



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DEL NIÑO Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR**

**CREENCIAS, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL
DE LA POBLACIÓN INDÍGENA MAPUCHE-WILLICHE DE ISLA
HUAPI, REGIÓN DE LOS RÍOS.**

Kiyoshi Manuel Kuwahara Aballay

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

**TUTOR PRINCIPAL
Prof. Dra. Clara Misrachi Launert**

**TUTORES ASOCIADOS
Dr. José Manuel Manríquez Urbina
Antropóloga Valentina Fajreldin Chuaqui**

**Santiago - Chile
2009**

INDICE

▪ Introducción	1
▪ Marco teórico	2
○ Pueblos Indígenas	2
▪ Pueblo Mapuche	3
• Población de Isla Huapi	4
○ Cultura y Salud	5
○ Determinantes Sociales de la Salud	6
○ Determinantes de Conductas en Salud Oral y Promoción en Salud	7
▪ Conocimientos y Creencias en Salud Oral	9
• Modelo de Creencias en Salud	10
▪ Autoeficacia Dental	11
▪ Locus de Control Dental	13
▪ Percepción sobre la Importancia de la Salud Oral	15
▪ Barreras Percibidas para la Atención Dental	16
▪ Ansiedad Dental	16
○ Conductas Preventivas en Salud Oral	19
▪ Hipótesis	21
▪ Objetivos de la Investigación	22
○ Objetivos Generales	22
○ Objetivos Específicos	22
▪ Material y método	23
○ Cuestionario de ansiedad dental de Corah	24
○ Cuestionario de Autoeficacia dental de Lawrence	25
○ Cuestionario de Locus de control dental de Kneck	25
○ Cuestionario de Salud dental de Nakazono	25
○ Cuestionario de Prácticas y Conocimientos en Salud Oral	26

▪ Resultados	28
▪ Discusión	44
▪ Conclusiones	49
▪ Sugerencias	50
▪ Referencias	51
▪ Anexos	55
○ Anexo 1	55
○ Anexo 2	56

INTRODUCCION

En Chile existen ocho pueblos originarios que representan un 4.6% de la población total del país, dentro de los cuales un 87.3% es mapuche. Todos ellos presentan indicadores económicos, educacionales y sanitarios diferentes a los de la población general; en un contexto de vulnerabilidad social respecto de la sociedad mayor.

Las condiciones culturales, ambientales, sociales y económicas en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud, son conocidos, en Salud Pública, como Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Pero no sólo estos influyen en la misma, sino que también lo hacen las conductas de los individuos, y los factores que las modifican, llamados Determinantes de Conductas en Salud (DCS).

Se ha establecido que los DCS tales como conocimientos, creencias, actitudes y prácticas, son fundamentales para el diseño y la implementación de programas de salud poblacional, sin embargo, en Chile no existen programas de salud oral específicos para las poblaciones indígenas, por lo que se hace necesario describir los DCS oral de estas comunidades, para un futuro diseño de dichos programas.

El objetivo de este estudio, es describir los DCS Oral de la población mapuche-williche de Isla Huapi y su distribución de acuerdo al sexo y grupo etario, al interior de la comunidad.

MARCO TEÓRICO

Pueblos Indígenas en Chile

En Chile la ley 19.253, conocida como ley indígena, reconoce la existencia de ocho pueblos originarios. Según el censo del 2002, la población indígena se concentra mayoritariamente en las regiones: IX, RM, X, VIII y I, en orden decreciente. El 4.6% de la población (692.192 personas) declaró pertenecer a uno de estas etnias, siendo el pueblo mapuche el más representado con un 87.3% de la totalidad indígena (604.349 personas) (1).

La población indígena tiene la misma tendencia de urbanización que la población general, aunque con un mayor porcentaje de ruralidad que la población no indígena, 35.2% y 12,4% respectivamente. Por consiguiente se dan 2 grupos de población indígena: rural y urbano, siendo ambos representantes de una misma cultura, pero con diferencias dadas por el entorno en que viven (1).

A nivel nacional, la población indígena es más joven que la no indígena, lo que se verifica mayoritariamente a nivel urbano; en cambio, los indígenas residentes de zonas rurales presentan un envejecimiento de la población, esto debido al flujo migratorio campo-ciudad, y no sólo a causas naturales, fenómeno conocido como “envejecimiento perverso”(2).

La población indígena posee indicadores educacionales más bajos que la población no indígena, dentro de los cuales se pueden citar: el alfabetismo de la población indígena de 10 años y más es de un 91.8%, porcentaje inferior al de la población no indígena (96%); los niveles educacionales alcanzados por la población indígena son menores a los de la población no indígena, 29,8% de los indígenas alcanza la educación media, comparado con un 36,3% de la población no indígena; respecto de la educación superior el porcentaje de indígenas que la alcanza es de 7,9%, lo que corresponde a la mitad del porcentaje de la población no indígena (16,8%) (1).

Pueblo Mapuche

El pueblo mapuche, distribuido a lo largo de todo Chile, se encuentra mayoritariamente concentrado en las regiones de la Araucanía (33,6%), Metropolitana (30.3%), Los Lagos (10.0%), Bío Bío (8,8%) y Los Ríos (6,6%). De estas regiones, algunas presentan una significativa proporción de población mapuche, siendo que en la Araucanía representan el 23,4% de la población total, en los Ríos el 11,3%, en Los Lagos el 8,5% y en Aysén el 8,4% (2).

Actualmente existe por parte de las autoridades gubernamentales chilenas, un interés en realizar estudios epidemiológicos en las poblaciones indígenas, en el marco de la implementación del Convenio 169 de la OIT (3). En este contexto, se han realizado estudios tanto en población Aymara como en comunidades mapuches habitantes del área “lafkenche” de la región de la Araucanía (2).

El pueblo mapuche no sólo posee indicadores educacionales diferentes al de la población no indígena, sino que también presenta indicadores sanitarios diferentes. Según información reciente, obtenida del perfil epidemiológico realizado por el Servicio de Salud de la Araucanía Sur, sobre comunas del área Lafkenche, el año 2009, se concluye que la población mapuche tiene un perfil de morbi-mortalidad diferente al de la población no indígena de la misma área. Este, está caracterizado por una sobremortalidad en todos los grupos etarios, asociado a un patrón epidemiológico de transición prolongada y polarizada, en el cual persisten simultáneamente altos niveles de infecciones comunes, enfermedades degenerativas-crónicas y lesiones, en un contexto de agudización de las desigualdades sociales en salud (2).

Sin embargo, no existen estudios que se hayan enfocado en salud oral y sus determinantes conductuales en la población indígena chilena, por lo tanto, no existe un diagnóstico de la situación, lo que es base indispensable para realizar promoción en salud.

Población de Isla Huapi

La Isla Huapi, cuya población es mayoritariamente mapuche-williche, se encuentra ubicada en la región de los Ríos, provincia de Ranco, comuna de Futrono, es un sector rural enclavado en medio del Lago Ranco. Posee un clima Templado lluvioso con influencia mediterránea, caracterizado por la gran cantidad de lluvias, que alcanzan los 1.800 mm anuales; una temperatura promedio de 11°C, con una oscilación térmica de aproximadamente 8°C y una humedad media superior al 80%(4).

Por su ubicación geográfica y la inexistencia de rutas de comunicación terrestres con otras localidades -sólo existe una barcaza que zarpa dos veces al día hacia Futrono y tarda 45 minutos en realizar el viaje- la comunidad residente se encuentra en una situación de aislamiento relativo. Según el censo de 2002, en la comuna de Futrono viven 6.603 personas (5). En Isla Huapi viven 417 personas, de las cuales un 98% es de origen mapuche-williche, cuyos índices de extrema pobreza son los más altos a nivel provincial (6); poseen una dieta basada en alimentos naturales de la zona y con baja ingesta en alimentos refinados (7).

Dentro de la Isla, no hay disponibilidad de servicios básicos. No hay oferta de un sistema de distribución de luz eléctrica, por lo que no hay un sistema de alumbrado público. Tampoco existen servicios sanitarios que entreguen agua potable, ni un sistema de manejo de aguas servidas.

No existe un sistema de transporte motorizado al interior de la Isla. Los vehículos que circulan son a tracción animal y deben hacerlo por caminos de tierra, por lo que los niños que asisten a la Escuela Rural Básica lo hacen a pie, debiendo caminar por periodos largos de tiempo, incluso superiores a los 90 minutos.

El acceso a medios preventivos de patologías orales, cómo hilo dental y colutorios bucales es casi nulo, pues dentro de la Isla no existe oferta de este tipo de insumos, debiendo comprarse en la localidad más cercana, Futrono, siempre y cuando la condición socioeconómica lo permita.

El acceso al sistema nacional de servicios de salud, tanto en lo que se refiere a salud general como también oral, es limitado. En efecto, sólo existe la red pública de salud. La Red Asistencial consta de una posta rural de atención primaria atendida por un auxiliar paramédico, contando con una ronda médica sólo una vez al mes, y no siempre con la visita de dentistas. El consultorio municipal se encuentra en el pueblo de Futrono, para lo cual los pobladores de la Isla deben salir de ésta. Éste consultorio deriva al Hospital de Paillaco, también de atención primaria (de tipo 4), y desde éste, a su vez, se deriva al Hospital Clínico Regional de Valdivia donde se brinda atención secundaria y terciaria. (6, 52).

Cultura y salud.

En la sociedad occidental prima el “modelo biomédico” como forma de entender la salud y la enfermedad, aún cuando subsisten otras formas de entender el mismo proceso, formando lo que se conoce como patrón de pluralismo médico (8).

Sin embargo, la hegemonía del sistema biomédico sobre la medicina tradicional no necesariamente se debe a su eficacia, sino más bien a una imposición de parte de las fuerzas sociales, económicas y culturales occidentales, lo que refleja los patrones jerárquicos dentro de la sociedad, los cuales pueden estar basados en distinciones de clase, casta, raza, etnia, región, religión y género (8).

En Chile se han realizado diversos estudios que describen distintas medicinas tradicionales, observándose un origen ancestral de los conocimientos en salud. En las prácticas médicas se da un paralelismo entre esta medicina tradicional y la medicina oficial, conformando un sincretismo entre ambas. El primer recurso de salud, y con frecuencia el único, al que recurren la población rural y los sectores más pobres de la población urbana, suele ser la medicina tradicional. En la actualidad, constituye una expresión dinámica que forma parte de las estrategias de sobrevivencia de la población (9).

Es en respuesta a la enfermedad (manifestación clínica y experiencia) que las sociedades crean sistemas médicos, los que consisten en conocimientos, creencias y prácticas cuyo fin es mantener y promover la salud, así como aliviar la enfermedad (8).

Los sistemas médicos conforman una importante gama de elementos culturales que se vinculan a su vez con factores biológicos, económicos y sociales (8-10).

Las distintas conductas en salud son expresión de una serie de respuestas adaptativas de la población que abarca desde las tradiciones médicas nativas hasta el sistema médico oficial. En el conjunto de creencias sobre el proceso de salud-enfermedad del sector popular, se integran aspectos provenientes de los modelos tradicional y profesional, con elementos de la religiosidad popular y de divinidades prehispánicas, configurando el modelo explicativo popular, el que se encuentra a su vez estratificado socialmente, según las diferencias de clase social, por las variaciones étnicas y culturales; y en muchos casos por la condición migratoria del individuo y su familia (9).

Los sistemas médicos pueden dividirse en 2 grandes subsistemas: el sistema teórico de la enfermedad y el sistema de cuidados de salud (8).

El sistema teórico de la enfermedad, se refiere a los aspectos cognitivos sobre la salud, es decir, las creencias y conocimientos respecto de la etiología, etiopatogenia y tratamiento de las enfermedades (8).

El sistema de cuidados de salud es una institución social, formada por al menos dos personas, quien cura y quien espera curación. Es la manera en que la sociedad organiza el cuidado de los enfermos y, corresponde a las prácticas en salud, que son un reflejo del sistema teórico de la enfermedad (8).

Determinantes Sociales de la Salud

En la constitución de la OMS, que data 1948, se define a la salud como el “completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedades”. En la actualidad, el concepto de salud es aún más amplio y

deja de centrarse sólo en la enfermedad y pasa a preocuparse por el completo bienestar biopsicosocial de los individuos, inmersos en un mundo globalizado, pero con características sociales y culturales particulares (11). Se entiende que la salud es un fenómeno dinámico que resulta de la compleja e intrincada relación entre una base biológica, factores sociales, económicos, culturales, y de conductas, que influyen sobre ella y la modifican (12,13).

Es por eso que hoy se habla de los Determinantes Sociales de la Salud, los cuales deben ser entendidos como las condiciones culturales, ambientales, sociales y económicas en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. Estos se refieren tanto al contexto social como a los procesos que transforman las condiciones sociales en consecuencias para la salud (14,15).

Hasta la actualidad, en Chile, existen inequidades en salud. Las políticas tendientes a disminuir las inequidades centradas en lo curativo no han sido del todo eficaces. Pero existe evidencia que es posible disminuir dichas inequidades, principalmente con políticas e intervenciones que actúen sobre los determinantes sociales de la salud, pues actualmente, se considera que la salud humana está determinada en un 75% por los medios físicos, sociales y económicos que nos rodean (14,15).

Es por eso que la Comisión sobre Determinante Sociales de la Salud, instancia de la OMS creada en 2006, amplió el foco de los esfuerzos de la salud pública más allá de las personas e incluso de las comunidades para alcanzar las causas sociales más estructurales que orientan las decisiones y oportunidades de los individuos de ser saludables y, que influyen sobre las inequidades en salud y en la falta de acceso a los servicios de salud por parte de las comunidades, tanto en salud general como en salud oral (14-16).

Determinantes de Conductas en Salud Oral y Promoción en Salud

A partir del año 2002 el Programa Global de Salud Oral de la OMS reorientó su estrategia de acción hacia una integración con la prevención de enfermedades

crónicas y la promoción en salud general. El Programa trabaja para crear políticas de salud que buscan controlar los factores de riesgo para la salud oral, comunes también para las enfermedades crónicas. El foco está puesto en conductas de riesgo modificables, relacionadas con la dieta, nutrición, tabaquismo y uso excesivo de alcohol, y los estándares de higiene (16).

Las conductas de los individuos influyen en la salud de estos mismos (13), y estas conductas determinan en gran medida la adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas mediante la adopción de conductas preventivas, fundamentales en la prevención de las patologías bucales (9). Existen variables que modifican las conductas relacionadas con la salud bucal y, para efecto de este estudio serán entendidos como Determinantes de Conductas en Salud Oral (17,18).

Durante los años 70's y los 80's los esfuerzos en promoción en salud se enfocaban principalmente a lograr cambios en los conocimientos y como consecuencia de esto, cambiar las conductas individuales. Actualmente este enfoque se ha modificado, reconociendo que la educación es necesaria, pero no suficiente para las intervenciones que buscan modificar las conductas (19).

Según Finlayson y col, existe una comprensión en la comunidad científica odontológica, que la promoción en salud oral necesita adoptar una perspectiva más amplia y dirigir sus esfuerzos a múltiples determinantes de salud oral (19). Dado que los recursos del estado para dar cobertura de salud a toda la población son limitados, es necesario poner el énfasis en la promoción en salud y la prevención de enfermedades orales (20). La investigación apunta a que no se pueden dirigir los esfuerzos sólo a los individuos y sus características biológicas y conductuales, sino que deben considerar factores psicosociales y físicos del ambiente del individuo (19).

Los factores psicosociales incluyen elementos cognitivos, como conocimientos, creencias y actitudes en salud oral, y factores sociales más amplios como condiciones de vida que pueden influenciar la adopción de conductas de promoción en salud oral y el estado de ésta (19).

Davidson y col. en un estudio realizado en distintas poblaciones de EE.UU. determinaron que algunas características socio-conductuales presentan un patrón de asociación diferente según el grupo étnico en estudio, concluyendo que las políticas de salud pública deben considerar las diferencias socio-conductuales en las prácticas de higiene oral en el diseño de intervenciones preventivas en los grupos étnicos específicos (21).

Actualmente, dada la alta prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal en nuestro país (22), patologías que pueden ser evitadas en gran medida a través de estrategias promocionales y preventivas, tanto individuales, profesionales como comunitarias (16), se hace necesario conocer los determinantes conductuales de salud oral de cada comunidad en particular, con el fin de idear estrategias educativas efectivas para cada una de ellas (9,10) .

Se ha establecido, por parte de Misrachi y col, que los determinantes de conductas en salud oral más utilizados y estudiados son: ansiedad dental, autoeficacia en salud oral, locus de control dental, creencias en salud oral y conocimientos en salud oral, todos con instrumentos validados para su medición (23).

Conocimientos y Creencias en Salud Oral

El “conocimiento” se entiende como la averiguación, mediante el ejercicio de las facultades intelectuales, de la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas (24). En ciencias el conocimiento nuevo es generado mediante un proceso sistemático de investigación basado en el método científico (16). Mientras que “creencia” es tener por cierto algo que el entendimiento no alcanza o que no está comprobado o demostrado, es decir, sin respaldo científico (24).

Los conocimientos sobre los riesgos y beneficios sobre la salud son una condición esencial para el cambio de las conductas en salud. Si las personas carecen de conocimientos sobre cómo sus hábitos afectan su salud, no tendrán razones para pasar por las dificultades que conlleva el hecho de modificar un

hábito que perjudica su salud, pero que disfrutan (25). Sin embargo, suele ocurrir que las personas no adquieren, a pesar de sus conocimientos, los hábitos saludables.

Para explicar lo anterior, se han propuesto varios modelos, uno de los más utilizados en odontología es el Modelo de Creencias en Salud (18).

Modelo de Creencias en Salud.

El modelo de creencias en salud, fue propuesto por Rosenstock y Hochbaum, se centra en el rol de las creencias en salud como determinantes de las conductas adoptadas en relación con el estado de salud. De acuerdo al modelo –que ha sido revisado y expandido a lo largo de los años- el que una persona adopte o no las conductas saludables dependerá de los siguientes factores (18,23,26,27):

1. La existencia de suficiente motivación o preocupación por la salud, para hacer que el problema de salud sea relevante.
2. La creencia que se es susceptible o vulnerable a un problema serio de salud (amenaza percibida)
3. La creencia que efectuando determinadas acciones se reducirá la amenaza percibida a un costo subjetivamente aceptable.
4. Debe haber una señal para la acción o un estímulo que haga sentir al sujeto la necesidad de acción.

En un estudio realizado por Nakazono y col. en diversas poblaciones étnicas de EE.UU. (27) se observó que las personas de mediana edad (35-44 años) tienen creencias más firmes de los beneficios de las prácticas preventivas que las personas mayores, al igual que las personas casadas respecto de las que no lo están, en casi todos los grupos étnicos. Así también, se vio que el hecho de ser mujer, tener un nivel educacional más alto y una mejor percepción de salud general, son predictores de creencias preventivas en salud oral (27).

Hasta la fecha, existen pocas escalas específicas para medir creencias ligadas a salud oral. Una de ellas es el Cuestionario de Creencias en Salud Oral creado por Nakazono y col., el cual utilizamos en este estudio (23,27).

Se han desarrollado variados instrumentos psicométricos para medir creencias en salud en distintas poblaciones, entre estos están las escalas de locus de control y de autoeficacia, que miden aspectos específicos de las creencias en salud (23), ambos constructos se incluyen en la Teoría de Aprendizaje Social, otra manera de comprender las modificaciones de conductas (28).

Autoeficacia

Los conocimientos sobre una actividad, si bien son fundamentales, no son suficientes para que una persona decida ponerla en práctica, pues las personas realizan actividades que ellos piensan que son capaces de realizar y evitan hacer las que creen que no pueden manejar (25,29).

La Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (Social Learning Theory) (25), una manera de comprender el comportamiento humano, sus motivaciones, afectos y procesos de pensamientos, es ampliamente utilizada en la investigación de las conductas en salud. Dentro de esta teoría, se propone que la percepción de autoeficacia influencia el esfuerzo, la perseverancia y la reacción emocional antes o durante la adopción de nuevas conductas (29,30).

La autoeficacia se define como la creencia en la capacidad personal de organizar y ejecutar las acciones necesarias para obtener un determinado logro o conducta (19,31).

En otras palabras, la creencia de autoeficacia permite a un individuo responder a la pregunta ¿Puedo realizar una acción específica?, por lo que la percepción de autoeficacia varía de situación en situación (32).

La autoeficacia es el proceso cognitivo que se encuentra detrás de toda conducta y, es un factor importante del comportamiento humano, por esto es que la autoeficacia debe ser considerada al momento de buscar modificaciones de la conducta, incluidas la adopción de conductas preventivas en salud oral (33).

La percepción de autoeficacia ha demostrado ser un importante predictor de un amplio rango de conductas en salud que incluyen dejar de fumar, control del peso, cambios de dieta, consumo de alcohol y anticoncepción (29,33).

Existe poca literatura sobre autoeficacia y salud oral, pero dentro de ésta, en un estudio realizado en EE.UU., se ha encontrado que la autoeficacia, en estudiantes universitarios, está relacionada con auto-reportes de cepillado y uso de seda dental. Dentro de este mismo estudio se vio que las mujeres perciben una mayor autoeficacia relacionada con el cepillado que los hombres (34,35).

También, en un estudio realizado en EE.UU., se determinó que en familias afroamericanas de bajos ingresos, la poca autoeficacia de personas al cuidado (caregivers) de niños pequeños se asocia con niveles mayores de caries en estos. La autoeficacia de las madres también tiene una relación inversamente proporcional al consumo de azúcares por parte de los pequeños, lo que a su vez es predictor del nivel de bacterias en boca y de caries dental; así también, la autoeficacia materna es un predictor de la frecuencia de cepillado de los niños, a mayor autoeficacia materna, mayor frecuencia de cepillado de los niños de 1 a 5 años (19).

En otro estudio, realizado en diversas comunidades étnicas en EE.UU, se vio que el hecho de que un individuo refiera ir al dentista aún estando ocupado se asocia a una mayor cantidad de visitas al dentista durante el último año (20).

Otro estudio realizado en pacientes diabéticos insulino-dependientes que se atendían en centros médicos de Finlandia arrojó que las mujeres tienen mayores niveles de autoeficacia relacionada con el cepillado y con las visitas al dentista que los hombres. Las personas con estudios profesionales tienen mayores niveles de autoeficacia que aquellas personas que no los han tenido. Aquellos que dicen cepillarse más veces al día tienen puntajes mayores de autoeficacia relacionada con el cepillado y con visitas al dentista (29).

La autoeficacia es comúnmente medida a través de encuestas en las cuales los encuestados responden respecto de su posible capacidad de realizar determinada actividad (32).

En el presente estudio se midió la autoeficacia relacionada con dos aspectos: autoeficacia respecto del autocuidado (cepillado dental y uso de seda dental) y autoeficacia relacionada con las visitas al dentista. Esto mediante la aplicación de dos cuestionarios de autoeficacia creados originalmente por Lawrance y modificados progresivamente sobre la base de retroalimentación de muestras de sujetos, análisis estadísticos y evaluación de su confiabilidad (23,29).

Locus de Control

También dentro de la Teoría de Aprendizaje Social se encuentra el constructo de Locus de Control, que fue definido por Rotter, el cual es ampliamente usado para analizar el comportamiento en salud (28). Este describe el grado en que un individuo percibe que los hechos que le ocurren se relacionan con su propio comportamiento. Este determina la existencia de dos tipos de locus de control: el interno y el externo (36,37).

Se dice que una persona tiene un Locus de control interno, cuando esta interpreta que los eventos de su vida dependen de su comportamiento o sus características estables (36,37).

Por el otro extremo, se dice que una persona posee un locus de control externo cuando interpreta que los eventos de su vida dependen de la "suerte", "el destino", "el azar" o la influencia de "otras personas poderosas" (36,38).

En salud, las personas que sienten que tienen el control sobre su salud, es decir, aquellas con un locus de control interno, y a la vez tienen una alta valoración de la misma son más propensos a adoptar conductas de promoción en salud que los que creen que su salud depende de factores externos, o sea, aquellos que tienen un locus de control externo (39).

El Locus de control puede ser la base para predecir resultados de programas preventivos en individuos o grupos de ellos. Esto porque las personas con locus de control relacionado con el azar tienden a creer menos que las medidas preventivas influyen sobre la enfermedad, pero los con locus de control orientado hacia "otros poderosos" presentan una base favorable de ser influenciados por consejos profesionales y, los con locus de control interno podrían responder bien a medida que puedan efectuar ellos mismos (38).

La teoría de Locus de Control se ha usado en diversos estudios que relacionan factores psicológicos con enfermedad física (38), pero su aplicación en la investigación odontológica no ha sido muy extensa. Dentro de esta se ha encontrado cierta relación entre locus de control y estado de salud oral, por ejemplo en veteranos de guerra norteamericanos cuyas edades fluctuaban entre 41 y 66 años, se encontró una asociación positiva entre locus de control dental externo y niveles de placa bacteriana (40). También se encontró una asociación positiva entre locus de control dental externo y profundidad al sondaje periodontal, entre caucásicos que recibían atención periodontal en facultades de odontología en Londres, Inglaterra (28). Igualmente, en otro estudio realizado en niños de 12-16 años en escuelas inglesas se estableció una asociación entre locus de control de salud general y conductas de cepillado dental (37).

En un estudio realizado en pacientes diabéticos insulino-dependientes de Finlandia, se observó que las mujeres tienen un locus de control más interno que los hombres, además se determinó que los grupos etarios más jóvenes tienen un locus de control más interno que los mayores. Las personas que terminaron sus estudios medios o universitarios tienen locus de control más interno que los que no tienen ese tipo de estudios. La frecuencia del cepillado dental no tiene relación con el tipo de locus de control. Las personas que tienen un locus de control más interno realizan más visitas al dentista y tienen una mejor salud oral (36).

Wallson y col postulan que debe tomarse en cuenta la valoración de la salud, es decir, la percepción de la importancia de esta, cuando se quiere predecir conductas en salud utilizando locus de control. Han sugerido que locus de

control es sólo parte de un constructo más grande llamado Control Percibido, que también considera la capacidad del individuo de implementar conductas de promoción en salud, según ellos esta podría ser la razón por la cual Locus de Control no predeciría bien las conductas en salud (36).

Se ha observado entre pacientes diabéticos insulino-dependientes de Finlandia, que aquellos con una valoración más elevada de su salud oral tienen un locus de control más interno, que aquellos con una valoración menor (36).

Las escalas de locus de control están diseñadas para analizar las creencias que tiene la gente acerca del grado de control sobre los hechos que suceden con ellos y son específicas para cada tipo de hechos, es decir, el locus de control de salud no es extrapolable al locus de control dental (41).

En el presente estudio se utilizó el cuestionario de Locus de Control Dental de Knecht, modificado de la Escala de Creencias Dentales (dental coping beliefs) de Wolf y col (36).

Percepción sobre la Importancia de la Salud Oral

La potencialidad de que un cambio conductual ocurra está influenciado por la creencia de que este cambio llevara a un resultado en particular y la importancia de este resultado para el individuo (28).

No existen muchos trabajos de investigación sobre la percepción de la importancia de la salud oral y cómo se relaciona con esta. Dentro de estos se puede citar, que los pacientes que creen en la importancia de una buena salud oral dicen tener una frecuencia de cepillado dental y de uso de seda dental mayores, esto observado entre estudiantes universitarios de EE.UU. (34).

En otro estudio se observó que la percepción de la importancia de la salud oral y las barreras percibidas fueron los predictores más fuertes de autocuidado y patrones de uso de cuidados dentales profesionales, en un estudio sobre diferentes poblaciones étnicas de EE.UU. (27).

Barreras Percibidas para el Tratamiento Dental

Los cambios conductuales individuales podrían ser fáciles, si no existiesen impedimentos o barreras que debemos sortear. Pero no sólo existen barreras, también existen elementos facilitadores; ambos son elementos percibidos por los individuos y son factores determinantes de los hábitos o conductas en salud. Algunos impedimentos son internos o personales y estos disuaden de realizar una determinada conducta en salud al mermar la percepción de autoeficacia. Pero no todas las barreras percibidas para una vida saludable son internas, algunas son del sistema de salud y tienen que ver en como éste se estructura social y económicamente (26).

Una de las barreras más comunes que deben sortear los individuos que buscan atención dental es el miedo o ansiedad frente a los tratamientos dentales o ansiedad dental (43,44,46).

Ansiedad dental.

La ansiedad dental es un problema común en la práctica dental y afecta a una parte importante de las personas de todas las edades y de clases sociales, es considerada una barrera importante en la búsqueda de atención dental y, frecuentemente resulta en una salud oral deficiente por la completa evasión de tratamientos dentales, visitas irregulares al dentista o la poca cooperación durante éstas. La ansiedad dental se basa en diversos factores como el ambiente familiar y social, miedo generalizado, dolor y experiencias previas traumáticas y dolorosas, así como en las creencias negativas sobre la salud oral (42-44).

Se ha postulado, por Weiner y Sheehan (43), que la ansiedad dental puede clasificarse en 2 grupos: exógenos y endógenos, según su origen. En el primero, la ansiedad dental es el resultado de experiencias previas traumática o de aprendizaje indirecto (vicario), en el segundo, la ansiedad se origina en una vulnerabilidad constitucional hacia desordenes de ansiedad, en personas con niveles de ansiedad general elevados, múltiples miedos severos y desordenes

del estado de ánimo. Esta clasificación sugiere que no todos los sujetos con ansiedad dental se vuelven así como resultado de experiencias condicionantes.

La edad en que comienza la ansiedad dental no es sólo en la infancia, en un estudio realizado en adultos de la ciudad de Toronto, Canadá, se observó que la mitad de los individuos con ansiedad dental se les desarrolló durante ese periodo de la vida, mientras que los otros lo hacían durante la adolescencia o la adultez, en proporciones similares (43).

Los individuos con desarrollo de la ansiedad dental durante la infancia tienden a ser más exógenos, en cambio los que la desarrollan durante la adolescencia y la adultez tienden a ser más endógenos (43).

En un estudio realizado por Locker en la población mayor de 18 años de Toronto, se encontró que un 11,2% son considerados ansiosos respecto de la atención dental, de los cuales la mayoría eran mujeres. Se encontró que la mayoría de ellos experimentaban alguna consecuencia psicológica o social negativa, además de evitar la atención dental y un compromiso de su salud oral; entre las consecuencias psicosociales, la mayoría de estos individuos se sienten tontos por ser ansiosos frente a la atención dental y esconden sus temores de los demás por miedo a ser ridiculizados u objeto de bromas por esto. Al dividirlos entre ansiedad moderada y ansiedad severa, los primeros presentan un miedo específico al tratamiento dental, mientras que los últimos presentan un perfil psicológico más complejo que involucra ansiedad general, síntomas psicológicos y autoestima y moral baja (45).

La evidencia obtenida en el estudio de Locker respalda el modelo que propone un círculo vicioso entre ansiedad dental y evasión de la atención dental. Este modelo postula que el miedo y la ansiedad dental llevan a evitar la atención dental, lo que con el tiempo conlleva a un deterioro o percepción de deterioro de la salud oral. La salud oral deficiente -real o percibida- combinado con la incapacidad del sujeto de aceptar tratamientos dentales, lo llevan a sentir vergüenza e inferioridad. Esto puede servir para aumentar los niveles de ansiedad y reforzar la evasión de la atención dental (45).

Los pacientes con ansiedad dental también presentan consecuencias psicosociales, que involucran reacciones psicológicas y afectan las relaciones sociales, llegando incluso a la evasión de estas. Dentro de las reacciones psicológicas se pueden citar que manifiestan una vergüenza en su vida diaria, provocando una disminución de las sonrisas y una autoestima baja (46).

La ansiedad dental y las experiencias previas dolorosas actúan como una importante barrera para el acceso al dentista e influyen en una disposición no adecuada hacia los cuidados dentales (46,47). Es así como Davidson y Andersen, en un estudio en distintas poblaciones étnicas de EE.UU. (20), encontraron que el miedo al dentista se asocia con menos visitas dentales en el último año.

Diversos estudios en la literatura dental dan cuenta de que las mujeres son más ansiosas que los hombres, llegando a ser casi dos tercios de las personas con fobia dental (47). La diferencia entre los niveles de ansiedad entre hombres y mujeres quizás se deba a que las mujeres generalmente tienen un menor umbral del dolor que los hombres. También se puede deber a que las mujeres son más propensas a expresar sus temores abiertamente que los hombres (42).

En un estudio realizado en India, en adultos que se atendían en una escuela dental, se encontró diferencias según el nivel educacional. Las personas más letradas tienen menores niveles de ansiedad dental que aquellos con menos estudios. Se observó una diferencia según ocupación, presentando las dueñas de casa y los estudiantes, mayores niveles de ansiedad que las personas profesionales y con empleo independiente. Se observó una correlación negativa entre la edad y los niveles de ansiedad (42,44).

Aquellos con experiencias previas desagradables también denotan mayores niveles de ansiedad. La evidencia muestra que la fobia dental puede deberse a una o más experiencias dolorosas con el dentista durante la infancia (42,47). También se ha visto que la historia familiar de ansiedad es un predictor de desarrollo de ansiedad dental durante la infancia (43).

Conductas Preventivas en Salud Oral

Como se ha mencionado anteriormente, los hábitos saludables son fundamentales en la prevención de las patologías bucales.

En un estudio efectuado con estudiantes universitarios de EE.UU, se observó que las mujeres se cepillan más que los hombres (34).

En un estudio realizado por Davidson y col. (20) en Estados Unidos de Norteamérica, en poblaciones étnicas diferentes, se vio que la mayoría de las creencias en salud oral no se relacionan con los comportamientos de higiene oral. También se vio que el grupo etario de 65-74 años, generalmente exhibe menores frecuencias de cepillado y uso de seda dental que el grupo etario de mediana edad (35-44 años). En el mismo estudio se determinó que la frecuencia de cepillado de los grupos étnicos nativos de América del norte (Navajos y Lakota) es menor a la de los otros grupos étnicos (blancos, hispanos y afroamericanos). Así también, las mujeres, personas con un nivel educacional más alto y con mayores ingresos económicos, dicen tener mayores frecuencias de cepillado y de uso de seda dental (20).

En la mayoría de los estudios, la frecuencia de cepillado es medida utilizando auto-reportes retrospectivos, con lo cual las personas tienden a aumentarla con el fin de ajustarse a los patrones sociales esperados de autocuidados dentales (19,29).

Es importante hacer notar que una mayor frecuencia de cepillado no es indicativa de una mejor remoción de placa bacteriana ni de una higiene oral más eficiente. Un cepillado cuidadoso y no sólo su frecuencia es importante para mantener una adecuada salud oral (19).

En un estudio realizado en EE.UU, en el que se evaluó la utilización de los servicios dentales en diversas poblaciones étnicas, el dolor oral fue un importante predictor de búsqueda de cuidado dental (20).

Dentro de ciertos grupos nativos norteamericanos (Navajos y Lakotas) los individuos mayores reportan menor número de visitas al dentista durante el último año al ser comparados con los de mediana edad. Y ambos grupos reportan menos visitas durante el último año que la mayoría blanca de EE.UU de Norteamérica (209).

En Chile, son muy escasos los estudios sobre conductas en salud y sus determinantes, y más en poblaciones nativas. Por ello es importante investigar a la población de Isla Huapi, ya que posee características étnicas, socioeconómicas y geográficas particulares.

El propósito de éste estudio es estudiar los determinantes de conducta en salud oral de esta población con el fin de aumentar los conocimientos de ésta temática y, contribuir, indirectamente, a mejorar los programas educativos en salud oral y hacerlos eficientes.

HIPÓTESIS

La comunidad de la etnia Mapuche-Williche de la Isla Huapi, posee creencias, conocimientos y prácticas en salud oral con características propias de esa comunidad.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Describir creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población indígena mapuche-williche de la Isla Huapi.

Objetivos Específicos

- Identificar creencias, conocimientos y prácticas en salud oral según sexo y edad
- Comparar creencias, conocimientos y prácticas en salud oral según sexo y edad.
- Establecer la coherencia entre prácticas con creencias y conocimientos en salud oral según sexo y edad.

MATERIAL Y MÉTODO.

El estudio realizado es de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional, de corte transversal.

El universo correspondió al total de la población de la Isla Huapi, año 2009, N=417 habitantes (6). El diseño muestral fue no probabilístico por conveniencia, entrevistándose a un total de 77 personas, que cumplieron con los criterios de inclusión que fueron: personas de ambos sexos, mayores de 10 años, residentes en Isla Huapi, con a lo menos un apellido de origen mapuche.

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación guiada de una batería de cuestionarios que contempla los siguientes instrumentos:

- Datos sociodemográficos
- Cuestionario de ansiedad dental de Corah
- Cuestionario de autoeficacia dental de Lawrence
- Cuestionario de locus de control dental de Kneck
- Cuestionario de creencias en salud oral de Nakazono
- Cuestionario de conocimientos en salud
- Cuestionario de creencias y prácticas en salud oral

Previo a la aplicación de los cuestionarios, se solicitó el consentimiento informado diseñado para este estudio (Anexo 1). Posteriormente, y antes de la aplicación de los cuestionarios, se les dijo a los entrevistados que no existían respuestas correctas ni incorrectas, con el fin de evitar respuestas que no fuesen fidedignas y, que trataran de ajustarlas a los patrones socialmente esperados (29).

Plan de análisis

Se describieron las variables en base a medidas de resumen: media, mediana, moda y desviación estándar. Las variables fueron analizadas con el test de Shapiro-Wilk para determinar si su distribución fue normal o no, es decir, si las variables fueron paramétricas o no; en el caso ser paramétricas la variable se

analizó con t test o ANOVA; en el caso contrario, es decir, cuando la variable fue no paramétrica se aplicó la prueba Wilcoxon-Mann-Whitney -para comprobar diferencias de dos grupos- o la prueba de Kruskal-Wallis para 3 o más grupos. Todos los análisis se realizaron con el programa computacional STATA® 8.

Instrumentos de medición (Anexo 2)

1. Datos sociodemográficos:

Nombre, sexo, edad, estado civil, situación laboral, ingreso familiar mensual en pesos, personas por hogar y años de escolaridad del entrevistado.

2. Cuestionario de Ansiedad Dental de Corah (48)

De confiabilidad y validez demostrada, y ampliamente utilizado y aceptado en las investigaciones odontológicas (42,48).

El cuestionario consta de cuatro preguntas, con cinco alternativas de respuesta, cada una de las cuales tiene una puntuación que va de 1 á 5. Lo que permite un puntaje final que va de 4 (no ansioso) á 20 puntos (extremadamente ansioso). A mayor puntaje se establece que el paciente es más ansioso (46,48).

- Relajado: 4 á 7 puntos
- Inquieto: 8 á 11 puntos.
- Tenso: 12 á 14 puntos.
- Ansioso: 15 á 17 puntos.
- Fobia Dental: 18 á 20 puntos.

Individuos con valores de 12 puntos y mayores son considerados con ansiedad dental, sobre 15 puntos con ansiedad severa, y bajo 14 con ansiedad moderada (43,45).

Como es socialmente aceptado, el tener miedo al dentista hace que poca gente tenga la necesidad de estar a la defensiva cuando se le consulta al respecto, por lo que las respuestas son altamente fidedignas (48).

3. Cuestionario de Autoeficacia Dental de Lawrence.

El cuestionario consta de dos partes, una primera sobre autoeficacia relacionada con el cepillado y la limpieza interdental, que posee 6 preguntas; y una segunda parte, sobre autoeficacia relacionada con las visitas al dentista, que consta de 7 preguntas.

Cada pregunta tiene 4 posibles respuestas con un puntaje determinado:

- Completamente seguro que si = 4 puntos
- Bastante seguro que si = 3 puntos
- Bastante seguro que no = 2 puntos
- Completamente seguro que no = 1 punto.

Se calcula la suma total de los puntajes, que pueden ir de 13 a 52 puntos, donde mientras mayor sea el puntaje final, mayor será la autoeficacia. Los rangos utilizados son: (23)

- 13 á 40 puntos: baja autoeficacia.
- 41 á 52 puntos: alta autoeficacia.

4. Locus de Control Dental de Kneekt (36)

El cuestionario de Locus de Control de Kneekt, modificado de la Escala de Creencias Dentales de Wolf y col., consta de 8 preguntas cada una de las cuales consta de 4 alternativas de respuesta: totalmente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, parcialmente en desacuerdo, totalmente en desacuerdo. Con puntajes que van de 1 á 4 puntos.

El puntaje mínimo por pregunta lo recibe la alternativa que implícitamente corresponda a un locus de control tendiente al polo externo, y el puntaje mayor a la alternativa que corresponda a un locus de control tendiente al polo interno. Por lo que puntajes finales mayores son indicadores de un locus de control más cercano al polo interno. Los puntajes fluctúan entre 8 y 32 (36).

5. Cuestionario de creencias en salud oral de Nakazono (27)

Basado en el modelo de creencias en salud de Rosenstock y Houchbaum, consta de 18 preguntas, cada pregunta con cuatro alternativas de respuesta:

- Muy en desacuerdo: 1 punto.
- Medianamente en desacuerdo: 2 puntos.
- Medianamente de acuerdo: 3 puntos.
- Muy de acuerdo: 4 puntos.

Los puntajes obtenidos fluctúan desde los 18 á 72 puntos, puntajes mayores indican creencias más positivas o favorables en salud oral.

Las preguntas se encuentran agrupadas en seis ámbitos teóricos, según el modelo de creencias en salud:

- Severidad percibida.
- Importancia percibida
- Barreras
- Motivación
- Beneficios
- Efectividad

6. Cuestionario de Conocimientos en Salud Oral

Consta de 21 afirmaciones sobre conocimientos en salud oral a cada una de las cuales los entrevistados deben responder si son verdaderas, falsas o no saben, que tienen valores:

- Correctas = 1 punto
- Incorrectas y No sabe = 0 puntos

7. Creencias sobre etiología de la patología dental

Consta de cinco problemas de salud oral a los cuales los entrevistados deben asignar en orden decreciente tres posibles causas entre ocho, según sus creencias.

8. Prácticas asociadas a patologías dentales

Consta de cinco problemas de salud oral a los cuales los entrevistados deben asignar en orden decreciente tres prácticas que realizan en esas determinadas situaciones.

9. Percepción sobre la importancia de la salud oral y barreras percibidas para el tratamiento dental

Consta de 7 afirmaciones, cada una de las cuales tienen cinco opciones de respuestas que van desde “completamente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”, pasando por “ni acuerdo ni en desacuerdo”.

10. Conductas preventivas en salud oral

Se pregunta la frecuencia de conductas preventivas en salud bucal.

11. Cuidado de la salud oral de los hijos

Se pregunta por la frecuencia de conductas preventivas en el cuidado de la salud oral de los hijos(as) de los entrevistados.

RESULTADOS

Sexo

Del total de la muestra (n=77), un 46.75% corresponde a hombres (n=36) y un 53.25% a mujeres (n=41).

Edad

La edad promedio fue de 32.4 años, con una moda de 10 años y una mediana de 30 años. La variable no se distribuye normalmente.

Tabla 1. Distribución según grupo etario

Grupo etario	Rango etario	n	Porcentaje (%)
1	0-14 años	19	24.68
2	15-30 años	20	25.97
3	31-60 años	29	37.66
4	61 años y más	9	11.69

Estado civil

Un 45.45% dijo ser soltero, un 24.68% casado, un 23.38% conviviente, un 5.19% viudo y un 1.3% separado.

No existe diferencia estadísticamente significativa del estado civil según la previsión. ($p > 0.05$).

Ingreso Familiar y Previsión

Una parte importante de la muestra no declaró cuál era el ingreso familiar mensual promedio, lo que dificultó la caracterización de la muestra en lo referente al nivel socioeconómico.

Sin embargo, un dato que puede orientar el nivel socioeconómico es el hecho de que casi la totalidad pertenece a Fonasa A (94.81%), cuyos criterios de inclusión corresponden a la carencia de recursos necesarios para ser declarado como "Calificador de Derecho o Indigente" (50), mientras que el pequeño porcentaje restante se distribuye entre los tramos B y C.

Situación laboral

Un 88.31 % de la muestra no posee un empleo con salario mensual regular. Al comparar por sexo se obtuvieron diferencias significativas ($p < 0.05$), reportando una mayor frecuencia de empleo regular los hombres, 77.7% versus un 22.2% de las mujeres.

Un 83.93% de los mayores de 18 años no posee un empleo con salario mensual regular. Dentro de los que trabajan, la mayoría se desempeña como trabajadores no calificados dedicados a la actividad agropecuaria, uno como profesional de la enseñanza básica, uno como trabajador de servicios y uno como trabajador no calificados (49).

Personas por hogar

La media fue de 4.16 personas por hogar (D.E. 1.57), con un mínimo de 1 y un máximo de 8 personas por hogar.

Frecuencia de consultas dentales

La frecuencia de visitas al servicio dental chileno durante los últimos dos años, se midió tanto por urgencias dentales como por consultas por tratamiento dental.

Tabla 2. Frecuencia de visitas al servicio dental por urgencia en los últimos 2 años

N° de Visitas	n	Porcentaje (%)
0	34	44.16
1	26	33.77
2	9	11.69
3	6	7.79
5	2	2.60
Total	77	100

Respecto de la atención dental por tratamiento, el 97.40 % de la muestra nunca lo ha hecho durante los últimos dos años.

Al comparar las consultas, tanto de urgencia como tratamiento, no se encontró diferencias significativas según sexo ($p>0.05$).

Las diferencias por grupo etario no son significativas ($p>0.05$), ya sea en consultas por tratamiento dental o por urgencia, aunque en ésta se acerca a los valores de significación, con un $p=0.13$.

Determinantes de Conductas en Salud Oral

1. Ansiedad dental

Tabla 3. Nivel de Ansiedad Dental y diferencias según sexo y grupo etario

	Promedio escala de Corah (D.E.)	Nivel de ansiedad	Diferencias según sexo	Dif. según grupo etario
Ansiedad dental	11.76 (3.28)	Inquieto	No	No

El promedio fue de 11.76 puntos en la escala de ansiedad dental de Corah, con una D.E de 3.28, un mínimo de 4 y un máximo de 19. Esta variable se distribuye normalmente dentro de la población.

Al comparar por sexo, si bien los hombres obtuvieron una media de 11.04 y las mujeres una de 12.39, no se encontraron diferencias significativas ($p=0.07$).

La ansiedad no se relaciona con la frecuencia de visitas al dentista en los últimos 2 años ($p>0.05$), ya sea para solicitar tratamiento o para dar solución a las urgencias dentales.

2. Autoeficacia

Tabla 4. Nivel de Autoeficacia dental y diferencias según sexo y grupo etario.

	Puntaje promedio (D.E)	Nivel de autoeficacia	Dif. según sexo	Dif. según grupo etario
Autoeficacia dental	31.90 (5.27)	Baja	Si*	No

*Hombres = 30.08 (D.E. 5.17); mujeres 33.51 (D.E. 4.87).

La variable se distribuye normalmente en la población, con un promedio de 31.90 puntos (D.E.=5.27) y una moda de 32.

Según sexo, los hombres obtienen una media de 30.08 (D.E.=5.17) y las mujeres de 33.51 puntos (D.E.=4.87), obteniéndose diferencias significativas entre ambos grupos ($p < 0.05$).

El cálculo del coeficiente de correlación de Pearson ($r = 0.08$) nos dice que el número de años cursados no se relaciona con una mayor Autoeficacia Dental Total, aun cuando el $p = 0.52$.

La frecuencia de cepillado es una variable predictora de la Autoeficacia Dental ($R^2 = 0.15$), aún cuando la relación es débil (Coeficiente de correlación de Pearson $r = 0.38$).

3. Locus de control dental

Tabla 5. Puntajes de locus de control dental y diferencias según sexo y grupo etario.

	Puntaje promedio (D.E)	Tendencia al Polo	Dif. según sexo	Dif. según grupo etario
Locus de control dental	17.38 (3.92)	tendencia al polo externo	Si*	Si (p=0.0001)**

* Hombres = 18.36 (D.E 3.44); mujeres = 16.53 (D.E. 4.16)

** Mayores de 60 años tienen puntajes más bajos que los más jóvenes

Se obtuvo una media de 17.38 puntos (D.E. 3.92), con una moda de 20. Esta variable no se comporta de manera normal en la población.

Al comparar por sexo se obtuvieron diferencias significativas ($p < 0.05$), promedio en los hombres de 18.36 (D.E. 3.44) y en las mujeres de 16.53 (D.E. 4.16).

Existe una diferencia al analizarlo por grupo etario ($p = 0.0001$). En donde la mitad de los mayores de 60 años tienen puntajes de 10 y, un tercio del grupo etario 3 tiene puntajes de 20.

El coeficiente de correlación de Pearson ($r = 0.03$) nos indica que no existe relación entre los años de escolaridad y el puntaje de locus de control ($p > 0.05$)

La frecuencia de cepillado es predictora del Locus de Control (R cuadrado = 0.06), con una relación débil (coeficiente de correlación de Pearson = -0.25).

4. Creencias en salud oral

Las preguntas se asociaron por constructos teóricos según la literatura (27)

Tabla 6. Creencias en salud oral separada por constructo teórico y diferencias según sexo y grupo etario

Constructo teórico	Media (D.E.)	Diferencias por sexo ($p < 0.05$)	Diferencias por grupo etario ($p < 0.05$)
Severidad percibida	3.47 (0.48)	no	Si ($p = 0.0022$)**
Importancia percibida	3.64 (0.40)	no	No
Barreras percibidas*	2.53 (0.72)	no	No
Motivación	3.22 (1.07)	Si ($p = 0.0032$)***	No
Beneficios*	2.63 (0.63)	no	No
Efectividad	3.57 (0.75)	no	No

* Variables con distribución normal

** Sin embargo, la mayoría de cada grupo etario tiene puntajes superiores a 3.

*** La mayoría (75%) de las mujeres tienen puntajes de 4.

5. Conocimientos en salud oral

Tabla 7. Conocimientos en Salud Oral y diferencias según sexo y grupo etario.

	% de respuestas correctas	Clasificación de los conocimientos	Dif. según sexo	Dif. según grupo etario
Conocimientos en Salud Oral	62.64 %	No adecuados	No	No

El promedio de conocimientos alcanzados proporcionalmente por la muestra estudiada, fue de 62.64%. Al aplicar la prueba de Shapiro-Wilk se encontró que el nivel de conocimientos tiene una distribución normal, aunque límite. Esto se evidencia en que la mediana del porcentaje de preguntas correctas fue de 61.9 %, pero la moda de 71.43%.

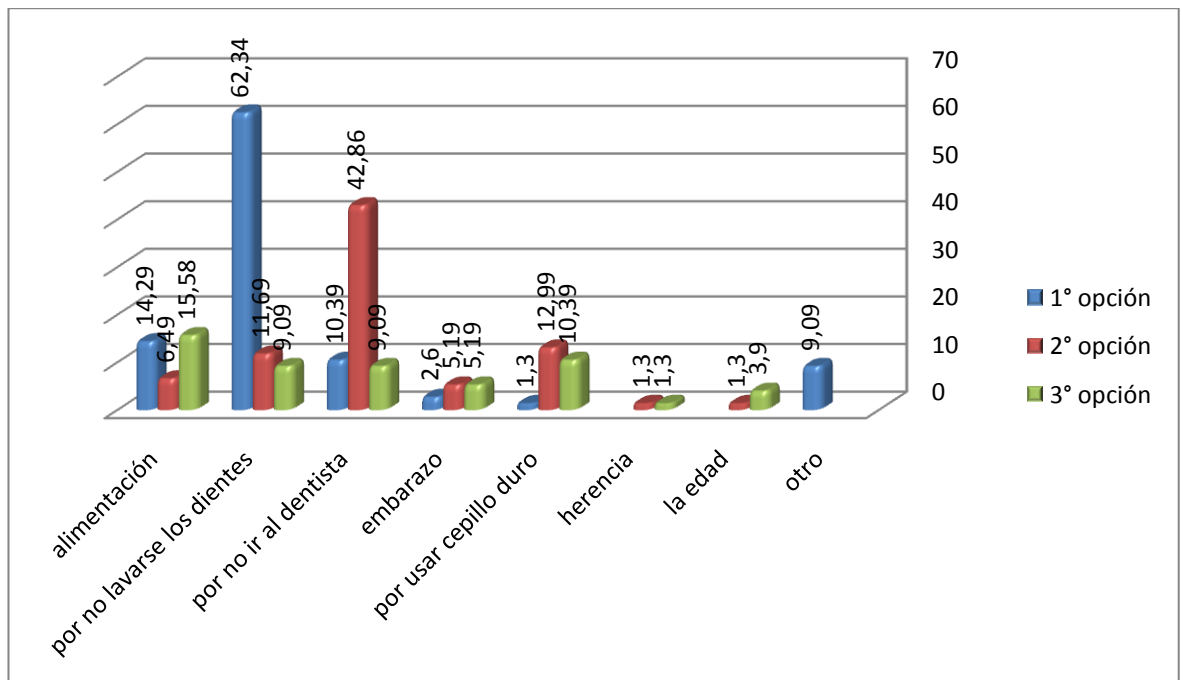
Al comparar el porcentaje de respuestas correctas por sexo, los hombres obtuvieron un 60.71% y las mujeres un 64.34%. Mediante la aplicación de la prueba de T de Student, se determinó que no existe diferencia entre ambos grupos ($P>0.05$).

Al mismo tiempo, al comparar diferencias por grupo etario, se determinó que no existe diferencia significativa ($p>0.05$).

6. Prácticas y creencias en Salud oral.

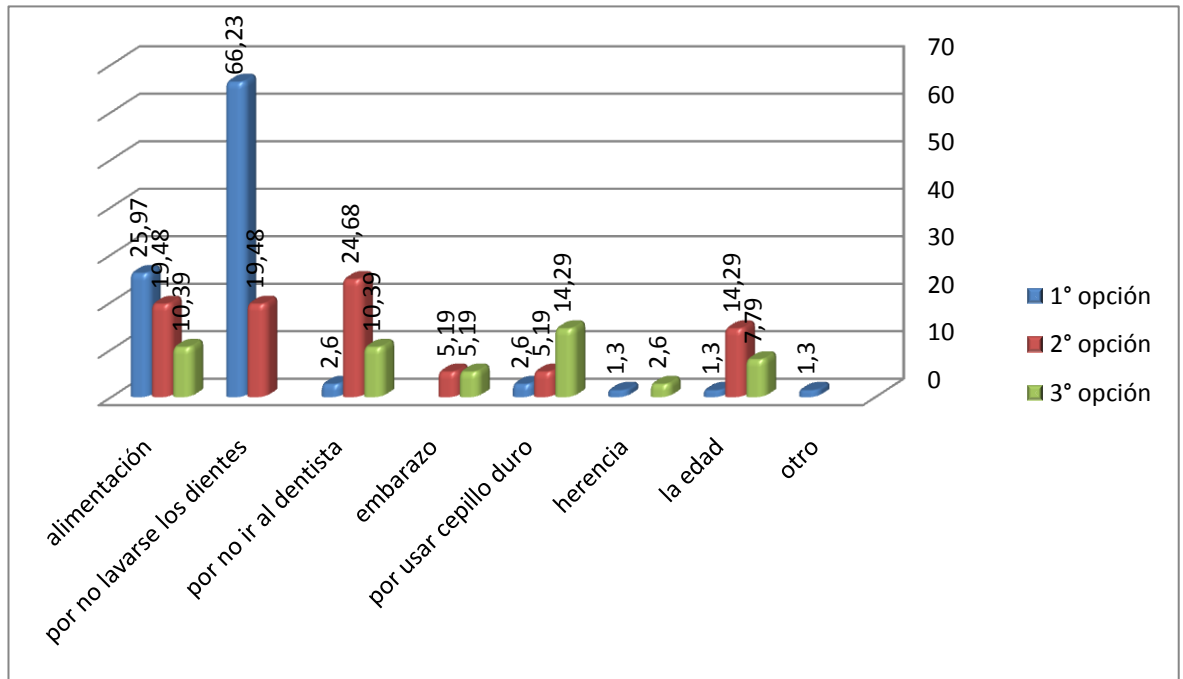
A. Prácticas asociadas a patologías dentales

Gráfico 1. Creencias sobre la etiología del “dolor de muelas”.



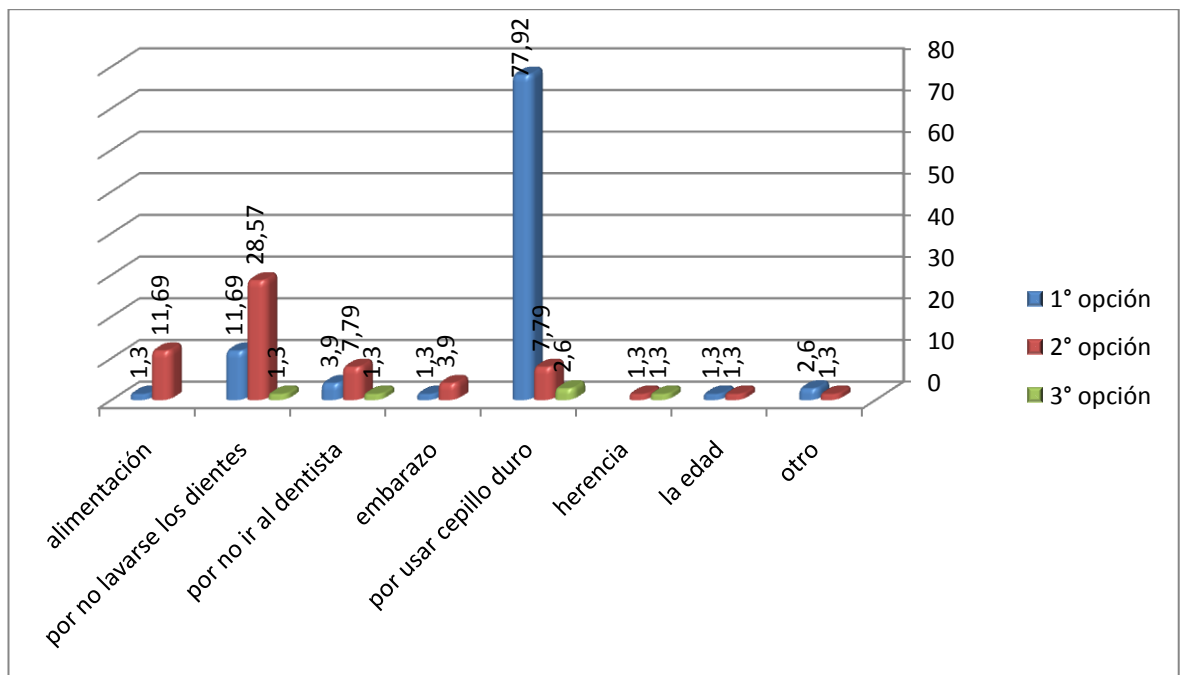
En ninguna de las causas existen diferencias significativas ($p<0.05$) según sexo o grupo etario.

Dentro del ítem “otra causa” se relatan: caries, “de aire” y “pasma”. Estas últimas dos corresponden a representaciones de la medicina tradicional o popular (9,10).

Gráfico 2. Creencias sobre la etiología de la caries dental.

Existen diferencias significativas ($p < 0.05$) según sexo y grupo etario cuando se define como causa el “no ir al dentista”. Esta es descrita más frecuentemente por las mujeres y, el grupo etario de 15 á 30 años que, casi en su totalidad, no la describe.

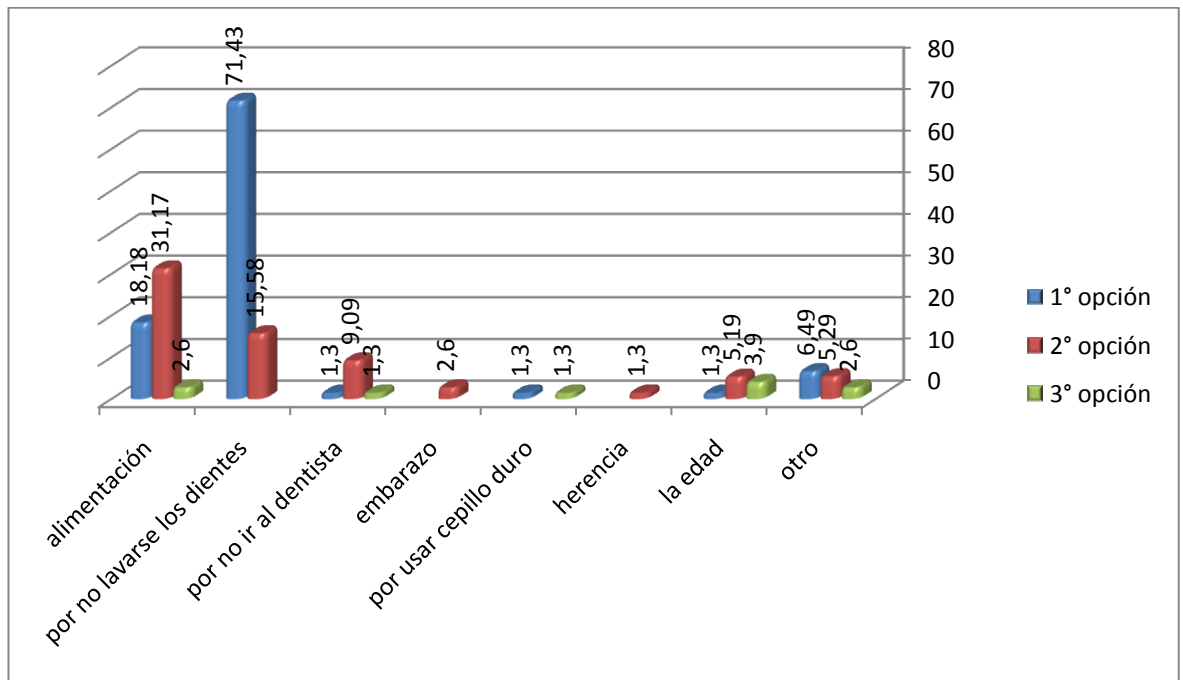
Todas las otras causas no presentan diferencias significativas ni por sexo ni por grupo etario ($p > 0.05$).

Gráfico 3. Creencias sobre la etiología del sangramiento de las encías.

Ninguna de las causas presenta diferencias significativas según sexo ni grupo etario.

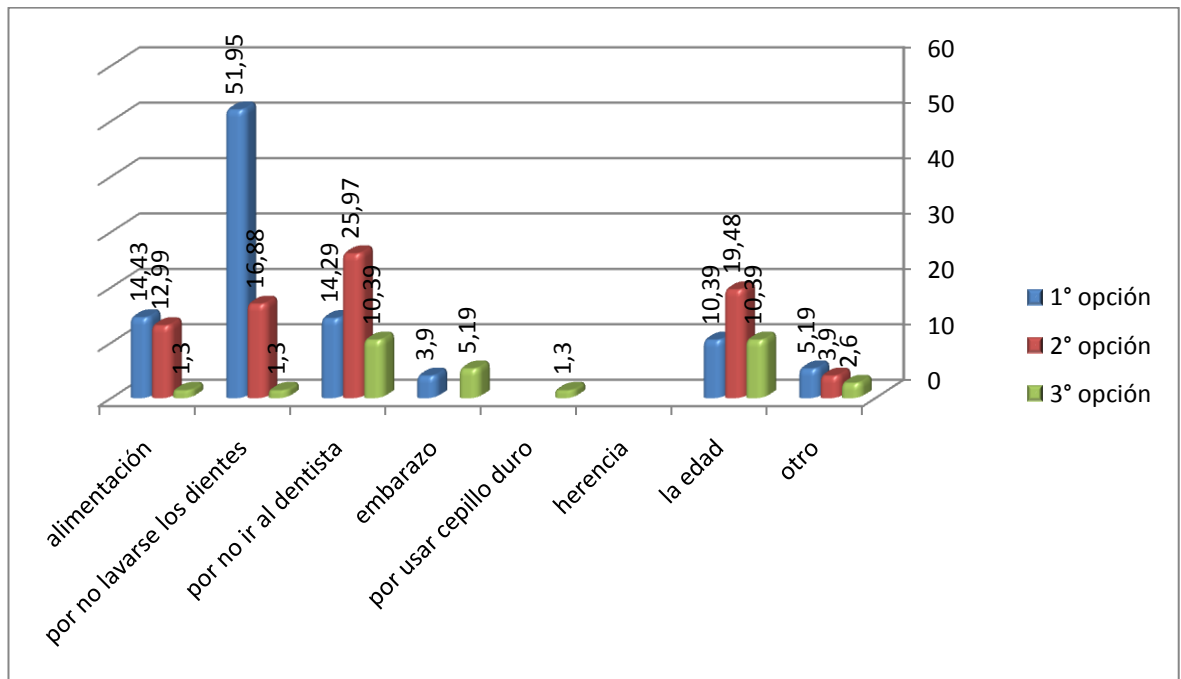
Dentro de la opción otro, se nombra: infección en las encías o “encías sensibles”.

Gráfico 4. Creencias sobre la etiología del mal aliento.



La causa “edad” presenta diferencias significativas por sexo ($p < 0.05$), siendo mayor la creencia en hombres que en mujeres.

Todas las otras causas no presentan diferencias significativas según sexo ni grupo etario. Dentro de las otras causas se citan: caries, consumo de medicamentos y otras afecciones sistémicas, como problemas gástricos.

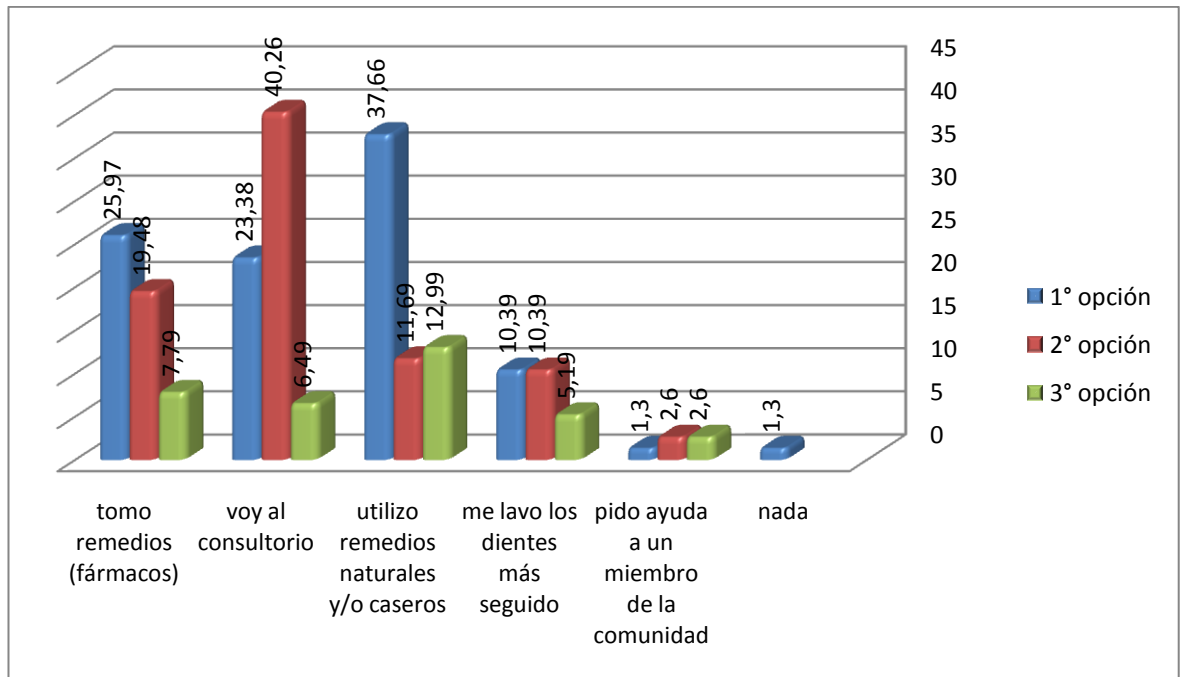
Gráfico 5. Creencias sobre la etiología de la pérdida dentaria.

La causa “embarazo” presenta diferencias significativas por grupo etario ($p < 0.05$), con una mayor cantidad de preferencias como 1ª opción para el grupo etario de 31 á 60 años y una mayor preferencia como 3ª opción para el grupo etario de 0 á 14 años.

Dentro de las causas nombradas en otros, se incluyen: caries y descalcificación.

B. Prácticas asociadas a patologías dentales

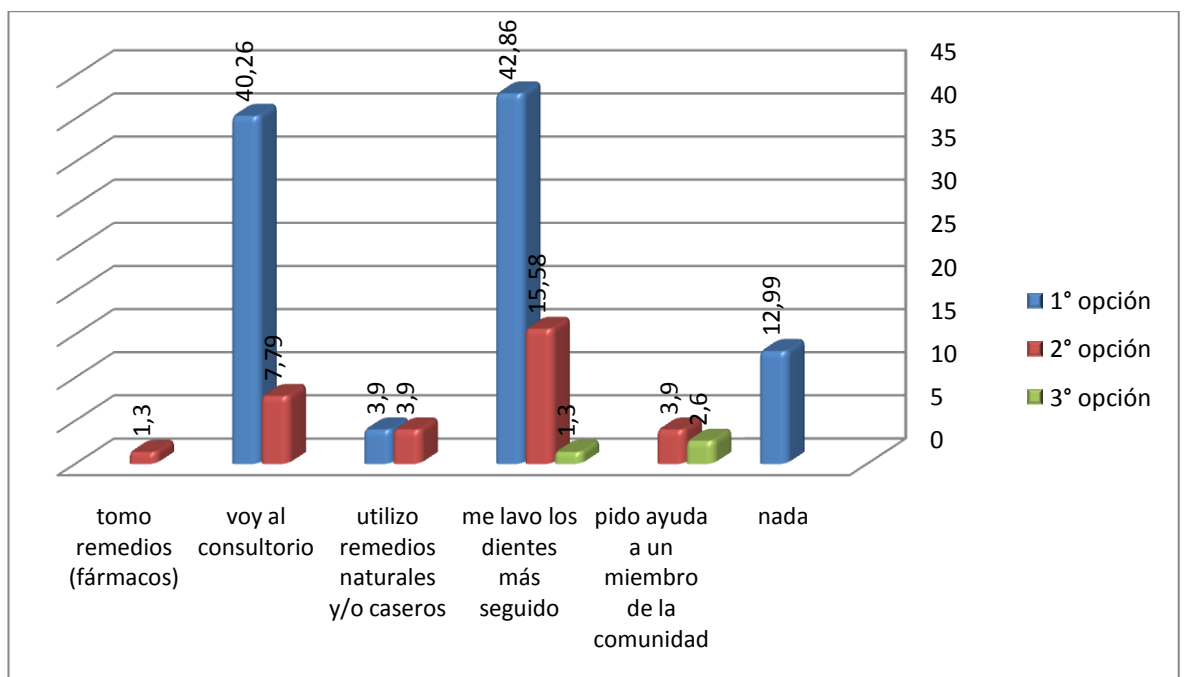
Gráfico 6. Prácticas asociadas a “dolor de muelas”



En todas las prácticas no existen diferencias significativas según sexo ni grupo etario ($p > 0.05$).

Cabe destacar el alto porcentaje (62.34%) que utiliza remedios naturales y/o caseros para el tratamiento de las odontalgias.

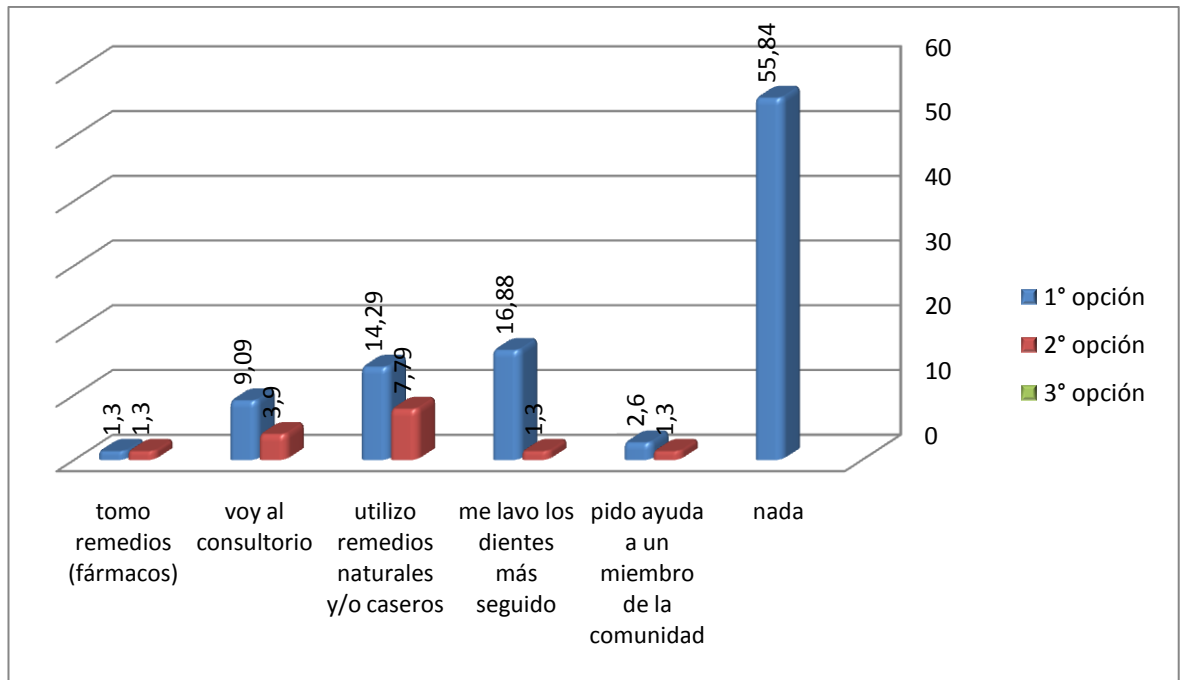
Gráfico 7. Prácticas asociadas a caries



Existen diferencias significativas por sexo en la práctica “utilizó remedios naturales y/o caseros” ($p < 0.05$); los hombres la eligen como primera opción y las mujeres como segunda.

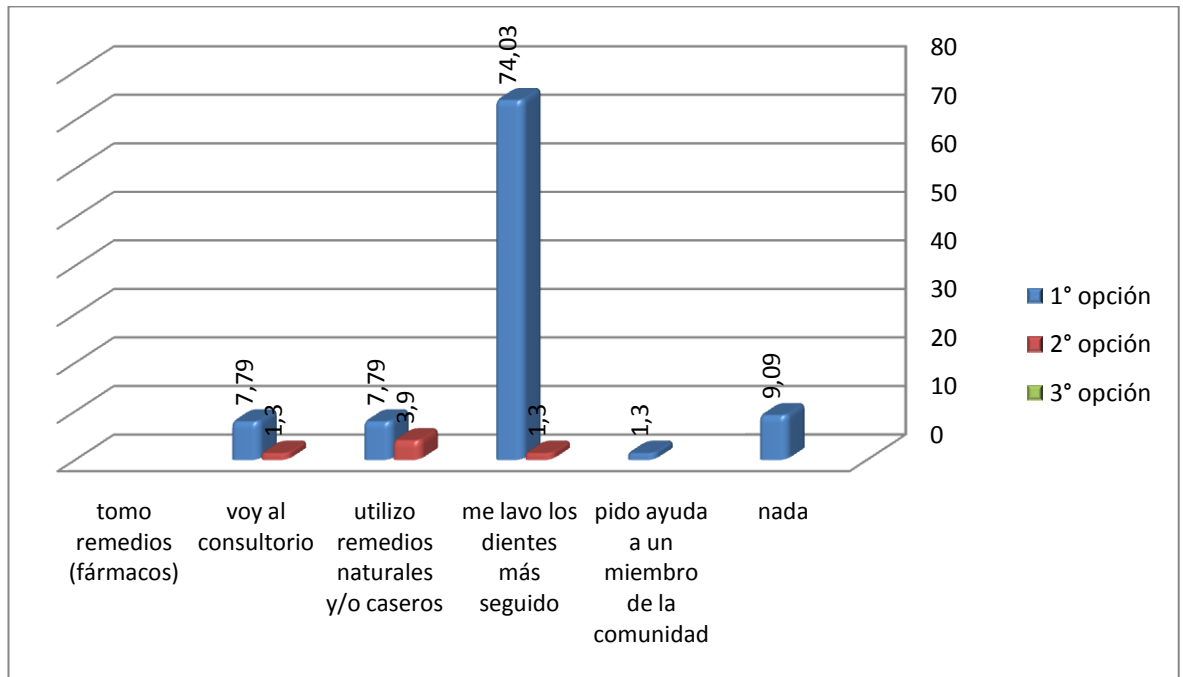
En todas las otras prácticas no existen diferencias significativas según sexo ni grupo etario.

Gráfico 8. Prácticas asociadas a sangramiento de encías.



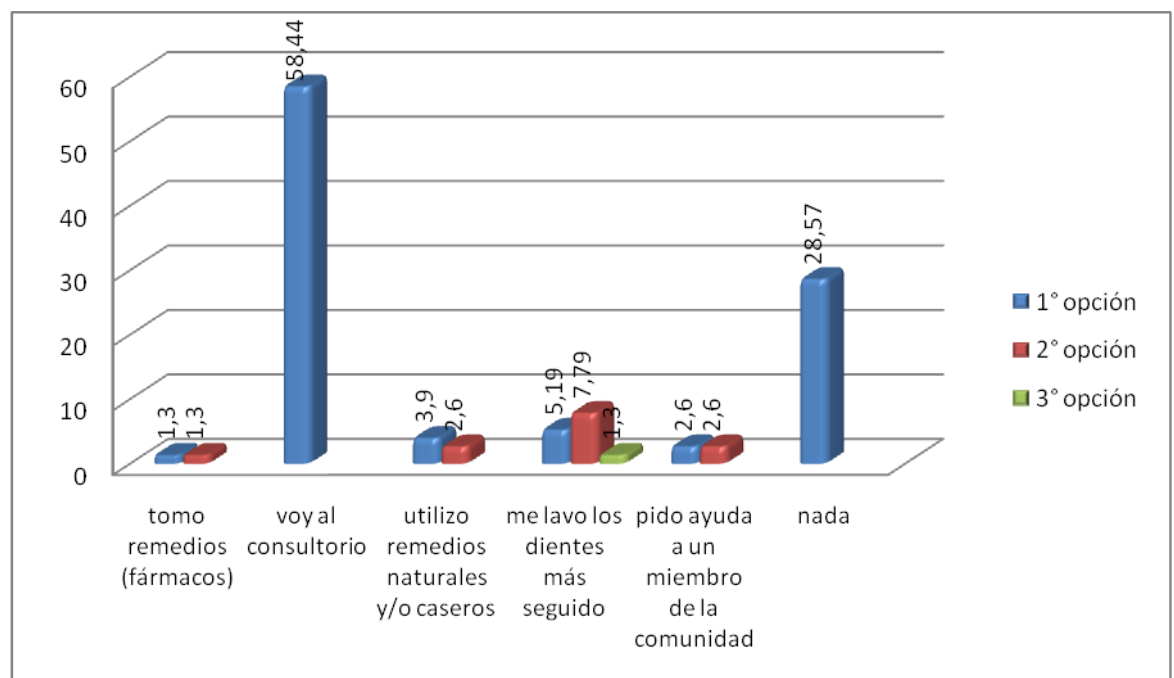
No existen diferencias significativas al analizar las prácticas según sexo y grupo etario ($p > 0.05$).

Destaca el alto porcentaje de personas que no realiza ninguna práctica para enfrentar el sangramiento gingival.

Gráfico 9. Prácticas asociadas a mal aliento.

No existen diferencias significativas ($p > 0.05$) al analizar las prácticas según sexo ni grupo etario.

Resalta el alto porcentaje que realiza el cepillado dental más frecuentemente.

Gráfico 10. Prácticas asociadas a pérdida dentaria.

No existen diferencias significativas ($p > 0.05$) al analizar las causas según sexo ni por grupo etario.

Se observa que casi el 60% solicita atención en el servicio dental luego de haber perdido una pieza dentaria.

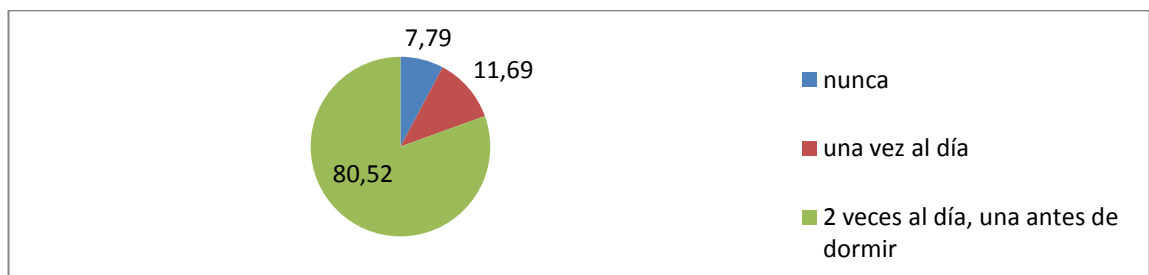
C. Percepción sobre la importancia de la salud oral y barreras percibidas para el tratamiento dental.

Tabla 8. Distribución de la importancia percibida de la salud oral y las barreras percibidas para el tratamiento dental según sexo y grupo etario.

Afirmación	Puntaje Promedio (D.E.)	Diferencia por sexo ($p < 0.05$)	Dif. por grupo etario ($p < 0.05$)
Ir al dentista me da miedo	3.06 (1.29)	no	no
Ir al dentista es importante	4.53 (0.59)	no	no
La salud dental no es tan importante como la de otras partes del cuerpo	2.58 (1.22)	no	no
Cuesta acceder a tratamientos dentales	4.16 (1.08)	no	si ($p = 0.0007$)
Los tratamientos dentales son incómodos y dolorosos	4.10 (1.09)	no	no
El sangramiento de encías entorpece el cepillado	3.80 (1.70)	no	no
El dolor de muelas entorpece la vida diaria de las personas	4.79 (0.52)	no	si ($p = 0.01$)

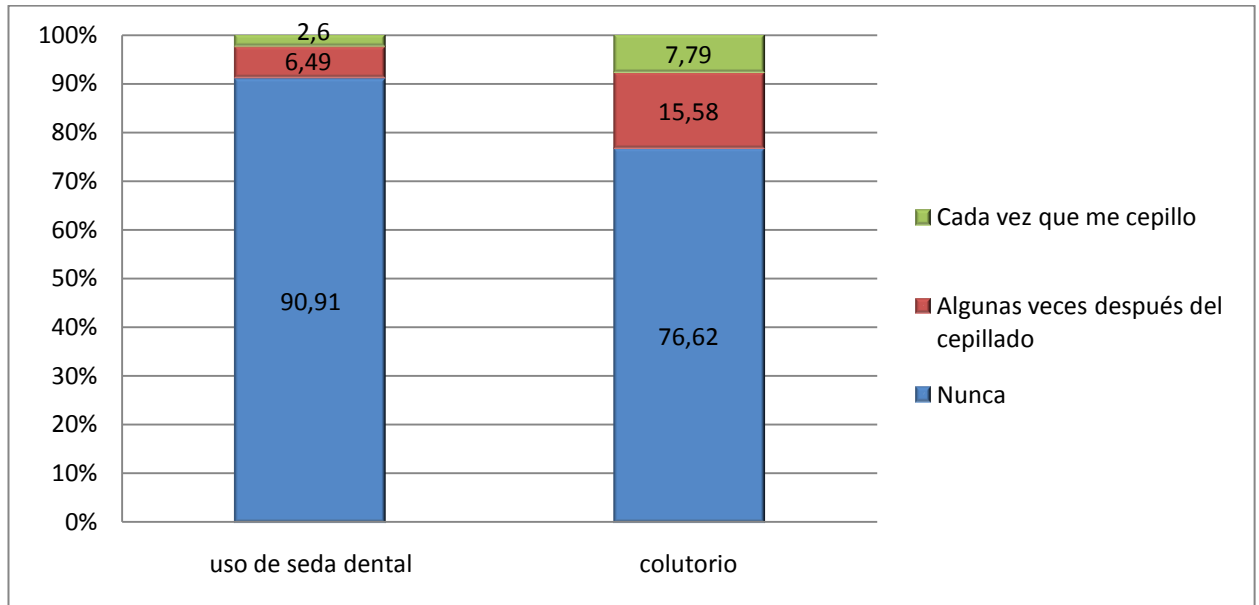
D. Conductas preventivas en salud oral

Gráfico 11. Frecuencia de cepillado dental



Existen diferencias significativas por sexo ($p < 0.05$); las mujeres se cepillan los dientes más frecuentemente que los hombres. No existen diferencias significativas ($p > 0.05$) por grupo etario.

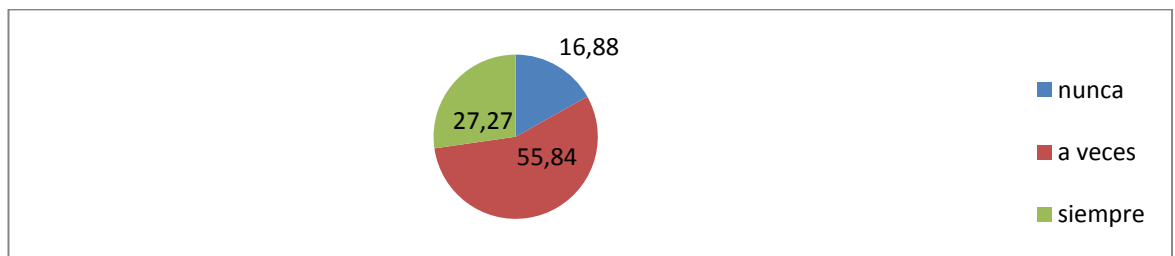
Tampoco existe relación entre la importancia percibida de la salud oral (creencias en salud oral) y la frecuencia de cepillado.

Gráfico 12. Frecuencia de uso de seda dental y colutorio.

No existen diferencias significativas ($p > 0.05$) en el uso de seda dental y colutorio según sexo o grupo etario. Sin embargo, los mayores de 60 años no reportan uso de seda dental ($p = 0.10$). Las mujeres tienen un mayor uso de colutorios ($p = 0.057$), mientras que los mayores de 60 años no lo usan ($p = 0.08$).

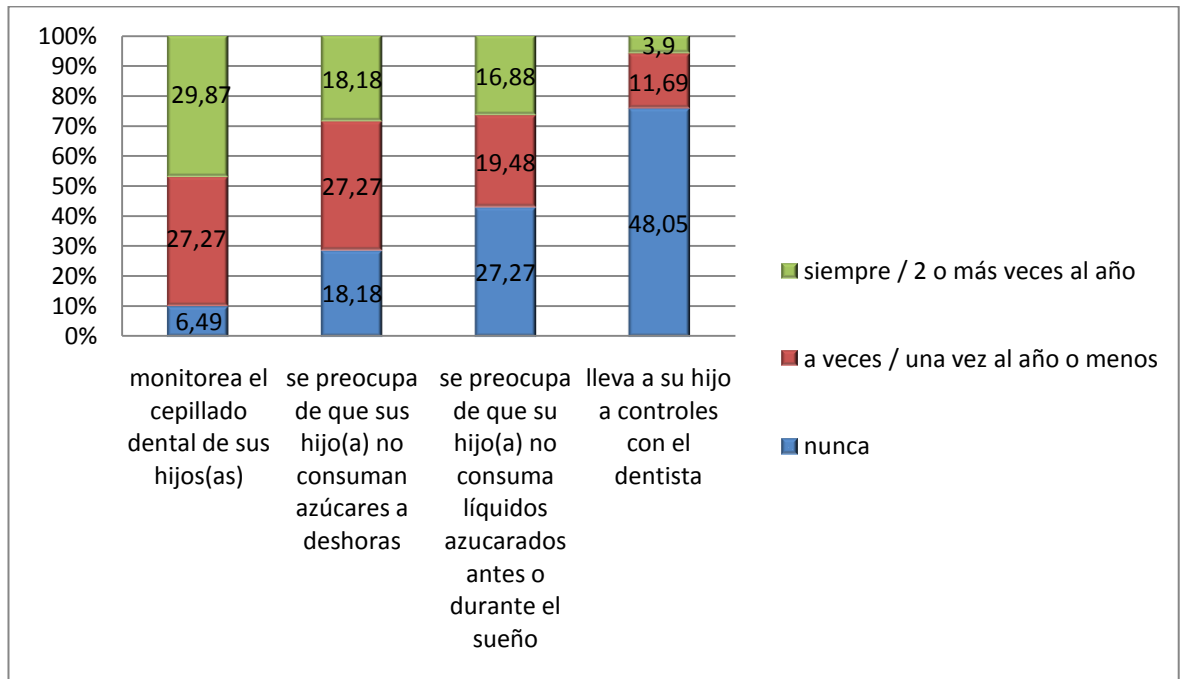
Controles preventivos

Casi la totalidad de la población (98.7%) no realiza controles preventivos con el dentista. No existen diferencias significativas por sexo ni grupo etario.

Gráfico 13. Distribución de prevención de consumo de golosinas a deshoras.

No existe diferencias significativas por sexo ($p > 0.05$), pero sí por grupo etario ($p = 0.019$). Un tercio del grupo de 0 a 14 años responde nunca, situación que se repite en los mayores de 60 años.

Gráfico 14. Frecuencia de cuidados de la salud oral de los hijos(as)



El 36.36 % de la muestra no respondió esta parte del cuestionario por corresponder a menores de 14 años.

No existen diferencias significativas por sexo ni grupo etario ($p > 0.05$) en ninguna de las variables.

DISCUSIÓN

Una parte importante de la muestra no declaró cuál era el ingreso familiar mensual promedio, lo que dificultó la caracterización de la muestra en lo referente al nivel socioeconómico. No obstante, tal como se indicó en los resultados, casi la totalidad pertenece a Fonasa A, de manera que este dato sirve para orientar a la muestra respecto a la vulnerabilidad en la que habitan, situación que se asocia al bajo porcentaje de personas que trabajan con un contrato formal, por una parte, pero además porque los ingresos per cápita no son suficientes para entrar al rango de modalidad libre elección.

Además, la mayor parte de la muestra no posee un trabajo con sueldo regular y sistemático; de los que lo poseen la mayoría son hombres, situación que tiende a reproducir las tasas de ocupación a nivel nacional en el periodo julio-septiembre del 2009 (64% hombres versus 36.4% mujeres) (50).

Las mujeres no trabajan con sueldo regular, mayoritariamente porque se dedican a labores de dueña de casa; mientras que los hombres se encuentran cesantes o trabajan de manera independiente, mayoritariamente en labores agropecuarias.

La población sólo asiste al servicio dental chileno por razones de urgencias dentales, entendiendo éstas mayormente como dolor orofacial, lo que coincide con lo encontrado en diversas poblaciones étnicas de EE.UU. (20); esta situación puede deberse a la dificultad de acceso a prestaciones dentales.

En estudios realizados por Nakazono y col. (20), los adultos mayores (Navajos y Lakotas) reportan menos visitas al dentista. En nuestro estudio no se obtuvo diferencias significativas según grupo etario, sin embargo, existe una tendencia entre los adultos mayores de 60 años a realizar menos visitas al dentista ($p=0.13$). Es sumamente importante hacer notar la dificultad de acceso al servicio dental debido a las condiciones geográficas de la población.

En cuanto a la ansiedad dental, los resultados son compatibles con una población que se encuentra en el límite entre ser inquieto y tenso. Esto no

constituiría una barrera para la adopción de conductas preventivas en salud oral.

No existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre hombres y mujeres, sin embargo, sí hay una tendencia en las mujeres a presentar mayores niveles de ansiedad que los hombres; posiblemente si se aumentara el tamaño de la muestra, se arrojarían diferencias significativas, como las encontrado por Skaret y col (47). A diferencia de lo hallado en la literatura (42,44) no se encontró una correlación negativa entre la edad y la ansiedad dental.

La adopción de conductas positivas en salud oral se dificulta por el bajo nivel de percepción de autoeficacia dental de la población. Aumentar este indicador sería menos difícil entre las mujeres, pues ellas tienen mayores niveles de autoeficacia dental que los hombres, lo que coincide con lo encontrado en otras investigaciones (29,34,35).

Otro Determinante de Conducta en Salud oral que afecta negativamente la adopción de conductas saludables en salud oral, es la tendencia hacia el polo externo del locus de control dental que muestra este estudio, situación que se ve más acentuada entre las mujeres. Estos resultados contradicen los resultados de Knecht y col. (36). Sin embargo, este efecto negativo sería menor entre las personas más jóvenes, que tienen un locus de control dental más interno, coincidente con lo encontrado por Knecht y col. (36).

Knecht y col. (36) encontraron una asociación entre poseer estudios medios y universitarios y un locus de control dental más interno. Sin embargo, no encontramos asociación entre los años de escolaridad y el puntaje de locus de control. Estas discordancias pueden deberse a las diferencias culturales y a la poca cantidad de personas con estudios medios y universitarios en la muestra, pues la mayoría posee estudios básicos incompletos.

Los resultados muestran que las creencias en salud oral no son favorables para adquirir conductas positivas. Sin embargo, la adopción de nuevas

conductas sería más favorable entre las mujeres, que tienen creencias más positivas. Esto coincide con lo encontrado por Nakazono (27), aunque en nuestro caso sólo a nivel del constructo motivación.

Nakazono y col (27) también describen que los grupos etarios más jóvenes tienen creencias más positivas, lo que no coincide con los resultados de éste trabajo, ya que no se observaron diferencias significativas por grupo etario.

En este estudio, la causa más frecuente del dolor dental es atribuida a la falta de prácticas de higiene oral y al no recibir atención profesional. A diferencia de lo reportado por Misrachi y Sáez (9,10) y lo encontrado en investigaciones más recientes en embarazadas (53), que lo atribuyen a la presencia de caries profundas o penetrantes. Un bajo porcentaje cree que el dolor dental es provocado por un “aire” o un “pasma”, ambas entidades descritas por Misrachi y Sáez como concepciones médicas tradicionales, provocadas por cambios repentinos de temperatura o corrientes de aire.

En relación a las causas de la caries dental, existe una bajísima mención del embarazo y la herencia; y una alta frecuencia de atribución a la falta de prácticas preventivas, como lavarse los dientes y asistir al dentista, situación que no se encuentra en las investigaciones de Misrachi y Sáez (9,10); pero aún persiste una frecuencia similar en la mención de las causas asociadas a la alimentación y al uso de cepillo dentales duros.

Veinte años atrás, en las investigaciones de Misrachi y Sáez (9,10), se relataba como causa del sangramiento gingival el uso de cepillo duro, la infección en la encía, la “debilidad de la encía”, la presencia de caries, la falta de higiene y razones hereditarias. En un estudio reciente (53), las causas mencionadas son el cepillado muy fuerte, la gingivitis, la infección de la encía y la mala higiene oral, sin mención de la herencia. En nuestro estudio, existe un bajo porcentaje que atribuye el sangramiento gingival a la herencia, la debilidad de las encías y al embarazo, y aumenta el porcentaje que lo atribuye a la falta de prácticas de higiene, pero aún la mayoría lo hace al uso de cepillo duro. Como se aprecia existe una diferencia en las creencias respecto al sangramiento gingival entre las poblaciones de Isla Huapi y las de los otros estudios (poblaciones urbanas).

Existe una alta proporción, similar a la encontrada por Misrachi y Sáez (9,10), que no realiza acción alguna frente al sangramiento gingival, pues no lo consideran un problema. Por otra parte, disminuye la proporción de utilización de fármacos y remedios naturales y/o caseros.

Existe un porcentaje que asiste al consultorio frente a problemas como el dolor dental, las caries y la pérdida dentaria, sin embargo, éste no es satisfactorio. Esto se debe principalmente al casi nulo acceso al dentista, ya que la única oferta constante de atención dental gratuita se encuentra en el consultorio municipal de Futrono, lo que dificulta la búsqueda de atención dental por la excesiva distancia, la disponibilidad de traslado a través del Lago Ranco y el elevado costo de éste para la comunidad en estudio.

Se observa una coexistencia de los sistemas médicos tradicional y biomédico, lo que se pone de manifiesto en la utilización de fármacos y de hierbas naturales como tratamiento de las odontalgias, situación vista también en las investigaciones de Misrachi y Sáez (9,10)

Las totalidad de las mujeres reportan cepillarse a lo menos una vez al día, pero un 16.6% de los hombres no realiza cepillado de sus dientes, esto coincide con lo encontrado en otras poblaciones (20,34), en donde las mujeres tienen una mayor frecuencia de cepillado.

Un bajo porcentaje de la población utiliza seda dental y colutorios como medidas de higiene oral. Esto quizás se deba a su escasa o nula oferta dentro de la Isla y al alto costo de estos en las localidades cercanas.

Es importante hacer notar, que existe un sesgo de información en este ítem, dado que la manera de determinar la frecuencia de cepillado es mediante encuestas retrospectivas, lo que probablemente indujo una respuesta de mayor frecuencia del cepillado, con el objeto de ajustarse a los patrones sociales esperados (19, 29). Por otra parte, la frecuencia de cepillado no es un indicador de una buena higiene oral, ya que el cepillado cuidadoso y no sólo la frecuencia de este es importante para mantener una buena salud oral (19).

Existe una baja proporción de la población que realiza prácticas destinadas a cuidar la salud oral de sus hijos(as), lo que sugiere una baja preocupación por la salud oral de sus hijos, o bien, el desconocimiento del beneficio de estas prácticas.

CONCLUSIONES

Pese a que el objetivo de este estudio no ha estado específicamente orientado a conocer la medicina tradicional relacionada a la salud bucal de la población Mapuche-Williche de Isla Huapi; nuestros hallazgos muestran una coexistencia de los sistemas médicos tradicional y biomédico, especialmente frente a situaciones de dolor dental.

Existe, en parte de la población, una creencia de que de ciertas situaciones no constituyen problemas dentales, estos son: el sangramiento gingival, la pérdida dentaria y la caries dental.

Por otra parte, existen ciertos Determinantes de Conductas en Salud oral que influenciarían negativamente la adopción de conductas preventivas, como son: la baja autoeficacia dental, la tendencia hacia el polo externo del locus de control dental, el bajo nivel de conocimientos y ciertas creencias sobre la etiología de las patologías orales. Pero los bajos niveles de ansiedad no actuarían como una barrera en este propósito.

La frecuencia de prácticas de higiene oral es baja, así como también las destinadas al cuidado de la salud oral de los hijos(as). Esto se debe principalmente a la falta de conocimientos, tanto como a la dificultad de acceso a los elementos preventivos debido al aislamiento geográfico y a su elevado valor comercial en relación a sus medios económicos.

Asistir al consultorio para enfrentar las diversas patologías dentales es poco frecuente, a excepción del tratamiento de caries, odontalgias y pérdida dentaria, aún en estos casos los porcentajes distan de ser satisfactorios. Esto se debe principalmente al aislamiento geográfico que provoca una dificultad de acceso al servicio dental, acentuada por la falta de recursos de la población para trasladarse al consultorio más cercano

Se concluye que un programa educativo eficiente debiera enfatizar los conocimientos y creencias en salud oral, así como también debiera enfocarse

en mejorar la percepción de autoeficacia y en modificar el locus de control dental hacia el polo interno.

Es perentorio mejorar los programas promocionales y preventivos en comunidades tan aisladas como la de Isla Huapi, considerando las ventajas que presenta una población cautiva para este tipo de acciones.

SUGERENCIAS

Se sugiere continuar estudios en poblaciones indígenas, aplicando metodología cualitativa a fin de conocer comportamientos y creencias en salud oral desde la perspectiva del actor social, que hagan relevante la utilización de diversos sistemas médicos.

Asimismo, a la luz de nuestros hallazgos y de la metodología utilizada, se recomienda para futuras investigaciones, indagar sobre la existencia de agentes socializadores en salud bucal, tanto de la comunidad (incluyendo a especialistas médicos tradicionales de su cultura) como de parte del sistema sanitario que actúen como agentes de educación para la salud bucal; la disponibilidad de insumos de salud bucal y, sobretodo, la oferta de asistencia sanitaria bucal, dentro de la localidad en estudio, considerando la red de prestaciones y derivaciones en el área y la región. Estos determinantes sociales de la salud bucal, explicarían con mayor profundidad las creencias y conductas en salud oral de la población.

REFERENCIAS

1. www.ine.cl Hojas informativas de estadísticas sociales, Pueblos Indígenas de Chile, Censo 2002, INE. Gobierno de Chile, Programa Origenes, Mideplan-BID. Visitado el 20/03/2009.
2. Oyarce A. y Pedrero M. Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del area lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur. Ministerio de Salud de Chile, Febrero 2009
3. OIT. Convenio 169, sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Santiago, Oficina Internacional del Trabajo, 2006
4. www.meteochile.cl Direccion Meteorologica de Chile. Dirección General de Aeronautica Civil. Visitado el 28/12/09
5. www.ine.cl. Censo nacional 2002. Gobierno de Chile, INE. Visitado el 20/03/2009.
6. www.municipalidadfutrono.cl. Casen II, Programa de salud Municipalidad de Futrono 2008. Visitado el 11/08/2008.
7. www.municipalidadfutrono.cl. Plan de Salud 2008. Ilustre municipalidad de Futrono, Departamento de Salud Municipal. Visitado el 11/08/2008.
8. Fajreldin V (2009). Material teórico básico sobre cultura y salud. Apuntes del curso de Salud Pública I. Universidad de Chile, Facultad de Odontología, Área de Salud Pública.
9. Misrachi L. y Sáez S (1990). Cultura popular en relación a la salud bucal, en sectores urbanos marginales. Enfoques en atención primaria, 5 (1), 1990.
10. Misrachi L y Sáez S (1988). Valores, creencias y practicas populares en relación a la salud oral. Cuad Méd-Soc, XXX, 2, 27-33
11. OMS (2005). Sexta conferencia internacional para la promoción en salud. Carta de Bangkok para la promoción de salud en un mundo globalizado. www.who.int Visitado el 01/09/2009.
12. Langer A. (1995). Condiciones de la mujer y salud reproductiva en México. Ciências Sociais e medicina. Actualidades e perspectivas latinoamericanas, Centro de pesquisas das doenças materni infantiles; p 21.

13. OPS (2007). Propuesta de un modelo teórico, desde la experiencia del Programa Cubano de Educación en Diabetes. www.paho.org Visitado el 01/09/2009.
14. Vanegas J. Epidemiología social y determinantes sociales de la salud. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, Septiembre 2005
15. Frenz P. Desafíos en salud pública de la reforma: equidad y determinantes sociales de la salud. Ministerio de Salud de Chile. www.minsal.cl Visitado el 07/08/2009.
16. Petersen PE (2009). Global policy for improvement of oral health in the 21st century-implications of oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. Community Dent Oral Epidemiol; 37:1-8.
17. Powell LV (1998). Caries prediction: a review of the literature. Community Dent Oral Epidemiol; 26:361-71.
18. Rojas S y Serey J (2009). Determinantes de conductas en salud oral de embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas usuarias del servicio de atención primaria de la comuna de Independencia. Trabajo de investigación para optar al título de cirujano dentista. U de Chile.
19. Finlayson TL, Siefert K, Ismael AI, Sohn W (2007). Maternal self-efficacy and 1-5 year-old children's habits. Community Dent Oral Epidemiol; 35:272-281
20. Davidson PL y Andersen RM (1997). Determinants of dental care utilization for diverse ethnic and age groups. Adv Dent Res; 11(2):254-262
21. Davidson PL, Rams TE, Andersen RM (1997). Socio-behavioral determinants of oral hygiene practices among USA ethnic and age groups. Adv Dent Res:11(2);245-253.
22. www.minsal.cl Perfil Epidemiológico. Diagnóstico de Situación de Salud Bucal. Visitado el 11/08/2008
23. Misrachi C y Sassenfeld A (2007). Instrumentos para medir variables que influyen en las conductas de salud oral. Rev Dent de Chile; 99(2):28-31.
24. www.rae.es. Diccionario de La Real Academia de la Lengua Española. Visitado el 15/11/09.

25. Bandura A (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*; 31(2): 143-164 (April 2004)
26. Misrachi C (1993). Documento n°3: Estrategias y métodos para la promoción de la salud. REDES Red Chilena de Proyectos Sociales
27. Nakazono TT, Davidson PL, Andersen RM (1997). Oral health beliefs in diverse population. *Adv Dent Res*: 11(2);235-244.
28. Borowska ED, Watts TLP, Weinman J (1998). The relationship of health beliefs and psychological mood to patients adherence to oral hygiene behavior. *J Clin Periodontol* 25:187-193.
29. Syrjälä A-MH, Knecht MC, Knuutila MLE, (1999). Dental self-efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. *J Clin Periodontol*; 26:616-621.
30. Bandura A (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Development Psychology*; 29:729-735.
31. Bandura A (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
32. Hodges CB (2008). Self-efficacy in the context of online learning environment, a review of the literature and directions for research. *Performance Improvement Quarterly*; 20(3-4): 7-25.
33. Stewart JE, Strack S, Graves P (1997). Development of oral hygiene self-efficacy and outcome expectancy questionnaires. *Community Dent Oral Epidemiol*; 25:337-42.
34. McGaul KD, Glasgow RE, Gustafson C (1985). Predicting levels of preventive dental behaviors. *JADA*; 111:601-605.
35. Tedesco L, Keffer M, Fleck K, Johannson J, Christersson L, Albino J, Genco R (1988). Cognitive and oral health reports. *J Dent Res* 67:278.
36. Knecht MC, Syrjälä AMH, Knuutila MLE (1999). Locus of control beliefs predicting oral and diabetes health behavior and health status. *Acta Odontol Scand*; 57:127-131.
37. McGregor IDM, Regis D, Balding J (1997). Self-concept and dental health behaviours in adolescents. *J Clin Periodontol*; 24:335-339.
38. Galgut PN, Waite IM, Todd-Pokropek A y Barnby GJ (1987). The relationship between multidimensional health locus of control and the performance of subjects on a preventive periodontal programme. *J Clin Periodontol*; 14:171-175.

39. Rotter JB (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monographs*;80;1-28.
40. Wolfe GR, Stewart JE, Hartz GW (1991). Relationship of dental coping beliefs and oral hygiene. *Community Dent Oral Epidemiol* 19: 112-5.
41. Duke MP y Cohen B. (1975) Locus of control as an indicator of patient cooperation. *Journal of the American College of Dentists*; 42:174-178.
42. Acharya S (2008). Factors affecting dental anxiety and beliefs in an Indian population. *Journal of Oral Rehabilitation*; 35: 259-267.
43. Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D (1999). Age of onset of dental anxiety. *J Dent Res*; 78(3):790-796.
44. Locker D y Liddell AM (1991). Correlates of dental anxiety among older adults. *J Dent Res*; 70(3):198-203.
45. Locker D (2003). Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol*; 31:144-51
46. Vermaire JH, de Jong A, Aartman IHA (2008). Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol*; 36:409-416.
47. Skaret E, Kvale G, Raadal M (2003). General self-efficacy, dental anxiety and multiple fears among 20-year-olds in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*; 44:331-337.
48. Corah NL (1969). Development of the dental anxiety scale. *J Dent Res*; 48(4):596.
49. www.ilo.org. Clasificación Internacional Uniforme Ocupaciones (CIUO - 88). Organización Internacional del Trabajo. 1988. Visitado el 01/12/2009.
50. www.Fonasa.cl Beneficiarios tramo A. Visitado el 25/11/09.
51. www.ine.cl Situación de la fuerza de trabajo nivel nacional y tasas, según sexo y período. Trimestre julio 2009 – septiembre 2009. Visitado el 26/11/09.
52. www.ssvaldivia.cl Servicio de Salud de Valdivia. Visitado el 10/12/2009
53. Hidalgo A y Seminario N (2009). Representaciones sociales y prácticas terapéuticas en salud bucal de embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. Trabajo de Investigación para optar al Título de Cirujano Dentista.

ANEXO 1

Consentimiento voluntario: 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 describir las creencias, prácticas y conocimientos sobre salud oral de la población de Isla Huapi, Chile. Para lo cual usted deberá responder una encuesta de aproximadamente 30 minutos.

Todos los datos aportados por usted son confidenciales y anónimos, y serán utilizados exclusivamente para los fines de este estudio. Usted no recibirá pago económico por su participación en el mismo.

Desde ya le agradecemos su colaboración. 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 encuestado Firma

Nombre del Profesional Firma

Fecha _____

ANEXO 2

ID
Fecha entrevista
Entrevistador

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA DE SALUD ORAL

Datos del SOME

Nombre: _____	
RUT _____	No tiene RUT _____
Teléfonos _____	
Dirección _____	
Previsión: 1 Fonasa A <input type="checkbox"/>	2 Fonasa B <input type="checkbox"/>
3 Fonasa C <input type="checkbox"/>	4 Fonasa D <input type="checkbox"/>
5 Isapre <input type="checkbox"/>	6 FF.A.A. <input type="checkbox"/>

Edad actual _____

ESTADO CIVIL

- | | |
|---|-------------|
| 1 | Casado |
| 2 | Conviviente |
| 3 | Viudo |
| 4 | Separado |
| 5 | Anulado |
| 6 | Divorciado |
| 7 | Soltero |

I SALUD

1. ¿Cuántas veces ha consultado en el servicio dental chileno, 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

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

IV EDUCACIÓN

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

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?

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.

	Relajado	Inquieto	Tenso	ansioso	Muy ansioso
¿Cómo se siente cuando está esperando su turno en la sala de espera?	1	2	3	4	5
¿Cómo se siente cuando está en el sillón esperando que el dentista saque los instrumentos con que examinará sus dientes?	1	2	3	4	5
¿Cómo se siente cuando está en el sillón dental y ve que el dentista toma la máquina para empezar a trabajar en sus dientes?.	1	2	3	4	5

AUTOEFICACIA DENTAL

(usar tarjeta n° 3)

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

¿Cuán seguro está de que se cepilla los dientes / limpia sus superficies interdentes 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.

	Completamente seguro que no	Bastante seguro que no	Bastante seguro que si	Completamente seguro que si
1 Cuando está cansado en la noche	1	2	3	4
2 Cuando no irá al dentista en los próximos días o semanas	1	2	3	4
3 Cuando está de vacaciones	1	2	3	4
4 Cuando tiene mucho trabajo	1	2	3	4
5 Cuando tiene dolor de cabeza o está enfermo	1	2	3	4
6 Cuando tiene problemas con el equilibrio metabólico de la diabetes	1	2	3	4

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.

	Completamente seguro que no	Bastante seguro que no	Bastante seguro que si	Completamente seguro que si
1 Cuando el dentista no le llama regularmente	1	2	3	4
2 Cuando no tiene síntomas en sus dientes	1	2	3	4
3 Cuando tiene problemas económicos	1	2	3	4
4 Cuando está ocupado.	1	2	3	4
5 Cuando no es capaz de concertar una consulta con un dentista conocido	1	2	3	4
6 Cuando tiene experiencias previas desagradables	1	2	3	4
7 Cuando tiene miedo a procedimientos dolorosos.	1	2	3	4

LOCUS DE CONTROL DENTAL (usar tarjeta nº 4)

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

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1 Creo que sólo el dentista puede prevenir la caries	1	2	3	4
2 Creo que utilizando hilo dental puedo prevenir las inflamaciones de la encía	1	2	3	4
3 Creo que si mis dos padres tienen dientes malos, cepillarme y usar hilo dental no me será de ayuda	1	2	3	4
4 Creo que al cepillarme los dientes y usar hilo dental soy menos susceptible a la caries	1	2	3	4
5 Creo que soy responsable a la hora de prevenir la pérdida de mis dientes	1	2	3	4
6 Creo que perder los dientes es una parte normal del envejecimiento.	1	2	3	4
7 Creo que al cepillar mis dientes puedo prevenir inflamaciones en mis encías.	1	2	3	4
8 La salud de mis dientes es una cuestión de suerte.	1	2	3	4

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.

	Muy en desacuerdo	Medianamente en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Muy de acuerdo
1 La caries puede hacer que la gente se vea mal.	1	2	3	4
2 Los problemas dentales pueden ser graves.	1	2	3	4
3 Una mala dentadura afectará el trabajo de las personas u otros aspectos de su vida cotidiana.	1	2	3	4
4 Los problemas dentales pueden causar otros problemas de salud	1	2	3	4
5 Mi salud dental es muy importante.	1	2	3	4

6 Es importante mantener los dientes naturales.	1	2	3	4
7 Las enfermedades dentales son tan importante como cualquier otro problema de salud.	1	2	3	4
8 No tengo miedo a las consultas dentales debido a posibles dolores	1	2	3	4
9 Los dentistas están disponibles cuando tengo problemas dentales	1	2	3	4
10 Sin importar lo ocupado que esté, voy al dentista cuando tengo problemas dentales	1	2	3	4
11 Cepillarse los dientes con pasta de dientes con flúor ayuda a prevenir la caries.	1	2	3	4
12 Tomar agua con flúor ayuda a prevenir la caries.	1	2	3	4
13 El flúor es una forma inofensiva de prevenir la caries.	1	2	3	4
14 Cepillarse los dientes ayuda a prevenir los problemas de las encías	1	2	3	4
15 Usar hilo dental ayuda a prevenir los problemas de las encías.	1	2	3	4
16 Comer alimentos dulces produce caries	1	2	3	4
17 Ir a controles dentales me evitará problemas con mis dientes, encías o prótesis.	1	2	3	4
18 Los dentistas son capaces de curar la mayoría de los problemas dentales que sus pacientes tienen.	1	2	3	4

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	Las pastas de dientes con flúor son más efectivas protegiendo los dientes que las pastas no fluoradas.	1	2	3
5	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

6	Para prevenir el deterioro dental, el momento más efectivo para lavarse los dientes es inmediatamente luego de comer.	1	2	3
7	Es importante ayudar a los niños pequeños a lavarse los dientes	1	2	3
8	lavarse los dientes luego de cada comida, es una manera de cuidar los dientes	1	2	3
9	Mascar Chicle ayuda a tener una mejor salud oral.	1	2	3
10	Usar hilo dental previene el desarrollo de caries	1	2	3
11	Beber bebidas saborizadas produce caries	1	2	3
12	El lavado de dientes al momento de acostarse es fundamental para una buena higiene oral	1	2	3
13	Las caries son producidas por una bacteria que puede ser transmitida	1	2	3
14	La Herencia determina la aparición de caries	1	2	3
15	Es recomendable cambiar el cepillo de dientes cada 3 meses	1	2	3
16	Es más probable desarrollar caries si se ingieren alimentos ricos en azúcar	1	2	3
17	Sólo los alimentos dulces provocan caries	1	2	3
18	Es mejor para la higiene oral usar un cepillo duro	1	2	3
19	Cuando una mujer está embarazada, es normal que desarrolle caries dentales	1	2	3
20	Es normal que las encías sangren cuando el cepillo es duro	1	2	3
21	Lo más indicado es controlar la salud oral con el dentista cada seis meses	1	2	3

1.- Creencias sobre etiología de la patología dental

¿Cual cree usted que es la causa de los siguientes problemas de salud oral?. Marque un "1" en la causa que usted considere más importante, un "2" en la que le siga en importancia y un "3", para la última causa elegida.

	Alimentación	Por no lavarse los dientes	Por no ir al dentista	Embarazo	Por usar cepillo duro	Herencia	La edad	Otro
Dolor de muelas								
Caries								
Sangramiento de encías								
Mal aliento								
Perdida de dientes								

Especificar otro (indicar todos los que correspondan): _____

2.- Prácticas asociadas a patologías dentales

¿Que es lo primero que hace usted cuando tiene alguno de los problemas de salud oral enunciados en la lista?. Marque un “1” en la acción que usted realiza primero, un “2” en la que le sigue en importancia y un “3”, para la última acción elegida.

	Tomo Remedios	Voy al consultorio	Utilizo remedios naturales y/o caseros	Me lavo los dientes más seguido	Pido ayuda a un miembro de la comunidad	Nada
Dolor de muelas						
Caries						
Sangramiento de encías						
Mal aliento						
Perdida de dientes						

Especificar:

Medicamentos consumidos: _____

Remedios caseros utilizados: _____

Miembro de la comunidad: _____

3.- Percepción sobre la importancia de la salud oral y barreras percibidas para el tratamiento dental

Responda que tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones (2 factores: importancia de la salud oral y barreras para el tratamiento dental)

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 Ir al dentista me da miedo	1	2	3	4	5
2 Ir al dentista es importante	1	2	3	4	5
3 La salud dental no es tan importante como la de otras partes del cuerpo	1	2	3	4	5
4 Cuesta acceder a tratamientos dentales	1	2	3	4	5
5 Los tratamientos dentales son incómodos y dolorosos	1	2	3	4	5
6 El sangramiento de encías entorpece el cepillado	1	2	3	4	5
7 El dolor de muelas entorpecen la vida diaria de las personas	1	2	3	4	5

4.- Conductas preventivas en salud oral

Marque las acciones que usted realiza para cuidar su dentadura, y con que frecuencia las realiza.

ACCIONES	FRECUENCIA		
Cepillar los dientes	Nunca	Una vez al día	2 veces al día, una antes de dormir
Uso de seda dental	Nunca	Algunas veces luego del cepillado	Cada vez que me cepillo
Uso de colutorio	Nunca	Algunas veces luego del cepillado	Cada vez que me cepillo
Controles preventivos	Nunca	Una vez al año o menos	2 o más veces al año
Evita comer golosinas a deshoras	Nunca	A veces	siempre

5.- Cuidado de la salud oral de los hijos

Marque las acciones que usted realiza para cuidar la salud dental de sus hijos.

ACCIONES	FRECUENCIA		
Monitorea el cepillado dental de sus hijos (as)	Nunca	A veces	Siempre
Lleva a su hijo a controles con el dentista	Nunca	Una vez al año o menos	2 o más veces al año
Se preocupa que su hijo (a) no consuma azúcar a deshoras	Nunca	A veces	Siempre
Se preocupa de que su hijo (a) no consuma líquidos azucarados antes o durante el sueño	Nunca	A veces	Siempre

GRACIAS POR PARTICIPAR!!!