

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS
DEL COMPORTAMIENTO**

**DETERMINANTES DE CONDUCTAS EN SALUD ORAL DE EMBARAZADAS
CHILENAS E INMIGRANTES PERUANAS USUARIAS DEL SERVICIO DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNA DE INDEPENDENCIA**

Sergio Andrés Cuevas Vergara

José Miguel Serey Riquelme

**TRABAJO DE INVESTIGACION
REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Dra. Clara Misrachi L.

TUTORES ASOCIADOS

Ps. Yerko Molina

Dra. Pamela Torres

Santiago – Chile

2009

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS
DEL COMPORTAMIENTO**

**DETERMINANTES DE CONDUCTAS EN SALUD ORAL DE EMBARAZADAS
CHILENAS E INMIGRANTES PERUANAS USUARIAS DEL SERVICIO DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNA DE INDEPENDENCIA**

Sergio Andrés Cuevas Vergara

José Miguel Serey Riquelme

**TRABAJO DE INVESTIGACION
REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Dra. Clara Misrachi L.

TUTORES ASOCIADOS

Ps. Yerko Molina

Dra. Pamela Torres

Santiago – Chile

2009

Agradecimientos

Índice

Introducción	página 7
Aspectos teóricos	página 8
El fenómeno migratorio y la salud oral	página 8
Inmigrantes peruanos en Chile	página 9
Determinantes de Conductas en Salud Oral	página 11
Conocimientos y Creencias en Salud Oral	página 15
Autoeficacia Dental	página 17
Locus de Control Dental	página 18
Ansiedad dental	página 20
Hipótesis	página 22
Objetivos Generales	página 23
Objetivos Específicos	página 23
Materiales y Método	página 24
Cuestionario de Ansiedad Dental de Corah	página 25
Cuestionario de Autoeficacia Dental de Lawrence	página 25
Cuestionario de Locus de Control Dental de Kneck	página 26
Cuestionario de Salud Dental de Nakazono	página 26
Cuestionario de Conocimientos en Salud Oral	página 26

Resultados	página 28
Análisis de Confiabilidad de Instrumentos	página 28
Caracterización de la muestra	página 28
Determinantes de Conducta en Salud Oral	página 31
Relaciones entre Determinantes de Conducta en Salud Oral	página 37
Relaciones entre variables sociodemográficas y Determinantes de conducta en Salud Oral	página 40
Discusión	página 44
Conclusión	página 47
Sugerencias	página 48
Resumen	página 49
Bibliografía	página 51
Anexos	página 60
Anexo 1	página 60
Anexo 2	página 81
Anexo 3	página 85

Introducción

El fenómeno migratorio a nivel mundial ha tenido un fuerte aumento en las últimas décadas. En Chile, desde la segunda mitad de los años noventa, debido a su favorable desarrollo económico, se ha observado un considerable aumento de los inmigrantes principalmente de origen peruano. Estos inmigrantes, que se concentran mayormente en la Región Metropolitana, son en su mayoría mujeres en edad fértil.

Las políticas de salud gubernamentales ponen gran énfasis en la salud de las mujeres embarazadas. Por decreto de ley, las inmigrantes embarazadas tienen derecho a ser incluidas dentro de los mismos programas de salud que las chilenas y la salud dental está contemplada dentro de esta prerrogativa.

Para que los programas dentales resulten exitosos y no impliquen una pérdida de recursos para los servicios de salud, aparte de la terapéutica curativa, requieren de un fuerte componente de educación para el autocuidado en salud bucal.

Se ha establecido que el diagnóstico de los determinantes de conductas en salud tales como conocimientos, creencias y actitudes, es fundamental para cualquier programa de salud. Sin embargo, los programas nacionales no han contemplado este diagnóstico.

Cabe preguntarse entonces cuales serían los factores determinantes de las conductas en salud oral de embarazadas chilenas y peruanas, diagnosticar si son o no favorables para mejorar y/o adoptar nuevas conductas positivas para la salud y establecer si existen diferencias al respecto entre ambos grupos y cuáles son éstas.

El propósito de esta investigación es analizar los Determinantes de las Conductas en Salud Oral (DCSO) de embarazadas chilenas y peruanas, y establecer las diferencias entre ambos grupos. Esto permitirá aumentar el conocimiento, contribuyendo a mejorar los programas de educación para la salud bucal.

Aspectos Teóricos

El fenómeno Migratorio y la Salud Oral.

El proceso de la migración a nivel mundial, ha estado fuertemente vinculado a las diferencias de desarrollo económico entre países y regiones, produciéndose migraciones desde las regiones con subdesarrollo económico, deprimidas, con inestabilidad política y/o guerras civiles, hacia aquellas con niveles económicos superiores que ofrecen mejor calidad de vida (1,2).

En las últimas décadas, este fenómeno ha crecido de manera considerable. Las cifras muestran que desde 1975 al año 2000, el número de migrantes en el mundo alcanzó la cifra de 175 millones que correspondía al 3% de la población mundial de entonces (2). En Latinoamérica y El Caribe a inicios del siglo XXI, se concentró aproximadamente el 10% de todos los migrantes del orbe (2).

A diferencia del fenómeno migratorio del siglo XIX y principios del siglo XX en Latinoamérica, caracterizado por un movimiento intercontinental que trajo a nuestro continente personas provenientes de Europa, actualmente la migración es de tipo interregional, esto es, desde los diferentes países latinoamericanos hacia otros países de la misma área continental (2). Como ejemplo de lo anterior se puede citar que para el año 2000 algunos países como Costa Rica y Chile, ya se constituían en focos importantes de atracción de inmigrantes latinoamericanos (1).

Es importante destacar que dentro del fenómeno migratorio contemporáneo, la mujer ha tomado un rol protagónico, es decir, el fenómeno migratorio se ha feminizado a nivel mundial. De todos los migrantes en el mundo, el 48 % del total corresponde a mujeres (3), cifra que aumenta a 50,5 % en Latinoamérica para el año 2002 (4).

Aunque el fenómeno migratorio no es nuevo en América Latina, en Chile se ha acentuado recientemente, debido al positivo desarrollo macroeconómico alcanzado durante las últimas décadas, especialmente desde la segunda mitad de los años noventa (1, 5). En el año 2002 el número de inmigrantes se elevó a 185 mil, el más alto desde 1952 (4). A este respecto el Censo 2002 muestra que la migración de origen

sudamericano en nuestro país, constituye el 67.8% del total de la población extranjera residente, de ellos un 26% proviene de Argentina; 21% de Perú; 6% de Bolivia y 5% de Ecuador, concentrándose principalmente en la Región Metropolitana (6).

Inmigrantes peruanos en Chile

La inmigración proveniente de Perú sufrió un gran aumento a partir de la segunda mitad de la década de los noventa. Se trata mayoritariamente de migración debida a factores económicos (4). El 78% de los inmigrantes peruanos se encuentra en la región metropolitana (7) y el 4,6% se encuentran en la comuna de Independencia (8). La mayoría de estos inmigrantes, son personas jóvenes de ambos sexos, de los cuales el 50% se encuentra entre los 15 y 44 años de edad (8), provienen de sectores medios-bajos urbanos y rurales, con variados niveles de educación (1).

Según los datos del Instituto Católico de Migraciones INCAMI (1) sobre el seguimiento de los inmigrantes limítrofes (peruanos y bolivianos) realizado en 1996, la mayoría de ellos son mujeres jóvenes (65%), que tienen niveles de educación técnico y/o capacitación importante. Hernández (1997) establece que un 36% posee educación secundaria completa, un 41% un título técnico, y un 7% título universitario (1). En un 94% poseen visa de turista, y sólo un 5% indica ilegalidad.

En general se ha visto que mayoritariamente las mujeres son las que deciden migrar, aún cuando posean una familia constituida en su país de origen. Para el año 2002, el 60% de los residentes peruanos eran mujeres, y el número de ellos había crecido entre 1992 y 2002 de 7.649 a 39.084 personas, compuestas principalmente por mujeres jóvenes, que en un 20% cuenta con formación profesional. Es así como en la actualidad el grupo de inmigrantes peruanos está compuesto mayoritariamente por mujeres en edad fértil, que llegan a nuestro país a asentarse por un periodo prolongado de tiempo dispuestas a trabajar y que, por lo tanto, tendrán inevitablemente requerimientos en salud (4).

El Ministerio de Salud de Chile, con el objetivo que el país en su totalidad goce de una vida más saludable ⁽⁹⁾, suma esfuerzos para que la atención de salud sea equitativa para la población; por ello, la población femenina inmigrante puede acogerse a los programas de salud nacionales que garantizan la atención a la mujer embarazada y a su hijo en gestación hasta los seis años de edad ⁽¹⁰⁾, aún cuando no sea afiliada ni beneficiaria del Sistema de Salud. De esta manera, la mujer embarazada inmigrante tiene los mismos derechos de atención que las embarazadas chilenas, y su atención de salud es responsabilidad del Estado, no eximiéndose de esta ordenanza la atención odontológica, pues "la salud bucodental debe ser considerada como uno de los aspectos de la salud y el bienestar generales de la sociedad" ⁽¹¹⁾.

Sin embargo, la literatura médica señala que existen factores que dificultan la integración de los inmigrantes a los servicios de salud disponibles en el país receptor. Locker, Clarke y Murria ⁽¹²⁾ muestran que en un gran número de países, los inmigrantes utilizan los servicios dentales en una menor proporción y tienen un mayor índice de caries que la población local. Por otra parte, un estudio canadiense sobre la salud oral de inmigrantes, señala que dos de los factores que con mayor frecuencia obstaculizan el acceso a los programas de salud existentes, son las diferencias culturales y la discriminación percibida por parte de los inmigrantes ⁽¹³⁾. En los Estados Unidos se ha sugerido que la dificultad de acceso a los servicios sería uno de los factores más importantes en la existencia de la disparidad en salud oral. Los estudios llevados a cabo en ese país muestran que en adición a los indicadores de menor educación, bajos ingresos y género, los inmigrantes hispánicos tienden a visitar menos a los dentistas, y cuando lo hacen, asisten a un menor número de visitas, debido a barreras culturales e idiomáticas. Las principales barreras que afectan el acceso al cuidado dental por parte de los inmigrantes son: estado de aculturación, educación e ingresos, miedo al sistema y al profesional, insuficiente percepción de necesidades, creencias en salud oral junto con actitudes y

valores, falta de conocimientos en salud, factores conductuales culturalmente influenciados y hábitos dietéticos, carencia de seguro de salud y costo del tratamiento dental. De este modo, los inmigrantes hispánicos tienen las tasas más bajas de uso de servicios dentales de Estados Unidos ⁽¹⁴⁾.

Considerando lo anterior, los inmigrantes constituyen un grupo con características especiales dentro de la población atendida por los centros de salud de nuestro país, ya que es necesario considerar aspectos ligados a la cultura de origen y a las dinámicas particulares de cada grupo en su adaptación al país receptor.

Determinantes de Conductas en Salud Oral (DCSO)

Los cambios históricos, económicos y sociales a los que el mundo se ha visto sometido, han configurado un escenario nuevo en materia de salud oral. Ya desde el año 1987, en que la OMS proclama la carta de Ottawa, se hace explícito el requerimiento de un nuevo orden en la manera en que los líderes deben enfrentar el tema de la salud en sus respectivas comunidades, en el marco de un mundo industrializado ⁽¹⁵⁾. Un punto fundamental en este esfuerzo de la comunidad internacional por innovar y adecuar los sistemas de salud pública a los requerimientos actuales, es la determinación de un cambio paradigmático en la concepción de salud que guíe el accionar de la técnica y el ejercicio del cuidado de la salud. Este nuevo concepto de salud deja de centrarse en la ausencia de enfermedad, para preocuparse por el bienestar biopsicosocial de las comunidades ^(16, 17, 18).

En este marco paradigmático, la salud oral ha dejado de centrarse exclusivamente en los aspectos biomédicos, para adoptar una visión integral del ser humano, inmerso en un mundo globalizado, pero con particularidades culturales y sociales que es indispensable tomar en cuenta al momento de intervenir. Esto quiere decir que la atención odontológica no es el único condicionante de la salud oral de las personas, sino que está condicionada en gran medida por las características sociales en que

las personas viven. El paradigma biopsicosocial, entiende el proceso salud – enfermedad como la resultante de una combinación de factores entre los que se incluyen las características biológicas, factores conductuales, y condiciones sociales (19).

Para que los programas de salud oral resulten exitosos, y no constituyan una pérdida de recursos para los servicios públicos es necesario, además de la infraestructura y el personal adecuado, considerar los aspectos psicosociales asociados a la salud oral, asegurando el compromiso del paciente con los objetivos terapéuticos y las prescripciones propuestas por el profesional. La adherencia al tratamiento es particularmente importante en la consecución de objetivos de salud oral; como parte de ésta, la prevención en base a la adopción de conductas saludables, ha demostrado ser fundamental (20).

La adherencia a las prescripciones médicas no es siempre fácil de conseguir, ya que en su consecución interactúan numerosos factores. Estudiar los motivos por los cuales los pacientes adhieren o no a un determinado tratamiento, ha sido una difícil tarea. Según Vermerie et col. (21), se han investigado alrededor de 200 tipos de variables relacionadas con esta conducta. Sin embargo, ninguna de ellas ha demostrado ser altamente predictiva.

Resulta primordial entonces diagnosticar los aspectos psicológicos que determinan las conductas en salud oral y conocer qué factores influyen en la adopción de nuevas conductas incluidas en el plan preventivo.

En el caso de las mujeres inmigrantes, estos factores se tornan aún más importantes, ya que es posible que el trasfondo cultural sobre el cual se realizan las intervenciones no sea el mismo que el de la población chilena. La investigación al respecto en Chile a sido muy escasa, sin embargo se ha establecido que el diagnostico de los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en salud oral es fundamental para cualquier programa de salud bucal (20).

Tomando en cuenta lo anterior, para llevar a cabo intervenciones realmente efectivas, desde un abordaje biopsicosocial en los planes educativos , preventivos y

curativos, es imprescindible contar con programas especialmente diseñados de acuerdo a las necesidades de la comunidad objetivo, que tengan la potencialidad suficiente para que los cambios de comportamiento que se desean alcanzar sean aceptados por la población, por lo que resulta de suma importancia considerar las pautas culturales y los determinantes de las conductas que de ellas se desprenden en lo que respecta a la salud oral de los beneficiarios.

Para efectos del presente trabajo se entenderá como Determinante de Conductas en Salud Oral (DCSO) a todas aquellas variables que modifican las conductas relacionadas con la salud bucal (22).

Mejorar la calidad de vida de la población es la labor fundamental del odontólogo. Para enfrentar este problema, el profesional debe considerar que la equidad en salud sólo se logrará a través de la adecuada promoción, prevención y educación en salud oral. Gran parte de la educación en salud es responsabilidad del odontólogo, que debe ser capaz de transmitir el conocimiento a los pacientes de tal forma que éstos adhieran a los tratamientos prescritos. La relevancia de esto es que la gran mayoría de los problemas de salud oral son prevenibles o controlables por medio de conductas y acciones preventivas (23). Las conductas preventivas dependerán de los pacientes, pero son adquiridas con la educación del profesional quien debe conocer los aspectos psicológicos que explican las conductas en salud oral y los instrumentos para evaluarlos (23).

Es así como Misrachi y colaboradores establecen que los determinantes de las conductas en salud oral más utilizados y estudiados, y que poseen instrumentos validados para su medición son: Ansiedad Dental, Autoeficacia en Salud Oral, Locus de Control, Creencias en Salud Oral y Conocimientos en Salud Oral (23).

Actualmente en Chile son muy escasas las investigaciones acerca de los Determinantes de las Conductas en Salud Oral, por lo que se hace perentorio el estudio de estas variables. El desconocimiento sobre estos factores se agudiza respecto a la población inmigrante, aspecto que dificulta predecir los resultados de

los planes de atención primaria en salud oral, ya que no existe una evaluación de las variables psicosociales en este grupo de personas.

Con respecto a la población inmigrante peruana sólo existe un estudio reciente que da cuenta de algunos aspectos de la salud oral de las inmigrantes embarazadas peruanas (24). Sin embargo, aún no se han investigado los determinantes de las conductas en salud oral, suponiendo a priori que los programas educativos producirán resultados efectivos.

Por ello se hace necesario diagnosticar y comparar los determinantes de las conductas en salud oral de las embarazadas inmigrantes peruanas y de las chilenas con el fin de establecer si son necesarios programas específicos de salud oral diferenciados para ambos grupos que nos permitan aumentar la adherencia a los tratamientos preventivos y con ello disminuir el daño en la salud bucal.

Por lo tanto, en este estudio se investigaron los siguientes Determinantes de Conductas en Salud Oral:

- Creencias en Salud Oral
- Conocimientos en Salud Oral
- Autoeficacia dental
- Locus de Control
- Ansiedad Dental

Conocimientos y Creencias en salud Oral

El conocimiento corresponde a la averiguación, por el ejercicio de las facultades intelectuales, de la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Es decir, a través del método científico; mientras que la creencia es el completo crédito que se presta a una afirmación, hecho o noticia como seguros y ciertos sin el respaldado de bases científicas⁽²⁵⁾.

Dentro del ámbito de la salud, los conocimientos y creencias son determinantes de la salud individual y colectiva. Actúan como elementos modificadores de conductas sociales y culturales, siendo estos últimos, factores importantes en la etiología, predominio y distribución de muchas enfermedades ⁽²⁰⁾. Los Conocimientos y Creencias conforman una importante gama de elementos culturales que se vinculan a su vez con factores biológicos, económicos y sociales, generando distintas formas de comportamiento en salud, los cuales resultan de una respuesta adaptativa de la población al conjugar tradiciones médicas nativas y religiosidades populares de divinidades prehispánicas con el aceptado sistema médico oficial, generando así un modelo explicativo popular ^(26,27). Por ello es fundamental conocer el perfil de creencia presentes en el público objetivo, para lograr un impacto real de un programa de promoción, prevención y educación de salud.

Las enfermedades orales más prevalentes, caries y enfermedad periodontal, dependen en gran medida de los hábitos de higiene oral y alimenticios ⁽²⁸⁾.

Por esto, el personal de salud tiene la responsabilidad de fomentar hábitos de vida saludables a través de la educación básica de los procesos de salud-enfermedad, promoción y prevención en salud ⁽²⁸⁾.

El conocimiento, más la actitud positiva de los pacientes hacia la salud oral, constituirán el primer paso para predisponer la elección de estilos de vida saludables y la adopción de conductas de prevención y promoción en salud ^(29, 30).

Se necesita entonces, de cierta cantidad de conocimientos para iniciar el proceso que conducirá a un cambio en el comportamiento. Sin embargo, suele ocurrir que las personas, a pesar de sus conocimientos, no adquieren los hábitos saludables.

Para poder explicar lo señalado, se han propuesto varios modelos predictivos.

Uno de los más utilizados en odontología es el Modelo de Creencias en Salud (31, 32).

Modelo de Creencias en Salud (33).

Desarrollado en 1950 por Hockbaum y reformulado por Rosenstock en 1974, fue adoptado en los 70 por el Servicio de Salud Pública de EEUU.

Propone que el comportamiento se basa en un proceso de etapas, siendo las conductas saludables el resultado de decisiones basadas en creencias (34).

De acuerdo al modelo, el hecho de que una persona adhiera a una conducta de salud recomendada o no dependerá de los siguientes factores (35):

1. El problema de salud debe ser relevante para el individuo.
2. La creencia de que se es susceptible a un problema que considera serio para su salud (amenaza percibida).
3. La creencia de que al efectuar la acción recomendada se reducirá la amenaza percibida, a un costo aceptable.
4. Debe haber una señal para la acción, un estímulo que lo haga sentir la necesidad de realizar la acción.

En 1988, Rosenstock añadió al modelo el concepto de Autoeficacia, esto es, la percepción de que se posee la capacidad para ejecutar una conducta determinada. De esta manera, las personas deben sentirse suficientemente competentes para efectuar los cambios conductuales (23).

Basados en el Modelo de Creencias en Salud, y con el objetivo de determinar las dimensiones de las creencias en salud oral en diversas poblaciones, Nakazono y col. crearon en 1997 el Cuestionario de Creencias en Salud Oral (29).

Autoeficacia Dental

Si bien es cierto, el conocimiento es la base indispensable para la adopción de conductas saludables, por sí solo no genera cambios conductuales. Es así como llevado aun extremo se puede observar, Médicos que fuman, Dentistas con mala higiene oral, Nutricionistas con obesidad etc.

El cambio conductual requiere de sentimientos, pensamientos y motivaciones que generen fuerzas que produzcan y perpetúen los cambio que uno propone como profesional y deseamos conseguir en nuestros pacientes.

Un aspecto importante de la conducta humana según Bandura es que las personas desarrollan sus propias percepciones acerca de su capacidad para adoptar nuevas conductas. A esto lo denominó autoeficacia, la cual según su definición corresponde a la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar las situaciones futuras ⁽³⁶⁾.

La Autoeficacia tendría la propiedad de afectar en una persona la elección de las conductas a adoptar, el esfuerzo que se requiere para realizarlas, y la persistencia del individuo para su ejecución ⁽³⁷⁾. Es así como la autoeficacia ha mostrado ser un poderoso predictor de muchos comportamientos de salud, como la interrupción del tabaquismo, la pérdida de peso, y adherencia a programas de salud general preventivos ⁽³⁸⁾.

Respecto a la salud oral, se ha encontrado que la autoeficacia ha sido un determinante en salud e higiene oral en pacientes diabéticos y para la salud oral general en pacientes mayores ⁽³⁹⁾. En otro estudio, se observó el comportamiento en salud oral en una muestra de estudiantes universitarios donde los que lograron mayores niveles de Autoeficacia en la habilidad de cepillar y uso de hilo dental, se cepillaron y pasaron hilo dental más frecuentemente y tuvieron puntajes de placa dental inferiores ⁽⁴⁰⁾. Otro estudio ha mostrado que la confianza en la habilidad de prevenir enfermedad periodontal predice significativamente la adherencia al plan de higiene ⁽⁴¹⁾. Por último, altos niveles de Autoeficacia en madres ha demostrado ser un

determinante conductual que en niveles altos resulta un protector contra la caries temprana de la infancia (38, 39, 42).

En el plano Odontológico preventivo, a un paciente al que se le ha indicado una serie de conductas de prevención, como cepillado dental, uso de hilo dental y recomendación de visitas oportunas al dentista, que presente una baja Autoeficacia con respecto a cada una de estas conductas, lo más probable es que evite practicarlas y no adhiera a los consejos del profesional. En cambio, un paciente con alta Autoeficacia se compromete más con las nuevas conductas indicadas, muestra un mayor involucramiento y perseverancia ante los obstáculos con los que se pueda enfrentar.

Diagnosticar los niveles de Autoeficacia en nuestros pacientes con respecto al autocuidado y a las visitas oportunas al dentista, se consideraría entonces un reto propio de una visión preventiva para la salud oral.

Por lo tanto en este estudio la Autoeficacia será medida en dos aspectos: Autoeficacia respecto al Autocuidado (uso de seda dental y cepillado dental) y Autoeficacia relacionada con las visitas al dentista. Los instrumentos para medir cada aspecto consisten en dos Cuestionarios originalmente creados por Lawrence y progresivamente refinados sobre la base de la retroalimentación otorgada por muestras de sujetos, análisis estadísticos y una evaluación de su confiabilidad (23).

Locus de Control Dental

La palabra “locus” proviene del latín y significa “sitio, lugar”, por lo que locus de control significa “sitio de control” (43).

Es un constructo definido por Rotter (44), que permite una predicción confiable de la toma de decisiones de un sujeto frente a una situación determinada. Desde la óptica del individuo, corresponde al “núcleo causal” de los eventos de su propia vida. Si el núcleo causal de un evento está dentro de sí mismo el individuo lo considera como consecuencia de su propia conducta (Locus de Control interno) (45), o de lo contrario si se encuentra fuera de él, lo considerará como el resultado de su inexorable destino, suerte o azar (Locus de Control Externo) (45).

En el año 1974, Hanna Levenson ⁽⁴⁶⁾ postula su multidimensionalidad a partir de la construcción de una escala conocida como IPC (Internal, Powerful others and Chances) la cual comprende tres dimensiones, una interna y dos externas. Estas son: Locus de control interno (percepción de que el sujeto controla y es responsable por la propia salud), locus de control externo mediado por otros “poderosos” (personas poderosas externas, tales como profesionales de la salud, divinidades, guías espirituales) y locus de control externo auténtico (suerte, destino, azar) ^(43, 47, 48).

El desarrollo de la escala multidimensional de Locus de control de la salud permitió verificar qué dimensiones de control se relacionaban más a los problemas específicos de salud, en vista de que los sujetos que creen que el mundo está influenciado por el azar o es caótico piensan y se comportan de manera distinta a aquellos que creen que el mundo no es azaroso, pero perciben que los otros poderosos tienen el control. Estos últimos tienen más posibilidad de ser individuos de control interno, ya que pueden haber desarrollado una orientación externa como una defensa contra el fracaso ⁽⁴⁾.

La aplicación de escalas de locus de control a la investigación odontológica no ha sido muy extensa. Los estudios existentes muestran dos estrategias diferentes: las que relacionan medidas generales de locus de control en salud con variables clínicas y/o conductas específicas en salud dental ⁽⁴⁹⁾ y las que evalúan locus de control por medio de escalas específicas relacionadas con salud dental ^(50, 51).

Algunos estudios no han encontrado relaciones consistentes entre Locus de Control, comportamientos de salud oral y resultados, mientras que otros han mostrado que tener una orientación de locus de control externo está altamente asociado con una higiene oral deficiente ^(38, 49).

En el presente trabajo, utilizaremos la escala de locus de control dental elaborada por Kneck y col. que consiste en una adaptación de la llamada Dental Coping Belief Scale desarrollada por Wolf y col ⁽⁵⁰⁾.

Ansiedad dental

La ansiedad dental se puede definir como el estado subjetivo de tensión, frente a un estímulo específico, que indica la presencia de peligro en un momento particular (52, 53), que cuando se relaciona con la atención odontológica, se denomina ansiedad dental.

Los estudios han sugerido que ésta tiene orígenes complejos y multifactoriales, no del todo dilucidados (54); la evidencia señala que es el dolor y su anticipación, y las experiencias negativas sufridas por el paciente, las que podrían ser las mayores razones del desarrollo de ansiedad dental (52, 55, 56, 59, 58). También puede influir en la ansiedad la relación con el odontólogo, así como la percepción de su competencia (56).

La edad en que se instala la ansiedad dental en los pacientes es variable, pudiendo aparecer ya sea en la infancia, adolescencia o adultez. Así mismo, se ha observado su atenuación con la edad en intensidad y prevalencia (59).

Weiner y Sheenan han establecido que los pacientes se pueden dividir en 2 grupos respecto a la fuente de la ansiedad (60):

- a) origen endógeno: la ansiedad es el resultado de experiencias dentales traumáticas o del aprendizaje vicario. Se aprecia en los niños principalmente.
- b) origen exógeno: la ansiedad resulta de una vulnerabilidad constitucional frente a desórdenes ansiosos en general y se manifiesta principalmente en adultos.

Niveles de ansiedad

La ansiedad dental se puede categorizar en ansiedad ligera, mediana y alta.

La ansiedad ligera es el extremo más benigno. Es una experiencia esperable y normal frente a estímulos amenazantes, que se relaciona con el desarrollo individual, pero que se transforma en un problema cuando el miedo es desproporcionado frente al estímulo.

La fobia dental, la forma severa y extrema de ansiedad dental, corresponde al miedo marcado, permanente y exagerado, ante el tratamiento odontológico, o frente a la

previsión o la presencia de instrumentos dentales de cualquier índole (55, 61). Se caracteriza fisiológicamente por presentar frecuencia cardíaca elevada y sudoración (62).

Los estudios señalan que las maniobras clínicas que con mayor frecuencia provocan ansiedad son las inyecciones, la observación de agujas, la toma de radiografías y el comportamiento negativo del dentista. Pero por sobre todo, los procedimientos más invasivos, tales como los de periodoncia, endodoncia y cirugía, en que la ansiedad es alta, mientras que en los tratamientos de operatoria, restauración o profilaxis la ansiedad es baja (63, 64, 65).

También han podido caracterizar a las personas que sufren de mayores niveles de ansiedad: los más ansiosos tienden a ser mujeres (66), con actitudes poco favorables hacia el personal dental, y con bajo nivel de salud oral (67).

Los estudios muestran que la condición de ansiedad dental elevada conlleva a un deterioro de la salud oral debido al rechazo persistente o evasión total del cuidado dental profesional, falta de visitas regulares o pobre cooperación, pudiendo ser un indicador de riesgo significativo de pobre estado de salud oral, asociado a una baja calidad de vida (52, 56, 60, 61, 62, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72).

El cuestionario más utilizado en la investigación de la ansiedad dental es la Escala de Ansiedad Dental de Corah (Corah, 1969). Consiste en un cuestionario de autoaplicación diseñado con el propósito de examinar las reacciones relacionadas con los procedimientos dentales tanto reales como imaginarios, que permite discriminar entre los pacientes ansiosos de los no ansiosos (55, 62, 66).

La escala de Corah es un cuestionario específico del ámbito dental de gran utilidad. Sus ventajas son claridad y concisión (61). Desde 1969 es el canon para la evaluación de la ansiedad, y se ha demostrado también que es un instrumento de epidemiología válido y fiable para aplicar en diferentes culturas.

Hipótesis

- I) Los Determinantes de Conductas de Salud Oral son más favorables para la adopción de conductas saludables en las mujeres embarazadas chilenas que en las mujeres embarazadas inmigrantes peruanas.
- II) Las relaciones de los distintos determinantes conductuales entre sí no son iguales para las embarazadas chilenas y peruanas.

Objetivo General:

- a. Comparar los Determinantes de Conducta en Salud Oral, entre mujeres embarazadas inmigrantes peruanas y chilenas que se atienden en el consultorio Cruz Melo de la Comuna de Independencia.
- b. Identificar las relaciones existentes entre los Determinantes de Conducta de Salud Oral y de estos con variables sociodemográficas.

Objetivos Específicos:

- a. Identificar conocimientos, creencias, nivel de autoeficacia, tipo de locus de control y nivel de ansiedad, en mujeres embarazadas chilenas y peruanas.
- b. Comparar conocimientos, creencias, nivel de autoeficacia, tipo de locus de control y nivel de ansiedad entre mujeres embarazadas chilenas y peruanas.
- c. Establecer la relación entre conocimientos, creencias, nivel de autoeficacia, tipo de locus de control y nivel de ansiedad en mujeres embarazadas chilenas y peruanas.
- d. Determinar la relación existente entre conocimientos, creencias, nivel de autoeficacia, tipo de locus de control y nivel de ansiedad, con edad, ingreso per capita y años de escolaridad en mujeres embarazadas chilenas y peruanas.

Materiales y Método

Se realizó un estudio de tipo no experimental, correlacional y transversal. La población correspondió a mujeres chilenas e inmigrantes que asistieron a control prenatal en el sistema público de salud de la comuna de Independencia, entre los meses de marzo y julio de 2008.

La muestra contempló 102 mujeres embarazadas, 54 chilenas y 48 inmigrantes peruanas, que se atendieron en el único de la comuna de Independencia, derivadas por la matrona tratante del consultorio para la aplicación de los instrumentos de medición. El tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. Cada paciente que participó en el estudio debió dar su consentimiento tanto verbal como por escrito, mediante la lectura y firma de un acta de consentimiento voluntario, en el que se le explicó la naturaleza de la investigación, objetivos y duración de la participación.

Los criterios de inclusión para la muestra fueron:

- estar embarazada
- ser chilena o peruana
- ser mayor de 15 años.

Se les administró una batería de preguntas, que incluyó los siguientes instrumentos:

1. Datos sociodemográficos.
2. Cuestionario de ansiedad dental de Corah.
3. Cuestionario de Autoeficacia de Lawrence.
4. Cuestionario de Locus de Control de Kneck.
5. Cuestionario de Creencias en Salud Oral de Nakazono.
6. Cuestionario de Conocimientos en Salud Oral.

Se realizó un análisis psicométrico de los instrumentos usados, utilizando el indicador alpha de Cronbach para determinar su confiabilidad. Luego se generó indicadores para cada variable estudiada.

Para determinar la influencia del país de origen en las variables Ansiedad Dental, Autoeficacia, Locus de Control, Creencias en Salud Oral y Conocimientos en Salud Oral se utilizó la prueba ANOVA con una significancia de 0.05, utilizando el programa computacional SPSS 11,5.

Para evaluar posibles relaciones entre los determinantes de conducta en salud oral aludidos y con variables socio demográficas se utilizó correlación de Pearson, o Spearman para los casos en que fuese necesario, utilizando el programa computacional SPSS 11,5.

Instrumentos de medición

1. **Datos Socio demográficos:** edad actual, ingreso per capita y años de estudio.

2. **Cuestionario de Ansiedad dental Escala de Corah:** la escala de Corah está compuesta por 4 preguntas de 5 alternativas cada una, las cuales se puntúan entre 1 al 5 ⁽⁷³⁾. El puntaje obtenido estará entre cuatro y veinte, siendo los puntajes mayores de quince indicadores de fobia dental:

- a) relajado = 4 a 7 puntos
- b) inquieto = 8 a 11 puntos
- c) tenso = 12 a 14 puntos
- d) ansioso = 15 a 17 puntos
- e) fobia dental = 18 a 20 puntos

3. **Cuestionario de Autoeficacia Dental de Lawrence:** cuenta con seis preguntas relacionadas con cepillado dental y siete relacionados con visitas al dentista. Cada una de ellas consta de 4 respuestas posibles con un puntaje determinado:

- a) Completamente seguro que no = 1 punto
- b) Bastante seguro que no = 2 puntos
- c) Bastante seguro que sí = 3 puntos
- d) Completamente seguro que sí = 4 puntos

El rango de puntajes se sitúa entre 13 y 52 puntos, donde mientras mayor sea el puntaje obtenido, mayor será la autoeficacia. Los rangos utilizados comprenden:

- a) 13-40: Baja auto-eficacia
- b) 41-52: Alta auto-eficacia ⁽²³⁾.

4. **Cuestionario de Locus de Control Dental de Kneck:** consta de 8 preguntas, cada uno de los cuales dispone de 4 respuestas predeterminadas que reciben puntuaciones diferenciales entre 1 y 4 puntos:

- a) Estoy totalmente de acuerdo
- b) Estoy parcialmente de acuerdo
- c) Estoy parcialmente en desacuerdo
- d) Estoy totalmente en desacuerdo

El puntaje mínimo por pregunta se otorga a la respuesta que implícitamente corresponda a un locus de control tendiente al polo externo; el puntaje mayor, a la respuesta que corresponda a un locus de control tendiente al polo interno.

El máximo de puntaje es 32 puntos; la suma de todos los puntos determina el locus de control dental. Los puntajes más altos determinan un locus de control más interno; los más bajos, un locus de control más externo. Diecisiete puntos representan el punto de inflexión de la tendencia desde el polo externo hacia el polo interno (23).

5. **Cuestionario de Creencias en Salud Oral de Nakazono:** consta de 18 preguntas, con cuatro respuestas predeterminadas con un puntaje establecido:

- a) Muy en desacuerdo: 1 punto
- b) Medianamente en desacuerdo: 2 puntos
- c) Medianamente de acuerdo: 3 puntos
- d) Muy de acuerdo: 4 puntos

El rango de puntajes oscilan entre 18 y 72, donde puntajes más elevados indican creencias más adecuadas o favorables a la salud oral (29).

6. **Cuestionario de Conocimientos en Salud Oral:** Consta de 15 afirmaciones sobre conocimientos básicos de salud oral, tanto correctas como incorrectas, que deben ser respondidas correctamente en su totalidad para considerar sus

conocimientos aceptables como el primer paso para adoptar conductas saludables en salud bucal. Cuenta con las opciones de respuesta verdadero, falso y no sabe. Las respuestas correctas suman 1 punto cada una, mientras que las incorrectas y omitidas obtienen 0 puntos.

La recolección de datos fue realizada por dos encuestadores, previamente sometidos a una prueba de competencia por dos expertos, la que consistió en la aplicación de la batería de cuestionarios a cuatro pacientes que luego fueron agregados al estudio.

RESULTADOS

Análisis de confiabilidad de los instrumentos

Tabla 1. Alpha de Cronbach de los instrumentos de medición

Instrumento de Variable	Alpha de Crombach
Ansiedad	0,69
Autoeficacia Auto cuidado	0,73
Autoeficacia Visitas Al Dentista	0,78
Locus de Control Dental	0,46
Creencias en salud Oral	0,76
Conocimientos En Salud Oral	0,64

Se consideran aceptables los valores por sobre 0.7

Caracterización de la muestra

La siguiente tabla muestra una síntesis comparativa de las variables socio demográficas para chilenas y peruanas.

Tabla 2. Caracterización de la muestra.

	Chilenas	Peruanas	P
EDAD	25,52 años	26,23 años	0,607
AÑOS de ESCOLARIDAD	11,60 años	10,77 años	0,044
INGRESO PERCAPITA	104.368 pesos	74.092 pesos	0,046
ESTADO CIVIL	Casada 20,4% Conviviente 35,2% Separada 1,9% Soltera 42,6%	Casada 4,2% Conviviente 68,8% Separada 4,2% Soltera 22,9%	*
PREVISION	FONASA A 35,2% FONASA B 27,8% FONASA C 16,7% FONASA D 5,6% ISAPRE 1,9% En Trámite 5,6% No sabe 7,4%	FONASA A 47,9% FONASA B 12,5% FONASA C 8,3% FONASA D 4,2% ISAPRE 0 En Trámite 10,4% No sabe 16,5%	*

Edad

Las edades de las peruanas, fluctuaron entre los 13 y los 44 años, promediando 26.23, mientras que las edades de las chilenas fluctuaron entre 16 y 45, promediando 25.52. Con la prueba ANOVA, no se encontraron diferencias significativas para esta variable.

Previsión

En el grupo de chilenas un 35,2% pertenece a FONASA A; un 27,8% pertenece a FONASA B; Un 16,7% pertenece a FONASA C; un 5,6% pertenece a FONASA D, un 1,9% reportó pertenecer a una Isapre, un 5,6% estaba en trámite y un 7,4% no sabía su previsión.

Para el grupo de peruanas, una mayoría de un 47,9% pertenece a FONASA A, un 12,5% pertenece a FONASA B; un 8,3% pertenece a FONASA C, un 4,2% pertenece a FONASA D, 10,4% en trámite y un 16,5% que no sabe su previsión; ninguna reportó pertenecer a una Isapre.

Estado Civil

En relación a las mujeres chilenas, un 42.6% se reportó como soltera, mientras que 35.2% lo hizo como conviviente, 20.4% como casada y 1.9% como separada.

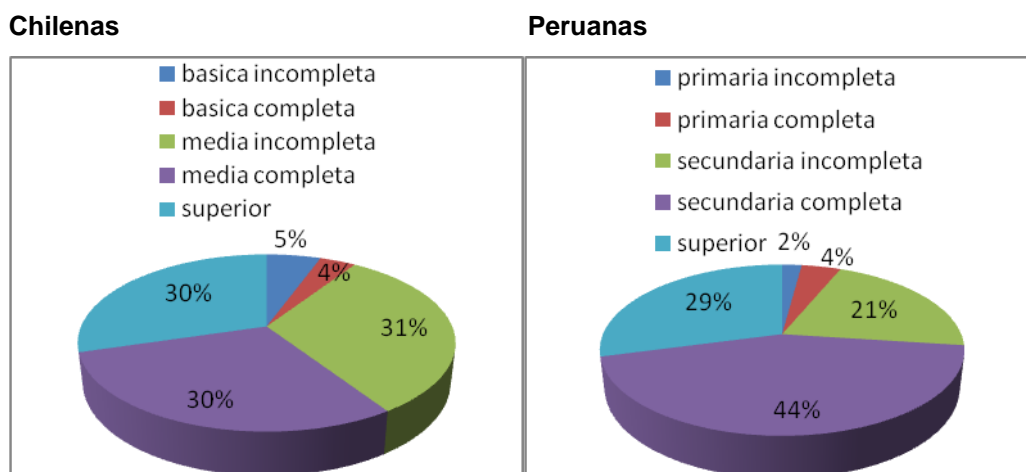
Para el caso de las peruanas, un 68.8 % reportó ser conviviente, en tanto que un 22.9 % se reportó como soltera, un 4.2 % como casada y un 4.2 % como separada.

Años de Escolaridad

El promedio de años de escolaridad para chilenas correspondió a 11,69 años, para las peruanas fue 10,77 años. EL 44% de peruanas reportó tener enseñanza media completa para en el caso chileno solo fue el 30%. El porcentaje acumulado entre enseñanza medio o secundaria completa y estudios superiores para chilenas y peruanas correspondió a un 60% y aun 73% respectivamente.

El gráfico a continuación señala lo expresado:

Grafico 1. Distribución de nivel educacional de pacientes chilenas y peruanas



Ingreso per Cápita

Para las pacientes chilenas, el Ingreso per Cápita fluctuó entre \$12.333 y \$400.000, promediando \$104368 pesos, con una desviación estándar de \$91.184.

Para el caso de las peruanas, el Ingreso per Cápita fluctuó entre \$0 y \$200000, promediando \$74092 pesos, con una desviación típica de \$50998. Una de las pacientes no logró recordar el ingreso, por lo que para este caso puntual, se consideró un n= 47 en vez de las 48 pacientes peruanas del total.

Envío de Remesas

El análisis de la distribución de la variable Envío de Remesas, que corresponde sólo al grupo peruano muestra que el 52.1% envía remesas reduciendo aun mas su poder adquisitivo.

Determinantes de Conductas en Salud Oral

1. Creencias en Salud Oral

Los puntajes de las chilenas fluctuaron entre 34.00 y 72.00, promediando 64.27 puntos (D.E.=6.81), que correspondió a un 89.27% de respuestas correctas, lo que indica creencias más favorables para la adopción de conductas preventivas en salud bucal.

Los puntajes de las peruanas se situaron entre 48 y 72, promediando 63.62 (D.E.=5.57), con un 88.36% de respuestas correctas. El puntaje obtenido al igual que en las chilenas, las sitúa en el rango de creencias más favorables para la salud oral

Cabe señalar que el 2% de las chilenas presentan creencias no favorables para la adopción de conductas en salud oral, mientras que la totalidad del grupo peruano presenta creencias favorables.

La siguiente tabla muestra el resultado de de ANOVA:

Tabla 3. Resultado de ANOVA para Creencias en Salud Oral.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Creencias en Salud Oral	Inter-grupos	10,828	1	10,828	0,276	0,601
	Intra-grupos	3928,083	100	39,281		
	Total	3938,912	101			

Con un $\alpha = 0.05$, un F observado (1-100) = 0.276 ($p > 0.05$). No se encontraron diferencias significativas para la variable Creencias en Salud Oral.

2. Conocimientos en Salud Oral

El puntaje del grupo chileno estuvo entre 8 y 15, promediando 11.27 (D.E.= 1.73), presentando conocimientos insuficientes para aumentar la probabilidad de adopción de conductas preventivas.

El puntaje del grupo peruano fluctuó entre 8 y 14, promediando 10.79 (D.E.=1.44). También indican un nivel de conocimientos insuficientes para la adopción de conductas preventivas.

En la totalidad del grupo peruano no hubo conocimientos suficientes. Del grupo chileno, solamente el 4% presentó tenerlos.

La siguiente tabla presenta el resultado de ANOVA:

Tabla 4. Resultado de ANOVA para Conocimientos en Salud Oral.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Conocimientos en Salud Oral	Inter-grupos	6,005	1	6,005	2,339	0,129
	Intra-grupos	256,750	100	2,568		
	Total	262,755	101			

Con un $\alpha = 0.05$, un F observado (1-100) = 2.339 ($p > 0.05$). No se encontraron diferencias significativas entre el grupo chileno y peruano para la variable Conocimientos en Salud Oral.

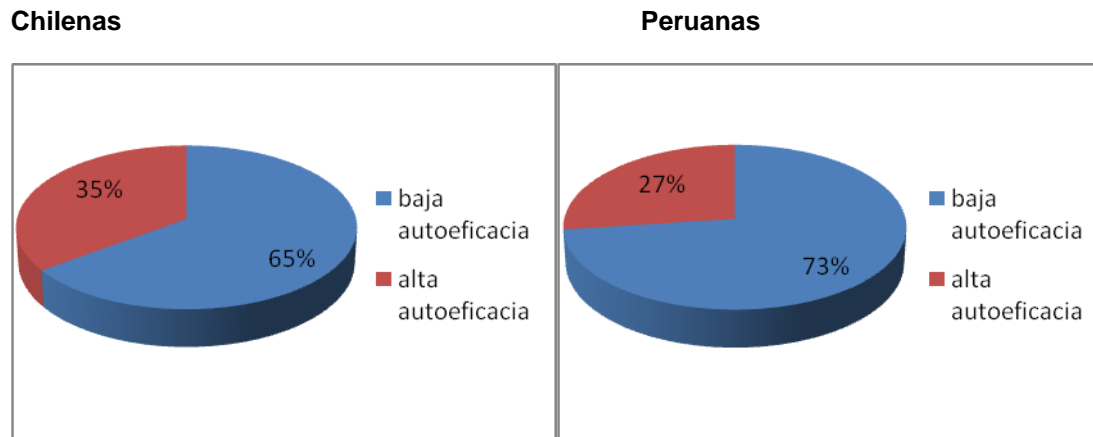
3. Autoeficacia

Para el caso del grupo chileno, el promedio de Autoeficacia fue de 37.7 puntos (D.E.= 7.4), lo que las sitúa en el intervalo de “baja autoeficacia”. Al separar este cuestionario en sus dos componentes, Autoeficacia relacionada con el auto cuidado y la Autoeficacia relacionada con las visitas dentales, el puntaje obtenido fue de 19.50 y 18.25 respectivamente.

El promedio peruano fue de 36.8 puntos (D.E.=7), lo que también las sitúa en el rango de “baja autoeficacia”. Al separar el cuestionario en sus dos categorías, los puntajes obtenidos fueron 19.1 para autocuidado y 17.7 para visitas dentales.

El siguiente gráfico muestra lo expresado:

Grafico 2. Distribución de nivel de autoeficacia dental de pacientes chilenas y peruanas



Puntaje de inflexión de categoría: 40 puntos.

En la tabla a continuación se observa el resultado de ANOVA:

Tabla 5. Resultado de ANOVA para Autoeficacia dental.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Autoeficacia total	Inter-grupos	18,945	1	18,945	0,362	0,549
	Intra-grupos	5234,350	100	52,343		
	Total	5253,294	101			

Con un $\alpha = 0.05$, un F observado (1-100) = 3.062 ($p > 0.05$), el resultado muestra que no hay diferencias significativas en la autoeficacia de ambos grupos.

4. Locus de Control

Los puntajes del grupo chileno fluctuaron entre 18 y 32, promediando 25.38 (D.E.=3.68), tendiente al polo interno en su totalidad. Los puntajes del grupo peruano fluctuaron entre 14 y 30, promediando 23.29 (D.E.=3.64), tendiendo al polo interno, con sólo un 6 % con tendencia al polo externo.

La tabla presentada a continuación muestra el resultado de ANOVA:

Tabla 6. Resultado de ANOVA para Locus de Control

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Locus de Control	Inter-grupos	111,770	1	111,770	8,299	0,005
	Intra-grupos	1346,750	100	13,468		
	Total	1458,520	101			

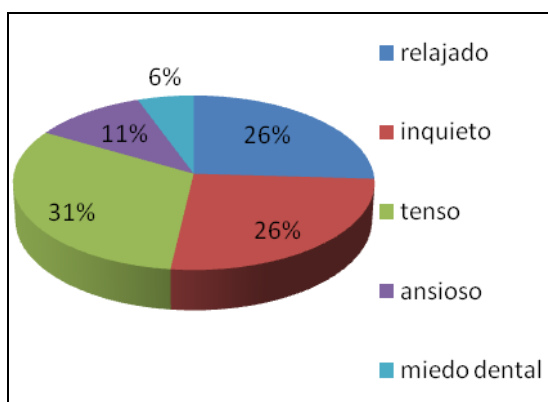
Con un $\alpha = 0.05$, un F observado (1-100) = 8.299 ($p < 0.05$), se encontraron diferencias significativas entre el grupo chileno y peruano.

5. Ansiedad dental:

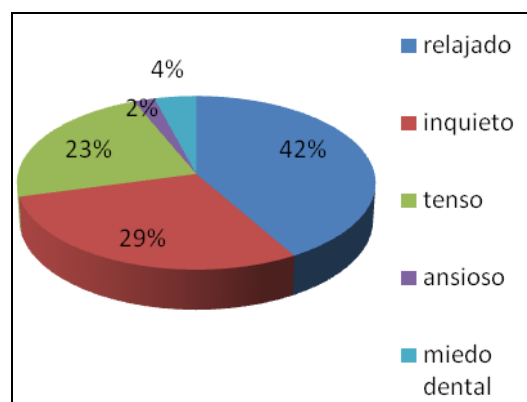
Los puntajes de la escala de Corah para el grupo chileno fluctuaron entre 4 y 20, y el promedio fue de 10.75 (D.E.=4,1), lo que las sitúa en el rango de “inquietud frente a la atención dental”. Para el caso del grupo peruano, fluctuaron entre 4 y 19. El promedio del puntaje fue de 9.4 (D.E.=3,5) lo que también las clasifica dentro del rango de “inquietud frente a la atención dental”, como lo muestra el gráfico a continuación:

Grafico 3. Distribución de categorías de ansiedad dental para pacientes chilenas y peruanas

Chilenas



Peruanas



Es de notar que en la categoría “relajado”, para el grupo peruano alcanzó un 42%; para el grupo chileno, sólo un 26%.

En la tabla siguiente se muestra el resultado de ANOVA:

Tabla 7. Resultado de ANOVA para ansiedad dental

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad Dental	Inter-grupos	45,806	1	45,806	3,067	0,083
	Intra-grupos	1493,537	100	14,935		
	Total	1539,343	101			

Con un $\alpha = 0.05$, un F observado (1-100) = 3.067 ($p > 0.05$). No se encontraron diferencias significativas entre la ansiedad dental del grupo chileno y peruano.

Relación entre DCSO

Relaciones entre DCSO del grupo chileno

Se realizó un análisis bivariado de Correlación de Pearson entre los DCSO, separando la muestra según el país de origen.

El grupo de pacientes chilenas arrojó los siguientes resultados.

Tabla 8. Correlaciones de Pearson entre DCSO del grupo de chilenas

		Ansiedad dental	Autoeficacia: autocuidado	Autoeficacia: Visitas dentales	Autoeficacia Total	Creencias en Salud Oral
Ansiedad dental	Pearson		-0,320	-0,301	-0,353	-0,266
	Sig.		0,018	0,027	0,009	0,052
Autoeficacia: autocuidado	Pearson			0,525	0,837	0,445
	Sig.			0,000	0,000	0,001
Autoeficacia: Visitas dentales	Pearson				0,905	0,458
	Sig.				0,000	0,001
Autoeficacia Total	Pearson					0,516
	Sig.					0,000
Locus de Control	Pearson					0,287
	Sig.					0,036

Se encontraron las siguientes correlaciones entre las siguientes variables:

1- Una correlación inversa y débil entre **Ansiedad dental** y **Autoeficacia relacionada con el autocuidado dental** (Correlación de Pearson= -0.320, Varianza explicada = 10.24%) y entre **Ansiedad dental** y **Autoeficacia relacionada con visitas dentales** (Correlación de Pearson= -0.353, Varianza explicada =12.46%).

2- Una correlación directa y mediana entre **Autoeficacia relacionada con el autocuidado dental** y **Autoeficacia relacionada con visitas dentales** (Correlación de Pearson= 0.525, Varianza explicada =27.56%).

4- Una correlación directa y mediana entre **Autoeficacia relacionada con el autocuidado dental** y **Creencias en Salud Oral** (Correlación de Pearson= 0.445, Varianza explicada =19.80%).

6- Una correlación directa y mediana entre **Autoeficacia relacionada con visitas dentales** y **Creencias en Salud Oral** (Correlación de Pearson= 0.458, Varianza explicada = 20.97%).

7- Correlación directa y mediana entre **Autoeficacia total** y **Creencias en Salud Oral** (Correlación de Pearson= 0.516, Varianza explicada = 26.62%).

8- Correlación directa y débil entre **Locus de Control** y **Creencias en Salud Oral** (Correlación de Pearson= 0.287, Varianza explicada = 8.23). y entre Locus de Control y Conocimientos en Salud Oral (Correlación de Pearson= 0.290, Varianza explicada = 8.41%).

Correlaciones entre DCSO del grupo peruano

El grupo de pacientes peruanas arrojó los siguientes resultados.

Tabla 9. Correlación de Pearson entre DCSO para grupo peruano.

		Autoeficacia Visitas dentales	Autoeficacia Total	Creencias en Salud Oral
Autoeficacia: autocuidado	Pearson	0,463	0,786	0,041
	Sig.	0,001	0,000	0,782
Autoeficacia: Visitas dentales	Pearson		0,912	-0,002
	Sig.		0,000	0,988
Autoeficacia Total	Pearson			0,017
	Sig.			0,906
Locus de Control	Pearson			0,310
	Sig.			0,032

1- Se encontró una correlación directa y mediana entre la variable **Autoeficacia relacionada con el autocuidado** y la **Autoeficacia relacionada con las visitas dentales** (Correlación de Pearson =0.463, Varianza explicada = 21.43%).

2- Se observó una correlación directa y mediana entre **Autoeficacia relacionada con el autocuidado** y la **Autoeficacia total** (Correlación de Pearson = 0.786, Varianza explicada 61.77%).

3- También una correlación directa y fuerte entre **Autoeficacia relacionada con las visitas dentales** y la **Autoeficacia total** (Correlación de Pearson =0.912, Varianza explicada = 83.17%).

4- Y finalmente, se encontró una correlación directa y débil entre **Locus de Control** y **Creencias en Salud Oral** (Correlación de Pearson =0.310, Varianza explicada = 9.61%).

Relación entre variable socio-demográfica y DCSO

Se consideraron tres variables sociodemográfica ingreso per capita, edad y años de estudio, para cada una de ellas se realizó un análisis bivariado de Correlación con cada DCSO en el grupo chileno y en el grupo peruano.

Relación entre variable ingreso per cápita y DCSO

Para el grupo chileno se encontró lo siguiente:

Tabla 10. Correlación de Pearson entre Ingreso per Capita y DCSO para grupo chileno.

		Ansiedad dental	Autoeficacia: autocuidado	Autoeficacia: Visitas dentales	Autoeficacia Total	Locus de Control	Creencias en Salud Oral	Conocimientos en salud Oral
Ingreso per Capita	Pearson	-0,296	0,178	0,139	0,178	0,367	0,259	0.32
	Sig.	0,030	0,199	0,317	0,198	0,006	0,058	0.816

Solo dos correlaciones resultaron significativas:

1- Una correlación inversa y débil entre **Ingreso per Capita** y **Ansiedad dental** (Correlación de Pearson= -0.296, Varianza explicada= 8.76%).

2- Correlación directa y débil entre **Ingreso per Capita** y **Locus de Control** (Correlación de Pearson= 0.367, Varianza explicada =13.46%).

Para el grupo peruano no se encontraron correlaciones significativas entre las variables Ingreso per Capita y DCSO.

Correlaciones entre variable Edad actual y DCSO

Se realizó un análisis bivariado de correlación entre la variable Edad y cada uno de los DCSO.

Para el grupo chileno no se encontraron correlaciones significativas.

Los resultados del grupo de pacientes peruanas fueron los siguientes:

Tabla 11. Correlación de Pearson entre Edad y DCSO para grupo peruano.

		Autoeficacia: Visitas dentales	Locus de Control
Edad	Pearson	-0,294	0,304
	Sig.	0,043	0,036

1- Una correlación inversa y débil entre las variables **Edad actual de las pacientes peruanas** y **Autoeficacia relacionada con visitas dentales** (Correlación de Pearson= - 0.294, Varianza explicada= 8.64%).

2-Una correlación directa y débil entre **Edad actual de las pacientes peruanas** y **Locus de Control** (Correlación de Pearson= 0.304, Varianza explicada = 9.24%).

Para el caso de las pacientes chilenas, no se encontraron correlaciones significativas.

Relación entre variable Años de estudio de la muestra y DCSO

Se realizó un nuevo análisis bivariado de correlación entre la variable Años de estudio y cada DCSO

Las correlaciones entre Años de estudio de la muestra de chilenas con cada DCSO fue la siguiente:

Tabla 12. Correlación de Pearson entre Años de Estudio y DCSO para grupo chileno.

		Ansiedad Dental	Autoeficacia autocuidado	Autoeficacia: visitas dentales	Autoeficacia Total	Locus de Control
Años de estudio chilenas	Pearson	-0,465	0,379	0,367	0,425	0,513
	Sig.	0,000	0,005	0,006	0,001	0,000

1- Se encontró una correlación inversa y mediana entre la variable **Años de estudio de la muestra de chilenas** con **Ansiedad Dental** (Correlación de Pearson= -0,465, Varianza explicada = 21.62%).

2- Una correlación directa y débil con **Autoeficacia relacionada con el autocuidado** (Correlación de Pearson = 0.379, Varianza explicada = 14.36%).

3- También una correlación directa y débil con **Autoeficacia relacionada con las visitas dentales** (Correlación de Pearson= 0.367, Varianza explicada = 13.46%).

4- Una correlación directa y mediana con **Autoeficacia Total** (Correlación de Pearson= 0.425, Varianza explicada = 18.06%).

5- Finalmente, se encontró una correlación directa y mediana con **Locus de Control** (Correlación de Pearson= 0.513, Varianza explicada = 26.31%).

Por otro lado, los resultados de las correlaciones entre las variables Años de estudio y DCSO para las pacientes peruanas fue como sigue:

Tabla 13. Correlación de Pearson entre Años de Estudio y DCSO para grupo peruano.

		Locus de Control
Años de estudio peruanas	Pearson	0,456
	Sig.	0,001

Sólo se encontró una correlación directa y mediana entre las variables **Años de Estudio** de la muestra de pacientes peruanas con la variable **Locus de Control** (Correlación de Pearson= 0.456, Varianza explicada = 20.79).

Discusión

La distribución de la variable edad es homogénea en ambos grupos (promedio 25,52 para chilenas y 26,23 para peruanas). Dentro de la descripción de las variables socioeconómicas llama la atención que el nivel de escolaridad para ambos grupos, sea superior a la escolaridad secundaria completa, que corresponde a 12 años en Chile y 11 años en Perú. El grupo peruano muestra mayor frecuencia de estudios superiores, profesionales y técnicos que el grupo chileno, dato que está de acuerdo con los estudios de Hernández (1).

Las chilenas embarazadas cuentan con un ingreso per cápita mayor que el de las peruanas, el que las sitúa en el tercer y segundo quintil de la clasificación de quintiles de ingreso per cápita de las familias chilenas (74). A esto hay que agregar que más de la mitad del grupo peruano ve su ingreso mensual disminuido por el envío de remesas a su país de origen, lo que disminuye su calidad de vida al constituir una barrera que afecta el acceso al cuidado de la salud bucal. De este modo, el grupo de embarazadas peruanas es de mayor riesgo de salud que el grupo chileno.

Ambos grupos perciben que el autocuidado otorga beneficios para su salud bucal, que las enfermedades que afectan la cavidad bucal pueden ser graves, y que las barreras percibidas tales como los recursos económicos para la adquisición de elementos de higiene oral, gastos de tiempo y dinero para las visitas periódicas al dentista, no son obstáculos imposibles de sortear. Esto significa que poseen creencias que aumentan la probabilidad de adopción de conductas preventivas en salud oral y con ello el impacto de los programas de educación para la salud será mayor.

Los conocimientos en salud oral de ambos grupos son insuficientes para la adopción de conductas favorables en salud oral. Es necesario que las pacientes aumenten sus conocimientos cuidando de la calidad de la educación en salud oral en los programas dentales.

Es preocupante observar que las pacientes de ambos grupos posean insuficientes creencias en su propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para el cuidado de su salud bucal, ya que la Autoeficacia es uno de los determinantes más poderosos de conductas en salud oral. Esto constituye un serio problema desde la perspectiva de la Salud Pública, pues las conductas preventivas en salud oral, ya sea el autocuidado dental o los controles periódicos, son capaces de evitar en gran medida la aparición de las enfermedades orales de mayor prevalencia en Chile: la caries y la enfermedad periodontal. Además, es sabido que el enfoque preventivo es la manera más segura de lograr la equidad en salud (20).

Ambos grupos perciben que el control de su salud oral depende de su propia conducta y no del resultado de su inexorable destino, suerte o azar (45). Sin embargo, el grupo peruano se encuentra significativamente más cerca del punto de inflexión hacia el polo externo del locus de control que el grupo chileno, lo que significaría un mayor riesgo de disminuir su responsabilidad hacia el cuidado de su salud bucal.

En ambos grupos la ansiedad frente a la atención dental es baja, presentando sólo “Inquietud frente a la atención”. Este resultado coincide con la literatura que ha establecido que es normal que la mayoría de la población sufra eventos de ansiedad frente a la atención odontológica (66, 75). Este nivel de ansiedad no dificultará el tratamiento del paciente ni su adherencia al mismo, y podría ser subsanado tras una cuidadosa y buena relación Odontólogo – Paciente (56).

En ambos grupos las correlaciones entre las variables sociodemográficas y cada uno de los Determinantes en Conductas en Salud Oral y de éstos entre sí fueron muy bajas, a excepción de las variables Años de Estudio que en chilenas se relacionó con Locus de Control y Autoeficacia con Creencias en Salud Oral.

Una explicación podría atribuirse a que el sistema educativo chileno otorga ciertas herramientas cognitivas que el sistema peruano no esté proporcionando. En nuestro país los programas preventivos actuales y las consultas dentales en colegios

municipales pudieran haber creado una mayor cercanía con los problemas de salud bucal aumentando su locus de control interno a lo largo del proceso educativo.

Un resultado inesperado fue observar que la variable Ingreso per Capita no influyó sobre los determinantes de conductas de salud oral pues la literatura indica que el nivel socioeconómico por ser un factor que afecta el acceso a la atención de salud y a la adquisición de elementos para el autocuidado está relacionado con los Determinantes de Conductas en Salud ⁽¹⁴⁾.

Las correlaciones bajas encontradas entre DCSO indican que a pesar de que poseen un grado de variación conjunta, por ser multideterminados, tienden a variar independientemente. De esta manera, cada uno de los DCSO explica sólo una parte acotada del comportamiento de la muestra. Por ello, una evaluación de los factores determinantes de conductas de los pacientes debiera considerar al menos los cinco estudiados en este estudio.

Cabe destacar que, si bien es cierto, el comportamiento de los DCSO de ambos grupos es similar, las relaciones de estos entre sí y con las variables sociodemográficas fueron diferentes, indicando que la muestra presenta diferencias que podrían atribuirse a factores culturales.

Conclusiones

Las Creencias en Salud oral de pacientes embarazadas chilenas y peruanas, son favorables para la adopción de conductas adecuadas en salud bucal. Sin embargo, los Conocimientos de ambos grupos, son desfavorables para lograr un cambio de conductas positivo para su salud bucal. Estos conocimientos debieran ser mejorados a través de programas de educación para la salud oral, probados, institucionalizados y permanentes.

La Autoeficacia dental, tanto de chilenas como de peruanas, es desfavorable para adoptar conductas adecuadas en salud oral. Es necesario empoderar a ambos grupos para realizar acciones preventivas.

La tendencia al polo interno del locus de control de ambos grupos es alentadora para la adopción de conductas favorables para la salud oral. Sin embargo, el riesgo de transición hacia el polo externo de las peruanas hace mirar con mayor cautela este aspecto de su conducta al considerarlo en el desarrollo de los programas de educación para la salud.

El bajo grado de ansiedad dental mostrado por ambos grupos no perjudicaría la adopción de conductas saludables para la conservación de la salud oral.

No se requiere de programas de educación para la salud diferenciados para chilenas y peruanas. Sin embargo al ser aplicados a peruanas se debe enfatizar la mayor internalización del su locus de control, además de incrementar la autoeficacia y los conocimientos para ambos grupos.

Sugerencias

Los resultados permiten sugerir la necesidad de realizar nuevas investigaciones que indaguen respecto a la razón de los bajos niveles de Autoeficacia, encontrados en esta investigación.

Se propone estudiar el impacto del ingreso per capita en los Determinantes de Conductas en Salud Oral.

Para que los programas de educación para la salud bucal sean efectivos, se sugiere que consideren en su planificación el diagnóstico de las conductas y sus determinantes en la población objetivo, así como la evaluación periódica de estos aspectos.

Consideramos pertinente hacer una revisión de los instrumentos de medición propendiendo al perfeccionamiento de los mismos, especialmente del instrumento de medición para Locus de Control, que para este estudio arrojó un bajo alpha de Cronbach, y la validación de los mismos en nuestro país.

Si bien este estudio se realizó en un grupo específico y pequeño, cobra su importancia como una propuesta de modelo para aplicar a nivel regional o de país, que guíe el accionar en la creación de programas basados en la evidencia desde una perspectiva biopsicosocial, considerando los factores que modifican las conductas en salud oral, logrando así un real avance en este campo de la salud, haciéndonos progresar desde una etapa meramente curativa a una fuertemente preventiva.

Resumen

Desde la segunda mitad de los años noventa, se ha observado en Chile un considerable aumento de los inmigrantes de origen peruano, los que corresponden principalmente a mujeres en edad fértil. Las mujeres embarazadas de este grupo, tienen derecho a ser incluidas dentro de los mismos programas de salud oral que las chilenas.

La adopción de conductas saludables ha mostrado ser fundamental para la mantención de la salud oral. De esta manera, el diagnóstico de los factores psicológicos que determinan la potencialidad de cada paciente para adoptar estas conductas es prioritario para establecer los programas de educación para la salud, tanto individuales como colectivos.

El propósito de esta investigación es contribuir a mejorar los programas de educación para la salud bucal, aumentando el conocimiento sobre los determinantes de las conductas en salud oral en embarazadas chilenas y peruanas, para establecer la necesidad de programas educativos diferenciados.

Se realizó un estudio de tipo no experimental, correlacional y transversal. La muestra contempló 102 mujeres embarazadas, 54 chilenas y 48 inmigrantes peruanas, que se atienden en el consultorio Cruz Melo de la Comuna de Independencia, una de las de mayor concentración de inmigrantes peruanos de la Región Metropolitana. El tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia.

Los resultados, en los 5 determinantes seleccionados mostraron bajos niveles de Autoeficacia y Conocimientos en Salud Oral para ambos grupos. Sólo se encontró una diferencia significativa en el determinante conductual Locus de Control Dental, donde chilenas obtuvieron mejores resultados que peruanas, estando sin embargo ambos grupos en el rango "Locus de control Interno".

Las relaciones entre determinantes conductuales en ambos grupos y de éstos con las variables sociodemográficas fueron muy bajas, a excepción de las encontradas para chilenas entre Años de Estudio y Locus de Control Dental y entre Autoeficacia y Creencias en Salud Oral. Aunque el comportamiento de los DCSO de ambos grupos fue similar, las relaciones de éstos entre sí y con las variables sociodemográficas fueron distintas, indicando que la muestra presenta diferencias que podrían atribuirse a factores culturales.

Bibliografía

1. Hernández G., Pedro. 1997. Perfil de la migración limítrofe en Chile. OIM.
2. Rocha P., R. 2006. Aproximación a las Migraciones Femeninas Internacionales al Interior de Latinoamérica: Algunos Casos en México y Chile. Revista de Estudios Históricos. Vol. 3, N° 1.
3. United Nations. (2002). International migration report. Recuperado el 5 de junio de 2006, desde el sitio Web de United Nations, Economic and Social Development.
4. Godoy, L. 2007. Fenómenos Migratorios y Género: Identidades Femeninas "Remodeladas". Psykhe 2007, vol.16, no.1, p.41-51.
5. Norambuena, Carmen. "Chile y sus nuevos inmigrantes: ni acogidos ni rechazados". En Revista Universitaria, N° 85. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2004.
6. Censo 2002, INE.
7. Stefoni C. (2004), Inmigración y ciudadanía, la formación de comunidades peruanas en Santiago y la emergencia de nueva ciudadanía N°43, primavera 2004, pp 319 – 336.
8. Martínez p.(2003). El encanto de los datos: Sociodemografía de la inmigración en Chile según el censo del 2002, Santiago de Chile. CEPAL : CELADE, División de población 2003 p 6.

9. Frenz, P.2007. Desafíos en salud pública de la reforma: Equidad y Determinantes sociales de la salud”. MINSAL.
- 10.Ley-18469 1985. Ministerio de Salud. Ultima modificación 2006. Biblioteca del Congreso Nacional.
- 11.OMS (1989). Vigilancia y evaluación de la salud bucodental. Informe de un comité de expertos. OMS salud, Ginebra, 1989.
- 12.Locker D., Clarke M., Murray H. 1988. Oral Health status of Canadian-born and immigrant adolescents in North York, Ontario. Community Dent Oral Epidemiology.
- 13.Hyman, I. 2001. Inmigration and health. Health policy working paper series.
- 14.Cruz GD 2002. Barriers that affect achieving and maintaining oral health among hispanics. Compendium. Vol 23, No 12 (Suppl).
- 15.OMS (1987). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986.
- 16.. Evans R, Barer M, Marmor T. 1994. Why are some people healthy and others not? New York: Aldine de Gruyter
- 17.Koelen, M; Vaandrager, L; Colomé, C. (2001). Health promotion research: dilemmas and challenges. Journal of Epidemiology Community Health;55:257–262 .

- 18.OMS (2005). Sexta conferencia internacional para la promoción de la salud. Carta de Bangkok para la promoción de salud en un mundo globalizado.
- 19.Krieger, N. (2002). "Glosario de Epidemiología Social". en boletín epidemiológico Vol 23 N°2, Santiago. Chile.
- 20.Misrachi, C.; Sáez, M. 1989. Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral". Cuad. Med. Soc., XXX, 1989./ 27-33.
- 21.Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. Warwick. *Journal of clinical Pharmacy and Therapeutics*. 26, 331-342.
- 22.Powell,V.1998. Caries prediction: a review of the literature". Community Dentistry And Oral epidemiology 26,pp 361-71.
- 23.Misrachi, C., Sassenfeld, A. 2007. Instrumentos para medir variables que influyen en las conductas de salud oral. Rev. Dent. de Chile 2007; 99 (2) pag 28-31.
- 24.Morales I, Urzúa J, 2009,"Calidad de vida en relación a salud bucal e indicadores de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas",Trabajo de investigación para optar a título de cirujano dentista. U. de Chile.

25. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda edición. Real Academia Española. 2001.
26. Pedersen, D. 1987. Evaluación de servicios de salud: el punto de vista de la gente. Ministerio de Salud. Venezuela OPS/OMS carabellada. Agosto 1987.
27. Pedersen, D. 1998. Curanderos, divinidades, santos y doctores: elementos para el análisis de los sistemas médicos. Trabajo presentado en el II congreso internacional de medicinas tradicionales. Lima. 1998. p 11.
28. Öhrn K, Hakeberg M, Abrahamsson KH. Dental beliefs, patients' specific attitudes towards dentists and dental hygienists: a comparative study. *Int J Dent Hygiene* 6, 2008; 205–213.
29. Nakazona, T. T., Davidson, P. L., & Andersen, R. M. (1997). Oral health beliefs in diverse populations. *Advance Dental Research*, 11(2), 235-244.
30. Soto Mas F., Lacoste Marín J., Papenfuss y Gutiérrez A El modelo de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención del Sida. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 335-311.
31. Charron-Prochownik D, Sereika SM, Becker D, Jacober S, Mansfield J White NH, Hughes S, Dean-McElhinny T, Trail L. Reproductive health beliefs and behaviors in teens with diabetes: application of the Expanded Health Belief Model. *Pediatric Diabetes* 2001; 2: 30–39. C Munksgaard, 2001.

32. Roden J. Validating the revised Health Belief Model for young families: Implications for nurses' health promotion practice, *Nursing and Health Sciences* (2004), 6, 247–259.
33. Rosenstock IM. 1974. Historical Origins of health belief model. *Health education monographs*, 2, 328-335.
34. Finfgeld D.L., Wongvatunyu S., Conn V. S. , Grando V.T. & Russell L. Health Belief Model and Reversal Theory: a comparative analysis . *Journal of Advanced Nursing* 2003 43(3), 288–297.
35. Becker M.H. y Rosenstock I M. (1978), "compliance with a medical regimen for asthma, a test of the health belief model", en *public health reports*. 93, pp. 268-277.
36. Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
37. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ.
38. Litt, Mark D, Reisine, Susan, Tinanoff, Norman. 1995. Multidimensional causal model of dental caries development in low- income preschool children. *Public Health Reports Hyattsville* 1995. Vol 110, Iss. 5, p. 607.
39. Hollister MC, Anema MG. (2004). Health behaviour models and oral health: a review. *Journal of dental hygiene*, vol. 78, No. 3.

40. McCaul, K.D., Glasgow, R.E., & Gustafson, C. Predicting levels of preventive dental behaviors. *Journal of the American Dental Association*, 111, 601-605.
41. Tedesco, L A., Keffer, M A., Fleck-Kandath, C.. Self-Efficacy, Reasoned Action, and Oral Health Behavior Reports: A Social Cognitive Approach to Compliance *Journal of Behavioral Medicine*, Vol 14, No. 4, 1992
42. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. 2007. Maternal self-efficacy and 1–5-year-old children’s brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 272–281.
43. García, F. y Medina, G. (2002): Burnout, locus de control y deportistas de alto rendimiento [Versión electrónica]. *Revista Cuestiones de Psicología del Deporte*, Vol 2, N°2 .1-12.
44. Rotter JB. 1966. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monographs* 1966;80:1±28.
45. DURAN RAMOS, T. "El constructo locus de control en la toma de decisiones educativas" En revista *PAEDAGOGIUM Mexico*, Centro de Investigación y Asesoría Pedagógica, S.C. A2001, nm. 3 ene-feb 2001. pp. 8-11.
46. LEVENSSON, H. Activism and Powerful others: distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*. (1974). p. 38, 377-383.
47. Báñez, M. (2002): Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Tesis Doctoral [Versión electrónica]. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España.

48. Rodríguez. J. (2002, Julio 10): Un nuevo paradigma para la andragogía en salud: locus de control, valoración y atribución de frecuencia de riesgos de la salud. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de los Llanos. Colombia. Extraído el 3 de abril, 2006 de: <http://sapiens.com>
49. Galgut, P. N.¹Waite, I. M.¹Todd-Pokropek, A.²Barny, G. J.³ The relationship between the multidimensional health locus of control and the performance of subjects on a preventive periodontal programme. *Journal of Clinical Periodontology*; Mar 1987, Vol. 14 Issue 3, p171-175.
50. Knecht M C , A M Syrjälä, M L Knuuttila. Locus of control beliefs predicting oral and diabetes health behavior and health status. *Acta Odontologica Scandinavica* 1999; 57(3):127-131.
51. Knecht, M, Psychological feature characterizing oral health behavior, diabetes, self care and health status among IDDM patients . Disertación Académica, facultad de medicina, universidad de Oululu, 2000(<http://herkules.oululu.fi/isbn9514256301/isbn9514256301.pdf>)
52. Woodmansey K F, DDS. The Prevalence of Dental Anxiety in Patients of a University Dental Clinic. *Journal of American College Health*, 2005 vol. 54, n1.
53. Dental anxiety: score, prevalence and behavior Maniglia-Ferreira C, Gurgel-Filho E D, Bönecker-Valverde G , Holanda Moura E, de Deus G, Coutinho-Filho T. *RBPS* 2004; 17 (2) : 51-55
54. Hu L., Gorenstein C., and Fuentes D. Portuguese version of corah's dental anxiety scale: transcultural adaptation and reliability analysis. *Depression and Anxiety* 24:467–471 (2007).

55. Klingberg G & Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2007; 17: 391–406.
56. Acharya S. (2008). Factors affecting dental anxiety and beliefs in an Indian Population. *Journal of Oral Rehabilitation* 35; 259–267.
57. Economou GC. Dental Anxiety and Personality: Investigating the Relationship Between Dental Anxiety and Self-Consciousness. *Journal of Dental Education* Volume 67, Number 9.
58. Bradley M M , Silakowski T, Lang PJ. Fear of pain and defensive activation. *Pain* 137 (2008) 156–163).
59. Correlates of Dental Anxiety Among Older Adults D. Locker and A.M. Liddell. *J Dent Res* 70(3):198-203, March, 1991.
60. Locker D., Liddell AM., Dempster L., and Shapiro D. Age of Onset of Dental Anxiety. *J Dent Res* 78(3): 790-796, March, 1999.
61. Caycedo C, Cortés O., Gama R., Rodríguez H., Colorado P. (2008). Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. *Suma Psicológica*, 15 (1): 259-278.

62. Johnsen BH, Thayer JF, Laberg JC, Wormnes B, Raadal M, Skaret E, Kvale G, Berg E.. Attentional and psychological characteristics of patients with dental anxiety. *Anxiety Disorders* 17 (2003) 75-87.
63. Heaton L J.; Carlson C R.; Smith T A.; Baer R A.; de Leeuw R. Predicting anxiety during dental treatment using patients' self-reports. *Less is more. J Am Dent Assoc* 2007;138;188-195.
64. Nuttall N M., Gilbert A. B, Morris J. Children's dental anxiety in the United Kingdom in 2003.
65. Regular dental visits and dental anxiety in an adult dental population
WOOSUNG SOHN and AMID I. ISMAILJ *Am Dent Assoc* 2005;136;58-66
66. Sartory G, Heinen R, Pundt I, & Jöhren P. Predictors of behavioral avoidance in dental phobia: The role of gender, dysfunctional cognitions and the need for control. *Anxiety, Stress, and Coping*. 2006; 19(3): 279-291.
67. The Prevalence of Dental Anxiety in Patients of a University Dental Clinic
Woodmansey K F, *DDS Journal of American College Health*, 2005 vol. 54, no. 1.
68. Vermaire JH, de Jongh A, Aartman IHA (2008) Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36: 409-416.

69. Ng SKS, Leung WK. A community study on the relationship of dental anxiety with oral health status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36: 347–356.
70. Oosterink FMD, de Jongh A, Aartman IHA. What are people afraid of during dental treatment? Anxiety-provoking capacity of 67 stimuli characteristic of the dental setting. *Eur J Oral Sci* 2008; 116: 44–51.
71. Vika M, Skaret E, Raadal M, Öst L & Kvale G. Fear of blood, injury, and injections, and its relationship to dental anxiety and probability of avoiding dental treatment among 18-year-olds in Norway. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2008; 18: 163–169.
72. Lee C, CHANG Y. & HUANG S. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2008; 18: 415-422.
73. Corah NL. 1969. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res.* 1969; 48(4):596.
74. Instituto Nacional de Estadísticas, Chile. Consultado en marzo 2009
http://www.ine.cl/quintiles/canales/chile2_estadistico/home.php
75. Coulson NS, Buchanan H. (2008). Self-reported efficacy of an online dental anxiety support group: a pilot study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36: 43–46.

Anexo 1ID . Fecha entrevista Entrevistador ***ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA DE SALUD ORAL***

Datos del SOME

Nombre: _____
_____RUT _____ No tiene RUT
_____Teléfonos

_____Dirección

_____Previsión: 1 Fonasa A 4 Fonasa D 2 Fonasa B 5 Isapre 3 Fonasa C 6 FF.A.A

Edad actual _____

ESTADO CIVIL

1	Casado
2	Conviviente
3	Viudo
4	Separado
5	Anulado

País de origen

1	Chile
2	Perú

I SALUD

1. ¿Es primera vez que está embarazada?

1	Si
2	No (ir a pregunta n° 2)

2.- ¿Dónde se ha controlado su(s) embarazo(s) anterior(es)?

1	Chile
3	Otro País

3. ¿Cuántas veces ha consultado en el servicio dental chileno, durante los últimos dos años?

Urgencia_____veces Tratamiento_____veces

4. ¿Cuántas veces ha consultado en el servicio dental de otro país, durante los últimos dos años? Urgencia____veces Tratamiento_____veces

II TRABAJO

Ahora le voy a preguntar algunos datos generales suyos:

1. ¿Esta usted empleado (con sueldo regular) actualmente?: Si 1 /No

0 Ir a pregunta N°3

2. ¿En que trabaja actualmente?

Ir a pregunta N°4

3. En caso de no trabajar indique el motivo:

- | | |
|---|--|
| 1 | Cesante pero buscando empleo |
| 2 | Con trabajo independiente |
| 3 | Dueña de casa |
| 4 | Jubilado |
| 5 | Estudiante |
| 6 | Temporalmente cesante por razones de salud |
| 7 | Permanentemente cesante por salud (Pensión de invalidez) |

4 ¿Tiene contrato laboral?

1	Si
0	No
3	No sabe

5 ¿Cuántas horas trabaja usted, actualmente? (horas totales de trabajo semanales)

III INGRESOS Y REMESAS

1. ¿Cuál es el ingreso líquido total de su familia, considerando el aporte monetario de todos los que viven en su casa?

Indique monto y moneda_____

2. ¿Cuántas personas viven en su hogar, contándose usted?

_____Niños

_____Adultos

3. ¿Envía dinero a su país de origen?

1	Si
0	No (pasa a sección iv)

4. Indique el monto que usted envía por mes:

Indique el monto y moneda_____

IV EDUCACIÓN

1. ¿Cuántos años estudió Ud.? (Años de escolaridad del entrevistado)_____

V TRAYECTORIA MIGRATORIA

Lo que le voy a preguntar es absolutamente confidencial y queda entre nosotros

1. ¿Qué situación migratoria tiene usted actualmente?

0	visa sujeta a contrato
1	visa temporaria
2	visa definitiva
3	visa de estudiante
4	visa de turista vigente
5	visa en tramite
6	irregular (visa vencida)
7	visa dependiente de otra visa
8	nunca ha tenido visa
9	No sabe/ no responde

2) ¿Hace cuánto está en Chile?. Indique en
meses:.....

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD A LA ATENCIÓN DENTAL (ESCALA DE CORAH)

Este cuestionario tiene como propósito evaluar como se siente frente a la atención dental. Lea cuidadosamente las preguntas, conteste sinceramente y de acuerdo a lo que siente en este momento. No hay preguntas buenas ni malas. Marque sólo una opción.

I. ¿ Como se siente de saber que tiene una cita con el dentista? **(usar tarjeta nº 1)**

1. Me agrada asistir, pues lo considero una experiencia gratificante.
2. No me importa, pues no la considero una experiencia agradable ni desagradable.
3. Estoy un poco inquieto en relación a la cita.
4. Estoy temeroso de que resulte una experiencia desagradable y dolorosa.
5. Estoy muy asustado de lo que el dentista pueda hacerme.

II. ¿ Cómo se siente cuando está esperando su turno en la sala de espera? **(usar tarjeta nº 2)**

1. Relajado
2. Ligeramente inquieto
3. Tenso

4. Ansioso
5. Muy ansioso; transpiro y me siento físicamente enfermo.

III. Cuando está en el sillón esperando que el dentista saque los instrumentos con que examinará sus dientes. ¿ Cómo se siente?

1. Relajado (1)
2. Ligeramente inquieto (2)
3. Tenso (3)
4. Ansioso (4)
5. Muy ansioso; transpiro uy me siento físicamente enfermo.(5)

IV. Cuando está en el sillón dental y ve que el dentista toma la máquina para empezar a trabajar en sus dientes. ¿ Cómo se siente?

1. Relajado (1)
2. Ligeramente inquieto (2)
3. Tenso (3)
4. Ansioso (4)
5. Muy ansioso; transpiro y me siento físicamente enfermo (5)

AUTOEFICACIA DENTAL

(usar tarjeta nº 3)

1. ITEMES DE AUTOEFICACIA RELACIONADA CON EL CEPILLADO Y LA LIMPIEZA INTERDENTAL

¿Cuán seguro está de que se cepilla los dientes / limpia sus superficies interdetales en las siguientes situaciones?

Nota: debe decirle al entrevistado que se le preguntará si el cree o no que se cepillará y limpiará los dientes, en las diversas situaciones por las cuales será consultado.

Marque claramente su respuesta escogiendo entre las cuatro respuestas para cada ítem.

I. Cuando está cansado en la noche.

1. Completamente seguro que no.

2. Bastante seguro que no.

3. Bastante seguro que sí.

4. Completamente seguro que sí.

II. Cuando no irá al dentista en los próximos días o semanas.

1. Completamente seguro que no.

2. Bastante seguro que no.

3. Bastante seguro que sí.

4. Completamente seguro que sí.

III. Cuando está de vacaciones.

1. Completamente seguro que no.

2. Bastante seguro que no.

3. Bastante seguro que sí.

4. Completamente seguro que sí.

IV. Cuando tiene mucho trabajo.

1. Completamente seguro que no.

2. Bastante seguro que no.

3. Bastante seguro que sí.

4. Completamente seguro que sí.

V. Cuando tiene dolor de cabeza o está enfermo.

1. Completamente seguro que no.

2. Bastante seguro que no.

3. Bastante seguro que sí.

4. Completamente seguro que sí.

VI. Cuando tiene problemas con el equilibrio metabólico de la diabetes.

1. Completamente seguro que no.

2. Bastante seguro que no.

3. Bastante seguro que sí.

4. Completamente seguro que sí.

5. No tiene diabetes

2. ÍTEMES DE AUTOEFICACIA RELACIONADA CON LAS VISITAS AL DENTISTA

¿Cuán seguro está de que va al dentista tan a menudo como se le ha recomendado?

Nota: debe decirle a la entrevistada que se le preguntará si cree que sería capaz de ir al dentista en las diversas situaciones por las cuales será consultado.

Marque claramente su respuesta escogiendo entre las cuatro respuestas para cada ítem.

I. Cuando el dentista no le llama regularmente.

1. Completamente seguro que no.

2. Bastante seguro que no.

3. Bastante seguro que sí.

4. Completamente seguro que sí.

II. Cuando no tiene síntomas en sus dientes.

1. Completamente seguro que no.

2. Bastante seguro que no.

3. Bastante seguro que sí.

4. Completamente seguro que sí.

III. Cuando tiene problemas económicos.

1. Completamente seguro que no.

2. Bastante seguro que no.

3. Bastante seguro que sí.

4. Completamente seguro que sí.

IV. Cuando está ocupado.

1. Completamente seguro que no.

2. Bastante seguro que no.

3. Bastante seguro que sí.

4. Completamente seguro que sí.

V. Cuando no es capaz de concertar una consulta con un dentista conocido.

1. Completamente seguro que no.

2. Bastante seguro que no.

3. Bastante seguro que sí.

4. Completamente seguro que sí.

VI. Cuando tiene experiencias previas desagradables.

1. Completamente seguro que no.

2. Bastante seguro que no.

3. Bastante seguro que sí.

4. Completamente seguro que sí.

VII. Cuando tiene miedo a procedimientos dolorosos.

1. Completamente seguro que no.

2. Bastante seguro que no.

3. Bastante seguro que sí.

4. Completamente seguro que sí.

LOCUS DE CONTROL DENTAL

(usar tarjeta nº 4)

Lea las siguientes afirmaciones y escoja la alternativa que mejor describa su forma de pensar.

I. Creo que sólo el dentista puede prevenir la caries.

1. Estoy totalmente de acuerdo.

2. Estoy parcialmente de acuerdo.

3. Estoy parcialmente en desacuerdo.

4. Estoy totalmente en desacuerdo.

II. Creo que utilizando hilo dental puedo prevenir las inflamaciones de la encía.

4. Estoy totalmente de acuerdo.

3. Estoy parcialmente de acuerdo.

2. Estoy parcialmente en desacuerdo.

1. Estoy totalmente en desacuerdo.

III. Creo que si mis dos padres tienen dientes malos, cepillarme y usar hilo dental no me será de ayuda.

1. Estoy totalmente de acuerdo.

2. Estoy parcialmente de acuerdo.

3. Estoy parcialmente en desacuerdo.

4. Estoy totalmente en desacuerdo.

IV. Creo que al cepillarme los dientes y usar hilo dental soy menos susceptible a la caries.

4. Estoy totalmente de acuerdo.

3. Estoy parcialmente de acuerdo.

2. Estoy parcialmente en desacuerdo.

1. Estoy totalmente en desacuerdo.

V. Creo que soy responsable a la hora de prevenir la pérdida de mis dientes.

4. Estoy totalmente de acuerdo.

3. Estoy parcialmente de acuerdo.

2. Estoy parcialmente en desacuerdo.

1. Estoy totalmente en desacuerdo.

VI. Creo que perder los dientes es una parte normal del envejecimiento.

1. Estoy totalmente de acuerdo.

2. Estoy parcialmente de acuerdo.

3. Estoy parcialmente en desacuerdo.

4. Estoy totalmente en desacuerdo.

VII. Creo que al cepillar mis dientes puedo prevenir inflamaciones en mis encías.

4. Estoy totalmente de acuerdo.

3. Estoy parcialmente de acuerdo.

2. Estoy parcialmente en desacuerdo.

1. Estoy totalmente en desacuerdo.

VIII. La salud de mis dientes es una cuestión de suerte.

1. Estoy totalmente de acuerdo.

2. Estoy parcialmente de acuerdo.

3. Estoy parcialmente en desacuerdo.

4. Estoy totalmente en desacuerdo.

CUESTIONARIO DE CREENCIAS EN SALUD ORAL

(usar tarjeta n1 5)

Lea atentamente los enunciados y marque claramente la alternativa de respuesta que mejor represente su opinión.

I. La caries puede hacer que la gente se vea mal.

1. Muy en desacuerdo.

2. Medianamente en desacuerdo

3. Medianamente de acuerdo.

4. Muy de acuerdo.

II. Los problemas dentales pueden ser graves.

1. Muy en desacuerdo.

2. Medianamente en desacuerdo

3. Medianamente de acuerdo.

4. Muy de acuerdo.

III. Una mala dentadura afectará el trabajo de las personas u otros aspectos de su vida cotidiana.

- | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Muy en desacuerdo. | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Medianamente en desacuerdo | |
| 3. | Medianamente de acuerdo. | |
| 4. | Muy de acuerdo. | |

IV. Los problemas dentales pueden causar otros problemas de salud.

- | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Muy en desacuerdo. | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Medianamente en desacuerdo | |
| 3. | Medianamente de acuerdo. | |
| 4. | Muy de acuerdo. | |

V. Mi salud dental es muy importante.

- | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Muy en desacuerdo. | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Medianamente en desacuerdo | |
| 3. | Medianamente de acuerdo. | |
| 4. | Muy de acuerdo. | |

VI. Es importante mantener los dientes naturales.

- | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Muy en desacuerdo. | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Medianamente en desacuerdo | |
| 3. | Medianamente de acuerdo. | |
| 4. | Muy de acuerdo. | |

VII. Las enfermedades dentales son tan importante como cualquier otro problema de salud.

- | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Muy en desacuerdo. | |
| 2. | Medianamente en desacuerdo | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Medianamente de acuerdo. | |
| 4. | Muy de acuerdo. | |

VIII. No tengo miedo a las consultas dentales debido a posibles dolores.

- | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Muy en desacuerdo. | |
| 2. | Medianamente en desacuerdo | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Medianamente de acuerdo. | |
| 4. | Muy de acuerdo. | |

IX. Los dentistas están disponibles cuando tengo problemas dentales.

- | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Muy en desacuerdo. | |
| 2. | Medianamente en desacuerdo | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Medianamente de acuerdo. | |
| 4. | Muy de acuerdo. | |

X. Sin importar lo ocupado que esté, voy al dentista cuando tengo problemas dentales.

- | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Muy en desacuerdo. | |
| 2. | Medianamente en desacuerdo | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Medianamente de acuerdo. | |
| 4. | Muy de acuerdo. | |

XI. Cepillarse los dientes con pasta de dientes con flúor ayuda a prevenir la caries.

- | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Muy en desacuerdo. | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Medianamente en desacuerdo | |
| 3. | Medianamente de acuerdo. | |
| 4. | Muy de acuerdo | |

XII. Tomar agua con flúor ayuda a prevenir la caries.

- | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Muy en desacuerdo. | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Medianamente en desacuerdo | |
| 3. | Medianamente de acuerdo. | |
| 4. | Muy de acuerdo. | |

XIII. El flúor es una forma inofensiva de prevenir la caries.

- | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Muy en desacuerdo. | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Medianamente en desacuerdo | |
| 3. | Medianamente de acuerdo. | |
| 4. | Muy de acuerdo. | |

XIV. Cepillarse los dientes ayuda a prevenir los problemas de las encías.

- | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Muy en desacuerdo. | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Medianamente en desacuerdo | |
| 3. | Medianamente de acuerdo. | |
| 4. | Muy de acuerdo. | |

XV. Usar hilo dental ayuda a prevenir los problemas de las encías.

1. Muy en desacuerdo.
2. Medianamente en desacuerdo
3. Medianamente de acuerdo.
4. Muy de acuerdo.

XVI. Comer alimentos dulces produce caries.

1. Muy en desacuerdo.
2. Medianamente en desacuerdo
3. Medianamente de acuerdo.
4. Muy de acuerdo.

XVII. Ir a controles dentales me evitará problemas con mis dientes, encías o prótesis.

1. Muy en desacuerdo.
2. Medianamente en desacuerdo.
3. Medianamente de acuerdo.
4. Muy de acuerdo

XVIII. Los dentistas son capaces de curar la mayoría de los problemas dentales que sus pacientes tienen.

1. Muy en desacuerdo.
2. Medianamente en desacuerdo
3. Medianamente de acuerdo.
4. Muy de acuerdo.

CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL

A continuación se le presentan algunas afirmaciones que tienen que ver con la salud oral de las personas. Responda usted verdadero o falso marcando 1 para verdadero y 2 para falso, según los conocimientos que usted tenga.

Nº		V	F	No sabe
1	Los dientes de los niños desarrollan más caries que los dientes de los adultos, por que son más blandos.	1	2	3
2	Los padres pueden tomar medidas que ayuden a prevenir la pérdida dentaria en sus hijos.	1	2	3
3	Como los dientes de los niños no son definitivos, no es necesario cuidar bien de ellos.	1	2	3
4	Darle mamadera con leche, jugo o aguas azucaradas a los niños durante varias horas, antes de dormir, no produce daños en los dientes de los pequeños.	1	2	3
5	Para prevenir el deterioro dental, el momento más efectivo para lavarse los dientes es inmediatamente luego de comer.	1	2	3
6	Es importante ayudar a los niños pequeños a lavarse los dientes	1	2	3

7	lavarse los dientes luego de cada comida, es una manera de cuidar los dientes	1	2	3
8	Usar hilo dental previene el desarrollo de caries	1	2	3
9	El lavado de dientes al momento de acostarse es fundamental para una buena higiene oral	1	2	3
10	Es recomendable cambiar el cepillo de dientes cada 3 meses	1	2	3
11	Es más probable desarrollar caries si se ingieren alimentos ricos en azúcar	1	2	3
12	Sólo los alimentos dulces provocan caries	1	2	3
13	Cuando una mujer está embarazada, es normal que desarrolle caries dentales	1	2	3
14	Es normal que las encías sangren cuando el cepillo es duro	1	2	3
15	Lo más indicado es controlar la salud oral con el dentista cada seis meses	1	2	3

¡GRACIAS POR PARTICIPAR!

Anexo 2

Análisis de supuesto para ANOVA y CORRELACION de perason

ANOVA

El supuesto de Homosedasticidad se testeó utilizando el estadístico de Levene, se presenta a continuación la tabla donde se muestran cada variable

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
ANST	1,601	1	100	,209
AUTOCEP	1,076	1	100	,302
AUTOVIS	,034	1	100	,854
LOCUST	,008	1	100	,931
CREENCIT	,059	1	100	,808
VYFTOT	,399	1	100	,529

Como se observa en la tabla se cumple el supuesto de homocedasticidad para todas las variables.

Correlación de Pearson

Supuesto de normalidad, se testeó utilizando la prueba de Kolmogorov Smirnov

Ansiedad Dental

		ANST
N		102
Parámetros normales(a,b)	Media	10,1275
	Desviación típica	3,90398
Diferencias más extremas	Absoluta	,122
	Positiva	,122
	Negativa	-,076
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,230
Sig. asintót. (bilateral)		,097

Autoeficacia en Auto cuidado

		AUTOCEP
N		102
Parámetros normales(a,b)	Media	19,3431
	Desviación típica	3,49113
Diferencias más extremas	Absoluta	,085
	Positiva	,072
	Negativa	-,085
Z de Kolmogorov-Smirnov		,862
Sig. asintót. (bilateral)		,447

Autoeficacia en Visitas al dentista

		AUTOVIS
N		102
Parámetros normales(a,b)	Media	18,0098
	Desviación típica	4,81025
Diferencias más extremas	Absoluta	,099
	Positiva	,099
	Negativa	-,067
Z de Kolmogorov-Smirnov		,998
Sig. asintót. (bilateral)		,272

Locus de Control

		LOCUST
N		102
Parámetros normales(a,b)	Media	24,4020
	Desviación típica	3,80010
Diferencias más extremas	Absoluta	,131
	Positiva	,061
	Negativa	-,131
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,325
Sig. asintót. (bilateral)		,060

Creencias en Salud Oral

		CREENCIT
N		102
Parámetros normales(a,b)	Media	63,9706
	Desviación típica	6,24493
Diferencias más extremas	Absoluta	,137
	Positiva	,101
	Negativa	-,137
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,386
Sig. asintót. (bilateral)		,052

Conocimientos en salud oral

		VYFTOT
N		102
Parámetros normales(a,b)	Media	5,4314
	Desviación típica	2,23611
Diferencias más extremas	Absoluta	,104
	Positiva	,096
	Negativa	-,104
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,052
Sig. asintót. (bilateral)		,218

Se observa que el supuesto de normalidad de la distribución de las variables independientes se cumple para todas las variables.

Anexo 3

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad	Inter-grupos	45,806	1	45,806	3,067	0,083
Dental	Intra-grupos	1493,537	100	14,935		
	Total	1539,343	101			
Autoeficacia:	Inter-grupos	2,824	1	2,824	0,230	0,633
Autocuidado	Intra-grupos	1228,167	100	12,282		
	Total	1230,990	101			
Autoeficacia:	Inter-grupos	7,141	1	7,141	0,306	0,581
Visitas	Intra-grupos	2329,850	100	23,298		
dentales	Total	2336,990	101			
Autoeficacia	Inter-grupos	18,945	1	18,945	0,362	0,549
total	Intra-grupos	5234,350	100	52,343		
	Total	5253,294	101			
Locus de	Inter-grupos	111,770	1	111,770	8,299	0,005
Control	Intra-grupos	1346,750	100	13,468		
	Total	1458,520	101			
Creencias en	Inter-grupos	10,828	1	10,828	0,276	0,601
Salud Oral	Intra-grupos	3928,083	100	39,281		
	Total	3938,912	101			
Conocimient	Inter-grupos	4,762	1	4,762	0,946	0,333
os en Salud	Intra-grupos	503,238	100	5,032		
Oral	Total	508,000	101			

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO N°

Esta es una invitación para que Usted participe en un importante estudio realizado por la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Por favor lea cuidadosamente esta información antes de dar su consentimiento voluntario para participar.

Este estudio tiene como objetivo determinar como influyen distintos aspectos del funcionamiento psicológico de las personas en la salud oral y la calidad de vida de las mujeres embarazadas chilenas y peruanas que se atienden en el programa dental del Consultorio Cruz Melo. Para ello se le realizará una revisión dental general, y luego se le pedirá que responda un cuestionario.

El cuestionario se conforma de distintas preguntas donde se le pedirá información sobre diversos aspectos psicológicos relacionados con la atención dental, como la ansiedad, los conocimientos que usted tiene, entre otros. La duración aproximada de este cuestionario es de 30 minutos.

Su participación en el estudio es voluntaria, por lo que si usted no desea participar en el, no se le insistirá ni obligará de ninguna manera. Asimismo, es importante que sepa que su negativa a participar no le traerá problemas de ningún tipo con su Centro de Salud, ni con la Universidad de Chile.

Todos los datos aportados al personal del equipo de salud son de naturaleza confidencial serán utilizados exclusivamente para los fines de este estudio. Usted no recibirá pago económico por su participación en el mismo.

Cualquier duda, reclamo o sugerencia por favor llamar a la oficina de Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile al teléfono 978 17 27, y preguntar por Yerko Molina o Andrea Herrera, quienes contestarán sus dudas.

La persona que suscribe, acepta voluntariamente participar en este estudio y certifica haber leído y comprendido toda la información que se le ha suministrado

Nombre del paciente Firma

Nombre del Profesional Firma

Fecha _____

