermedad y la enfermedad es todo aquello que el médico puede reconocer, demostrar y clasificar. Sin embargo, este modelo no es suficiente para comprender fenómenos más complejos que interactúan en los procesos de salud y enfermedad como las dimensiones psicológicas, sociales, religiosas y culturales. Es por esta razón, que surge el modelo biopsicosocial, el cual se centra en explorar las causas de las enfermedades más allá de los fenómenos biológicos o físicos medibles y cuantificables, examinando aspectos socioeconómicos, ambientales, culturales, y psicológicos (Juárez, 2011).

Desde esta perspectiva, la metodología cualitativa es una herramienta necesaria para estudiar esta multiplicidad de causas que afectan en la salud de un individuo, ya que está basada en el paradigma constructivista, el cual pone énfasis en cómo se producen los significados, los cuales son otorgados por los marcos de referencia interpretativos de cada individuo, basados en la historicidad y en lo cultural (Ramos, 2015). El trabajo presentado a continuación aborda a una comunidad de mujeres inmigrantes y sus hijos en Chile. Debido a que una de las características de la población estudiada es su diversidad cultural y religiosa se optó por utilizar un diseño de estudio mixto con énfasis en metodología cualitativa.

Para contextualizar este trabajo es necesario precisar que está enmarcado dentro de la primera versión de proyectos FEXO (Fondos de Extensión en Odontología), realizados el

2022 en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. A través de los cuales se busca *“favorecer la vinculación con la comunidad, a través de iniciativas de extensión que incentiven la expresión y desarrollo artístico, cultural y científico, junto con fortalecer la promoción y educación en salud general y oral para la ciudadanía, con un enfoque participativo, inclusivo, territorial, equitativo e igualitario. Con un especial énfasis en aquellas poblaciones con menor acceso a la educación en salud oral y a la atención odontológica”* (Facultad de Odontología- Universidad de Chile, 2023).

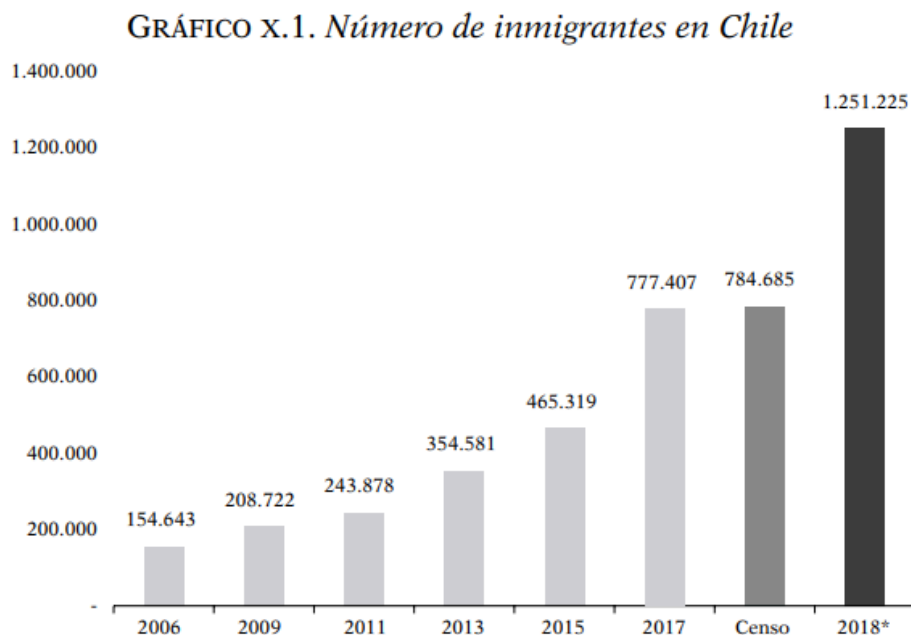
2) MARCO TEÓRICO:

2.1 La migración en la actualidad

La migración es un proceso presente desde los orígenes de la humanidad y es considerado como un derecho humano reconocido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1948). Actualmente este fenómeno cobra especial importancia por el incremento en las cifras de migrantes a nivel mundial; según el informe de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en junio del 2019 el número de migrantes internacionales era de casi 272 millones en todo el mundo, 51 millones más que en 2010. Los migrantes internacionales constituían el 3,5% de la población mundial en 2019, en comparación con el 2,8% en 2000 y el 2,3% en 1980 (OIM, 2020). Las razones para migrar son diversas, algunas personas se desplazan en busca de trabajo, por razones económicas, por estudios; otras personas se desplazan para escapar de conflictos armados, persecuciones, terrorismo o violación a los derechos humanos en sus países de origen. En relación a esto último, según datos de la Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los refugiados (ACNUR), existen al menos 108,4 millones de personas desplazadas por la fuerza. De las cuales, hay 35,3 millones de personas refugiadas, y dentro de ellas el 41 % son menores de 18 años (ACNUR, 2023).

En Chile, según un estudio realizado por Fuentes & Hernando (2019), el cual compara bases de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) desde 2006 a 2017, las tasas de inmigración aumentaron significativamente (gráfico 1). La población de inmigrantes pasó de 154.642 en 2006 a 777.407 en el 2017, lo que supone un aumento de 0,96 por ciento a 4,37 por ciento de la población.

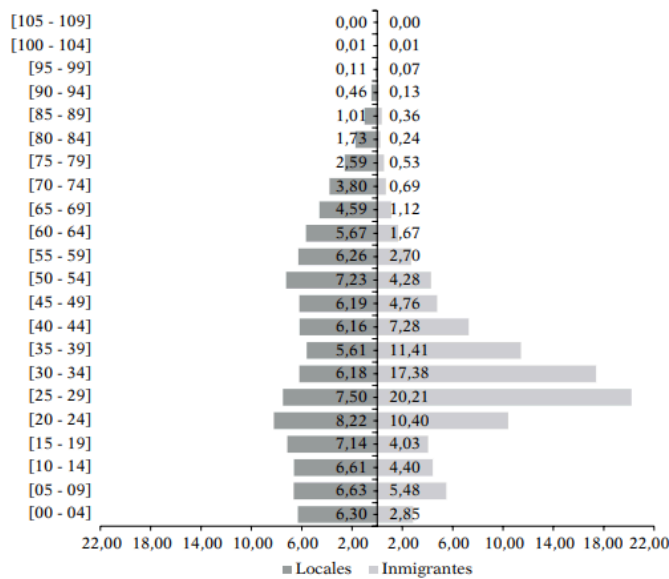
Gráfico 1. Número de migrantes en Chile entre 2006 y 2017.



Fuente: Caracterización estadística de la inmigración en Chile (Fuentes & Hernando, 2019). Elaboración en base a encuestas CASEN, Censo 2017 para periodo 2006-2017. *Corresponde a la estimación del Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Departamento de Extranjería y Migración (DEM) para el 31 de diciembre de 2018.

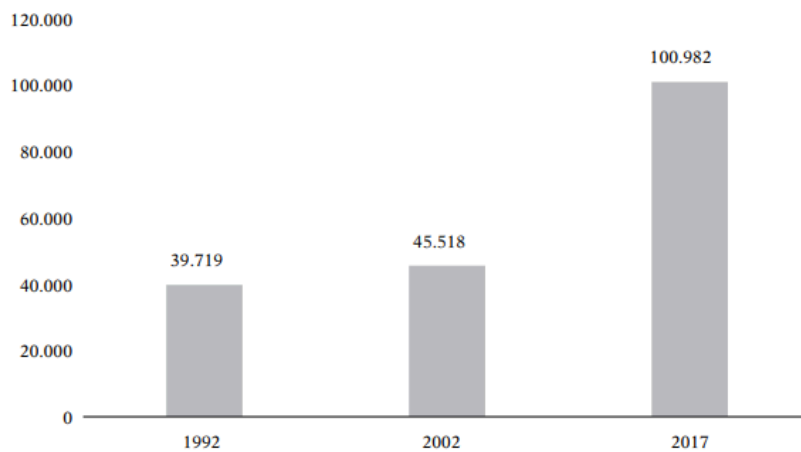
Este aumento de la población inmigrante fue sustancialmente marcado por jóvenes y niños. El rango etario en el cual se concentró la población migrante fue entre los 20 y 44 años, por lo cual, la población joven fue mayor en inmigrantes que en población local (gráficos 2 y 3).

Gráfico 2: Pirámide de población local e inmigrante en base a encuesta CASEN 2017.



Fuente: Caracterización estadística de la inmigración en Chile (Fuentes & Hernando, 2019)

Gráfico 3: Evolución de la cantidad de niños, niñas y adolescentes (NNA) inmigrantes (Censos 1992, 2002 y 2017).

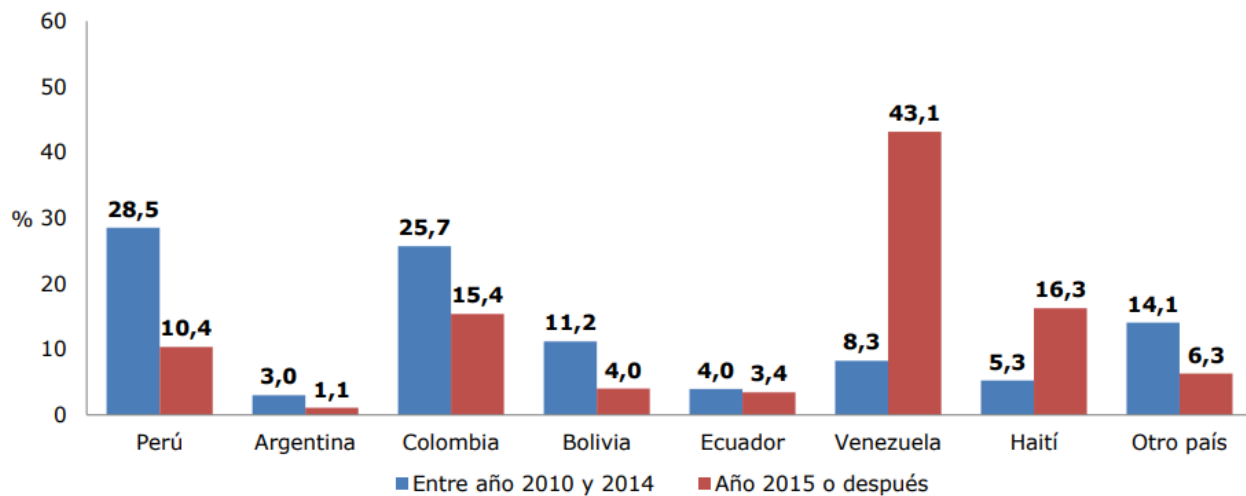


Fuente: Caracterización estadística de la inmigración en Chile (Fuentes & Hernando, 2019).

Durante los años 2018 y 2019, se produjo un aumento de la población migrante de un 74% y un 11%, respectivamente. Esto corresponde al 95% del total de migrantes que han ingresado al país entre el 2018 y 2021, debido a que en el año 2020 hubo un estancamiento en la población migrante, presumiblemente a raíz de las restricciones del COVID-19 impuestas en Chile (Centro de estudios Libertad y Desarrollo, 2022).

Según datos de la encuesta CASEN 2017, la población migrante que arribó a Chile entre los años 2010 y 2014 se compone mayoritariamente de personas provenientes de Perú (28,5%), Colombia (25,7%) y Bolivia (11,2%). Sin embargo, la población migrante más reciente, desde el año 2015 en adelante, se compone principalmente de personas provenientes de Venezuela (43,1%), Haití (16,3%) y Colombia (15,4%), como se observa en el gráfico 4.

Gráfico 4: Distribución de la población nacida fuera de Chile según país de nacimiento, por fecha de llegada al país, 2017.



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2017.

Según estimaciones del INE y el Servicio Nacional de Migraciones (SERMIG), durante el año 2021, a nivel nacional, la población extranjera se compuso principalmente de venezolanos con un 30%, seguido de un 16,6% de personas provenientes de Perú, y tercer lugar, un 12,2% provenientes de Haití. Además, según estos datos, la población extranjera se concentró principalmente en la Región Metropolitana, con 909.414 personas. En segundo

lugar, en la Región de Antofagasta, con 106.274 personas, y por último, en Valparaíso, con 97.058 personas (Servicio Nacional de Migraciones, 2021).

Con respecto al estatus migratorio, en Chile existen permisos de residencia temporal, las cuales permiten a un extranjero residir por un periodo de tiempo limitado. Estas residencias temporales pueden ser ordinarias, cuando se solicitan por medio de conductos sistemáticos en el tiempo, o extraordinarias, cuando corresponden a procesos de regularización de extranjeros en situación irregular. Por otra parte, el estado de Chile otorga permisos de residencia definitiva a extranjeros que ya han obtenido permiso de residencia temporal, y que han residido 24 meses en Chile (con ciertas excepciones). Además de lo anterior, existe un procedimiento de nacionalización al cual pueden optar aquellos extranjeros mayores de 18 años (o mayores de 14 años con autorización de quienes estén a su cargo), con más de cinco años de residencia en Chile, y que sean titulares de un permiso de residencia definitiva.

Aparte de las situaciones anteriores, el gobierno de Chile permite la solicitud y reconocimiento de refugio, lo cual está normado por la Ley 20.430. Entre los beneficios de la actual Ley de Refugio está el menor tiempo de tramitación en las solicitudes de asilo, y el énfasis en asuntos como los derechos de los refugiados, la no discriminación e inclusión.

Acerca de las solicitudes de residencia definitiva (RD) y residencia temporal (RT), éstas han sido más demandadas en concordancia con los países más representados dentro de la población migrante. Como se puede observar en la tabla 1, según datos del SERMIG, durante los años 2021 y 2022, la mayoría de solicitudes de residencia fueron solicitadas por personas venezolanas, seguido por personas colombianas, y en tercer lugar personas peruanas (Servicio Nacional de Migraciones, 2023).

Tabla 1. Permisos de residencia otorgados según tipo de permiso y nacionalidad de la persona extranjera, años 2021 y 2022.

País de nacionalidad	RT ordinarias		RT vía regularización extraordinaria 2021	RD	
	2021	2022		2021	2022
Venezuela	32.700	21.062	107.186	14.827	66.771
Colombia	12.305	18.780	26.652	1.846	6.754
Perú	10.096	12.736	24.755	1.540	3.496
Bolivia	7.413	7.700	16.750	556	4.200
Haití	4.690	4.180	2.742	771	5.790
Argentina	3.075	5.002	839	124	893
Ecuador	2.234	3.352	5.209	205	1.201
Otras	7.528	12.850	4.449	1.087	4.719
TOTAL	80.041	85.662	188.582	20.956	93.824

Fuente: elaboración propia Departamento de Estudios SERMIG, usando datos de registros administrativos SERMIG.

En relación con el reconocimiento de refugio en Chile, en los últimos años, según datos del SERMIG, entre el 2021 y 2022, han aumentado las solicitudes de reconocimiento de la condición de refugiado, en el marco de la guerra de Ucrania, llegando a cifras similares a las del 2017 y 2018, donde se obtuvieron los números más altos. Las nacionalidades principales en los procesos de refugio en Chile durante los últimos años han sido venezolanos, colombianos y cubanos, como se puede observar en la tabla 2.

Tabla 2. Cantidad de solicitudes y rechazos a solicitudes de reconocimiento de la condición de refugiado, por nacionalidad, años 2021 y 2022.

País de nacionalidad	Solicitudes				Rechazados			
	2021		2022		2021		2022	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Venezuela	3.061	79%	3.479	68%	1.165	38%	177	27%
Colombia	157	4%	834	16%	1.224	40%	163	25%
Cuba	396	10%	187	4%	611	20%	305	46%
Afganistán	74	2%	146	3%	0	0%	0	0%
Haití	61	2%	116	2%	3	0%	0	0%
Ucrania	0	0%	96	2%	0	0%	0	0%
Perú	46	1%	69	1%	6	0%	0	0%
Rusia	0	0%	67	1%	0	0%	1	0%
Ecuador	12	0%	46	1%	3	0%	0	0%
Bolivia	14	0%	22	0%	36	1%	1	0%
R. Dominicana	20	1%	21	0%	10	0%	4	1%
Otras	26	1%	55	1%	24	1%	8	1%
TOTAL	3.867	100%	5.138	100%	3.082	100%	659	100%

Fuente: elaboración propia Departamento de Estudios SERMIG, usando datos de registros administrativos SERMIG.

Con respecto a la información que se tiene de personas refugiadas, cabe destacar el bajo número de personas refugiadas provenientes de países del medio oriente, en los últimos años. Dentro de estas comunidades destacan las personas provenientes de Afganistán, Siria, Turquía y Palestina. Esto es relevante, ya que éstas comunidades son de interés en este estudio.

Acerca de algunas de estas comunidades -e independiente del estatus migratorio- entre los años 1860 y 1925 se relata la llegada de aproximadamente un millón y medio, específicamente de árabes a América Latina. Estas migraciones se realizaron principalmente por motivos económicos, ya que América se consideraba un continente con vastas oportunidades. Entre las principales razones para emigrar se encontraban la posibilidad de acceder a mejores salarios, una creciente demanda de empleo en el continente, debido a los procesos de industrialización en Norteamérica y creciente producción agrícola en Sudamérica. Desde 1895 a 1940, se registran cifras de entre 8.000 y 10.000 árabes que

llegaron a Chile. De ellos, 51 % procedía de Palestina, 30 % de Siria y 19 % de Líbano (Agar & Rebolledo, 1997). Estos inmigrantes se dedicaron principalmente al comercio, y a otras actividades como la pesca, la industria del cobre y la ganadería. Algunos se establecieron en locales comerciales y otros se dedicaron al comercio ambulante. Una gran parte de la población se estableció en Santiago y Valparaíso, no obstante, otros inmigrantes se asentaron en otras ciudades y zonas más pequeñas. Posteriormente, en el año 2008 se observa un nuevo flujo migratorio de 117 refugiados palestinos provenientes de Irak, los cuales llegan a Chile huyendo de la guerra en Irak, a través del programa de reasentamiento impulsado por el Alto Comisionado de ACNUR (Contreras, 2015). Fue en este contexto que Chile y Brasil, se convierten en los principales países en acoger este llamado desde ACNUR.

El programa de reasentamiento fue impulsado durante el gobierno de Michelle Bachelet, y fue llevado a cabo a través de tres entidades: el Departamento de Extranjería y Migración (DEM) a cargo del Ministerio del Interior; en el ámbito de la sociedad civil, la Vicaría de la Pastoral Social y de los Trabajadores; y en el ámbito internacional por ACNUR, que desde el año 2008 posee una oficina en Chile.(Bijit Abde, 2012).

En el caso de las comunidades palestinas, datos más recientes indican que Chile contiene una de las comunidades más grandes de América Latina, entre 300.000 a 500.000 personas. (Arad, 2018; Moore & Mathewson, 2013). Esta comunidad palestina es la más numerosa y organizada fuera de Medio Oriente, aproximadamente el 1,8% de la población de palestinos reside en Chile.(Espín, 2020)

Respecto a personas migrantes de otros orígenes, y que serán consideradas en este estudio, no se cuenta aún con información sistematizable sobre estos colectivos, posiblemente dado lo minoritarios que son en el país.

2.2 Migración y Determinantes Sociales de la Salud

La migración se ha definido por diversos estudios como un determinante social de la salud debido a su influencia sobre poblaciones e individuos migrantes en aspectos relacionados a su salud y bienestar (Bernales et al., 2018), dado que el proceso migratorio genera condiciones que exponen a las personas a una mayor vulnerabilidad ante riesgos para la

salud (Cabieses et al., 2017). Dentro de estas condiciones se encuentran desigualdades económicas, pobreza, hacinamiento y precariedad de viviendas, barreras laborales, entre otros aspectos. En relación con las desigualdades económicas, éstas se ven más acentuadas entre migrantes, hay una mayor proporción de pobreza multidimensional en migrantes que en población chilena (25% versus 20% de chilenos), en la población infantil, estas cifras doblan a las de la población nativa (52,2% versus 26,2% en los niños chilenos)(Cabieses et al. 2017). En el ámbito de la vivienda, se encuentra un mayor porcentaje de extranjeros viviendo en hacinamiento en comparación a chilenos (Cabieses et al., 2017). De igual manera, debido a problemas habitacionales, existe una tendencia a la marginación de migrantes, donde muchos de ellos terminan viviendo en campamentos o tomas de terreno (Rival-Carrillo et al., 2021). En el ámbito laboral, existen barreras para validar títulos profesionales obtenidos en el extranjero, lo que lleva a los migrantes a trabajar en empleos precarizados que requieren menor cualificación (Stefoni & Stang, 2016); Además, la mayoría se encuentra en trabajos informales, por lo que no tiene afiliación al sistema de salud público o privado (Rojas & Silva, 2016).

La migración tiene un efecto en la posibilidad de ejercer el derecho a la salud, debido a las condiciones ya mencionadas (económicas, laborales, habitacionales, entre otras), que acompañan el proceso migratorio, éstas van a suscitar brechas en el acceso a la salud. El acceso al sistema sanitario es variable en la población migrante y va a depender de factores como la situación migratoria, el sexo, el país de origen y el tiempo de residencia en el país (Cabieses et al., 2017). En Chile una de las primeras barreras para el acceso y uso de servicios sanitarios es la falta de previsión o seguro de salud; Según estudios, el grupo que presenta mayor dificultad de acceso al sistema de salud son las personas migrantes en situación irregular (Cabieses et al., 2016). Como respuesta a esta problemática surge la implementación del decreto 67 en el año 2016, con el cual las personas en situación irregular se consideran como “carentes de recursos”, pudiendo acceder al sistema previsional de salud público FONASA (Fondo Nacional de Salud) (Ministerio de Salud de Chile, 2016). Sin embargo, si bien este es un punto de partida para que personas migrantes puedan acceder al sistema de salud, aún existen muchas necesidades de atención que no logran ser resueltas, ya que sólo acceden a algunas prestaciones determinadas, donde no están

incluidas las prestaciones odontológicas.

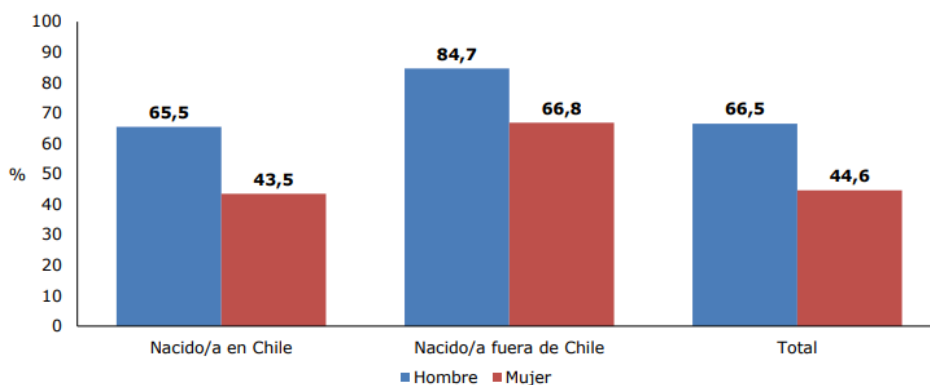
Además de la condición migratoria de la población estudiada en este trabajo, también es importante considerar el género como una variable que podría propiciar situaciones de vulnerabilidad. Hace décadas atrás, las mujeres eran consideradas sujetos pasivos en los desplazamientos migratorios, por lo que permanecían invisibles en las estadísticas sobre flujos migratorios (Stefoni, 2009). Sin embargo, a partir de la década del sesenta han cobrado cada vez más importancia las problemáticas a las que se enfrentan las mujeres migrantes en los estudios de inmigración. Este proceso de crecimiento progresivo de mujeres migrantes se conoce como “feminización de la migración” y tiene un impacto en las migraciones internacionales, ya que se debe considerar un enfoque de género en los procesos y políticas migratorias (Pizarro, 2007). El aumento de mujeres que emigran se debe a condiciones de pobreza y desempleo en sus países de origen, o para alejarse de situaciones de conflicto o violencia intrafamiliar (Stefoni, 2009).

En Latinoamérica las motivaciones de las mujeres para emigrar obedecen principalmente a una estrategia de supervivencia frente a la inestabilidad y crisis económica y política de sus países de origen (Bustamante, 2017). Sin embargo, las mujeres migrantes enfrentan dificultades en la inserción laboral en Chile, como el aumento creciente de trabajos informales y precarios, lo que propicia la segmentación y desigualdad (Bustamante, 2017; Stefoni & Fernández, 2011).

La participación femenina de migrantes en el mercado laboral chileno está marcada por desigualdades de género. Según datos de la encuesta CASEN, 2017, la tasa de ocupación laboral en mujeres inmigrantes fue de 66,8%, en comparación a la tasa de ocupación laboral masculina, la cual se encuentra en el 84,7% (Gráfico 5).

Gráfico 5. Tasa de participación laboral por lugar de nacimiento y sexo, 2017

(Porcentaje, población de 15 años o más)



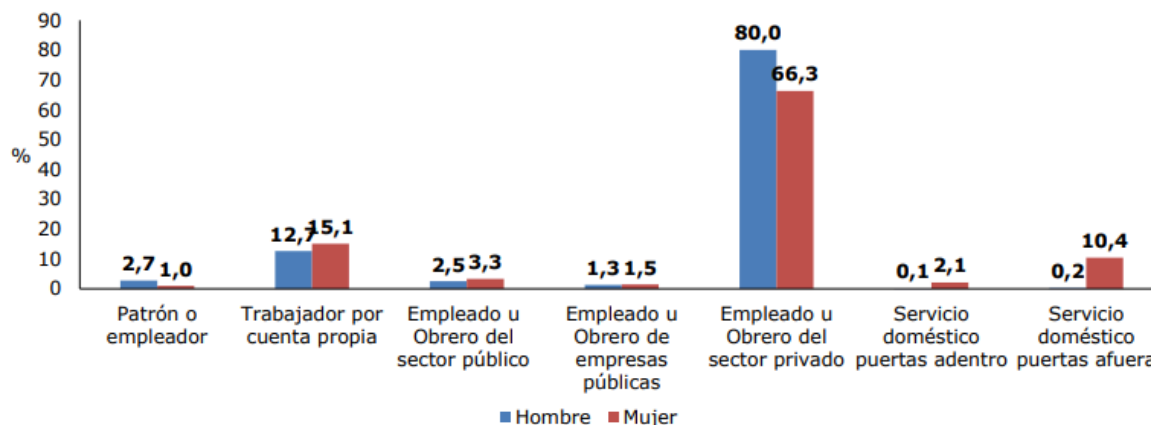
* Al 95% de confianza, en el 2017, se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres en los nacido/a en Chile. Al 95% de confianza, en el 2017, se encuentran diferencias significativas entre nacido/as en Chile y nacido/as fuera tanto en hombres como en mujeres.

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2017.

Al comparar datos de la encuesta CASEN 2017 (Gráfico 6), se observa que la mayor participación laboral tanto de hombres como de mujeres inmigrantes fue como empleados del sector privado, con una tasa de ocupación de 80% versus 66,3% respectivamente. Además se observa una marcada participación femenina en servicios domésticos con una tasa de 12,5 %, lo cual se contrapone con una participación masculina casi nula (0,3%). Otro aspecto relevante, es la mayor participación de hombres migrantes como patrones o empleadores respecto a mujeres (2,7% versus 1,0%). También cabe destacar que se observó una mayor cantidad de mujeres que trabajaban por cuenta propia que hombres (15,1% versus 12,7%, respectivamente). Cabe destacar que las mujeres migrantes que trabajan por su cuenta se desempeñan mayoritariamente en áreas de comercio ambulante como ferias o mercados locales, o en servicios de estética (Bustamante, 2017).

Gráfico 6. Distribución de la población ocupada nacida fuera de Chile según categoría ocupacional y sexo, 2017.

(Porcentaje, población de 15 años o más ocupada nacida fuera de Chile)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2017.

Otro aspecto que debe ser mencionado como antecedente para este estudio es el caso de las migraciones de familias por motivos económicos. Durante la última década Chile se ha caracterizado por una estabilidad y crecimiento económico, aumentando su producto interno bruto per cápita, disminuyendo las condiciones de pobreza y mejorando la calidad de vida. Estos avances permitieron que Chile fuese el primer país sudamericano en ser incorporado a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), y el segundo en latinoamérica, después de México.

2.3 Migración y salud oral

Para contextualizar cómo se relaciona la inmigración con el sistema de salud chileno, es preciso realizar una breve descripción de cómo está compuesto este sistema. El sistema de salud chileno corresponde a un sistema mixto (público y privado) de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. Este sistema está integrado por un seguro público, a través Fondo Nacional de Salud (FONASA), y uno privado denominado ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional). Los ciudadanos, dependiendo de sus recursos económicos y motivaciones, se adscriben a alguno de estos subsistemas.

Los servicios asistenciales de salud consideran la entrega de intervenciones de promoción, prevención, y tratamientos de curación o paliativos. En el sistema de salud público estos servicios están a cargo del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el cual divide las

prestaciones de salud según tres niveles de complejidad: atención primaria, secundaria y terciaria. En el nivel primario las prestaciones de salud son de baja complejidad y amplia cobertura; En el nivel secundario, las prestaciones son de mediana complejidad y mediana cobertura; Y en el nivel terciario, las prestaciones son de alta complejidad y baja cobertura (Aguilera et al., 2019).

Dentro de las prestaciones de atención primaria se ejecutan distintos programas de carácter promocional y preventivo, como por ejemplo, Programa de Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO), orientado a niños y niñas a partir de los 6 meses de vida hasta los 7 años de edad, y que se enfoca en la reducción de factores de riesgo, controles de higiene y refuerzo de hábitos saludables. Así como también atenciones de baja complejidad de carácter ambulatorio. Asimismo, existen Garantías Explícitas de Salud (GES), las cuales son prestaciones de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad garantizadas por ley a las personas adscritas a FONASA e ISAPRE. A través de los diferentes GES se priorizan ciertos grupos o patologías, en el área odontológica actualmente existen cinco GES, estos son: Salud Oral Integral para Niñas y Niños de 6 años, Urgencia Odontológica Ambulatoria, Salud Oral Integral de la Embarazada, Atención odontológica Integral Adulto de 60 años y Fisura Labio-palatina.

Por todo lo descrito anteriormente, en el caso de las mujeres adultas, las prestaciones de salud, tanto de medicina general como de salud oral, están centradas en embarazadas (de la Roche et al., 2021). Por lo cual, en la actualidad quedan muchos problemas de salud que no son abordados. Además de ello, y debido a la falta de cobertura del sistema público de salud, en Chile el mercado de la odontología se encuentra muy desarrollado en el ámbito privado. Según la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), en el sistema privado se necesitan 2.345 odontólogos (1 dentista por cada 1.785), sin embargo, actualmente existe una relación de 1 dentista por cada 247 habitantes con una sobreoferta del 807,83% (Cerón, 2017).

A pesar de todos los antecedentes mencionados, y de que la migración se haya estudiado ampliamente como un determinante social de la salud, existen pocas investigaciones que estudien la relación entre inmigración y salud oral (Fajreldin et al., 2023). Dentro de las investigaciones que han abordado el impacto de la migración en la salud oral de migrantes, se han encontrado experiencias de atención odontológica que difieren de la población autóctona, en las cuales se relata menor uso de servicios debido a desconocimiento de las instituciones de salud y programas del país en el que residen, experiencias de discriminación, dificultades con el idioma, entre otros (Gibbs et al., 2014; Hagenfeld et al., 2019; Reis & Ramos, 2016; Riggs et al., 2014).

A nivel internacional se ha encontrado una relación entre estudios en población migrante y países con programas dentales dirigidos a esta población (Fajreldin et al., 2023). En el año 2014, Calvasina et al. realizaron un análisis de datos secundarios de la Encuesta Longitudinal de Inmigrantes de Canadá durante un período de 3 a 5 años después de la inmigración. En este estudio, los autores mencionan el concepto de “Efecto inmigrante sano”, en el cual los inmigrantes reportan estar sanos a los 6 meses de la llegada al país, sin embargo luego de dos años, su salud se deteriora, presentando peor salud que la población canadiense. Los autores concluyen que el efecto inmigrante sano también se aplica en la salud oral, donde se observa el mismo patrón. En este estudio también se concluyó que la falta de seguro dental, los bajos ingresos, y el origen étnico predijeron necesidades de atención dental insatisfechas en la población inmigrante.

Otro estudio más reciente realizado el 2020 por Zhang et al. examinó la salud oral de una muestra aleatoria de niños nativos de China y niños inmigrantes, comparando el ceod (número de dientes primarios cariados, extraídos por caries y obturados) y COPD (número de dientes permanentes cariados cavitados en dentina, obturados, y perdidos por caries) en ambos grupos. En este estudio se encontró mayor prevalencia de caries en niños migrantes que en niños nativos en dentición primaria. Sin embargo, en dentición permanente el estado de salud bucal fue similar.

En cuanto a las investigaciones realizadas en Chile sobre migración y salud en general, la mayoría se sitúan en la Región Metropolitana y sobre todo en comunidades de nacionalidad

peruana (Liberona Concha et al., 2023). En el caso de los estudios que relacionan salud oral y población inmigrante existen aún menos publicaciones (Fajreldin et al., 2023). Dentro de estas investigaciones se destaca el estudio realizado por Misrachi et al. el 2009, el cual comparó la condición de salud bucal con la calidad de vida en mujeres embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. En este trabajo se compararon algunas variables clínicas como COPD e Índice de Higiene Oral simplificado (IHOs), y la calidad de vida relacionada con la salud bucal mediante el cuestionario OHIP-sp (Oral Health Impact Profile). Los resultados de este estudio indicaron necesidades de atención odontológica que no lograron ser resueltas oportunamente en las mujeres peruanas, ya que presentaban menos piezas dentarias obturadas. Sin embargo, este estudio concluyó que a pesar de la mala condición de salud bucal de ambos grupos ninguno percibe gran influencia en su calidad de vida.

Otro estudio realizado por Núñez et al. en el año 2013, analizó los factores que influyen en la consulta al odontólogo en niños residentes de Talca (Chile) y niños inmigrantes chilenos residentes de Montreal (Canadá), mediante la aplicación de cuestionarios, en los cuales se midieron algunas variables sociodemográficas. Se concluyó que los niños con tutores con mayor nivel de estudio fueron los que más consultaron.

Más recientemente, Flores et al. en el 2022 llevó a cabo una investigación en la región de Valparaíso (V región, Chile), el cual tuvo como objetivo determinar la relación entre determinantes sociales de la salud y el nivel de conocimientos asociados a hábitos de higiene oral en inmigrantes. Este estudio utilizó una encuesta como instrumento para identificar determinantes sociales, nivel de conocimiento y hábitos de higiene oral de inmigrantes. Dentro de los resultados, se observó que aquellos migrantes que están adscritos a un sistema previsional tienen mejores hábitos y nivel de conocimiento en salud oral que aquellos sin cobertura previsional. Los autores de este trabajo concluyen que las particularidades del inmigrante en Chile propician una salud oral deficiente, por lo que consideran necesario discutir políticas sanitarias que aborden esta problemática.

Al revisar y analizar la literatura existente en torno a salud oral e inmigrantes, tanto a nivel nacional como internacional, se puede determinar que además de ser escasa, son aún menos los estudios que aborden a comunidades migrantes desde un enfoque cualitativo. Por

lo tanto es relevante realizar estudios cualitativos para ahondar en la relación entre los determinantes sociales, la inmigración y la salud oral desde el paradigma constructivista, y así poder indagar en los marcos de referencia interpretativos de las comunidades migrantes entendiendo la influencia de la historicidad y lo cultural en los fenómenos de salud.

Con respecto al grupo estudiado en este trabajo, cabe destacar que a pesar de que en la actualidad, la diada –materno-infantil- ha sido muy relevante desde el punto de vista de la salud oral (Garcia-Martin et al., 2017), y de que existen diversas investigaciones que han estudiado la relación de ambos miembros, no obstante, pocos estudios han profundizado en la experiencia de la propia mujer más allá de su rol reproductor y formativo; por esa razón en este trabajo se pretende estudiar a la mujer en su rol de madre y también por sí misma, en concordancia con la relevancia actual de evidenciar la situación de las mujeres en su capacidad de ejercer su derecho a salud bucal (Amaro et al., 2023; de la Roche et al., 2021).

2.4 Salud oral y cultura.

Al considerar el impacto que tienen los determinantes sociales sobre la salud general y sobre la salud oral, es necesario profundizar en la cultura como una forma de determinación tanto de los fenómenos de acceso a servicios sanitarios, así como en su relación con las formas en que cada comunidad entiende y practica el llamado trinomio salud-enfermedad-atención (Menéndez, 1994). En este sentido, es relevante señalar la influencia de la cultura en la interpretación de los fenómenos de salud y enfermedad, y en los procedimientos para abordar las enfermedades (Pedrero et al., 2018).

El fenómeno migratorio actual genera contextos culturales y sociales divergentes, por lo que surgen enfoques que intentan abordar las problemáticas que emergen de esta diversidad cultural, dentro de los cuales se alude al concepto de interculturalidad, la cual es definida por la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) como "la presencia e interacción equitativa de diversas culturas, y a la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, a través del diálogo y del respeto mutuo"(UNESCO, 2015). La propuesta de la interculturalidad es intervenir en los procesos ligados a la diversidad, orientándolos hacia espacios de comunicación que no se generarían

naturalmente (Stefoni & Stang, 2016). De este concepto se desprende la interculturalidad en salud, la cual se refiere al conjunto de acciones y políticas orientadas al conocimiento e incorporación de la cultura del usuario en la atención sanitaria, reconociendo su interpretación de los procesos de salud y enfermedad, e incluso integrando elementos culturales que son valorados por el paciente para la recuperación frente a una enfermedad (Alarcón M. et al., 2003, 2004).

La interculturalidad en salud puede ser aplicada en el ámbito de salud oral, ya que existen creencias, conocimientos y actitudes inherentes al usuario, y que en el caso de personas migrantes puede diferir del modelo de salud hegemónico, y éstas contribuyen a la percepción e interpretación de los procesos sanitarios. Además existen factores protectores y de riesgo asociados tanto a la cultura como a procesos migratorios los cuales influyen en la situación de salud oral (Aquino-Canchari et al., 2019; Misrachi Launert et al., 2014). Por lo cual resulta pertinente y necesario que odontólogos y estudiantes de odontología cuenten con herramientas que propicien la interculturalidad (Veliz-Rojas et al., 2019).

Respecto al grupo estudiado en este trabajo, resulta relevante considerar su diversidad cultural y religiosa utilizando la herramienta de la interculturalidad reconociendo que existen saberes propios de la comunidad islámica que son necesarios de conectar con la sociedad occidental. Desde este punto de vista, se consideró relevante analizar la influencia de la religión y la espiritualidad en los procesos de salud y enfermedad.

El Corán y la sunnah son las dos principales fuentes del islam, de los cuales se desprenden las enseñanzas y prácticas que debe seguir una persona musulmana (Owens & Sami, 2016). El Corán para los musulmanes es el libro que contiene las revelaciones de Dios al profeta Muhammad. La Sunnah es la forma de vida basada en las enseñanzas y prácticas del profeta Muhammad y la interpretación del Corán. En este contexto, el islam proporciona interpretaciones relacionadas a la salud, la belleza y el cuerpo que difieren de las interpretaciones occidentales. La concepción del cuerpo no es meramente algo biológico, ya que se percibe como sagrado e íntimo, sólo accesible a los ojos de Dios y en la vida marital,

donde la sexualidad tiene un papel muy relevante a la vez que privado (Suárez-Montaña & Arboleda-Sarmiento, 2016). Esta concepción de lo privado es tanto para hombres como para mujeres; siendo diferente la forma en que se expresa en relación con el género. Esto cobra importancia, ya que el médico o profesional de salud podría llegar a transgredir el espacio individual del usuario de salud, y en especial el de las mujeres musulmanas, al desconocer su concepción del cuerpo.

El concepto de la belleza y la armonía forma una parte esencial en la tradición islámica, según la cual Dios es bello y creó el mundo esencialmente bello para a través de él vislumbrar su belleza suprema e inasequible (Lomba Fuentes, 2009). En ese sentido, las orientaciones que proporciona el Corán son reglas para regular y guiar el comportamiento de las personas en su vida diaria hacia el logro de una mejor salud y bienestar.

Cabe destacar la importancia de la limpieza y del agua dentro de la tradición islámica. El agua simboliza vida, nacimiento, muerte, purificación, limpieza y curación. Es por esta razón que los musulmanes realizan abluciones, los cuales son lavados con agua que se deben llevar a cabo antes de realizar sus oraciones. En este mismo contexto, la limpieza de la boca es relevante dentro del Islam, existen diversos dichos y prácticas del profeta Muhammad que promueven la limpieza de la boca diariamente usando un pequeño trozo de árbol llamado Siwak o Miswak (*Salvadora persica*). Este elemento se usa en comunidades musulmanas tradicionales de manera cotidiana. Además durante el mes del Ramadán, mes de ayuno y oración en el Islam, no se utiliza pasta de dientes ni enjuague bucal para no romper el ayuno. Esta práctica de salud bucal se ha convertido en una práctica natural integrada dentro de la cultura islámica, sin embargo ha recibido poca atención dentro del contexto odontológico occidental (Owens & Sami, 2016).

Con respecto al Miswak, es un elemento que se utiliza como un método natural de higiene oral. La palabra miswak proviene del árabe y significa barra para limpiar los dientes. Este elemento proviene de la planta *salvadora persica*, la cual pertenece a la familia *salvadoracea*. Tiene una amplia distribución geográfica, encontrándose presente en India, Nepal, Irán, Irak,

Egipto y el Norte y suroeste de África. Su popularidad es debido a su disponibilidad, bajo costo y simplicidad (Niazi et al., 2016). También se utiliza por motivos religiosos y culturales, en este sentido cabe destacar que esta práctica ha sido recomendada por el profeta Muhammad (Owens & Sami, 2016). Este elemento se ha estudiado ampliamente (Nordin et al., 2020), y se han encontrado beneficios para la salud oral, destacando propiedades antibacterianas, antifúngicas, y remineralizadoras al contener flúor, calcio e hidroxiapatita (Bayaty et al., 2018; Gupta et al., 2012; Wassel & Sherief, 2019).

3) Pregunta de investigación

El problema de investigación abordado, se relaciona con aspectos culturales y sociales de la población inmigrante musulmana -particularmente las mujeres- podrían diferir de la población chilena. Estas particularidades podrían influir en la atención y en la búsqueda de atención odontológica. Por tanto, a raíz de este problema de investigación se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las dificultades o facilidades que encuentran las mujeres musulmanas migrantes y sus hijos en Chile, frente al acceso al sistema sanitario en salud oral, considerando sus expectativas y prácticas de cuidados de salud oral?

4) SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN:

Los supuestos de investigación planteados en el siguiente trabajo no constituyen hipótesis a validar pues se trata de una estrategia metodológica cualitativa de carácter exploratorio.

- I. Las mujeres musulmanas migrantes han postergado el cuidado de su salud oral en atención a concentrarse en procesos de crianza.
- II. El esquema tradicional de dedicación exclusiva de la mujer al ámbito doméstico y la valoración social de la maternidad y rol en la crianza de los hijos, afecta la gestión directa de sus derechos en salud y los de sus hijos ya que genera dependencia de poder jerárquica de los varones de la familia.
- III. El acceso al sistema de atención de salud oral ya sea público o privado y en distintos niveles, se ve dificultado por barreras de idioma y culturales.
- IV. Existen prácticas de cuidado y prevención de salud oral propias de cada comunidad de origen que son replicadas en la vida cotidiana de las mujeres musulmanas en el ámbito doméstico.
- V. Las mujeres musulmanas migrantes, así como sus hijos, presentan necesidades de atención oral que no han sido resueltas, por lo que tienen una situación de salud bucal deficiente.

5) OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la situación actual de salud oral y el acceso a la atención en salud en el marco de un proceso de movilidad y condición de minoría, de un grupo de mujeres musulmanas migrantes y de sus hijos en Chile.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir el discurso de mujeres migrantes pertenecientes a una comunidad de musulmanes en Santiago de Chile, en torno a sus experiencias de salud oral en su rol de madres y de mujeres por sí mismas
2. Identificar en el discurso barreras y facilitadores culturales y de sistema sanitario para ejercer su derecho a salud bucal y la de sus hijos en Chile
3. Caracterizar clínicamente la situación de salud oral de las mujeres migrantes musulmanas y sus hijos.

6) MATERIALES Y MÉTODOS:

Diseño metodológico:

Debido a que esta investigación aborda un tema no explorado en nuestro país, se optó por un diseño de estudio de tipo exploratorio. De acuerdo al planteamiento del problema y a los objetivos establecidos anteriormente, se utilizó metodología cualitativa, además del análisis descriptivo.

Muestra:

Criterios de inclusión:

1. Mujeres de entre 18 y 55 años, de adscripción religiosa musulmana, en condición de migración y residentes en Chile desde al menos 6 meses, y que sean madres, apoderadas de la escuela básica islámica As Salam.
2. Niños de entre 6 meses y 14 años, hijos de las mismas mujeres, alumnos de la escuela básica islámica As Salam.

Criterios de exclusión:

En esta oportunidad, no se incorporaron en el estudio mujeres que hablaran urdu debido a la falta de un traductor del idioma urdu al español.

Tamaño Muestral:

La estrategia de muestreo fue por conveniencia, y estuvo constituida por la comunidad escolar de la escuela básica islámica As Salam, en la comuna de Ñuñoa, con la cual ya se tenía una relación comunitaria establecida previamente.

El reclutamiento de la muestra fue de fácil acceso para el equipo dado que existe desde hace años relación con esta comunidad. El reclutamiento respetó las vías formales de esa comunidad para generar el vínculo con las mujeres y sus hijos. En el caso de la Escuela As Salam, se solicitó el apoyo y la autorización a la directiva de la Escuela, para luego proceder

a gestionar directamente con la coordinación de la misma.

El tamaño de la muestra fue de 17 niños entre 4 y 12 años de edad, pertenecientes a los niveles de pre-kinder hasta sexto básico; y 7 mujeres, madres de los niños a evaluar. Los individuos de la muestra presentan diverso origen y nacionalidad (Palestina, Pakistán, Sudáfrica, Chile, y Bolivia), lo cual se puede observar en detalle en la tabla 3.

Tabla 3. Caracterización de apoderadas y estudiantes según país de origen y estatus migratorio.

Apoderadas			
Sexo	Edad	País de origen	Estatus migratorio
F	28 años	Pakistán	migrante
F	35 años	Bolivia	migrante
F	36 años	Sudáfrica	migrante
F	26 años	Sudáfrica	migrante
F	50 años	Chile	n/a
F	41 años	Chile	n/a
F	44 años	Palestina	refugiado
Estudiantes			
Sexo	Edad	País de origen	Estatus migratorio
M	7 años	Pakistán	migrante
F	10 años	Pakistán	migrante
F	5 años	Pakistán	migrante
M	12 años	Sudáfrica	migrante
M	11 años	Sudáfrica	migrante
F	10 años	Sudáfrica	migrante
F	9 años	Sudáfrica	migrante
M	9 años	Sudáfrica	migrante
M	12 años	Pakistán	migrante
M	8 años	Pakistán	migrante
F	5 años	Pakistán	migrante
F	5 años	Pakistán	migrante
F	4 años	Chile	n/a
F	11 años	Chile	n/a
M	9 años	Chile	n/a
F	8 años	Chile	n/a
M	12 años	Palestina	refugiado

n/a: no aplica; F: femenino; M: masculino

En relación a los aspectos éticos de este estudio, los investigadores tuvieron un trato respetuoso y culturalmente correspondiente a una comunidad religiosa musulmana. La propuesta de investigación fue discutida con las instancias tradicionales de la comunidad, previo a tomar contacto con los sujetos/as de estudio. Se aplicó un consentimiento informado a los/as sujetos de estudio, asegurándose de la comprensión de este documento (Anexo 1). Los resultados clínicos, las derivaciones necesarias y la disponibilidad de la clínica odontológica de la Facultad de Odontología fueron informados a cada paciente, mediante un instrumento confeccionado para ello (Anexo 3).

Por otra parte, se realizó una jornada de educación en salud oral culturalmente pertinente, posterior a trabajo de campo. Esta actividad fue realizada con el docente de la asignatura de "islamiyat" o ciencias islámicas, Al Muzanna Saud, quien plasmó desde la lógica islámica de la sunna y el Korán, la importancia del cuidado de la salud, la belleza, la nutrición, el cuerpo y los dientes. Esto fue trabajado en una sesión habitual de la primera hora de la escuela, orientada a petición del equipo de proyecto, hacia esta temática. En la misma además, se habló y mostró el uso del "miswak" (*Salvadora pérsica*) como instrumento tradicional propio de la sunna, y como eventual elemento a incluir entre los hábitos de cuidado bucal de los niños y niñas de la escuela. Se repartieron pastas y cepillos de dientes a toda la comunidad educativa. Se instalaron cepilleros en los 3 baños de la escuela, con una inducción a la higiene oral en cada uno de los grupos que ocupa los baños (niños y niñas).

Procedimientos: En el presente trabajo de investigación las técnicas de recolección de datos clínicos fueron:

- **Examen clínico a niños y mujeres:** la información clínica se obtuvo con la aplicación de una ficha clínica y diagnóstico odontológico a todos los niños y mujeres participantes, en la evaluación clínica se midió COPD/ceod y se consignó la necesidad de tratamiento de cada paciente. El examen clínico se llevó a cabo entre los meses de Agosto a Septiembre del 2022, los cuales fueron realizados por las odontólogas Melissa Solar, Madeleine Urzúa y Lorena Coronado, guiándose por la ficha clínica (Anexo 2). Estos exámenes fueron realizados en la Escuela As Salam y en la clínica

móvil de la Universidad de Chile. Posteriormente, se realizaron tratamientos preventivos a todos los participantes, entregando un informe de salud bucal a las madres, indicando acciones pendientes o alta odontológica. Este informe fue culturalmente adaptado a un lenguaje sencillo para asegurar la correcta comprensión de las pacientes (Anexo 3).

Para la recolección de datos cualitativos se utilizaron las siguientes técnicas:

- **Entrevistas semiestructuradas en profundidad:** las entrevistas fueron aplicadas a las mujeres participantes de la investigación siguiendo una pauta de entrevista (Anexo 4), durante el mes de marzo del 2022. Tres de las entrevistas fueron efectuadas en los domicilios de las mujeres y una fue realizada en una cafetería cercana al domicilio de la entrevistada, para mayor comodidad y pertinencia de la estrategia de campo. Las entrevistas duraron entre 40 minutos y una hora. Estas entrevistas fueron aplicadas por Valentina Fajreldin, debido a que, según lo manifestado por las entrevistadas, sentían mayor confianza con ella dado su lugar como miembro de la misma comunidad religiosa.
- **Entrevista grupal:** se realizó durante el mes de agosto del 2022 en la Escuela As Salam con la participación de la coordinadora y las docentes de la escuela, y el equipo de odontólogas y estudiantes de odontología a cargo del proyecto FEXO, que constituyó el marco en el cual se desarrolló este estudio.

Los datos de las entrevistas individuales y de la entrevista grupal se sistematizaron y analizaron de manera manual sin uso de apoyo tecnológico, debido a la escasa cantidad de entrevistas.

Primero se realizó una fase de transcripción de las entrevistas procurando mantener las expresiones y el vocabulario de los participantes. Posteriormente, se realizó la sistematización, de acuerdo a códigos que utilizan los ítems propuestos en la pauta de entrevista (Anexo 4).

Luego se analizaron los datos según su semejanza, desarrollando categorías de codificación. Los resultados se analizaron desde un enfoque de contenidos.

7) RESULTADOS:

7.1) Resultados obtenidos con metodología cualitativa

La información obtenida de las entrevistas individuales y de la entrevista grupal fue sistematizada siguiendo las dimensiones propuestas en la pauta de entrevista (Anexo 4), y recogiendo contenido del discurso para una dimensión emergente. En el caso de la entrevista grupal, se eliminaron algunas dimensiones que pertenecían al ámbito personal. Las dimensiones se muestran en la tabla 4.

Tabla 4. Dimensiones propuestas y emergentes en el discurso de los entrevistados.

	Entrevistas individuales a apoderadas	Entrevista grupal a docentes
Dimensiones propuestas	<ul style="list-style-type: none">- Origen- Organización y dinámica familiar- Experiencia en Chile- Experiencia de salud oral como mujer migrante- Experiencia en salud oral en calidad de madre- Prácticas y creencias en torno a alimentación- Prácticas y creencias en salud oral- Impacto de la salud oral en la vida cotidiana	<ul style="list-style-type: none">- Experiencia en Chile- Experiencia de salud como mujeres migrantes- Prácticas y creencias en torno a alimentación- Prácticas y creencias en salud oral- Relación de las madres con la escuela y comunidad educativa
Dimensión emergente	<ul style="list-style-type: none">- Relación de las madres con la escuela y comunidad educativa	<ul style="list-style-type: none">- Relación de las madres con la escuela y comunidad educativa

Entrevista grupal a docentes de la escuela.

Experiencia en Chile

Dentro de la conversación, las docentes se refirieron a las dificultades de adaptación que han tenido las familias que han llegado al país. En particular se aludió a las diferencias culturales de las familias provenientes de Pakistán. Estas mujeres dependen de sus maridos o hijos varones para salir del hogar. Además no hablan español, por lo cual se relacionan sólo entre ellas. Por estas razones, este grupo en particular todavía no ha logrado una adaptación integral a nuestro país.

“...las hermanas pakistaníes no hablan español, como no hablan español se juntan entre ellas, entonces cuando tienen que ir a un lugar en que hablan español para ellas es muy difícil, muy muy difícil, entonces qué es lo que hacen las mujeres, nosotras no podemos salir solas, tenemos que salir con un “majaran” que se le llama, que es o el hijo o el esposo o el papá, un varón, en el caso de ellas es más fuerte eso...”(G., docente Escuela As Salam)

Experiencia de salud como mujeres migrantes

En relación con el uso de servicios de salud, las docentes se refieren al uso de servicios médicos y odontológicos, sin mayor distinción. Una de las docentes comenta que algunas familias no tienen la costumbre de realizarse controles médicos u odontológicos y que acuden a centros de salud sólo en caso de urgencias, esto puede constituir una barrera educativa en torno al acceso al sistema sanitario, debido a que no se priorizan los temas de salud dentro de la familia.

“...pero también yo siento que en algunas familias, al igual que en Chile, dan poca importancia a la salud bucal, cuando se enferma el niño lo llevan al doctor, si le duele una muela lo llevan al dentista que mucho pasa aquí también ¿cierto?, como una de las razones también es lo caro que es...”(G., docente Escuela As Salam)

Otra de las razones por las cuales podría existir una menor priorización de la salud tanto general como la salud bucal, son las experiencias de vida que han pasado algunas de las familias, las cuales han vivido situaciones de violencia y peligro en sus países de origen, por lo cual han tenido que sobrevivir dejando las problemáticas de salud en un segundo plano.

“La importancia de la salud bucal pasa a último plano, inclusive, es más, el cuidado de su persona en todos los términos, de cuidar su enfermedad, ellos sangran y no importa, siguen y siguen, porque fue lo que les tocó vivir, entonces los niños muchos saltaban del segundo piso, saltaban por la ventana y no ven riesgo porque es lo que les tocó vivir, entonces vienen con un concepto de vida muy diferente a nosotros...”(G., docente Escuela As Salam)

Además se relatan barreras culturales y de idioma para que las mujeres accedan al sistema sanitario. En ocasiones, las docentes han ocupado un rol de intermediarias, acompañando a algunas apoderadas durante atenciones médicas para servir intérpretes y transmitirles seguridad y confianza.

“Yo creo que lo que dijo G. es como la clave, el tema del idioma, porque aquí muchas veces hemos sido nosotras las que hemos acompañado a las mamás al médico. A mi me tocó una vez ir de urgencias, nada grave, y la mamá me agarró y me dijo “no me dejes sola”, entonces ahí uno se da cuenta de que ese es el mayor conflicto que hay acá, una es por el idioma, otra por la cultura, porque no se va a dar a entender lo que ella quiere o no va a entender lo que el médico le diga, y al final no van a llegar como a nada concreto.”(L.A., docente Escuela As Salam)

Como se mencionó anteriormente, algunas de las mujeres deben salir de sus casas siempre con un varón, lo cual constituye otra barrera de acceso para acceder a servicios de salud. Además, son los hombres quienes hablan más español y se encargan de realizar las gestiones necesarias en torno a problemáticas de salud. Es así como, debido a que las apoderadas pasan la mayor parte del tiempo en sus casas y no salen con frecuencia al exterior, se relacionan menos con hispanohablantes, por lo cual tienen menos oportunidades para practicar el español.

“...Y otra cosa es que el esposo las deje también, que las deje venir solas, en el sentido de que siempre han estado ellos frente a la solución del problema, ellos son los que hablan español.”(G., docente Escuela As Salam)

Prácticas y creencias en torno a alimentación

En relación con las prácticas alimentarias, las docentes afirmaron que la alimentación de sus estudiantes era alta en frituras, pan, y otros carbohidratos; y baja en frutas y verduras. Las docentes recalcan que no es parte de la cultura de sus estudiantes consumir frutas y verduras.

“para ellos es normal, el roti (pan frito). No estamos en condiciones de cambiarle porque o sino ellos no van a venir más. Hay niños que no han visto en su vida una verdura y no comen verdura ni fruta, comen mango de repente porque traen pero no está dentro de su ADN.”(G., docente Escuela As Salam)

Por este motivo en una oportunidad quisieron educar a los apoderados e intervenir realizando una minuta de colaciones para mejorar los hábitos alimenticios, ya que observaron aumento de peso en varios de los alumnos. Las docentes mencionan que los estudiantes llevaban muchas galletas y otros azúcares refinados de colación. Cabe destacar que los niños tienen jornada de medio día y almuerzan en sus casas.

(¿y por qué decidieron hacer esa intervención? ¿la minuta?) “ porque estaban subiendo mucho de peso, mucha galleta, y a veces la facilidad de los papás también, como es aquí en Chile comprarle los paquetitos de galletas individuales.”(G., docente Escuela As Salam)

Sin embargo, la minuta no logró los resultados esperados, por diversos motivos. En primer lugar porque son las madres quienes se hacen cargo de la alimentación de los hijos, pero son los papás los que participan de las reuniones de apoderados.

“Entonces yo hablo aquí con los niños, culturalmente es la mamá la que se encarga de eso, entonces para que esté la mamá presente y el papá apoyando nomás, pero en realidad la que sabe esos temas es la mamá. El tema de la alimentación, es la mamá la que cocina.” (L.A., docente Escuela As Salam)

En segundo lugar, por diferencias culturales, ya que no está incorporado dentro de su cultura el consumo de frutas o yogurt como colación. Se prefiere optar por preparaciones más

similares a lo que sería un almuerzo para nuestra cultura occidental, como por ejemplo, fideos o arroz como colación en una porción más pequeña que la del almuerzo.

“En un minuto nosotros hicimos una minuta de colación. Pero evidentemente no nos funciona porque culturalmente no es que ellos digan “ahh una manzana”, “un yogurt”, “lechuga”.(L.A., docente Escuela As Salam)

En tercer lugar, existen alimentos prohibidos por la religión islámica, lo cual significaba una dificultad adicional al momento de organizar las minutas. Por lo cual se optó por que cada quien decidiera qué colación traer, pero tratando de evitar los paquetes de snacks procesados e intentando que las colaciones fueran comidas caseras preparadas por las madres.

“Además que muchas comidas ellos como musulmanes no pueden comer. Entonces muchas veces traían alimentos que no se podían consumir, entonces ahí también caíamos en otro tema, entonces fue super complejo, entonces al final cada quien trae la colación que la mamá le prepara.”(L.A., docente Escuela As Salam)

El último aspecto importante a considerar en los hábitos alimentación es la relevancia que las familias de la comunidad le pueden asignar a este tema, ya que muchas tienen problemas actuales que requieren mayor atención como buscar la manera de generar ingresos y adaptación al idioma y la cultura.

“..Nosotros no podemos hacer que ellos cambien el switch que nosotros tenemos, sino que ellos tienen esa cosa de que “si, si, que se laven los dientes”, pero es más importante tratar de subsistir en este país. Entonces para el papá qué pasa, no pasa ocho horas, pasa 12 o 24 horas en su trabajo, tratando de crear y sustentar algo de lo que él sepa y tratando de salir adelante en este país, entonces para ellos no ha sido fácil, para las esposas menos todavía, tratar de educar a los chiquititos de acuerdo a su cultura y de acuerdo a la religión en un país que no es musulmán.”(G., docente Escuela As Salam)

Prácticas y creencias en torno a salud oral

En relación con las creencias y prácticas en salud oral, las docentes observan que los niños no tienen incorporado el hábito de lavarse los dientes como un hábito. Sin embargo atribuyen la causa de esto a factores culturales más que a un desgano de los estudiantes, ya que argumentan que ellos no tienen problemas en realizar las abluciones propias del Islam, pero el lavado de dientes no ha sido considerado como una prioridad, y además perciben el acto de cepillarse en la escuela como algo incómodo e invasivo.

“...como decirlo, mira acá los niños todas las mañanas hacen una oración, y antes de la oración ellos tienen que hacer un lavado, un wudu, y ellos lo hacen feliz, osea ellos no tienen problema en lavarse aquí en el colegio, entonces no creo que sea un tema de higiene, yo creo que es un tema cultural, como dicen, en realidad no es como que sea lo primordial.”(L.A., docente Escuela As Salam)

Al igual que con las colaciones, las docentes intentaron educar e intervenir generando un horario de cepillado, sin embargo, no obtuvieron buenos resultados, debido a las diferencias culturales mencionadas anteriormente.

“caímos en qué “haber muéstrame los dientes”, “ahh no ya” y se iban, fue como muy incómodo, una situación muy invasiva, porque ellos decían que se los lavaban y en realidad no se los habían lavado.”(L.A., docente Escuela As Salam)

Relación de las madres con la escuela y comunidad educativa

Las docentes señalan que las apoderadas se relacionan poco entre sí, debido a las diferencias de idioma. Esto es más marcado en el grupo de mujeres provenientes de Pakistán, se relacionan más entre sí, y son más reticentes a relacionarse con personas externas.

“...las hermanas pakistaníes no hablan español, como no hablan español se juntan entre ellas, entonces cuando tienen que ir a un lugar en que hablan español para ellas es muy difícil, muy muy difícil, entonces qué es lo que hacen las mujeres...”(G., docente Escuela As Salam)

Otro aspecto mencionado es la relación de las madres con la escuela, la cual en la mayoría de los casos es más débil que la de los padres, ya que son los padres quienes más asisten a las reuniones de apoderados.

“y a las reuniones de familia vienen los papás, no vienen las mamás. “(G., docente Escuela As Salam)

A pesar de que la relación con la escuela y apoderados sea más débil para este grupo de mujeres, las docentes señalan que para ellas la escuela constituye un espacio seguro.

(¿pero se podrían citar de a dos o quizás acompañadas?) *“lo que pasa es que yo creo que este es un lugar donde ellos se sienten seguros. “ (L.A., docente Escuela As Salam)*

El resumen de las ideas extraídas de la entrevista grupal se encuentran en la tabla 5.

Tabla 5. Matriz de ideas fuerza de entrevista grupal a educadoras.

Dimensión	Subdimensión	Ideas fuerza
Experiencia en Chile	Experiencia en Chile	1. En particular, se alude a mujeres pakistanies que no han logrado una adaptación integral a nuestro país. Debido en parte, al poco dominio del español, y a la dependencia de sus maridos para salir del hogar.
	Redes sociales y barriales actuales.	2. El grupo de mujeres pakistanies tiene débiles nexos con personas ajenas a su comunidad.
Experiencia de salud oral como mujer migrante	Conocimiento y confianza en el sistema de salud chileno	3. En ocasiones las apoderadas han solicitado a las docentes de la escuela que las acompañen durante atenciones médicas. Las docentes han cumplido un rol de intérpretes, transmitiéndoles seguridad y confianza.
	Dificultades para acceder a atención odontológica	4. Se siguen recalcando las barreras culturales, como la dependencia de los maridos. Las barreras idiomáticas, y el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario chileno.
	Resolución de problemas dentales pasados o actuales autopercebidos	5. En la mayoría de los casos, los esposos tienen mayor dominio del español, y ellos se encargan de gestionar y resolver los problemas de salud.
Prácticas y creencias	Prácticas y creencias en torno a salud oral	6. Las docentes han observado que los estudiantes no tienen incorporado el hábito de lavarse los dientes en la escuela. 7. Anteriormente, se trató de generar horarios de cepillado de dientes. Sin embargo, existía incomodidad en los niños al cepillarse los dientes en la escuela. No lo percibían como una práctica natural, sino más bien como una situación invasiva.
	Creencias y prácticas en torno a la alimentación	8. Se relata una alimentación alta en frituras y carbohidratos. Y baja en frutas y verduras por parte de los alumnos. 9. No es parte de la cultura consumir frutas de colación. Se prefiere optar por preparaciones más similares a lo que sería un almuerzo para nuestra cultura occidental, como por ejemplo, fideo o arroz. 10. En un momento se intentó implementar una minuta de colaciones debido al aumento de peso observado en algunos alumnos. Sin embargo, no tuvo buenos resultados debido a que no se consideraron factores culturales relevantes.
Relación de las madres con la escuela y comunidad educativa	Relación de las madres con la escuela y comunidad educativa	11. Se menciona especialmente al grupo de mujeres provenientes de Pakistán, las cuales se relacionan sólo entre sí. 12. En general, son los papás quienes asisten a las reuniones de apoderados al tener mayor dominio del español. 13. Aún cuando la relación con la escuela y otros apoderados pueda ser más débil para algunas madres, se señala que la escuela constituye un espacio seguro para ellas.

Entrevistas individuales a apoderadas de la escuela.

Origen

La muestra de este estudio presenta un origen y estatus migratorio en Chile diverso; hay una mujer sudafricana en calidad de migrante, descendiente de familia india; una mujer refugiada de origen palestino, cuya familia vivió en Iraq por 2 generaciones; y dos mujeres con nacionalidad chilena, una de ellas descendiente de sirios por tercera generación, y la segunda de etnia aymara, casada con un pakistaní.

Organización y dinámica familiar

Todas las mujeres de esta muestra se dedican principalmente a labores domésticas y al cuidado de los hijos, a pesar de que algunas de ellas poseen formación profesional o técnica. Mientras que sus esposos son los principales proveedores del hogar. La mayoría de las mujeres tiene más de un hijo.

“Tengo cinco hijos, el mayor tiene 13 y los más chicos son mellizos de 10 años. Somos una familia de siete, mi marido y los cinco niños. Soy dueña de casa, preparo a los niños, hago aseo, cocino la comida, salgo un poquito, si es necesario, a comprar. De las 8.30 hasta las 2, tengo esas horas para hacer mis cosas. Y a las 2 llegan los niños. Llegan los niños y es tiempo de almuerzo, un poco de descanso y de ahí atenderlos si vienen con tareas o estudiar un poquito. Hacerse cargo de que lean, cosas así, en vez de pasar todo el tiempo con el aparato, el tablet o el celular y mientras hay cosas de religión igual que ellos hacen. Los llevo por ejemplo a la Mezquita o estudiar en casa y pasamos las tardes así.” (S.H., 36 años, sudafricana)

Una de las mujeres cuida a su madre, la cual está en una situación de dependencia.

“mi papá falleció el 2010 y ahora yo vivo con mi mamá, que quedó viuda, no la quise dejar sola y ahora más encima que está empezando como una demencia senil”(P.R., 50 años, chilena)

Experiencia en Chile

En relación con las experiencias como migrantes, al llegar a Chile conceptos como “acogida” o “aceptación” surgieron en el discurso de las apoderadas, sin embargo las interpretaciones fueron diversas, por una parte, la mayoría percibió poca acogida en su llegada al país de parte la población chilena, generando lazos inicialmente con miembros de su comunidad. Para algunas de ellas, la integración con la población chilena ha sido lenta, conectando de a poco con personas distintas a su comunidad.

El inicio en Chile fue una etapa difícil, ella recuerda que a veces decía “prefiero estar en el jeme (la carpa del campamento), volver al jeme” pues se sentía muy extraña en un lugar tan diferente. Pero eso fue gradualmente pasando y cambiando, a propósito de sus experiencias positivas en Chile, hacia el enorme sentimiento de gratitud y bienestar con que vive en Chile. (Nota de campo, R.A., 43 años, palestina)

Otras mujeres han sentido que el proceso de adaptación ha sido rápido, a pesar de la barrera idiomática.

“Todo bien, súper bien. Me acostumbré muy rápido, el tema del idioma me costó unos meses, como 8 meses, hasta que empecé a hablar, cualquier cosa, pero empecé a hablar más con acciones de manos. Los primeros meses, antes de comprar, averigüé en internet y con diccionario las palabras de día a día. Cosas de las casas, cosas que se necesitan, frutas, verduras. Y escuchando, hablando con la gente, hablan muy rápido, así que era muy difícil aprender, pero no sé cómo ya, puro escuchando no más, ahí empecé a hablar. Claro, para mi esposo era diferente porque estaba en la Mezquita todos los días y él ya empezó a hablar muy rápido.” (S.H, 36 años, sudafricana)

Y para otras todavía existen conexiones muy débiles y casi nulas con la comunidad chilena.

Ella hizo un esfuerzo por aprender el español durante uno o dos años con una profesora que iba a su casa. Estuvo trabajando un tiempo junto a su esposo en Recoleta, atendiendo y cocinando en un negocio de comida árabe. Después prefirió estar en su casa y colaborar desde ahí. Luego siente que no ha podido practicar mucho el idioma porque ella misma comenta que le gusta estar en casa y no salir. (Nota de campo, R.A., 43 años, palestina)

En relación con este proceso de adaptación, uno de los factores que surgieron en el discurso ha sido el aprendizaje del idioma, el idioma se percibió como una barrera para aquellas mujeres que no han podido aprender mucho español, a diferencia de aquellas que han tenido más facilidades de aprendizaje o mayor familiaridad con el español, las cuales han tenido un proceso de adaptación más rápido.

(¿y tú compartes con las mujeres de Pakistán? Por ejemplo, las señoras que vienen acá, que son madres de los otros niños) “No, muy poco. Es que es como cosa de idioma, porque por ejemplo, puede haber un grupo de árabes y ellos hablan árabe y no les entiendo. Es difícil, algunos hablan español y se juntan como en grupo, y algunos no hablan español y otros sí, y habría como que separarse.”(B.M, 41 años, chilena)

En cuanto a la aceptación de parte de los chilenos de su cultura, uno de los aspectos más mencionado fue la vestimenta, las mujeres relatan que su forma de vestir genera una reacción en la mayoría de chilenos. Algunas han experimentado reacciones que van desde comentarios positivos, curiosidad o ignorancia.

En Chile la gente le dice cosas lindas sobre su ropa islámica o sólo un par de ocasiones alguien le ha dicho “estamos en Chile, ¿por qué tienes que vestirte así?”; o “tu marido te obliga a vestirse así”. Piensa que es mucha ignorancia de las personas aquí respecto de la vestimenta islámica pero no mala intención. En general se ha sentido acogida y aceptada. (Nota de campo, R.A., 43 años, palestina)

Cabe destacar que algunas de las entrevistadas no tenían ninguna familiaridad con nuestro país antes de la migración, incluso una de ellas no sabía que existía el país de Chile.

“Cuando llegué, sí igual era como joven, tenía 20 años y era fácil. No es algo que uno sabía de antes o planeaba. Venía de un día para otro, ni siquiera cuando me comprometí, Chile no existía. Eso pasó de una semana a otra cuando nos comprometimos. Y pasó todo rápido, en una semana tuve que decidir yo, antes de casarme, si quería venir a Chile, y la verdad no sabía, yo dije: “Pero ¿qué es eso?” Porque no sabía que existía, no sabía que era un país, pero ahora ya cuando recuerdo que sí en geografía estudiamos, estudiamos los volcanes, los terremotos, todo eso. Pero de Sudamérica sólo conocía Brasil y Argentina, para mí existían esos países y Venezuela a veces, un poquito. Pero todo bien, contentos. Llegamos y estaba dispuesta a vivir una nueva vida y experimentar igual.”(S.H, 36 años, sudafricana)

Sin embargo, destacaron aspectos que consideraban positivos acerca de la sociedad occidental, en particular de nuestro país, emergieron del discurso conceptos como seguridad, reglas, organización y bienestar.

En Chile se siente segura, tengo papeles, me tratan como si fuera humano, valora también la existencia de reglas en la sociedad, de procedimientos concretos, de organización en todo. A veces su esposo le dice que podrían en el futuro volver a algún país árabe pero ella dice que prefiere estar en Chile por estas razones y porque como palestinos, en el mundo árabe se siente discriminada. Tampoco ir a Europa le parece interesante pues hay más discriminación contra los musulmanes.(Nota de campo, R.A., 43 años, palestina)

Experiencia de salud oral como mujer migrante

Durante el discurso, la mayoría de las mujeres no hizo gran diferencia entre experiencias de salud propias como mujeres o experiencias como madres.

Todas las mujeres están afiliadas a FONASA como carga de sus maridos. La mayoría de las veces son ellos quienes las ayudan a gestionar horas de atención.

En uno de los casos, es una de las hijas quien ayuda a realizar los trámites para que la familia pueda atenderse.

En relación con experiencias de salud, en general la persona que se dedica en casa a gestionar horas, buscar donde ir, acompañar y traducir es la hija mayor. Con todos los

miembros de la casa, incluso con el padre ya que este tiene un español vinculado a su negocio pero no conoce vocabulario más técnico en temas de salud. La hija también se dedica a hacer toda gestión o trámite para su familia, como la inscripción en FONASA en su momento.(Nota de campo, R.A., 43 años, palestina)

Surgieron durante el relato experiencias ligadas a la medicina general o de especialidad y experiencias de salud oral paralelamente. En relación a las atenciones de salud general y de salud oral, todas las entrevistadas han recibido atención en el sistema público, en consultorios cercanos a su domicilio.

“El dentista últimamente hemos ido allá al consultorio, mi mamá se atiende en consultorio para que le den los remedios, pero cuando es algo más serio yo prefiero ir a ver un especialista en otro lado”(P.R. 50 años, chilena)

Sin embargo, también han tenido experiencia en centros médicos privados que atienden por FONASA o mega-prestadores como Integramédica o REDSALUD, para solucionar problemas de salud que según sus relatos no logran resolver en el sistema público.

“Generalmente, cuando son urgencias quizás me dirijo al hospital. Pero cuando tengo que ir a un especialista, compro bono de FONASA para ir a Redsalud, la clínica Dávila, lo que me quede más cerca.”(B.M, 41 años, chilena)

Particularmente en salud oral, las entrevistadas relatan resolver sus problemas dentales en centros privados, principalmente por dos motivos, uno debido a la falta de horas en el sistema público.

“hace unos años ya no vamos al consultorio, porque después como se hace corto el tiempo y cuesta, porque si uno se controla ya son muchas cosas. Tienes que pedir un montón de horas por cada especialidad y todo y de ahí paramos de ir y decidimos hacer las cosas particular.”(S.H, 36 años, sudafricana)

Y la otra razón fue por malas experiencias anteriores.

En atención dental no ha tenido muy buenas experiencias: se ha atendido con odontólogas particulares tratando de arreglar lo que habían tratado mal en un consultorio pero de ahí derivó una endodoncia (pues no le pesquisaron bien en APS), infecciones etc. El gran problema que la aqueja es el bruxismo y problema de la articulación temporomandibular (bloqueo), para lo cual estuvo uno o dos años con un plano de relajación hecho sin tomarle impresiones; luego tiene otro con impresiones pero no lo usa porque ella toma pastillas para dormir en la noche (si no, no puedo dormir) de modo que costándole tanto dormir, el uso de la placa es un elemento muy incómodo. (Nota de campo, R.A., 43 años, palestina)

Cabe destacar que la mayoría de las mujeres entrevistadas acuden al odontólogo en casos de urgencia dental más que por control odontológico.

(¿tienes un hábito de ir al dentista cada cierto tiempo?) “Antes no, era cada vez que necesitaba nomás. Ahora hice el último con ustedes y me toca ir de nuevo a un control.”(S.H, 36 años, sudafricana)

Un aspecto que se consideró relevante fue el sexo del profesional de salud que las atendió para establecer una mayor confianza, ya que de preferencia buscan horas de atención con mujeres. En algunos casos, algunas mujeres han aceptado atenderse con hombres con sus maridos presentes cuando no encuentran horas con profesionales del sexo femenino. En uno de los casos, una de las entrevistadas recurrió a un profesional masculino que atendía en conjunto con su esposa, y el cual además fue referenciado por otro miembro de la comunidad islámica, lo cual generó mayor confianza.

(el tema de que sea hombre o mujer, ¿no te importa mucho?) “Sí, importa. El dentista que tengo, que no he ido mucho, está con su señora y ella hacía todo y él solamente hacía el tratamiento, porque la verdad estaba un poco difícil encontrar por aquí cerca una mujer. Pero igual ya estoy averiguando para cambiar, porque me siento más cómoda con una mujer y solo voy con él porque está su señora y ellos saben porque preguntaban.”(S.H, 36 años, sudafricana)

Una de las mujeres entrevistadas se atiende estrictamente sólo con mujeres.

Los requisitos son la atención por FONASA y que sea una mujer quien la atienda, "yo no saludo de mano a un hombre hermana, cómo habría de hacer para que me vea un doctor hombre!, no estoy acostumbrada". (Nota de campo, R.A., 43 años, palestina)

Un aspecto importante en salud oral que relataron algunas de las mujeres fue la falta de acceso a especialidades odontológicas, debido a las listas de espera en el servicio público, así como también por no encontrar buenos especialistas en el servicio privado.

(¿por qué no has entrado a través del consultorio?) "Es que por lo menos del consultorio, te mandan ahí, a donde mismo fui... a un centro Odontofamilia que es del mismo consultorio, no es el mismo consultorio en sí y no hacen más que tapaduras, limpiezas, extracción, endodoncias como muy pocos casos, deben ser como 4 personas al año, una cosa así, y más que eso no hacen."(P.R. 50 años, chilena)

Experiencias de salud oral en calidad de madre

Al igual que las mujeres, los hijos también están afiliados a FONASA como carga de sus padres. En algunos casos las madres se encargaban de llevar a los hijos a las horas médicas o dentales.

"Con la Imani también en Integramédica, pero solamente al dentista la estaba llevando para allá (al consultorio). Que fue más que nada limpieza y alguna tapadura."(P.R. 50 años, chilena)

En otros casos, ambos padres llevan a sus hijos a atención médica o dental.

(La entrevistadora pregunta si los dos llevan a los niños al médico) "Sí, vamos los dos. Por ejemplo, a Umair lo llevamos a un broncopulmonar porque siempre que llega el invierno, empieza a veces con un resfrío y está con esa tos todo el invierno, como tos de perro. Y siempre lo llevamos a un broncopulmonar en Providencia. También es hombre, pero mayor, es muy bueno, así que va mi esposo también."(S.H, 36 años, sudafricana)

Y en uno de los casos, una de las hijas mayores acompañaba a su madre sirviendo de intérprete.

En relación con experiencias de salud, en general la persona que se dedica en casa a gestionar horas, buscar donde ir, acompañar y traducir es la hija mayor. Con todos los miembros de la casa, incluso con el padre ya que este tiene un español vinculado a su negocio pero no conoce vocabulario más técnico en temas de salud. La hija también se dedica a hacer toda gestión o trámite para su familia, como la inscripción en FONASA en su momento.(Nota de campo, R.A., 43 años, palestina)

Igualmente surgieron dentro del discurso relatos de salud general y de salud oral. En el caso de la salud general, la mayoría de las madres llevaban a sus hijos a consultas de morbilidad en centros privados, y a urgencias en el sistema público.

“Ahí tiene que tomar a veces puf por una semana y ahí va disminuyendo y se mejora. Pero en general están bien los niños, gracias a Alá que hasta ahora no han tenido nada que hayamos tenido que llevarlos de urgencia al hospital, solo cosas básicas, que es normal que se resfríen. Ahora con un resfrío como algo común, no es nada que tenga que llevarlo al médico, porque si veo que es algo grave se siente como que puede ser una bronquitis, ahí los llevamos.”(S.H, 36 años, sudafricana)

Todas las entrevistadas asumen un rol principal en cuanto a la responsabilidad en la salud de sus hijos, estando pendientes de las fechas de los controles, y tomando la decisión de llevar a su hijo a una atención de urgencia o tratarlo en casa según la gravedad de la enfermedad.

“En pasados años era solamente conmigo que se sentía así y ya obviamente se encargaba mi esposo, depende de lo que es. No era nada grave, que uno tuviera que ir a urgencia o ir al tiro al médico, todas eran cosas que se pueden controlar, como bajón de algún tipo de energía o se sentía mal, era todo por la enfermedad, pero no era algo que tuviera que ir

rápido al hospital. Pero si es de los niños, me encargo yo si es algo muy urgente, si es necesario podemos llevarlo a urgencia o lo que sea. “(S.H, 36 años, sudafricana)

En relación con la atención de salud oral, las experiencias con sus hijos en el sistema público fueron mejores que las propias, debido a la mayor disponibilidad de horas para realizar controles a sus hijos.

“Cuando he tenido urgencias, he ido acá cerca, por ejemplo hay una clínica que está ahí antes de llegar al metro Chile-España y también BeHappy que está ahí en Suecia, eso ha sido la parte que me ha tocado, igual por urgencias de la Fatma, es que yo llevé una vez al Malik, quise que se atendiera ahí, pero como él es autista no dejó que intervinieran, era para hacer una limpieza, pero no se dejó. Entonces queríamos derivar a una odontóloga pediatra. La Fatma, no tuvo problema en atenderse, porque le hicieron una limpieza, un control que corresponde del Niño Sano, entonces se lo hice particular, porque les corresponde a los 6, 7 y después les toca a los 9, creo, termina a los 12. Pero sí, he ido al consultorio, pero para evaluaciones nada más, pero no han intervenido, solamente han tratado de ponerle pero no.”(B.M, 41 años, chilena)

Aunque al igual que para ellas, relataban que tenían dificultades para acceder a horas de atención de especialidad odontológica en el sistema público para sus hijos.

“Ellos derivan al hospital, pero la odontóloga que estaba atendiendo tenía como un poquito de miedo porque, como él es autista, le daba miedo que quizás él iba a reaccionar a los sonidos de las máquinas y todo eso, pero no quiso probar tampoco, o sea iba y como cuatro o cinco veces fuimos, pero fuimos como a una cita para mirarlo, otra para radiografía, otra para una entrevista y nunca avanzamos, en una se hizo una limpieza y así. Después ya no lo llevé porque ella [la odontóloga] estaba que sí, que no, que no lo atendía.”(B.M, 41 años, chilena)

Prácticas y creencias en torno a la alimentación

En relación con la alimentación, todas las mujeres afirmaron que existen diferencias sustanciales entre la alimentación chilena y la de países del medio oriente; una diferencia es el mayor uso de condimentos como “masalas” y picante, muchos de los cuales deben comprarse en lugares específicos ya que son productos importados.

(Pero por ejemplo, usan mucho el ají ¿o no?) “No tanto. Pero las masalas que él me trae sí son re picantes, entonces esas se las echo solo a él. Para nosotros no tanto.”(P.R. 50 años, chilena)

Otra de las distinciones es el alto consumo de frituras y comidas aceitosas, así como también existe un alto consumo de arroz, pan, y guisos.

Sí, es diferente en cuanto a la alimentación, porque ellos comen todo seco y ocupan mucho aceite, la comida de ellos es aceitosa. Entonces yo creo que por eso siempre se mueren de infartos o de accidentes vascular, cosas así. Comen muy cargado al aceite y siempre es el arroz, el arroz basmati o el pan que es con harina blanca o a veces puede ser integral, pero tienen como esa dieta de comida seca”(B.M, 41 años, chilena)

Y por otra parte, existe un bajo consumo de frutas y verduras, ya que no son alimentos que se encuentren tan incorporados dentro de la cultura, por ejemplo, no se comen muchas ensaladas.

“Muchas frituras, y la mayoría no vienen con ensalada. Es como bien contundente. Son muy malos para comer ensalada, yo antes también. Ahora, como ayer, comí choclo con palmitos, estaba muy rico, me gustó. Y ahora como mucho apio, me encanta. Y... ¿eso rojo? (¿betarraga?) Esa. Eso como un poco, por el tema de la diabetes.” (S.H, 36 años, sudafricana)

Además las comidas son más secas, ya que no existe dentro de la cultura platos como sopas o similares.

“Son diferentes, porque él come la comida que comen los Pakistaníes, que es picante y por ejemplo, no están tan incluidas las ensaladas, come cosas así como guisos, carne, come cosas secas. Sopas tampoco come, nada. Entonces tienen una dieta distinta a la de nosotros.” (B.M, 41 años, chilena)

En relación con los bebestibles, destacan un alto consumo de leche, yogurt casero, y té importado.

“Generalmente sí, porque hay una importadora que trae sus condimentos y sus masala vienen envasados, ahí también el té que toman es como molido, como granitos, parecidos como al café, entonces el té de ellos es distinto, acá no lo venden, entonces también lo traen de allá. O cuando alguien viene les trae su té, que lo toman con leche, como el té chai. Toma mucha leche y yo le digo que ya está muy grande para tomar mucha leche porque ellos toman mucha, yo he visto que muchos pakistaníes, es como parte de su alimentación la leche. Toman hartito té con leche, la leche en sí es lo que más consumen. Leche mi esposo toma mucho más que una bebida. La leche con plátano, la leche sola, la leche con té. Los niños no son muy buenos para la leche, pero él sí.

El yogurt lo preparan ellos mismos a veces, pero eso lo cuecen o lo guardan en un lado caliente, pero eso, él hace su propio yogurt. A veces, es muy raro que coma de supermercado, porque ellos comen como ácido, le ponen ese yogurt natural y lo ponen en la comida.”(B.M, 41 años, chilena)

Todas las mujeres coinciden en considerar que el bajo consumo de frutas y verduras y alto consumo de frituras y carbohidratos es una práctica poco saludable, por lo que algunas han buscado modificar estos hábitos en beneficio de su salud.

“nosotros comemos muchas comidas no chilenas, obviamente de mi país o de la India, que tienen muchos condimentos. No muchos aceites, que ellos sí ocupan, pero la verdad yo no ocupo mucho aceite, muy poco. Pero muchas especias, muchos aromas, cosas así. Más como tipo guisos, ahora ya empezamos a comer más saludable, no muy aceitoso, muchos

guisos. Cosas que son más saludables, comemos más ensalada e igual con el calor ayuda a comer así, más livianito, fresquito.”(S.H, 36 años, sudafricana)

Por otra parte, aquellas que son chilenas no comparten estos hábitos alimenticios de sus maridos, teniendo una dieta distinta para los esposos, para los hijos y para ellas.

“Son diferentes, porque él come la comida que comen los Pakistaníes, que es picante y por ejemplo, no están tan incluidas las ensaladas, come cosas así como guisos, carne, come cosas secas. Sopas tampoco come, nada. Entonces tienen una dieta distinta a la de nosotros. Como él es tan difícil, entonces viene una persona a cocinar una vez a la semana, antes venía 3 veces. Entonces dejaba cocinado para la semana distintos menús y se congela y después le calentamos no más. Porque él no come por ejemplo, nada que no sea halal. Entonces él tiene su comida diferente, nosotros comemos diferente. Por ejemplo, si yo quiero comer algo distinto, me lo preparo para mí y para mis niños aparte. Por ejemplo el Malik es como bien exquisito con las ensaladas en platos separados, uno le sirve la comida y empieza a botar las verduras, él es así, tiene como su preferencia, como es autista dicen que siente como las texturas a las verduras y todo eso.”(B.M, 41 años, chilena)

Prácticas y creencias en salud oral

En relación con las creencias en salud oral, todas coinciden en afirmar que los alimentos muy azucarados como galletas o bebidas son dañinos para la salud tanto general como para la salud oral, por lo tanto han intentado evitar el consumo excesivo de azúcares a sus hijos.

(Si, cuando uno está en grupo dan más ganas de comer cositas.) *“Si. Bueno, de hecho allá yo les digo que no le den tanta bebida a los niños y me dicen “pero es que está tomando el abuelo, los sobrinos”, y ellos se compran y les sirven y le preguntan a los niños, y yo les digo “no les den, les están dando veneno”, y le dan igual, entonces cuesta cuando no es tu casa cuidar lo que tu quieres comer”(B.M, 41 años, chilena)*

Todas las entrevistadas coinciden en la importancia de lavarse los dientes para el cuidado de la salud oral, por lo que tratan de inculcar a sus hijos el hábito de cepillarse los dientes con pasta dental.

“En la mañana se levantan y se lavan pero rápido, se cepillan y se van. Ya después de almuerzo yo los mando a lavarse los dientes, pasa un rato y ya están otra vez comiéndose algo, entonces después ya no lo vuelven a repetir y después ya en la noche antes de dormir, generalmente no cenamos comida, sino que es una fruta o a veces es huevo. Es muy raro que en la noche yo cene con los niños comida, mi esposo sí, a veces se comen un yogurt o algo así, liviano. Eso no es tan tarde, es como a las 8. Y después a las 9 se van a acostar y ahí se cepillan los dientes para dormir. Ellos usan las pastas de niños porque todavía no usan de adulto, esas las Colgate, a veces variamos a la OralB, pero de niños porque hay por etapas; la Fatma y el Malik, tienen 8-9 años, ya no es como rosado o celeste, sino que es una pasta no más, que debe ser un poco dulce, pero se parece más a la de adulto, no es como las que usaban primero que era como un gel con saborizante, va cambiando.”(B.M, 41 años, chilena)

Además, una de las entrevistadas destacó el uso de seda dental como un elemento protector de la salud oral.

(¿Y cómo ves a la I. con sus cuidados dentales?) “Me cuesta un poco, tengo que estarle insistiendo: “anda a lavarte los dientes, usa la seda dental”. Y no puedo tampoco estar yo ahí, ya lávate, porque está en la parada que ella quiere hacer todo sola, que no le digan, entonces me ha costado un poco. Pero por lo menos las veces que la han visto, aparte de la limpieza, no han hecho mucho más.”(P.R. 50 años, chilena)

Otra creencia que surgió en el discurso por parte de una de las madres fue la descalcificación de los dientes por el embarazo.

“ A la I. le gusta lo picante, no es que diga: ah no me gusta. Pero sí es más de comer ensaladas, arroz, ese tipo de cosas, o papas, le gusto mucho la papa. Pero también es

media dulcera, yo he tratado de que no sea tanto. Además como es delgadita y por la dentadura también, porque el azúcar es re mala para los dientes.

Yo después del bypass y después del embarazo, fue que empecé con todo esto, porque yo antes tenía lo típico, iba cada 6 meses (al dentista se refiere) y tenía una que otra carie, algún diente picado. Pero después del embarazo y algunos años del bypass, porque ya son hartos años, empecé, pero así una tras otra, como que se me quebraban de la nada los dientes.

(¿Y a qué lo atribuyes entonces?)

No sé si fue falta de calcio, además de los dulces, no lo sé. La última vez que fui a un doctor más especializado que fueron los que me hicieron esta corona, me dijo que tenía muy desmineralizado los dientes. Se me empezaron a poner blanquitos, que sé yo y ahí de repente se me fracturaba una muela o si masticaba algo muy duro. Y dolor. Hace tiempo que no puedo comer bien sin que me duela o con lo helado o con las cosas muy duras. Digo yo, de repente me dan ganas de sacarme todo, que me pongan un implante y olvidarme de los dientes.”(P.R. 50 años, chilena)

Dentro del discurso de las mujeres se habló del uso del miswak, elemento tradicional propio de la sunna, el cual se utiliza para la higiene oral, se indagó en el conocimiento y uso de este objeto por parte de las entrevistadas. Todas las entrevistadas sabían de la existencia de este elemento. Sin embargo la mayoría desconocía el nombre y cómo se utilizaba, ya que los maridos no hablaban de ello y nunca los habían visto usarlo, desconocían si tenía algún beneficio para la salud oral, o era sólo una costumbre.

“Sí, yo lo vi, después yo lo boté. Cuando lo conocí tenía como unos palitos que eran como unos troncos así, que eran no sé de qué planta, entonces yo le pregunté “¿Qué es esto?” porque lo tenía hacía harto tiempo, le pregunté “¿Para qué es esto?” y dijo que era para limpiarse los dientes y que lo usaban en Asia. Pero yo nunca vi que lo usara, no sé cuándo lo usaba, pero estaba ahí hasta que al final en los tiempos que nos cambiamos, yo lo boté y nunca más trajo otro que tuviese cosas así raras u otro tipo de pasta, no, al menos él usa lo normal, lo que compra en el supermercado.”(B.M, 41 años, chilena)

Solamente una de las mujeres conocía bien lo que era, y lo utilizaba de manera frecuente y también su marido, aunque sus hijos lo utilizaban poco. Ella lo destacó como un elemento que beneficia la salud oral al permitirle un mejor acceso a zonas de difícil higiene, y lo identificó como un elemento que es parte de su cultura y religión.

(¿Y algunas otras costumbres que tengan, por ejemplo, el uso del siwak?) *“Sí, eso también es bueno, lo ocupamos en el día a veces. En la mañana, con cepillo de dientes normal con pasta de dientes y en la noche también, pero en el día ocupamos eso. Los niños no mucho, pero yo sí y mi esposo también.*

(¿Eso ha sido siempre así o lo han incorporado ahora?) *Sí, muchos años.*

(¿por qué?) *Es parte de la costumbre, de religión. Porque es algo que decimos del profeta, así que seguimos. Igual es bueno, se ve la diferencia en la limpieza, ayuda mucho.*

(¿Y por qué es bueno dices tú?)

Yo creo que igual ayuda por el aliento y la limpieza, a veces cuando uno come, si uno está apurada a veces no sale todo y a veces no sé, si uno come naranja o toma jugo de naranja, y queda ahí como medio naranjo, todo eso sale. Y son buenos, porque también uno puede meterlo por atrás, por adentro, por todo. Igual cuando está más suavcito es mejor. Porque los primeros días es duro y ahí uno tiene que meterlo en agua y abrirlo un poquito.” (S.H, 36 años, sudafricana)

Impacto de la salud oral en la vida cotidiana

La mayoría de las mujeres dentro de su discurso aluden a una percepción negativa de su salud oral.

“Yo igual le digo: “cuídate porque no vayas a estar igual que yo, que la abuelita”, porque mi mamá también. Mi papá y mi hermano tenían mejor dentadura que nosotras. Nosotras siempre hemos tenido más problemas. Y mi marido nada.”(P.R. 50 años, chilena)

Sin embargo, dentro de los relatos no se profundizó en cómo influyen sus problemas dentales en actividades de la vida cotidiana como comer, dormir, hablar o socializar. A excepción de una de las mujeres, que relató tener problemas de bruxismo, pero que no utilizaba su plano de relajación porque ya tenía problemas para dormir y este aparato le generaba aún más dificultad para conciliar el sueño.

El gran problema que la aqueja es el bruxismo y problema de la articulación temporomandibular (bloqueo), para lo cual estuvo uno o dos años con un plano de relajación hecho SIN tomarle impresiones; luego tiene otro con impresiones pero no lo usa porque ella toma pastillas para dormir en la noche (“si no, no puedo dormir”) de modo que costándole tanto dormir, el uso de la placa es un elemento muy incómodo. (Nota de campo, R.A., 43 años, palestina)

Relación de las madres con la escuela y comunidad educativa

Un tema emergente en el discurso de las madres alude a la relación que éstas tienen con la escuela y con los demás apoderados.

Todas las madres relatan tener poco contacto con otras apoderadas, aludiendo a que existen barreras de idioma.

(¿y tú compartes con las mujeres de Pakistán? Por ejemplo, las señoras que vienen acá, que son madres de los otros niños) *“No, muy poco. Es que es como cosa de idioma, porque por ejemplo, puede haber un grupo de árabes y ellos hablan árabe y no les entiendo. Es difícil, algunos hablan español y se juntan como en grupo, y algunos no hablan español y otros sí, y habría como que separarse. Algunas veces sí lo hecho para relacionarme más con las mamás, con las que hablan español, yo hablo con la esposa del ... que habla español, con la mamá de tu sobrino, también habla español.”* (B.M, 41 años, chilena)

El resumen de las ideas extraídas del discurso de las entrevistadas se detalla en la tabla 6.

Tabla 6. Matriz de ideas fuerza de entrevistas individuales a apoderadas.

Dimensión	Subdimensión	Ideas fuerza
Organización y dinámica familiar	Composición del grupo familiar y distribución de roles	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas las mujeres de esta muestra se dedican principalmente a labores domésticas y de crianza, aun cuando algunas de ellas poseen formación profesional o técnica. 2. Sus esposos son los principales proveedores del hogar.
Experiencia en Chile	Experiencia en Chile	<ol style="list-style-type: none"> 3. Percepción de poca acogida en su llegada al país de parte de la población chilena, generando lazos inicialmente con miembros de su comunidad.
	Redes sociales y barriales actuales.	<ol style="list-style-type: none"> 4. Algunas se han adaptado a nuestro país con el tiempo. Sin embargo, para otras todavía existen conexiones muy débiles y casi nulas con la comunidad chilena. 5. El español fue percibido como una barrera o facilitador en el proceso de adaptación, dependiendo del dominio del idioma.
Experiencia de salud oral como mujer migrante	Conocimiento del funcionamiento del sistema de salud chileno.	<ol style="list-style-type: none"> 6. Todas las mujeres están afiliadas a FONASA como carga de sus maridos. La mayoría de las veces son ellos quienes las ayudan a gestionar horas de atención.
	Confianza en el sistema de salud chileno	<ol style="list-style-type: none"> 7. Se prefiere a profesionales de salud sean de su mismo sexo. Esto se consideró relevante para generar mayor confianza. 8. También fue relevante si el profesional ha sido referenciado por otro miembro de la comunidad.
	Dificultades para acceder a atención odontológica	<ol style="list-style-type: none"> 9. Recurren a centros de salud privados para resolver problemas que no han sido solucionados en el sistema de salud público. 10. Por dos motivos principalmente, falta de horas y malas experiencias en el sistema público. 11. Pocas horas de especialidad en sistema público y desconocimiento de profesionales de calidad en el sistema privado.
	Resolución de problemas dentales pasados o actuales autopercebidos	<ol style="list-style-type: none"> 12. La mayoría no acude a controles odontológicos, sino que asisten únicamente para resolver alguna urgencia dental.

Experiencias de salud oral en calidad de madre	Resolución de problemas dentales en sus hijos.	<p>13. En algunos casos son las madres las que llevan a sus hijos al odontólogo, y en otros casos van ambos padres.</p> <p>14. En medicina general, llevan a sus hijos a centros privados cuando es consulta de morbilidad, y a APS en caso de urgencia.</p> <p>15. En la atención de salud oral en el sistema público, las experiencias fueron mejores que las propias, debido a la mayor disponibilidad de horas para realizar controles.</p>
	Educación y cuidados de salud oral de los padres a los hijos	<p>16. Todas las madres asumen un rol principal en cuanto a la responsabilidad en la salud de sus hijos, estando pendientes de las fechas de los controles, y tomando la decisión de llevar a su hijo a una atención de urgencia o tratarlo en casa según la gravedad de la enfermedad</p>
Prácticas y creencias	Prácticas y creencias en torno a salud oral	<p>17. Todas afirman que los alimentos azucarados son dañinos para la salud general y para la salud dental.</p> <p>18. Todas coinciden en la importancia de lavarse los dientes para prevenir enfermedades dentales.</p> <p>19. Una de las madres identificó a la seda dental como un elemento protector de la salud oral.</p> <p>20. Todas sabían de la existencia del Miswak (<i>salvadora pérsica</i>), elemento tradicional propio de la sunna. Sin embargo, solo una de ellas sabía cómo se utilizaba. Ella lo destacó como un elemento que beneficia la salud oral.</p>
	Creencias y prácticas en torno a la alimentación	<p>21. Existen diferencias sustanciales entre la comida chilena y la comida proveniente de países de medio oriente.</p> <p>22. La comida de medio oriente se caracteriza por un mayor uso de condimentos aromáticos y picantes. Además de mayor consumo de frituras y comidas aceitosas. También existe un alto consumo de leche, yogurt casero y té importado.</p> <p>23. No están incorporados dentro de la cultura el consumo de frutas y verduras con frecuencia y entre las comidas principales.</p> <p>24. Coinciden en considerar que el bajo consumo de frutas y verduras y alto consumo de frituras y carbohidratos es una práctica poco saludable.</p> <p>25. Aquellas que son chilenas no comparten los hábitos alimenticios de sus maridos, teniendo una dieta distinta para los esposos, para los hijos y para ellas.</p>
Impacto de la salud oral en la vida cotidiana	Importancia de la salud oral en su vida cotidiana	<p>26. La mayoría alude a una percepción negativa de su salud oral.</p> <p>27. Sin embargo, solamente una de las entrevistadas aludió al impacto de sus problemas dentales en su vida cotidiana (problemas para dormir).</p>

Relación de las madres con la escuela y comunidad educativa	Relación de las madres con la escuela y comunidad educativa	<p>28. Todas las madres relatan tener poco contacto con otras apoderadas, aludiendo a que existen barreras de idioma.</p>
---	---	---

APS: Atención primaria de salud.

7.2) Resultados clínicos

En relación con los resultados clínicos, la muestra quedó conformada por 17 estudiantes y 7 apoderadas.

Con respecto a los niños, la muestra quedó conformada por 9 mujeres y 8 hombres; el 52,9% de la población presentó caries dental (n=10); sin embargo, ninguno de los niños presentó pérdida de piezas dentales por caries ni dientes obturados (n=0), como se observa en la tabla 7. Por esta razón los índices de ceod y COPD se ven afectados sólo por la presencia de lesiones de caries cavitadas; 3 de los niños presentaban dentición primaria, mientras que 9 presentaban dentición mixta, y 5 de los niños presentaban dentición permanente. Los promedios de ceod y COPD fueron de 3,33 (con una desviación estándar de 4,57) y 0,5 (con una desviación estándar de 1,019), respectivamente. Los índices de ceod y COPD se encuentran detallados en las tablas 8 y 9.

Tabla 7. Caracterización clínica de niños/as evaluados.

	n (%)
Total de niños evaluados	17 (100%)
mujeres	9 (52,9%)
hombres	8 (47%)
niños con lesiones de caries cavitadas	10 (58,8%)
niños con dientes obturados	0 (0%)
niños con dientes perdidos o extraídos por caries	0 (0%)
<hr/>	
	Media (σ)
Índice ceod (n=12)	3,33 (4,57)
Promedio de COPD (n=14)	0,5 (1,019)

(σ): Desviación estándar; n: tamaño muestral

Tabla 8. Índice de ceod según edad y sexo.

Edad	Sexo	ceod	Índice ceod detallado		
			caries cavitadas	obturados	extraído por caries
4 años	M	0	0	0	0
5 años	F	0	0	0	0
5 años	F	13	13	0	0
5 años	F	0	0	0	0
7 años	M	0	0	0	0
8 años	M	2	2	0	0
8 años	M	1	1	0	0
9 años	M	2	2	0	0
9 años	M	12	12	0	0
9 años	F	1	1	0	0
10 años	F	0	0	0	0
10 años	F	0	0	0	0

F: Sexo femenino. M: Sexo masculino

Tabla 9. Índice de COPD según edad y sexo.

Edad	Sexo	COPD	Índice COPD detallado		
			caries cavitadas	obturados	perdido por caries
5 años	F	2	2	0	0
7 años	M	0	0	0	0
8 años	M	3	3	0	0
8 años	M	0	0	0	0
9 años	M	0	0	0	0
9 años	F	0	0	0	0
9 años	M	0	0	0	0
10 años	F	3	3	0	0
10 años	F	0	0	0	0
11 años	M	0	0	0	0
11 años	F	0	0	0	0
12 años	M	0	0	0	0
12 años	M	0	0	0	0
12 años	M	2	2	0	0

F: Sexo femenino. M: Sexo masculino

En relación con las apoderadas que fueron examinadas, la muestra quedó conformada por 7 mujeres: 2 de nacionalidad sudafricana, 2 chilenas, 1 boliviana, 1 palestina, y 1 pakistaní. Al examen clínico de las mujeres, no se registraron los datos suficientes para establecer su COPD. No obstante, se consignó su necesidad de tratamiento según especialidad: periodoncia, endodoncia, implantología, trastorno temporomandibular y cirugía maxilofacial. La especialidad más demandada fue la implantología debido a la pérdida de uno o más dientes, los datos se pueden observar en la tabla 10.

Tabla 10. Necesidad de mujeres de derivación a especialidad odontológica.

Edad	Nacionalidad	Derivación odontológica
28 años	Pakistani	Periodoncia
35 años	Boliviana	Cirugía Maxilofacial
36 años	Sudafricana	Endodoncia
26 años	Sudafricana	Periodoncia
50 años	Chilena	Implantología
41 años	Chilena	Implantología
44 años	Palestina	Implantología y TTM

TTM: trastorno temporomandibular

7) DISCUSIÓN:

Los resultados de este estudio indican que las mujeres entrevistadas tienen como principal labor la crianza de sus hijos y el cuidado de su hogar. Sin embargo no queda claro dentro de los discursos analizados si este factor influye en la postergación de su salud oral. Por lo tanto el supuesto de investigación I (véase capítulo 3) no se ha podido determinar. Una de las razones por las que no se pudo establecer una relación clara entre maternidad y postergación en cuidados de salud oral pudo ser que no se logró indagar lo suficiente en la entrevista. Otra de las razones podría ser que las entrevistadas no consideran relevante este planteamiento. Sin embargo, queda claro que para las entrevistadas existe una valoración de la maternidad y crianza de los hijos, sobreponiéndose al desarrollo profesional o laboral. Esto se ve reflejado en que, independiente de poseer estudios técnicos o profesionales, las entrevistadas tienen como principal actividad el desarrollo de labores domésticas y cuidado de los hijos. La priorización de la familia frente al desarrollo personal fue coherente con los valores que profesa el Islam, en el cual la vida familiar es una meta de vida, que debe estar llena de calma, felicidad y armonía. En estudio cualitativo realizado por Maftuhah (2022), se entrevistaron mujeres islámicas que trabajaban fuera del hogar, las cuales indicaron que siempre pidieron permiso a sus esposos para trabajar, y su finalidad fue apoyar económicamente a su familia. Además no descuidaron sus labores de esposas y madres.

Igualmente, en el ámbito de la salud se puede afirmar que el esquema tradicional islámico influye en la gestión del derecho a la salud de las mujeres y de sus hijos, debido a esta dependencia jerárquica de los varones, lo cual fue concordante con el supuesto II. Todas las entrevistadas pertenecen a FONASA como carga de sus esposos. En la mayoría de los casos son los maridos los que deciden a qué centro de salud llevar a sus hijos, y tienen mayor claridad de cómo funciona el sistema de salud chileno. Además, para un esquema de islam tradicional, las mujeres musulmanas deben salir de sus casas acompañadas de un “majaran” (un hombre de su familia que actúa como protector), en la mayoría de los casos. Tratándose de maridos cuyo foco está puesto en ejercer como comerciantes, en su mayoría, ello afecta su presencia en el hogar para este tipo de acompañamiento.

Tal como se planteó en el supuesto III existen barreras de acceso a la atención en salud en esta población, las cuales se centran en diferencias de idioma y culturales. Con respecto a lo primero, fue ampliamente mencionado dentro de los discursos las dificultades de acceso que emergen a partir del idioma. Las mujeres que no hablaban español necesitaban de algún intermediario que hiciera el papel de traductor para poder darse a entender en contextos de atención sanitaria.

Al igual que el idioma, existen otras barreras en este grupo de estudio que son comunes a las reportadas en otras poblaciones migrantes como falta de conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, costos, listas de espera, y experiencias negativas (Riggs et al., 2014). Sin embargo, en este estudio no se encontraron experiencias de discriminación por parte de las entrevistadas. Con respecto a las diferencias culturales, un estudio cualitativo realizado en Colombia por Arboleda-Sarmiento (2016) afirma que la interacción médica está mediada por el Islam. Plantea que existen tensiones entre el sistema de creencias islámico y el sistema de cuidado oficial. Esto se debe a que las prácticas cotidianas y normales realizadas por los profesionales de salud pueden ser interpretadas como una pérdida de intimidad, teniendo consecuencias morales, psicológicas, emocionales y religiosas. Por lo tanto el sistema de creencias debe ser tomado en cuenta en el encuentro médico-paciente. En el caso de este trabajo de investigación fue relevante para las participantes el sexo del profesional de salud, ya que en el islam el cuerpo es un espacio íntimo que solo puede ser observado por una persona del mismo sexo. Esto constituye una barrera al momento de buscar horas de atención con algún profesional, sobre todo en la búsqueda de horas de especialidad, debido a que puede ser más escasa la disponibilidad de profesionales de salud que sean mujeres. Por ello, si deben atenderse con un profesional del sexo masculino es posible que no exista la misma confianza en la relación médico-paciente, lo cual es perjudicial para la atención de salud.

Además es importante señalar que estas diferencias culturales influyen en las prácticas y creencias en torno a la salud oral, lo cual está en concordancia con el supuesto IV. Existen

diferencias en torno a la alimentación de esta población de estudio en comparación con la población autóctona. Esto es relevante debido al papel que tiene la alimentación en el desarrollo de una salud bucal adecuada.

Con respecto al estado de salud bucal, una de las patologías más prevalentes en la población a nivel mundial es la enfermedad de caries (OMS, 2022), la cual, actualmente, se considera una enfermedad crónica, no transmisible y multifactorial. Se ha enfatizado en el rol que tiene el consumo de azúcares en la formación de lesiones de caries, ya que se considera un factor de riesgo cariogénico (İnan-Eroğlu et al., 2017; Parra-Coronel et al., 2020; Sotomayor Ortellado et al., 2021). Así como también, recientes investigaciones han estudiado la influencia de otros grupos de alimentos que podrían ser protectores y disminuir el riesgo cariogénico (Giacaman, 2018). En este trabajo de investigación, el grupo estudiado presenta un alto consumo de carbohidratos, lo cual podría indicar un alto riesgo cariogénico en la población. Sin embargo, el consumo de yogurt casero, el cual contiene probióticos (Guzel-Seydim et al., 2021), así como también el consumo de frutos secos, los cuales contienen ácidos grasos, podrían ser elementos protectores en la dieta y disminuir el riesgo cariogénico. Por lo tanto sería relevante para futuros estudios una valoración individual y familiar de la alimentación a través de instrumentos de medición de dieta cariogénica.

Dentro de las prácticas propias de la población, se destacó el uso del miswak, el cual es un elemento que se utiliza como un método natural de higiene oral. En una revisión basada en la evidencia, Nordin y sus colaboradores (2020) plantean los beneficios que podría aportar el Miswak a la salud oral. Encontrando estudios que reportan la disminución de la placa bacteriana al utilizar Miswak tanto en su forma activa como inactiva (hervido) (Bayaty et al., 2018). Siguiendo esta misma línea, otros estudios reportan reducción de biofilm dental al incorporarlo dentro de los componentes de la pasta de dientes (Gupta et al., 2012). Además se ha reportado que el Miswak contiene fluoruro, fosfato y calcio, los cuales son los tres componentes principales de la hidroxiapatita, la cual forma los cristales del esmalte dental. Por esta razón, podría interactuar en procesos de remineralización del esmalte, teniendo un rol anticariogénico (Wassel & Sherief, 2019). No obstante, se necesitan más estudios para

corroborar y dilucidar los mecanismos de acción que podría tener el uso de Miswak en la boca. Sin embargo, con todos los antecedentes entregados es recomendable promover el uso de este elemento en población musulmana debido a los beneficios potenciales para la salud oral. Y también debido al significado religioso y cultural que presenta, ya que podría generar una mayor adherencia y aceptación por parte de las comunidades islámicas.

Con respecto a los resultados clínicos de este trabajo, éstos coinciden con lo planteado en el supuesto V, ya que en la población infantil se encontró que tanto el índice de ceod como COPD se veían modificados sólo en la variable de caries cavitadas. Esto indica que todos los niños tenían necesidad de tratamientos restauradores que no habían sido resueltos anteriormente. Lo cual concuerda con las dificultades de acceso y barreras en atención odontológicas encontrados en este estudio. Cabe destacar que se encontró más daño en dientes primarios que en dientes permanentes, lo que se reflejó en un ceod de mayor valor en comparación al COPD. Este resultado es similar al encontrado por Zhang et al. el año 2020, donde se encontró mayor disparidad en la salud bucal al comparar la dentición primaria de niños inmigrantes y nativos. Una de las posibles razones de este hallazgo es el menor grosor de esmalte y dentina que tienen los dientes primarios en comparación con los dientes permanentes, lo cual produce un avance más rápido y severo de las lesiones de caries (Cleghorn et al., 2010). Estos resultados recalcan la importancia de realizar programas de promoción e intervención a edades tempranas.

Además se encontró mayor dispersión de valores en el índice ceod en comparación al COPD (con una desviación estándar de 4,57 versus 0,96, respectivamente), lo que indica menor representatividad del ceod. Esto fue debido a que se encontraron dos niños con daño severo por caries en dentición primaria, lo cual dispersó la muestra.

En los niños entre 11 y 12 años se observó baja cantidad de lesiones de caries, lo cual se puede explicar por el proceso de recambio dentario que ocurre en estos grupos etarios (Leache, 2001), produciéndose una disminución en la prevalencia de lesiones de caries por esta razón, lo que podría enmascarar factores de riesgo cariogénico.

Con respecto a las apoderadas que participaron en el diagnóstico clínico, al igual que en los niños, se puede observar que los resultados clínicos son concordantes con el supuesto V. Debido a que independiente de la edad, la mayoría tenía pérdida dentaria. Esta pérdida dentaria pudiese estar relacionada con imposibilidad de un tratamiento odontológico conservador en el momento oportuno. Asimismo, todas las mujeres que fueron atendidas requerían alguna acción de especialidad odontológica, lo que indica que existen necesidades de tratamiento de nivel secundario que no han sido resueltas. Es importante mencionar que las dificultades de acceso a atención odontológica general y de especialidad es una problemática común a la población chilena adulta (entre 20 y 59 años) usuaria de FONASA (Cartes-Velásquez, 2020). Sin embargo, en la población estudiada estas dificultades se ven acentuadas por todas las barreras analizadas anteriormente. Una prueba de ello es que las mujeres participantes de este estudio no utilizaron la Garantía Explícita de Salud Oral Integral de la Embarazada, tanto por desconocimiento del programa así como también por un vínculo inexistente con los centros de atención primaria de salud.

8) CONCLUSIONES:

En este estudio ha quedado en evidencia, que la condición de migración como determinante social de la salud genera más barreras que facilitadores en el acceso a atención de salud oral. Asimismo, se puede afirmar que la migración es un factor que va a desfavorecer la posibilidad de ejercer los derechos de salud oral.

Es relevante comprender las dificultades para acceder a servicios sanitarios por parte de poblaciones culturalmente diversas, y las consecuencias en términos de inequidad. Asimismo, elementos como el vestuario, el lenguaje, las creencias y los tabúes corporales pueden llegar a ser barreras sociales y culturales en la relación médico-paciente. En esta relación muchas veces ha existido una hegemonía de la ciencia y del conocimiento del profesional de salud, sin embargo a través de este trabajo hemos visto la importancia de reconocer los saberes del usuario y conectarlos con nuestro sistema de salud.

Por lo tanto, es importante tomar en cuenta el sistema de creencias de las comunidades para el desarrollo de intervenciones que sean culturalmente pertinentes, ya que esto permitirá una mayor adherencia y eficacia de las acciones terapéuticas, preventivas, y promocionales a nivel individual y colectivo.

Por otra parte, a pesar de que las mujeres en este estudio no hicieron una distinción marcada entre su rol de madre y su rol de mujer, es relevante estudiar por separado ambos roles, debido a la escasa cantidad de estudios que hacen esta distinción, ya que la mayoría de investigaciones estudian la diada materno-infantil como una unidad. Sin embargo, los roles de mujer y de madre corresponden a diferentes dimensiones de la persona. Por lo tanto, separar ambos fenómenos nos permitió profundizar en los aspectos propios de la mujer como sujeto de derecho al acceso a la salud oral.

Limitaciones del estudio

En este trabajo de investigación existieron diversas limitaciones, lo cual es importante mencionar para tener en consideración al momento de plantear y desarrollar los objetivos de un proyecto en el contexto de los fondos de extensión en odontología (FEXO). En relación con dichas limitaciones, se debe mencionar la poca representatividad de la muestra debido a un tamaño muestral pequeño. La comunidad escolar es pequeña, ya que en ella participan 10 familias islámicas, por lo tanto era esperado que la población estudiada fuese pequeña.

Otras de las razones fue la baja participación de mujeres que no hablaban español, especialmente el grupo de mujeres pertenecientes a Pakistán. Este grupo era de particular interés para este estudio, debido a que presentaba mayor vulnerabilidad al llevar menos tiempo en Chile y tener poco dominio del idioma. Inicialmente se esperaba contar con una persona de la comunidad islámica que hiciera de traductora urdu-español, lo cual posteriormente no fue posible.

Por otra parte, debido a que todos los participantes pertenecen a la misma comunidad escolar es posible que la situación socioeconómica de la población estudiada sea similar. Por ello, sería interesante ampliar la muestra en un futuro estudio considerando incluir familias de diferentes estratos socioeconómicos, ya que el nivel socioeconómico se considera un determinante social de la salud, por lo cual al profundizar en esta variable se podrían obtener mayor información de cómo influye el nivel socioeconómico junto con la inmigración en la salud oral.

9) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Agar, L., & Rebolledo, A. (1997). La inmigración árabe en Chile: Los caminos de la integración. En *El mundo árabe y América Latina*. UNESCO. UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation.
- Agencia de la ONU para los refugiados. (2023, junio). ACNUR.
<https://www.acnur.org/datos-basicos>
- Aguilera, X., Castillo, C., Covarrubias, T., Delgado, I., Fuentes, R., Gómez, M. I., González, C., Hirmas, M., Matute, I., & Olea, A. (2019). *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de Salud Poblacional N° 2*.
- Alarcón M, A. M., Astudillo D, P., Barrios C, S., & Rivas R, E. (2004). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista médica de Chile*, 132(9), 1109-1114.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872004000900013>
- Alarcón M, A. M., Vidal H, A., & Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Amaro, C., Fajreldin, V., Cornejo, M., Espinoza, I., Muñoz, A., Franco, A., Concha, S., & Presle, R. (2023). Determinación del Derecho a Salud bucal: Mujeres postparto e hijos en Santiago de Chile. *International journal of interdisciplinary dentistry*, 16(2), 125-131.
- Aquino-Canchari, C. R., Caro-Aylas, H. W., Crisol-Deza, D. A., Zurita-Borja, J. L., Barrientos-Cochachi, J. E., & Villavicencio-Caparo, E. (2019). Perfil clínico epidemiológico de salud oral en comunidades nativas peruanas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(6), 907-919.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95125>
- Arad, R. (2018). *Meet the Chilestinians, the Largest Palestinian Community Outside the Middle East*. Haaretz.
- Baeta S, M. F. (2015). Cultura y modelo biomédico: Reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1690-32932015000200011&ln

g=es&nrm=iso&tIng=es

- Bayaty, F. H. A., Zaidi, W. I. W., Abdullah, M. N. S. Z., Emad, O., & Al-Obaidi, M. M. J. (2018). Effect of *Salvadora persica* (Miswak) on alveolar bone healing after tooth extraction in rat. *Journal of International Dental and Medical Research*, 11(3), 770-777.
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., Chepo, M., Flaño, J., & Obach, A. (2018). Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: Evidencia cualitativa. *Salud pública Méx*, 566-578.
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342018000500018
- Bijit Abde, K. (2012). El proceso de integración social de los refugiados palestinos reasentados en región de Valparaíso, Chile. *Si Somos Americanos*, 12(1), 155-180.
- Bustamante, I. (2017). Desigualdades que atraviesan fronteras. Procesos de inserción laboral de mujeres haitianas al mercado de trabajo en Chile. *Sophia Austral*, 20, 83-101.
- Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre, A. M. (2017). *International migration as a social determinant of health in Chile: Evidence and recommendations for public policies*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11447/978>.
- Cabieses, B., Bernales, M., Obach, A., & Pedrero, V. (2016). *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile*.
- Calvasina, P., Muntaner, C., & Quiñonez, C. (2014). Factors associated with unmet dental care needs in Canadian immigrants: An analysis of the longitudinal survey of immigrants to Canada. *BMC Oral Health*, 14, 145.
<https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-145>
- Cartes-Velásquez, R. (2020). Salud bucal en Chile, situación actual y desafíos futuros. *Odontología Sanmarquina*, 23(2), Article 2. <https://doi.org/10.15381/os.v23i2.17764>
- CASEN. (2017). *Informe de Desarrollo Social 2017* (p. 40). Subsecretaría de Evaluación Social. Ministerio de Desarrollo Social.
- Centro de estudios Libertad y Desarrollo. (2022). *LA NUEVA REALIDAD DE LA MIGRACIÓN EN CHILE* (Serie informe sociedad y política 184, p. 28) [Sociedad y política]. <https://lyd.org/wp-content/uploads/2023/01/SERIE-INFORME184MigracionenChile-Diciembre2022.pdf>
- Cerón, A. (2017). *Dentistas en Chile: ¿Cómo somos, cuántos somos y cuántos necesita el*

país? web dental.

<https://webdental.wordpress.com/2017/03/24/dentistas-en-chile-como-somos-cuantos-somos-y-cuantos-necesita-el-pais/>

- Cleghorn, B. M., Boorberg, N. B., & Christie, W. H. (2010). Primary human teeth and their root canal systems. *Endodontic Topics*, 23(1), 6-33. <https://doi.org/10.1111/etp.12000>
- Contreras, P. (2015). Memorias e identidades colectivas en refugiados palestinos reasentados en Chile. *Crítica y emancipación*, 7(14), 15-43.
- de la Roche, V. D. la R., Cortés, Á. M. F., Ovalle, M. A. C., Santander, I. L. E., Gómez, C. L. G., Chuaqui, V. F., Restrepo, O. D., Barrera, A. A., & Sánchez, S. C. C. (2021). Procesos de determinación del derecho a la salud bucal de mujeres en post-parto y sus hijos. Bucaramanga y Medellín (Colombia), Santiago (Chile), 2017. *Gerencia y Políticas de Salud*, 20, 1-25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.pdds>
- Espín, J. (2020). Origen y evolución de la comunidad palestina en Chile. *Relaciones Internacionales. Escuela de Relaciones Internacionales. Universidad Nacional, Costa Rica.*, 93(1), Article 1. <https://doi.org/10.15359/ri.93-1.5>
- Facultad de Odontología- Universidad de Chile. (2023). *Fondos de Extensión en Odontología (FEXO)—Facultad de Odontología—Universidad de Chile.* <https://odontologia.uchile.cl/extension/fondos-de-extension-en-odontologia/presentacion>
- Fajreldin, V., Presle, R., & Molina, S. (2023). Estudios nacionales e internacionales en salud oral y migración, una revisión narrativa. *International Journal of Interdisciplinary Dentistry, Chile.* <https://doi.org/En prensa>
- Flores, S., Martínez, F., Vera, C., & Morales, D. (2022). Determinantes Sociales y Conocimiento de Higiene Oral en Inmigrantes. *International journal of odontostomatology*, 16(3), 384-388.
- Fuentes, A., & Hernando, A. (2019). Caracterización estadística de la inmigración en Chile. *Inmigración en Chile. Una mirada multidimensional. Santiago: CEP.*
- Garcia-Martin, J. M., Gonzalez-Diaz, A., & Garcia-Pola, M. J. (2017). Impacto de la salud oral en la calidad de vida de la gestante. *Revista de Salud Pública*, 19(2), 145-152. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n2.55195>

- Giacaman, R. (2018). Sugars and beyond. The role of sugars and the other nutrients and their potential impact on caries. *Oral Diseases*, 24(7), 1185-1197.
<https://doi.org/10.1111/odi.12778>
- Gibbs, L., Waters, E., de Silva, A., Riggs, E., Moore, L., Armit, C., Johnson, B., Morris, M., Calache, H., Gussy, M., Young, D., Tadic, M., Christian, B., Gondal, I., Watt, R., Pradel, V., Truong, M., & Gold, L. (2014). An exploratory trial implementing a community-based child oral health promotion intervention for Australian families from refugee and migrant backgrounds: A protocol paper for Teeth Tales. *BMJ Open*, 4(3), e004260.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004260>
- Gupta, P., Agarwal, N., Anup, N., Manujunath, B. C., & Bhalla, A. (2012). Evaluating the anti-plaque efficacy of meswak (*Salvadora persica*) containing dentifrice: A triple blind controlled trial. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*, 4(4), 282.
- Guzel-Seydim, Z. B., Gökırmaklı, Ç., & Greene, A. K. (2021). A comparison of milk kefir and water kefir: Physical, chemical, microbiological and functional properties. *Trends in Food Science & Technology*, 113, 42-53. <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2021.04.041>
- Hagenfeld, D., Zimmermann, H., Korb, K., El-Sayed, N., Fricke, J., Greiser, K. H., Kühnisch, J., Linseisen, J., Meisinger, C., Schmitter, M., Kim, T.-S., & Becher, H. (2019). Periodontal Health and Use of Oral Health Services: A Comparison of Germans and Two Migrant Groups. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph16163000>
- İnan-Eroğlu, E., Özşin-Özler, C., Erçim, R. E., Büyüktuncer, Z., Uzamış-Tekçiçek, M., & Güçiz-Doğan, B. (2017). Is diet quality associated with early childhood caries in preschool children? A descriptive study. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 59(5), 537-547. <https://doi.org/10.24953/turkjped.2017.05.006>
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Leache, E. B. (2001). Erupción dentaria. Prevención y tratamiento de sus alteraciones. *Pediatría Integral*, 6(3), 229-240.
- Liberona Concha, N., Piñones-Rivera, C., & Álvarez Torres, C. (2023). CONSECUENCIAS DEL ORDEN ESTRUCTURANTE DE LAS RELACIONES INTERÉTNICAS:

BARRERAS EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD DE MUJERES
MIGRANTES Y SUS FAMILIAS EN TARAPACÁ. *Chungará (Arica)*, ahead, 0-0.

- Lomba Fuentes, J. (2009). *El papel de la belleza en la tradición islámica*.
- Maftuhah, A. (2022). Reasons for Allowing Muslim Women (Married) to Work Outside the Home. *AKADEMIK: Jurnal Mahasiswa Humanis*, 2(1), Article 1.
<https://doi.org/10.37481/jmh.v2i1.466>
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Ministerio de Salud de Chile. (2016, marzo 10). *Decreto 67—Modifica decreto N° 110 de 2004, del Ministerio de Salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes (2016)*. www.bcn.cl/leychile.
<https://www.bcn.cl/leychile>
- Misrachi, C., Ríos, M., Morales, I., Urzúa, J. P., & Barahona, P. (2009). Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas Chilenas e inmigrantes Peruanas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 26(4), 455-461.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342009000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Misrachi Launert, C., Manríquez Urbina, J., Fajreldin Chuaqui, V., Kuwahara Aballay, K., & Verdaguer Muñoz, C. (2014). BELIEFS, KNOWLEDGE, AND ORAL HEALTH PRACTICES OF THE MAPUCHE-WILLICHE POPULATION OF ISLA HUAPI, CHILE. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 25(2), 342-358.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-246X2014000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Moore, A., & Mathewson, K. (2013). Latin America's los Turcos: Geographic aspects of levantine and maghreb diasporas. *Nóesis: Revista de Ciencias Sociales*, 22(43), 290-310.
- Niazi, F., Naseem, M., Khurshid, Z., Zafar, M. S., & Almas, K. (2016). Role of *Salvadora persica* chewing stick (miswak): A natural toothbrush for holistic oral health. *European journal of dentistry*, 10(02), 301-308.
- Nordin, A., Bin Saim, A., Ramli, R., Abdul Hamid, A., Mohd Nasri, N. W., & Bt Hj Idrus, R.

- (2020). Miswak and oral health: An evidence-based review. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 27(7), 1801-1810. <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2020.05.020>
- Núñez, L., Icaza, G., Contreras, V., Correa, G., Canales, T., Mejía, G., Oxman-Martínez, J., & 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*, 27(4), 344-349. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.02.004>
- OIM, O. I. para las migraciones. (2020). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. OIM. ONU Migración Ginebra.
- OMS. (2022). *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030*. OMS. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240061484>
- ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos humanos. *Asamblea General de las Naciones Unidas*.
- Owens, J., & Sami, W. (2016). The Role of the Qur'an and Sunnah in Oral Health. *Journal of Religion and Health*, 55(6), 1954-1967. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0095-5>
- Parra-Coronel, J., Astudillo-Neira, D., & Ortiz-Ulloa, J. (2020). Early childhood caries and risk factors in young children of medium-low socioeconomic status, Ecuador. *Revista Investigación En Salud Universidad de Boyacá*, 7(1), Article 1. <https://doi.org/10.24267/23897325.451>
- Pedrero, V., Bernales, M., & Pérez, C. (2018). MIGRACIÓN Y COMPETENCIA CULTURAL: UN DESAFÍO PARA LOS TRABAJADORES DE SALUD. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 353-359. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.03.007>
- Pizarro, J. M. (2007). Feminización de las migraciones en América Latina: Discusiones y significados para políticas. VV. AA.: *Actas del Seminario Mujer y Migración, Conferencia Regional sobre Migración. San Salvador, El Salvador*, 125-131.
- Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en Psicología*, 23(1), Article 1. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n1.167>
- Reis, L. M. dos, & Ramos, N. (2016). Migração, aculturação e saúde bucal de brasileiras e brasileiros residentes em Lisboa, Portugal. *Rev. Ciênc. Plur*, 56-68. <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/9868/7135>
- Riggs, E., Gussy, M., Gibbs, L., van Gemert, C., Waters, E., & Kilpatrick, N. (2014). Hard to

- reach communities or hard to access services? Migrant mothers' experiences of dental services. *Australian Dental Journal*, 59(2), 201-207. <https://doi.org/10.1111/adj.12171>
- Rival-Carrillo, D., Valenzuela-Valenzuela, A., & Cartes-Velásquez, R. (2021). *Migración y trabajo, una revisión del contexto chileno actual*. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S2452-610X2021000100522&script=sci_arttext&tlng=en
- Rojas, N., & Silva, C. (2016). *La migración en Chile: Breve reporte y caracterización*. Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo.
- Servicio Nacional de Migraciones. (2021). *Estimaciones de extranjeros*. SERMIG. <https://serviciomigraciones.cl/estudios-migratorios/estimaciones-de-extranjeros/>
- Servicio Nacional de Migraciones. (2023). *Reporte 1. Estadísticas generales registro administrativo. Servicio Nacional de Migraciones 2021-2022*. <https://serviciomigraciones.cl/estudios-migratorios/analisis-sermig/>
- Sotomayor Ortellado, R., Matiauda Otaño, A., Ferreira Cabañas, A., & Canese Krivoshein, A. (2021). Dieta, higiene bucal y riesgo de caries dental en niños escolares de Concepcion, durante el confinamiento por COVID-19. *Pediatría (Asunción)*, 48(1), 65-72. <https://doi.org/10.31698/ped.48012021011>
- Stefoni, C. (2009). Migración, género y servicio doméstico. Mujeres peruanas en Chile. En M. E. Valenzuela & C. Mora (Eds.), *Trabajo doméstico: Un largo camino hacia el trabajo decente* (pp. 191-232).
- Stefoni, C., & Fernández, R. (2011). Mujeres inmigrantes en el trabajo doméstico: Entre el servilismo y los derechos. *Mujeres inmigrantes en Chile: ¿mano de obra o trabajadoras con derechos*, 43-72.
- Stefoni, C., & Stang, F. (2016). Educación e interculturalidad en Chile: Un marco para el análisis. *Estudios internacionales (Santiago)*, 48(185), 153-182. <https://doi.org/10.5354/0719-3769.2016.44534>
- Suárez-Montaña, R., & Arboleda-Sarmiento, J. C. (2016). Atención médica y diferencia cultural. Acceso a atención médica de mujeres musulmanas en Bogotá. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 30-49.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*

(Vol. 1). Paidós Barcelona.

UNESCO. (2015, noviembre 25). *Interculturalidad*. Diversidad de las expresiones culturales.

<https://es.unesco.org/creativity/interculturalidad>

Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., & Silva-Fernández, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: Un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 35.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00120818>

Wassel, M. O., & Sherief, D. I. (2019). Ion release and enamel remineralizing potential of miswak, propolis and chitosan nano-particles based dental varnishes. *Pediatric Dental Journal*, 29(1), 1-10.

Zhang, H., Zeng, X., Jiang, Y., Xu, W., Wang, X., Li, C., Zhang, Y., Liu, Y., & Wang, Y. (2020). The disparity in caries and sealants between migrant and native children in Shanghai: A cross-sectional study. *International Journal of Dental Hygiene*, 18(1), 84-91.

<https://doi.org/10.1111/idh.12411>

9) ANEXOS Y APÉNDICES:

ANEXO 1: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACIÓN:

INSTITUCION PATROCINANTE: Dirección de extensión, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Valentina Eliana Fajreldin Chuaqui

El objetivo de este documento es entregarle información para que usted decida si quiere o no participar junto con sus hijos de la investigación que estamos realizando como equipo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Su participación es voluntaria y también puede retirarse del estudio cuando lo estime, sin importar la etapa.

Este estudio tiene por objetivo general “realizar un diagnóstico de salud oral y conocer su experiencia en relación con atención dental en Chile”.

La investigadora responsable de este estudio es la profesora Valentina Fajreldin.

Se le realizará un examen clínico dental a usted y a sus hijos, el cual consistirá en un examen visual con un espejo dental, y el registro de los datos obtenidos, el cual estará a cargo de la odontóloga Melissa Solar, y la estudiante de odontología, Romina Presle.

Además se le pedirá responder preguntas en una entrevista acerca de su experiencia en atención dental para tener en consideración en futuras actividades de salud oral. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al entrevistador o de no responderlas. Estas instancias tomarán aproximadamente una hora de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones será grabado, para registrar la información. Toda la información obtenida, ya sea clínica o de entrevistas, será confidencial y solo será utilizada para este estudio.

El directorio de la Escuela As Salam consiente el desarrollo de este estudio, el cual tiene como beneficio la realización jornadas de promoción y educación en salud oral a la comunidad escolar (incluyendo profesores/as, madres, padres y niños/as), y la posibilidad de que usted y sus hijos se realicen algunos tratamientos en la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, al equipo a cargo del estudio cuyos datos de contacto son:

- Profesora Responsable: Valentina Fajreldin, celular/whatsapp +569 95184904, mail: vfajreldin@odontologia.uchile.cl
- Alumna Tesista: Romina Presle, celular/whatsapp +569 93196771, mail: rominapresle@gmail.com

Se le entregará una copia de este documento y otra quedará en manos del equipo del estudio. Si usted desea conocer los resultados de la investigación, una vez concluida la misma lo contactaremos para entregarlos personalmente. Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre del Participante

.....
Firma del Participante

.....
Fecha y lugar donde se toma el consentimiento

Nombre del Investigador Responsable u otro miembro del equipo

.....

Firma del Investigador Responsable u otro miembro del equipo

.....

Fecha y lugar donde se toma el consentimiento

Nombre del alumno tesista

.....

Firma del alumno tesista

Anexo 2: Ficha clínica

Nombre del paciente: _____

RUT: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Mail: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____

Anamnesis próxima

Enfermedad actual y medicamentos que consume:

Antecedentes odontológicos:

1. ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista? ¿Por qué fue? ¿dónde?

Antecedentes quirúrgicos / hospitalizaciones:

1. Cirugías: _____
2. Hospitalizaciones: _____
3. Alergias: _____

Hábitos, funciones, parafunciones y dependencias

1. Otros (tabaco, rechinamiento de dientes, interposición de objetos, onicofagia, etc.): _____

Examen clínico Intraoral

1. COPD/ceod

COPD (dentición permanente):

- **Dientes cariados cavitados en dentina:**
- **Dientes Obturados:**
- **Dientes Pérdidos:**
Valor Final:

2. Ceod (dentición primaria):

- **Dientes cariados cavitados en dentina:**
- **Dientes Obturados:**
- **Dientes con indicación de extracción por caries:**
Valor final:

Observaciones (Uso de prótesis, edentulismo, dentición funcional):

ANEXO 3: INFORME DE SALUD BUCAL CULTURALMENTE ADAPTADO AL PACIENTE



Informe DE SALUD BUCAL

Respetada familia _____, luego de realizar el diagnóstico y tratamiento en Colegio As-Salam, como equipo de salud odontológica queremos informarles nuestros hallazgos, tratamientos realizados y recomendaciones.

PACIENTE: _____ EDAD: _____

ESTADO DE SALUD BUCAL INICIAL

(FECHA: ___ / ___ / 2022)

<ul style="list-style-type: none"> • Dientes: 	<ul style="list-style-type: none"> • Encías: 	<ul style="list-style-type: none"> • Otros hallazgos:
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sanos <input checked="" type="checkbox"/> Con caries <input checked="" type="checkbox"/> Ausentes 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sanas <input type="checkbox"/> Inflamadas <input type="checkbox"/> Con destrucción 	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

RESUMEN TRATAMIENTO

(1ª FECHA: ___ / ___ / 2022)

(2ª FECHA: ___ / ___ / 2022)

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Limpieza profesional (destartraje o profilaxis) <input type="checkbox"/> Aplicación de flúor (pasta protectora sobre los dientes) <input type="checkbox"/> Aplicación de sellantes (cubiertas sobre dientes) <input type="checkbox"/> Tapaduras (restauraciones) <input type="checkbox"/> Extracciones dentarias (exodoncias) 		
--	--	--

INDICACIONES ADICIONALES

- Es necesario complementar con radiografías. Le entregaremos un documento de orden de radiografías: Sí Por ahora no



- Derivación: Sí No

Para qué _____

Con cuál especialista _____

Dónde _____

DERIVACIÓN

Paciente _____

Edad _____, RUT _____, sexo _____, teléfono _____

Participante en PROYECTO FEXO 2022

Derivada/o a _____

Diagnóstico _____

Causa de la derivación _____

Se requiere _____

Nombre y firma dentista _____

Fecha ____ / ____ / 2022

ANEXO 4: PAUTA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A MUJERES

Objetivos específicos:

1. Describir el discurso de mujeres migrantes pertenecientes a la comunidad, en torno a sus experiencias de salud oral en su rol de madres y mujeres
2. Identificar en el discurso barreras y facilitadores culturales y del sistema sanitario para ejercer su derecho a salud bucal y la de sus hijos en Chile

Dimensiones temáticas que se abordarán en la entrevista:

- a. Organización y dinámica familiar
- b. Experiencia viviendo en Chile
- c. Experiencias de salud oral del informante en calidad de mujer
- d. Experiencias de salud oral en calidad de Madre
- e. Creencias, conocimientos y actitudes de salud oral
- f. Impacto de la salud oral en la vida cotidiana

I. Subdimensiones para cada dimensión señalada

Dimensión	Subdimensión
Organización y dinámica familiar	- Composición del grupo familiar y distribución de roles.
Experiencia en Chile	- Experiencia en Chile (llegada al país, conocimientos de Chile previos a su viaje, contactos y redes previos, motivaciones para migrar) - Redes sociales y barriales actuales.
Experiencia de salud oral como mujer migrante	- Conocimiento del funcionamiento del sistema de salud chileno. - Confianza en el sistema de salud chileno (calidad de los profesionales, equipamiento y organización de los centros de atención) - Dificultades para acceder a atención odontológica (idioma, ubicación geográfica, transporte) - Autopercepción de su salud oral (calidad de su salud oral y causas). - Resolución de problemas dentales pasados o actuales autopercebidos.(dolor, molestia, estéticos, de funcionalidad).

Experiencias de salud oral en calidad de madre	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución de problemas dentales en sus hijos. - Educación y cuidados de salud oral de los padres a los hijos (principal responsable, supervisión de prácticas de salud) - Salud oral durante el embarazo y post parto
Prácticas y creencias	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de los procedimientos odontológicos (nombre de patologías y tratamientos, costos, severidad y urgencia de atención dental). - Conocimiento de cuidados odontológicos (cepillado, elementos de salud oral, elementos culturales propios, alimentos dañinos o protectores) - Alimentación (alimentos más consumidos, autopercepción de calidad alimenticia, diferencias con la alimentación chilena). - Factores protectores, prácticas preventivas de alimentación e higiene.
Impacto de la salud oral en la vida cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la salud oral en su vida cotidiana (al comer, hablar, en sus relaciones sociales y familiares)

