



LA SALUD ORAL DE LOS GITANOS DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO Y SU ACCESO AL SISTEMA DE SALUD

**Trabajo de Investigación
Requisito para Optar al
Título de Cirujano Dentista**

Nombre: Andrea Valenzuela Frantischek

**Docente guía: Dr. Jaime Barraza Mesquida
Cátedra de Salud Pública**

**Valparaíso-Chile
2011**

Dedicado al pueblo gitano de Chile, quienes representan una minoría étnica que ha sabido conservar su cultura pese a lo diferente de su entorno. A todos quienes me recibieron en sus casas y carpas y me permitieron conocer un poco más de su forma de vida, costumbres, necesidades y compartieron también situaciones personales conmigo, su cultura y música y me llenaron de alegría en incontables ocasiones.

A Moisés Jauregui Sevich, quien me acompañó en cada visita, en cada examen y que fue el nexo entre esta cultura y la mía.

A la vida por permitirme disfrutar cada momento de ella y darme la sensibilidad para percibir cada situación y vivirla intensamente.

AGRADECIMIENTOS

- A los gitanos Moisés Jauregui Sevich, Bernard Weisweller, Teresa Vasovich, Natalia Jauregui y a todos los gitanos que participaron en mi investigación.
- A Alan Barraza Philips por la disposición y su trabajo incansable en esta investigación y sobre todo por su preocupación constante y por su amistad.
- A mi amigo el Dr. Carlos Marchant por la paciencia, por la dedicación y por estar permanentemente presente en todo.
- A la Dra. Gianina Caneppea, por su apoyo constante, por su amistad y preocupación no sólo en el área académica sino emocional y en todos los ámbitos.
- Al Dr. Alfredo Cueto por toda la ayuda y apoyo prestado en este trabajo y por las correcciones siempre asertivas.
- Al Dr. Fernando Weiss, por todo el apoyo, la preocupación, atención y sugerencias entregadas en este trabajo de investigación y que permitieron el mejor desarrollo de éste.
- Al Dr. Jorge Godoy por su preocupación constante y permanente durante todo el desarrollo de la investigación y por ser mi primera y más decisiva orientación en esta investigación.
- Al Dr. Jaime Barraza por ser mi guía, por orientarme y estar permanentemente preocupado por el desarrollo de este trabajo.
- Al Dr. Luis Guerrero, por todas las facilidades entregadas durante mi periodo de internado y por el apoyo constante para realizar este proyecto de investigación.
- A Oliver Perry por su permanente apoyo, por sus palabras y por la constante ayuda prestada durante todo el desarrollo de esta investigación.
- Al Centro de Estudiantes por ser parte de mi vida, por el apoyo y por el ánimo entregado de forma permanente.
- A Daniela Pizarro por ser mi amiga y la hermana que escogí en la vida para ser mi confidente, quien me apoya siempre y vive acérrimamente mis alegrías y mis penas.
- A mis amigas y amigos Romina del Real, Carolina Castro, Daniela Galaz, Tatiana Pavlovic, Rebeca Peña, Gastón del Villar, Sebastián Bravo, Joaquín Navarro, Miguel Monsalve, Hugo Toloza, Astrid Oviedo, Dini Vergara, Hernán Ríos, Guillermo Báez, Joaquín Navarro y Cristóbal Sepúlveda por las palabras de ánimo y por su apoyo.
- Al Dr. Daniel Lira por recordarme continuamente que el tema que escogí fue la mejor elección.
- A mi madre por el apoyo de siempre, por sus palabras de ánimo y por la preocupación constante y por entender que tiene una hija rebelde pero con causa.
- A Percy Arys por la paciencia y por las facilidades entregadas en cada situación.
- A todos los funcionarios de la Escuela que me han ayudado constantemente dándome facilidades y acelerando procesos.

- Al Liceo N°7 de Niñas de Providencia, que contribuyó profundamente en mi desarrollo personal y en el rol social que llevo conmigo hasta el día de hoy.
- A la ONG Odontólogos sin Fronteras, voluntarios y directiva, que son parte de mi vida y parte importante de esta investigación, pues sin los materiales aportados por ella no habría sido posible realizar el trabajo en terreno.
- Al Dr. Gastón Zamora, por creer siempre en mí, por su preocupación y su apoyo a mis ideas y proyectos.
- A la Radio Valentín Letelier y al periodista, amigo y compañero de trabajo Ricardo Salazar, por darme el espacio para hablar de temas atinentes a mi carrera y de los emanados de mi investigación.
- A la Universidad de Valparaíso por ser parte de mi formación social y valórica y por creer siempre en mí.
- Y a todos quienes han pasado por mi vida y sin darse cuenta han aportado en el desarrollo de este proyecto, de muchos otros y en mi formación personal.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El pueblo Gitano constituye una de las minorías étnicas más importantes del mundo. En nuestro país son también considerados como minoría y no están censados, por lo que no existe un catastro de cuántos Gitanos viven en Chile, sólo se pueden hacer estimaciones. Según lo anterior se cree que hay alrededor de 5.000 Gitanos en este país y alrededor de 500 residentes de forma permanente en la Región de Valparaíso. El hecho de que sean poblaciones marginadas o automarginadas, debido a su cultura, indicaría que tienen un muy bajo acceso a salud oral y médica en general, por lo cual su estado de salud debería estar más deteriorado que el del resto de la población de las mismas edades y géneros.

Se estima que existen alrededor de 10 millones de Gitanos en el Mundo. Su forma de vida es en grupos de familias muy unidas, en donde los ancianos son los jefes, admirados y respetados. En un nivel más bajo están las mujeres y los jóvenes con pocos derechos dentro del grupo, esta forma estructurada indicaría que la educación debiera estar orientada principalmente a los mayores, los cuales son respetados por la población para que así sean ellos quienes traspasen el conocimiento aprendido al resto de los habitantes.

Los matrimonios son consanguíneos, situación que potencia la permanencia de las enfermedades genéticas, aunque actualmente son aceptados los matrimonios entre gitanos y chilenos, éstos últimos deberán adaptarse a la vida gitana y vivir con sus mujeres dentro de las carpas o casas.

Es interesante conocer su forma de vida para así poder entender cuáles son sus afecciones orales más frecuentes.. En Chile no existen estudios sobre de salud bucal en población gitana y luego de este estudio exploratorio, se podrá obtener información de su estado de salud oral y social para conocer sus necesidades como población.

Así como existen planes especiales para embarazadas, tercera edad, niños y patologías determinadas en el plan nacional GES, sería interesante lograr gracias a un estudio acucioso, integrarlos al sistema de salud chileno para así resolver sus problemas orales y médicos y conocer sus necesidades para que a futuro puedan ser informados sobre las garantías que tienen en Salud.

Según revelan los estudios expuestos en esta investigación, las poblaciones marginadas tienen un mayor riesgo de presentar enfermedades infecciosas, debido al menor acceso a atención de salud, a la higiene y el hacinamiento. Por lo anterior debieran presentar mayor riesgo cariogénico que el resto de los habitantes de la quinta región.

Debido a lo antes mencionado, existe una necesidad de crear políticas públicas de

salud orientadas a las poblaciones marginadas, pues ellos además de lo expuesto, utilizan un lenguaje distinto, lo cual dificulta la comunicación con el personal de salud. Para ello la mejor forma de orientar buenos planes o integrarlos al plan actual, es conocer su realidad social y sus características culturales y de salud.

Es primera vez en Chile que se realiza un estudio de estas características, por lo cual se podría extrapolar al resto de la población gitana nacional pues este pueblo tiene características muy especiales y comunes entre ellos y de esta forma conocer la realidad a nivel nacional de esta población.

La pregunta de investigación es: ¿Cómo es la salud oral de los gitanos de la región de Valparaíso?

MARCO TEÓRICO

Desde hace cientos de años los Gitanos se han movilizado de un lugar a otro debido a la persecución, discriminación y a una decisión propia y como parte de su naturaleza. En nuestro país, como en el resto del mundo, viven alejados de la población en general y tienen menor acceso al sistema público y privado de atención en salud. Por lo anterior su salud oral es muy deficiente y presentan gran cantidad de Caries y patologías orales que no pueden ser detectadas oportunamente. (*Entrevista a Moises Jauregui Sevich, 2010*).

1. GITANOS Y SUS CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS

Existen alrededor de 10 millones de Romas o Gitanos actualmente en todo el mundo, los cuales habitan principalmente en Europa, siendo considerados una minoría étnica al igual que en el resto del mundo. Desde tiempos inmemoriales han sido marginados de la sociedad y viven generalmente en condiciones de hacinamiento y alejados del sistema de salud y educacional. (*Entrevista a Bernard Weisweller, 2010*).

Una de las acepciones para la palabra Gitano, según la Real Academia Española es: “que estafa u obra con engaño...”, lo anterior refleja la negativa percepción que tiene para algunas personas esta milenaria cultura, en tanto que en inglés, la palabra Gyp, que proviene de Gypsie (Gitano) significa estafa.

La palabra Gitano procede de la palabra Egipcio, porque en el siglo XV se creía que esta cultura procedía de Egipto. En España se cree que llegaron hacia 1415, dispersándose y viajando después por todo el país. Las relaciones entre la población local y los Gitanos fueron en general buenas durante el siglo XVI, posterior a esta fecha comienzan a ser discriminados y perseguidos. (*Gitanos Chile, 2010*).

La historia escrita del pueblo gitano se remonta a hace unos mil años, y fue en el siglo IXX cuando toma fuerza la teoría del origen indio de la etnia gitana porque su lenguaje, “el Romani”, era similar al sánscrito. Esta hipótesis se mantiene no sólo por las consideraciones lingüísticas, sino también porque se han encontrado similitudes genéticas entre los gitanos y algunas tribus del Punjab en el norte de la India. (García-Campayo 2007).

Los gitanos se vieron severamente perseguidos y sometidos a políticas de exterminio durante el siglo XX. La inestabilidad política y económica de Europa del Este provocó, especialmente a fines de este siglo, una nueva movilización en masa de la comunidad gitana, esta vez en dirección a la Europa central. (*Gitanos Chile, 2010*).

Desde siempre han tenido un estilo de vida parcialmente nómada que les ha influido notablemente, y desde un principio han destacado por su inclinación al arte y cultura

populares, especialmente la música y el trabajo en cobre, joyas, ollas y platos finamente forjados, los cuales venden para subsistir. En la región de Valparaíso, las áreas de desempeño laboral, corresponden a la venta de autos, de dos formas, directa e indirecta. La forma directa es aquella en la que se reparan autos y la misma persona vende el producto y la indirecta corresponde a que un tercero realiza la venta luego de la reparación, obteniendo una comisión por el trabajo. Las mujeres se dedican a las labores domésticas y a ver la suerte a personas en las calles a cambio de dinero o algo de valor. En muchas ocasiones han sido acusadas de hurto por los transeúntes siendo detenidas por este motivo. Lo anterior debido a que las mujeres piden dinero y luego lo hacen desaparecer. Siguen celosamente sus costumbres, pero también se han adaptado y evolucionado en los distintos países donde se han asentado. Por este motivo encontramos en la región varios asentamientos de Gitanos en casas. (*Unión Romaní y Entrevista a Moisés Jauregui Sevich, 2010*).

El nomadismo, en cierta medida, no es una causa, sino una consecuencia de la persecución y la marginación, aunque también una decisión propia pues son un pueblo itinerante por esencia. En esta región, aquellos Gitanos con más recursos logran comprar casas o terrenos, por el contrario los de menos recursos viven en tomas y luego de ello tienen que dejarlas por la presión de ser expulsados por los dueños. En esta última situación, el acceso a servicios básicos resulta casi imposible, por lo anterior la higiene se hace compleja y no una prioridad. Es muy habitual ver a los niños pequeños sin ropa incluso cuando hace frío. (*Entrevista a Moisés Jauregui Sevich, 2010*).

La migración gitana tiene que ver con la migración Europea hacia los nuevos continentes. Está establecido que en 1498, Cristóbal Colón, en su tercer viaje, embarcó a cuatro gitanos que pisaban el nuevo mundo, es de esta forma como esta cultura llega a América y posteriormente se asientan y comienzan a aumentar la población, llegando a nuestro país. (*Gitanos Chile, 2010*).

El nazismo y los excesos de la Segunda Guerra mundial tuvieron grandes repercusiones en el pueblo Gitano. Así el Centro de Investigación para Higiene Racial y Biología Poblacional del Reich se comenzó a analizar la cuestión gitana. Con algunas dudas, se estuvo a punto de clasificar a los gitanos dentro de la raza Aria, pero luego de confirmar que no era cierto, Hitler ordenó su internamiento y finalmente su ejecución en masa. En lengua gitana se llama a este proceso de exterminio "Porraimos" o "Porrajmos" que significa "La destrucción". Se desconoce el número exacto de víctimas. Las estimaciones van desde 50 mil a 80 mil hasta 500 mil y un millón quinientos mil gitanos. Sólo en Auschwitz-Birkenau murieron más de 20 mil gitanos. Y en un solo día, el 3 de agosto de 1944, los últimos 2.897 habitantes de las barracas gitanas de Auschwitz, incluyendo mujeres y niños en la llamada "Noche Gitana" o Zigeunemacht. El genocidio Gitano es un fenómeno relativamente desconocido, en el que colaboraron con más o menos interés las poblaciones autóctonas. (*Gitanos Chile, 2010*).

La población gitana es la minoría étnica más importante en España, pues constituye un 2% de la población. Habitan desde hace 600 años en este lugar y pese a ello no han

sido considerados de forma completa en los planes de salud. (Entrevista a Bernard Weisweiller, 2010).

En Rumania vive la mayor cantidad de Gitanos del mundo, cercano a los 2 millones de personas, en Bulgaria 1 millón y en España alrededor de 1 millón también. La edad es muy importante para los Gitanos, ellos respetan a los mayores siendo admirados y tratados de forma especial. En el escalafón más bajo se encuentran las mujeres y los jóvenes. El analfabetismo es de alrededor del 41% de los Gitanos y sólo un 4% tiene estudios primarios. (Gitanos Chile, 2010).

Se estima que en todo el mundo viven entre 10 y 12 millones de gitanos, distribuidos en cuatro continentes. En Chile alrededor de 5.000 y en la región de Valparaíso alrededor de 500 (Entrevista a Moisés Jauregui Sevich, 2010).

Según datos del INE, no son contabilizados directamente en sus registros, sino como minoría étnica, por lo cual no se puede determinar exactamente su número, sólo se han hecho estimaciones por los mismos Gitanos. Son la principal minoría étnica de la Unión Europea, previéndose debido a su estructura familiar, altas tasas de natalidad presentes y futuras (INE, 2002).

Ver la suerte es uno de los roles fundamentales de todas las mujeres incluso cuando son niñas, además es parte del sustento familiar, también son dueñas de casa y cuidan a sus hijos. Un gran porcentaje de las mujeres gitanas tienen Depresión lo cual no tiene un motivo claro pero es una característica de esta población en Chile. (Entrevista a Moisés Jauregui Sevich, 2011).

Los matrimonios son generalmente consanguíneos y a muy temprana edad, no se casan bajo las leyes chilenas, sino bajo sus leyes en una ceremonia especial y dependiendo de los recursos de la familia con una gran fiesta. (Entrevista a Moisés Jauregui Sevich, 2011).

Para realizar planes adecuados para esta población es necesario entender la forma de vida y sus principios y valores éticos para no transgredir su cultura y dificultar la comunicación, los elementos más importantes en la vida gitana son: la familia, cuidado de los hijos y ancianos, hospitalidad, honor, libertad, solidaridad y cumplimiento de las decisiones de los Mayores (García-Campayo & Alda, 2007). Conociendo estos puntos trascendentales en la vida de los gitanos será más fácil tomar decisiones en lo que a Salud se refiere.

La esperanza de vida es menor con respecto al resto de la población y la mortalidad infantil es 4 veces superior. Lo anterior debido a los altos niveles de pobreza y a la marginación en la que viven. (García-Campayo y Alda, 2007).

Los proveedores de cuidados de la salud se encuentran con frecuencia con impedimentos culturales para ofertar cuidados adecuados en salud y tratamientos óptimos a la población gitana. En este momento existe gran carencia de conocimientos sobre el

acceso de los gitanos a los servicios de salud. Entender las bases socioculturales de las conductas relacionadas con la salud es necesario para conseguir cuidados de salud efectivos y culturalmente competentes. (*García-Campayo y Alda, 2007*).

Todos los trabajos publicados sobre este grupo étnico destacan la existencia de desigualdades de salud. El conocimiento de estas desigualdades es la primera condición para poder realizar diseños de intervención adecuados a sus características propias. Los pocos estudios que existen sugieren que su expectativa de vida es menor que la de población general y que la mortalidad infantil es cuatro veces más elevada. (*García-Campayo y Alda, 2007*).

Los gitanos presentan una alta incidencia de enfermedades médicas como Diabetes, Hipertensión, Hiperlipidemia, Enfermedad Vascul ar obstructiva y patología cardíaca. (*García-Campayo y Alda, 2007*).

En situaciones de Urgencias sí se presentan en los servicios de atención de salud, generalmente realizándose exodoncias para terminar con el dolor. (Entrevista a Moisés Jauregui Sevich, 2010).

Luego de ser dados de alta, los niños que han estado hospitalizados tienen una mayor tasa de readmisión, lo anterior principalmente por causas sanitarias. (*Entrevista a Moisés Jauregui Sevich, 2010*).

Las enfermedades más comunes en la población gitana son las de origen infectocontagiosas debido a las malas condiciones de vida en la que se encuentra, al hacinamiento y a sus pocas consultas médicas y odontológicas. (*García-Campayo y Alda 2007*).

Un estudio de prevalencia de Caries realizado en España (Mora & Martínez, 2000) fue orientado a determinar la prevalencia de Caries en la población infantil de 2 a 5 años que asiste a los Centros de Salud de Cartuja y Almanjáy ar e identificar los factores asociados a la enfermedad.

El estudio se hizo a 173 niños de 2-5 años, 92 niños y 72 niñas. 117 pertenecientes a la Etnia Mayoritaria y 46 a la etnia Gitana. La prevalencia global de Caries global fue de 37% con una media de 1,76 dientes afectados por pacientes. Si se compara la prevalencia de caries por grupos étnicos es del 29% para el grupo étnico mayoritario y 58% para el Gitano. El número medio de dientes con Caries es superior en niños Gitanos que el grupo mayoritario siendo de 3,4 y 1,1 respectivamente.

El estudio "El estado de Salud Oral del pueblo Gitano en España". (Ferrer, 2003), tuvo como objetivo dilucidar si se han realizado investigaciones sobre el acceso a la salud de este grupo, si se han estudiado sus diferencias étnicas, sus desigualdades en salud y si existe bibliografía adecuada.

Para lo anterior se hizo una revisión bibliográfica de los últimos 20 años, realizando una búsqueda internacional en Medline y en publicaciones nacionales y locales, mediante la base de datos del Índice Médico Español (IME) e Internet.

Se encontraron 96 publicaciones válidas sobre la salud oral de los Gitanos Españoles, de los cuales 62 se han publicado en revistas españolas y 47 años en los últimos 6 años. 57 trabajos se han realizado en un Hospital, 20 en una unidad de atención pública y 13 en centros de atención primaria. El 88% son estudios observacionales, siendo los temas genéticos los más estudiados con un 30%, las enfermedades transmisibles con un 21%, salud infantil con un 11% y sociología de la salud también con un 11%.

Un estudio sobre etnias señala la necesidad de categorizar las etnias y analizarlas para así conocer su cultura y poder intervenir la a la población con un conocimiento acabado en el tema. Lo anterior se refiere a explicar que si existen estudios detallados sobre toda la estructura de la población investigada, será más fácil su estudio para la creación de programas de salud especiales y orientados a este grupo. (*Ramírez, 2007*).

Los primeros gitanos que llegaron a Chile lo hicieron alrededor del 1900, un número muy pequeño, posterior a esto y gracias a sus altas tasas de natalidad han ido aumentando. (*Gitanos Chile, 2010*).

Según Bernard Weisweller, los gitanos no tienen una religión impuesta, sino que asumen la religión del lugar en donde estén y sus costumbres tendrán que ver también con su religión. En Chile los únicos Gitanos musulmanes son la familia Weisweiller-Vasovich que reside en Isla de Pascua y que en ocasiones viajan a Santiago. Debido a su religión son los únicos que utilizan para su higiene oral, aunque ocasionalmente, el tallo de la Salvadora Pérsica, la que puede ser utilizada como una especie de cepillo de dientes siendo muy eficaz para el cepillado según lo relatado por los usuarios gitanos. El nombre de este cepillo es Miswak y la forma de uso es frotándolo sobre los dientes de forma circular. Esta es una costumbre islámica, aunque existen personas de otras religiones que también las usan y son vendidas en algunas tiendas. Su forma es como un palillo que en la punta tiene unas fibras, no necesita pasta dental ni agua, tampoco se lava. (ver anexos, fotografía 4).

Uno de los principales problemas de esta población como sociedad marginada es el consumo de Pasta Base, Bencina y Neoprén. Son consumidores de cigarros y mucho café y el consumo de todo lo mencionado comienza a temprana edad, alrededor de los 12 años. (Entrevista a Moisés Jauregui Sevich, 2011).

La mayoría de los gitanos en Chile viven en situación de pobreza o extrema pobreza, los que viven en carpas obtienen agua gracias a sus vecinos y utilizan acequias o agujeros cavados en la tierra como baños. Los niños generalmente corren sucios por los campamentos, bañarse no es un hábito común debido a las deplorables condiciones en las que viven. (Entrevista a Moisés Jauregui Sevich, 2011).

En su mayoría los gitanos son de la misma familia, es por eso que los apellidos se repiten una y otra vez. Vasovich, California, Sevich, Jauregui, Nicolich y los mismos apellidos alterados debido a que al recurrir al registro civil a inscribirse, como ellos en su mayoría no saben leer ni escribir, los funcionarios del registro anotan sus apellidos tal cual como los escuchan y así se producen estas variaciones. (Entrevista a Natalia Jauregui Sevich, 2011).

El bilingüismo del pueblo gitano se caracteriza por:

- La primera lengua que adquiere el niño es el Romané, Romaní o Rom.
- Existe entre los gitanos una actitud positiva hacia su lengua. De hecho, hablan sólo Romané o Rom cuando interactúan entre ellos. El castellano lo utilizan cuando es imprescindible para comunicarse con algún "gajó" (No Gitano). (*Moisés Jauregui Sevich, 2010*).

Debido a la automarginación y a la discriminación, en general los Gitanos no van al colegio y menos a la Universidad, por lo cual su educación en salud oral es casi nula. Tampoco concurren a los centros de Salud, excepto en casos de Urgencia. (*Entrevista a Bernard Weisweller, 2010*).

El núcleo familiar de la etnia gitana suele ser estable, generalmente son familias extensas y casi no existen personas que vivan solas. Las relaciones familiares son muy estrechas. Existe un orden jerárquico muy marcado, las mujeres y los jóvenes se encuentran en el escalón más bajo, los ancianos en el más alto nivel. La vida en general está muy normada, siendo las mujeres las que deben cumplir con más reglas que los hombres. (Entrevista a *Moisés Jauregui Sevich, 2010*).

Las tasas de consanguinidad son muy elevadas, llegando a ser 12 veces mayores que la población en general. Ejemplo de esto es el matrimonio entre primos, quizás por ello se han descrito un mayor número de trastornos genéticos en comparación con el resto de la población. (*García-Campayo y Alda, 2007*).

La evidencia encontrada sugiere que existe un pobre acceso a los servicios de salud y una escasez de uso de los cuidados preventivos.

Es más común que las mujeres asistan a los centros de salud generalmente por dolor de cuello, cefalea, dolor de espalda y Depresión, esta última es muy común en los gitanos habitantes de la región de Valparaíso. (*Entrevista a Moisés Jauregui Sevich, 2010*).

2. ANTECEDENTES GENERALES DE SALUD BUCAL:

Según la OMS: “La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, Cáncer de boca o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos como Labio Leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, Caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal...” (OMS 2007).

CIFRAS (OMS, 2007):

- Las enfermedades bucodentales más comunes son la Caries dental y las Periodontopatías.
- El 60%-90% de los escolares de todo el mundo tienen Caries dental.
- Las enfermedades Periodontales graves, que pueden ocasionar pérdida dentaria, afectan a un 5%-20% de los adultos y la incidencia varía según la región geográfica.
- La incidencia de Cáncer bucodental es de entre 1 y 10 casos por 100 000 habitantes en la mayoría de los países.
- Los defectos congénitos, como el Labio Leporino o Fisurado y el Paladar Fisurado o Hendido, se presentan en uno de cada 500-700 nacimientos; la prevalencia de nacimiento varía sustancialmente entre los distintos grupos étnicos y zonas geográficas.
- Un 40%-50% de las personas que son VIH positivas sufren infecciones fúngicas, bacterianas o víricas, que suelen aparecer al principio de la infección.
- La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental.

En este estudio se describirán las siguientes patologías bucales, vistas de forma clínica y definidas según la *Organización Mundial de la Salud*, la *AAP (Academia Americana de Periodoncia)*, el destacado investigador brasileño *Henostroza*, la *IASP (Asociación Internacional para el estudio del Dolor)*, la *ADA (Asociación Dental Americana)*, la *NHI (National institutes of Health, el NHI de USA (National institute of Health))* y el *MINSAL*.

2.1 DOLOR

La IASP lo define como una sensación displacentera y como una experiencia emocional asociada a un daño tisular (de los tejidos), actual o potencial o descrita en término de tales daños.

El dolor fisiológico es una sensación normal, localizada, transitoria y la podemos experimentar en nuestra vida diaria. Tiene una función de alarma y rol protector, en respuesta a una lesión tisular o daño en el SNC, periférico o autónomo. Corresponde a una forma de destrucción física y mental del paciente, sobre todo si es crónico pues impide su labor diaria, ocasiona deterioro en su actividad física, perturba el reposo y produce daño

psicológico y destrucción celular debido al estímulo que se produce sobre el sistema Simpático.

El dolor no sólo involucra al individuo, sino también al grupo familiar lo que produce cambios estructurales, económicos, psicológicos, sociales y en ocasiones, pérdidas de horas de trabajo. (*IASP, 2010*).

El dolor se puede clasificar principalmente en: Agudo, Crónico. *Peñarrocha, 1997* describe estos dolores de la siguiente forma:

- **Dolor agudo:** es aquél que se caracteriza por ser de duración temporal, generalmente pocas semanas, y menos de 6 meses, es un dolor bien definido. Es un mecanismo corporal defensivo, útil, y tiene un valor biológico asociado a signos físicos de hiperactividad simpática del sistema nervioso autónomo (SNA). Es aquél que es causado por estímulos nocivos causados por heridas o enfermedades de la piel, estructuras somáticas profundas o vísceras. El dolor agudo, asociado a una enfermedad, nos alerta de que algo está mal. En algunos casos el dolor limita la actividad normal, previniendo un daño mayor y ayudando en la futura curación. Predomina la ansiedad.
- **Dolor crónico:** puede ser en su comienzo gradual y persistir en el tiempo, varios meses, más de 6 y no sirve como mecanismo corporal defensivo y es inútil como valor biológico. Debido a su persistencia tiene consecuencias físicas, psíquicas, sociales y económicas que alteran la personalidad y la forma de vida del enfermo. Tiene efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales que afecta al paciente y a quienes lo rodean, que conlleva un costo social muy grande. Este tipo de dolor, al persistir, constituye por sí solo una enfermedad. Predomina la depresión.

2.1.1 DOLOR BUCO-DENTAL

Existen dos tipos de dolor buco-dental (*Okeson 2007*):

- **Dolor mucoso:** corresponde a un dolor somático superficial. La mucosa de la cavidad oral puede ser dañada por muchos factores como el alcohol, tabaco, fármacos administrados por vía oral o de uso tópico, por alguna alteración dentaria, restauraciones desbordantes o prótesis desajustadas, aunque también por enfermedades locales o sistémicas que se ven reflejadas en la cavidad oral, las cuales producen lesiones ocasionando dolor.
- **Dolor dental:** es el más frecuente de todos los dolores de la cavidad oral. La causa más frecuente es la Caries. Es un dolor somático profundo de tipo visceral que no tiene una relación con lo intenso de la lesión y el umbral de estimulación es alto. Lo anterior explica que se trate de un dolor mal localizado que puede producirse debido a:

- Pulpitis aguda o crónica de etiología infecciosa (Caries, traumatismo)
- Pericoronaritis (dolor originado por la compresión en inflamación gingival ocasionada por la erupción incompleta de los terceros molares a lo que se suma la infección).
- Periodontitis
- Abscesos

El dolor facial de origen dentario se debe distinguir del dolor producido por la Sinusitis Maxilar o frontal, Litiasis de los conductos de Stenon y Wharton u otro conducto, disfunción de la ATM, Neuralgia al trigémino, Herpes Zóster, u otra patología relacionada con el área.

Si el dolor es intenso, de corta duración y provocado por estímulos externos así como azúcares, ácidos, frío, calor entre otros, que desaparece al ceder el estímulo indica hipersensibilidad dentinaria. Este dolor puede ser producido por obturaciones en mal estado, pérdida de la obturación, abrasiones dentarias.

- El **dolor pulpar** es de carácter visceral y se clasifica en agudo, crónico, recurrente o mezclados con dolores de origen periodontal.
 - **Dolor pulpar agudo:** generalmente la evidencia tiene relación con una Caries profunda, en donde se está estimulando los receptores pulpares. La pulpa está inflamada e hipersensible a todos los estímulos, eléctricos, térmicos y percusión.
 - **Dolor pulpar crónico:** luego de pasar por la fase inflamatoria la pulpa sufre cambios que no provocan resolución ni necrosis y el dolor se vuelve ocasional e incluso puede desaparecer.
- **Dolor periodontal:** es un dolor somático profundo pero no de tipo visceral al igual que el dolor musculoesquelético. Tiene relación con el grado de alteración de la función. Es un dolor bien localizado, con un umbral de estimulación bajo, no referido y sin manifestaciones vegetativas. Por lo que es un dolor de fácil localización y bastante proporcional a la intensidad del estímulo. Puede provenir de una inflamación pulpar que afecta con el tiempo al periodonto, o bien una afección del ligamento periodontal.
- **La Periodontitis con Absceso Gingival:** corresponde a un dolor espontáneo pulsátil que aumenta con la masticación y el calor, con tumefacción gingival dolorosa y ocasionalmente fiebre.

2.2 CARIES

Henostroza lo define como una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes, que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Como resultado, se produce desmineralización de la porción mineral y la subsecuente disgregación de la parte orgánica, el proceso patológico, localizado, de origen externo, que

se inicia tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad.

La Caries se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que destruyen el diente. Esta destrucción es el resultado de la acción de ácidos producidos por las bacterias. Clínicamente la Caries se caracteriza por cambio de color, pérdida de translucidez y la descalcificación de los tejidos afectados. A medida que el proceso avanza se destruyen los tejidos y se forman cavidades. (OMS, 2007).

Según *Henostroza* los métodos clínicos para la detección de lesiones cariosas son: inspección visual, inspección táctil, transiluminación, conductividad eléctrica, fluorescencia láser y reflexión lumínica. A continuación se definen los primeros dos que serán utilizados en esta investigación:

- **Método de inspección visual:**

- **Lesiones de fosas y fisuras:** generalmente son difíciles de observar, pero a veces se logra observar una opacidad alrededor de la fisura, generalmente con socavado o desmineralización del esmalte. Además se observa una pérdida de translucidez normal del Esmalte revelando el contraste con la estructura dental sana. El Esmalte en esta zona pierde brillo y se torna ligeramente poroso. En ocasiones se puede observar pigmentación en el fondo de la fisura o de la fosa, dicha pigmentación puede confundirse con pigmentación exógena. A veces se observa el Esmalte falsamente intacto debido a que el uso de los fluoruros deriva en la remineralización superficial del esmalte, en estos casos se debe recurrir a la ayuda radiográfica. El uso de sonda está contraindicado en el diagnóstico de lesiones cariosas de este tipo, por lo que se debe retirar depósitos orgánicos y placa bacteriana.
- **Lesiones proximales:** la inspección visual directa es insuficiente para detectar lesiones de este tipo. Si el diente contiguo está ausente será posible observar directamente la lesión o cavitación. Es útil observar directamente realizando la separación de dientes adyacentes mediante cuñas interproximales para observar de mejor manera, el problema es que puede ser lesivo para el periodonto. También se puede separar los dientes mediante bandas elásticas de Ortodoncia.
- **Lesiones de caras libres:** en etapa temprana se observa una mancha blanca, generalmente de forma oval, límites bien definidos, opaca y asociada al Biofilm. La superficie es más rugosa que el Esmalte sano, de color blanco tiza (aunque pigmentada en ocasiones) y se produce como consecuencia de cambios bioquímicos que ocurren entre el Biofilm dental y el Esmalte. La mancha blanca cambia a una coloración blanca amarillenta, amarillo parduzco o pardo negruzco a medida que la lesión progresa. Se debe tener mucho cuidado en no confundir las manchas con defectos del desarrollo del Esmalte, tales como Amelogénesis o Dentinogénesis imperfecta o bien Fluorosis.

- **Lesiones radiculares:** generalmente se ubican a 2 mm o menos del margen gingival, luciendo una configuración redondeada bien delimitada o una decoloración lineal, contigua al LAC. Una lesión activa en esta área puede presentarse con cavitación o sin ella y en ambos casos exhibe una apariencia oscura, desteñida y superficie reblandecida a la exploración táctil.
- **Método de inspección táctil:** se contraindica su uso debido a que puede producir fractura de la superficie del Esmalte impidiendo la posibilidad de una remineralización futura, por lo anterior se sugiere el uso de sonda OMS.

Diagnóstico Diferencial:

- **Amelogénesis imperfecta:** conjunto de alteraciones hereditarias del desarrollo del Esmalte en ausencia de enfermedad sistémica. Se conocen 14 diferentes subtipos, pero se establecen tres grupos de acuerdo al estadio en que fue afectado el desarrollo del Esmalte. Hipoplásico (originado en etapa de elaboración de la matriz orgánica), se caracteriza por Esmalte delgado o irregular; el Hipocalcificado (producido en el estadio de mineralización de la matriz), reblandecimiento del Esmalte y la del tipo Hipomaduración (originado en la etapa de maduración).
- **Hipoplasia adamantina o de Esmalte:** defectos generados durante la formación del Esmalte que se deben a Flúor, Tetraciclina, infecciones sistémicas producidas por virus o bacterias, malnutrición, trastornos metabólicos, etc) y locales (trauma mecánico agudo local, quemadura eléctrica, irradiación e infección local. Si la hipoplasia es de sólo un diente, generalmente se deriva de una infección periapical de un diente deciduo y se le reconoce porque la corona muestra una zona de color café con ausencia parcial o total de Esmalte.
- **Dentinogénesis imperfecta:** trastorno hereditario infrecuente del desarrollo dental, autosómica dominante. De aspecto opalescente o traslúcido, con variaciones de color entre amarillo y azul grisáceo. Característico es el desgaste de los bordes incisales y de las cúspides. El Esmalte puede ser normal pero generalmente se desprende. La cámara pulpar está intacta o parcialmente obliterada así como los conductos radiculares.
- **Fluorosis dental:** alteración hipoplásica o de hipomineralización del Esmalte dentario, ocasionada por la ingestión crónica excesiva de fluoruros durante el periodo de desarrollo dentario, especialmente en los 5 primeros años de vida. La severidad y distribución depende de la concentración plasmática de flúor, etapa de actividad amelogenética y susceptibilidad del huésped. Se caracteriza clínicamente por apariencia opaca, color blanco tiza o gris, que afecta a dientes homólogos. También se pueden ver tinciones exógenas posteruptivas.
- **Lesiones cervicales no cariosas:** Abrasión, Erosión, Abfracción:

- **Abrasión:** desgaste patológico por procesos mecánicos, generalmente producido por mala técnica de cepillado u hábitos ocupacionales como carpinteros que sostienen clavos entre los dientes.
- **Erosión:** desgaste debido a acción química de ácidos o quelantes sin la intervención de bacterias. Los ácidos responsables del desgaste no están asociados a Biofilm, sino a ingesta de factores extrínsecos.
- **Abfracción:** pérdida patológica de la estructura dentaria a nivel del LAC, causada por fuerzas biomecánicas resultantes de las fuerzas oclusales deflectivas, capaces de generar tensiones que se concentran en la región cervical, dando como resultado una flexión y fatiga del Esmalte y Dentina de la región y consecuente desprendimiento.

Distinción entre la lesión activa y detenida:

Una **lesión activa** tendrá pigmentación, de consistencia reblandecida y el aspecto será mate.

Una **lesión detenida**, tendrá pigmentación constante, consistencia dura y superficie brillante.

Dentina Infectada y Dentina Afectada:

Dentina Infectada: corresponde a la porción externa de la Dentina cariada, de consistencia blanda, aspecto húmedo y color amarillo marrón, irreversiblemente desnaturalizada y desmineralizada y contiene una alta concentración de microorganismos.

Dentina afectada: porción interna de la dentina cariada, en la zona más superficial se aprecia desmineralización inicial o profunda, debajo una zona de esclerosis dentinaria y luego dentina terciaria. Las dos últimas capas en conjunto constituyen la zona de Dentina hipermineralizada.

2.3 ENFERMEDAD PERIODONTAL (American AAP 1999):

Las enfermedades Periodontales según la AAP se clasifican en 8 enfermedades, de las cuales serán consideradas en este estudio las enfermedades Gingivales, la Periodontitis Crónica y la Agresiva:

- a) **En enfermedades Gingivales:** es la forma menos severa de la Enfermedad Periodontal. Las encías se enrojecen, se inflaman y sangran fácilmente. Generalmente en esta etapa no existe incomodidad. Esta patología es reversible si es tratada

profesionalmente y junto a una buena higiene y cuidado en casa, esta enfermedad se divide en aquellas:

- Inducidas por placa bacteriana.
- No inducidas por placa bacteriana.

b) Periodontitis crónica:

1. Extensión:

- **Localizada:** que se presenta en menos de un 30%.
- **Generalizada:** más de un 30% de localizaciones afectadas.

2. Severidad:

- **Leve:** si la pérdida de inserción es de 1 a 2 milímetros.
- **Moderada:** si la pérdida de inserción es de 3 a 4 mm.
- **Severa o avanzada:** si la pérdida de inserción es superior a 5 mm.

c) **Periodontitis agresiva:** se define como una forma agresiva de enfermedad, caracterizada por avanzada pérdida de tejido periodontal y rápida progresión de la enfermedad, asociada a factores sistémicos modificantes, genéticos e inmunológicos, que favorecen la predisposición a su aparición.

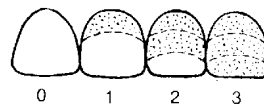
- **Localizada:** comienza en la edad cercana a la pubertad, la destrucción periodontal interproximal es localizada en el primer molar/incisivos y no más de dos dientes adicionales afectados
- **Generalizada:** se diferencia de la forma localizada por la cantidad de dientes permanentes involucrados: pérdida de inserción interproximal generalizada, afectando al menos tres dientes adicionales además de primeros molares e incisivos. Afecta a personas de menos de 30 años, pero los pacientes pudieran tener mayor edad; la destrucción de inserción y de hueso alveolar es de marcada índole episódica.

Parámetros periodontales:

- **Profundidad de Sondaje:** es la distancia comprendida entre la base del surco y el margen gingival. Distancia comprendida entre la punta de la sonda y el margen gingival. Se determina mediante el sondaje del surco gingival con una sonda (Williams) registrando la mayor profundidad de cada zona (mesial, medial y distal, de las caras vestibular y palatina o lingual) Medición en Milímetros (mm). (*Newman et al, 2004*).

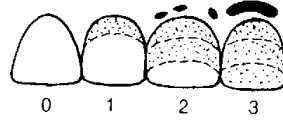
- **Nivel de inserción clínico:** es la distancia que existe entre en LAC y la punta de la sonda. Se determina mediante el sondaje del surco gingival con una sonda Periodontal (Williams), restando a la profundidad de sondaje, la distancia existente entre el margen gingival y el límite amelocementario en las seis zonas medidas (mesial, medial y distal de las caras vestibular y palatina o lingual). Se mide en mm. (Newman et al, 2004).
- **Índice de Higiene Oral:** medición de la cantidad de placa bacteriana, depósitos duros o blandos, adherida a las superficies dentarias. Se utilizará el índice Greene-Vermillion, (OHI, por sus siglas en inglés *oral hygiene index*); posterior a su creación lo simplificaron en sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés *oral hygiene index simplified*). El OHI-S consta de dos elementos: un índice de desechos simplificado (DI-S, por sus siglas en inglés *simplified debris index*) un índice de cálculo simplificado (CI-S, por sus siglas en inglés *simplified calculus index*). Cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Sólo se emplean para el examen un espejo bucal y un explorador dental tipo hoz, y no se usan agentes reveladores. Las seis superficies dentales examinadas en el OHI-S son las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho, el primer molar superior izquierdo y el incisivo central inferior izquierdo. Asimismo, las linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar inferior derecho. Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal. Para el DI-S, se coloca un explorador dental en el tercio incisal del diente y se desplaza hacia el tercio gingival, según los criterios siguientes. (Greene y Vermillion, 1960).

ÍNDICE DE DEPÓSITOS BLANDOS



- 0: No hay presencia de residuos o manchas
- 1: Depósitos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta.
- 2: Depósitos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta.
- 3: Depósitos blandos que cubren más de la tercera parte de la superficie dental expuesta.

ÍNDICE DE DEPÓSITOS DUROS



- 0: No hay tártaro presente.
- 1: Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental expuesta.
- 2: Tártaro supragingival que cubre más de un tercio , pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta o hay presencia de vetas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente o ambos.
- 3: Tártaro supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental expuesta o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente o ambos.

Los valores clínicos de la limpieza versus los depósitos es el siguiente:

- Adecuado: 0.0 a 0.6
- Aceptable: 0.7 a 1.8
- Deficiente: 1.9 a 3.0

Los valores clínicos totales sumando los dos índices son los siguientes:

- Adecuado: 0.0 a 1.2
- Aceptable: 1.3 a 3.0
- Deficiente: 3.1 a 6.0

Para lo obtención del porcentaje final de índice de placa se realizará el siguiente cálculo:

$$\frac{\text{Puntaje x 100}}{24} = \%$$

En esta investigación para ayudar a un mejor diagnóstico se utilizarán tabletas reveladoras de placa aunque no sea parte del Greene Vermillion.

Un porcentaje adecuado es de un 10% o menos de superficies con placa bacteriana. (*Newman et al, 2004*).

- **PSR (Periodontal Screening and Recording):** es un sistema de detección que define la necesidad de tratamiento sólo para pacientes mayores de 18 años. Utiliza la sonda OMS, se sondean las zonas distal, media y mesial, tanto por vestibular como lingual.

Luego se registra el valor más alto de cada diente, luego da cada sextante y finalmente de toda la boca. (OMS, 2007).

Registro (OMS, 2007):

- Código 0: sondaje 0.5 mm, solo penetra bolita. Tejido Sano.
- Código 1: sondaje 0.5 mm, solo penetra bolita. No hay cálculos ni iatrogenia.
- Código 2: sondaje hasta 3mm, penetra bolita y sección clara. Signos inflamatorios gingivales, cálculos, iatrogenia u factor retentivo de placa.
- Código 3; sondaje hasta 5mm, porción negra penetra parcialmente. Signos inflamatorios gingivales, cálculos y/o iatrogenia.
- Código 4: sondaje sobre 6mm, porción negra penetra completamente. Signos inflamatorios gingivales, cálculos y/o iatrogenia.
- *: se agrega el símbolo si presenta invasión de furca, movilidad, problemas mucogingivales o recesión que se extienda más allá del área coloreada de la sonda.

Luego según el registro de código, se determina la necesidad de tratamiento:

- Código 1: Instrucción de higiene oral
- Código 2: limpieza profesional y remoción de factores retenedores de Biofilm
- Código 3: evaluación periodontal completa, periodontograma y radiografías. Tratamiento periodontal específico.
- Código 4: derivación a especialista. Tratamiento periodontal complejo.

Hemorragia al sondaje: salida de sangre del surco gingival, después de realizado el sondaje. (Newman et al, 2004). Se utilizará posteriormente el índice gingival simplificado de Lindhe (Lindhe, 1983). Se pone la sonda 1 mm en el surco, en sentido distal respecto del diente más posterior del cuadrante. Se traslada la sonda ligeramente por el surco hasta la zona interproximal mesial de la cara vestibular. Se continúa a lo largo de todos los dientes por vestibular, se espera 30 segundos y registra el sangramiento, luego se repite por lingual/palatino.

Se calcula el porcentaje de número de superficies sangrantes:

$$\frac{\text{Cantidad de superficies sangrantes} \times 100}{\text{Total de superficies Presentes}} =$$

Lo adecuado es 10% o menos de punto hemorrágicos (Lindhe, 2005).

Síntomas de esta enfermedad (AAP 2010):

En ocasiones la enfermedad Periodontal puede progresar sin presentar ningún síntoma. Durante el examen, el odontólogo debe buscar señales que indique la presencia de enfermedad Periodontal, para así evitar el avance de ésta. Lo que el odontólogo debe buscar es lo siguiente:

- Encías blandas, inflamadas o rojizas.
- Sangrado al cepillarse o al pasar el hilo dental.
- Encías que se separan de los dientes,
- Dientes móviles o diastemados.
- Secreción purulenta entre la encía y el diente.
- Halitosis.
- Cambio en la forma de oclusión.
- Cambio en el ajuste de las prótesis removibles.

2.4 LESIONES DE LA MUCOSA ORAL:

Lesiones de la mucosa oral según Peñarrocha:

Infecciones:

- **Víricas:** Herpes Simple, Herpes Zóster y Coxsackie. Este tipo de infecciones puede producir afecciones locales dolorosas pero las recidivas en general son menos dolorosas.
- **Micóticas:** Candidiasis atrófica crónica principalmente en sus tres formas clínicas: estomatitis protésica, Queilitis Angular y Glositis Atrófica crónica candidiásica.
- **Bacterianas:** la Gingivitis bacteriana produce un dolor leve o moderado, en cambio la Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda (GUNA) es bastante dolorosa que es de aparición frecuente. Se trata de un proceso inflamatorio y destructivo de las encías de mayor incidencia entre los 18 y los 30 años. Los signos son enrojecimiento y tumefacción de la encía, papilas con úlceras necróticas. El dolor es moderado o intenso, espontáneo y constante, también se manifiesta con Halitosis y Gingivorragias.

Lesiones Iatrogénicas:

- **Traumáticas:** irritación mecánica debido a prótesis mal adaptadas y obturaciones desbordantes.
- **Agentes químicos:** algunos fármacos producen daño en la mucosa, uno de los más comunes es el Ácido Acetil Salicílico, aparece una película blanquecina en el área afectada sobre zonas eritematosas. Se puede producir una necrosis química del epitelio.
- **Agentes físicos:** quemaduras térmicas y eléctricas.

Aftas recidivantes: (del griego *Áphtai* que significa quemadura). Corresponde a una pérdida de sustancia de la mucosa aguda, dolorosa, inicialmente necrótica y recidivante.

- **Estomatitis aftosa recurrente menor:** aproximadamente entre un 70 a 80% de las lesiones se clasifican en este tipo. Corresponden a pequeñas úlceras bucales, de 2 a 4 mm de diámetro, dolorosas sobre todo al tocarlas, son de forma ovalada, definidas y de color blanco debido a la necrosis y con bordes levemente eritematosos. Son de poca profundidad y su cicatrización tarde entre 5 a 6 días.
- **Estomatitis aftosa recurrente mayor:** representan entre el 10 al 20% de las aftas, son propias de la edad media de la vida. Las ulceraciones son de mayor tamaño más de 1 cm.
- **Estomatitis Aftosa herpetiforme:** representan entre el 6 y 10% de las aftas, son lesiones pequeñas y numerosas, se debe hacer diagnóstico diferencial con Herpes Simple, son lesiones muy molestas.

Enfermedad mucocutánea:

- **Liquen Plano:** la única dolorosa es la de tipo erosivo. Si son amplias producirán dolor severo que incluso dificultarán la ingesta de alimentos.
- **Pénfigo Vulgar:** produce unas lesiones tipo ampollas. Generalmente se inician en la mucosa oral siendo de pequeño tamaño, pero si se rompen, dan lugar a erosiones muy dolorosas.. Generalmente aparecen alrededor de los 50 años de vida.
- **Eritema multiforme:** es una enfermedad aguda de la piel y de las mucosas en la boca son muy dolorosas que incluso impiden la masticación, deglución y habla. Son máculas hiperémicas, pápulas y vesículas-ampollas que se rompen con gran facilidad, dejando erosiones que sangran con abundancia y ocasionan las típicas costras serohemáticas. Se ubican principalmente en lengua, paladar, mucosa yugal, encía y mucosa labial.
- **Lupus Eritematoso:** en el de tipo discoide crónico, las lesiones orales asientan con mayor frecuencia en la mucosa yugal y luego en los labios. En los labios se caracteriza por una zona de descamación, indurada y queratósica, que produce mínimas molestias. En el Lupus eritematoso sistémico, las lesiones orales son más extensas que incluyen hemorragia y edemas y eritemas.
- **Penfigoide Benigno de las mucosas:** enfermedad crónica, de afección mucosa y cutánea, que se manifiesta con lesiones de carácter vesiculo-ampollosa que se presentan en las encías, mucosa bucal y paladar. Si la ampolla se rompe produce dolor.

- **Síndrome de la boca ardiente o Urente o Glosodinia:** se caracteriza por ardor o dolor en la mucosa bucal. Su etiología es desconocida. Corresponde a un dolor somático superficial típico constante y continuo. Es una sensación subjetiva que no presenta lesiones visibles en boca que reflejen lesión. Generalmente se sienten molestias bilaterales especialmente en la punta y bordes y zonas de mayor movimiento. La localización dependerá de qué tejidos se rozan y el lugar. En ocasiones se observa hiperemia, inflamación y ulceración.
- **Cáncer Oral: (Asociación Dental Americana, 2010).**

Enfermedad que puede presentarse en cualquier lugar de la boca o garganta. La mayoría de los cánceres bucales comienzan en la lengua y la piso de boca. Cualquier persona puede tener Cáncer Bucal, pero el mayor riesgo es en hombres mayores de cuarenta años, que fuman o que consumen alcohol, además de las personas que tienen antecedentes de Cáncer de Cabeza o Cuello. La exposición frecuente al sol también es un factor de riesgo de Cáncer Labial. (ADA, 2010).

El término Cáncer Oral, incluye boca y faringe y garganta, cerca de dos tercios de los Cánceres Orales ocurren en la boca y alrededor de un tercio en la faringe. Actualmente al año se diagnostican en Estados Unidos alrededor de 35 mil afectados de los cuales 7500 fallecen por este motivo. El cáncer Oral es de avance rápido, cerca de un 60% sobrevivirán más de 5 años. Generalmente este Cáncer ocurre en personas de más de 40 años, y más en hombres que en mujeres. Un 75% de los casos de Cáncer oral, se deben al uso del tabaco o alcohol o del consumo de ambas. Para un buen diagnóstico de esta patología, si el Odontólogo sospecha de Cáncer Oral debe observar la lesión y si en dos semanas no desaparece preocuparse. (ADA, 2010).

Aproximadamente 35.000 nuevos casos de Cáncer Oral son descubiertos anualmente en Estados Unidos. Aproximadamente el 25 % de esas personas fallecerán por esta enfermedad. De acuerdo con la Asociación Americana del Cáncer, el Cáncer Oral ocurre casi tan frecuentemente como la Leucemia y más letal que los Melanomas y Cáncer Cérvico Uterino. La incidencia del Cáncer Oral está aumentando más en mujeres, personas jóvenes y no fumadores. El examen de pacientes rutinario y cuidadoso es fundamental y necesario. Esto puede ser fácilmente detectado en una visita regular al Odontólogo. La etapa en la cual se encuentra el Cáncer Oral es crítico para el diagnóstico en el curso de la enfermedad. Cuando es detectado en etapa temprana es más fácil el tratamiento y la cura. Cuando es detectado tarde, la sobrevida es probable sólo en un 50% los 5 años.

Incidencia y mortalidad:

- El Cáncer Oral afecta a alrededor de 34.360 Norteamericanos cada año.

- Más del 25% de los Norteamericanos que tienen Cáncer Oral, fallecerán debido a esta enfermedad.
- En promedio, solo la mitad de los pacientes diagnosticados sobrevivirán más de 5 años.
- La población afroamericana es especialmente vulnerable. El grado de incidencia es un tercio mayor en la población negra que en los blancos y la mortalidad es casi el doble que en la población blanca.

Factores de riesgo:

- A pesar de que el consumo de Tabaco y Alcohol son factores de riesgo contribuyen a la progresión de este Cáncer, aproximadamente un 25% de los pacientes con Cáncer Oral no se conoce el factor de riesgo.
- Ha habido un incremento de pacientes con Cáncer Oral menores de 40 años en los últimos 5 años.
- La incidencia de Cáncer Oral en mujeres ha crecido significativamente, en gran parte a un incremento en consumo de tabaco de las mujeres. En 1950 la relación entre hombres y mujeres era 6:1 y en el 2002 es 2:1.

Prevención y detección:

- La mejor forma de prevenir este Cáncer es evitar el consumo de Tabaco y el consumo de alcohol.
- Los chequeos dentales regulares, incluido el examen completo de la boca, son esenciales en la temprana detección de condiciones pre-cancerígenas y cancerosas.
- Algunos tipos de células cancerígenas pueden desarrollarse en la cavidad oral en forma de brotes blancos o rojos. Algunos son inocuos y benignos, algunos cancerosos y otros precancerosos. Lo que significa que ellos pueden desarrollarse a Cáncer si no son detectados tempranamente y removidos.
- ¡Remover la displasia epitelial antes de que el Cáncer comience a desarrollarse puede ser una de las medidas más efectivas para reducir la incidencia de Cáncer.
- Conociendo que los factores de riesgo y visitando a su dentista para el examen del Cáncer puede ayudar a prevenir esta mortal enfermedad. El uso rutinario del PAP Smear desde 1955, por ejemplo, ha disminuido la incidencia y la mortalidad del Cáncer Cérvico Uterino en Estados Unidos.
- El Cáncer es a veces precedido por la presencia de lesiones premalignas identificables clínicamente. Estas lesiones pueden estar presentes como placas o prominencias rojas o blancas. Identificado estas placas blancas y rojas que muestran displasia, pueden ser removidas y así evitar la aparición de la incidencia y la mortalidad de este Cáncer.

Los signos de Cáncer bucal incluyen:

- Manchas blancas o rojas dentro de la boca.

- Llagas en la boca que no cicatrizan.
- Hemorragias en la boca.
- Caída de dientes.
- Dolor al tragar.
- Bulto en el cuello.
- Dolor de oído.

Según el NHI la forma de inspeccionar la boca en búsqueda de Cáncer Oral es:

- Retirar de la boca prótesis totales o parciales.
- Observar cabeza, rostro, cuello labios y boca para buscar signos de Cáncer.
- Con ambas manos se debe palpar bajo la Mandíbula y el costado del cuello.
- Se debe observar piso de boca, paladar, y parte posterior de la garganta.
- Se debe observar y sentir el interior de los labios y las mejillas y detectar, si están presentes, signos o manchas.
- Con una gasa mover con suavidad la lengua hacia un lado a otro.
- Se debe poner el dedo índice en el piso de boca para detectar abultamientos.

3 SITUACIÓN DE SALUD BUCAL DE LOS GITANOS EN LA REGIÓN DE VALPARAÍSO

En Valparaíso, al igual que en el resto del Chile y el mundo, los Gitanos presentan un deteriorado estado de salud oral y general (*Entrevista a Bernard Weisweller, 2010*). La cantidad de Gitanos en nuestro país es alrededor de 5000 personas y en la región de Valparaíso residen alrededor de 500 gitanos, los cuales habitan aquí hace más de 1 año. Para una realización adecuada de esta investigación, antes de tomar la muestra se realizó un trabajo de obtención de un Universo Estimativo en la región debido a que no existe ningún registro de los gitanos en la misma. Luego de esto se tomó una muestra de este Universo Estimativo.

En Valparaíso la distribución de familias es la siguiente en las siete provincias y 38 comunas:

1. Valparaíso:

- a. Valparaíso: 10 personas
- b. Casablanca: 40 personas
- c. Concón: 20 personas
- d. Juan Fernández: 0
- e. Puchuncaví: 10 personas
- f. Quilpué: 30 personas
- g. Quintero: 20 personas
- h. Villa Alemana: 100 personas
- i. Viña del Mar: 20 personas

2. Petorca:

- a. Petorca: 10 personas
- b. La Ligua: 20 personas
- c. Cabildo: 10 personas
- d. Papudo: 0
- e. Zapallar: 0

3. Los Andes:

- a. Los Andes: 20
- b. San Esteban: 0
- c. Calle larga: 0
- d. Rinconada: 0

4. San Felipe de Aconcagua:

- a. San Felipe: 30 personas
- b. Catemu: 0

- c. Llay Llay: 10 personas
- d. Panquehue: 0
- e. Putaendo: 10 personas
- f. Santa María: 0 personas

5. Quillota:

- a. Quillota: 30 personas
- b. Calera: 50 personas
- c. Hijuelas: 0
- d. Limache: 30 personas
- e. La Cruz: 0
- f. Nogales: 0
- g. Olmué: 10 personas

6. San Antonio:

- a. San Antonio: 0
- b. Algarrobo: 30 personas
- c. Cartagena: 10 personas
- d. El Quisco: 0
- e. El Tabo: 0
- f. Santo Domingo: 0

7. Isla de Pascua: 4 personas



Figura I: mapa regional con la distribución de los gitanos según provincia.

OBJETIVO GENERAL

- Describir la salud oral de los Gitanos de la Región de Valparaíso y su real acceso a la atención de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la distribución de edad, género, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación y el grado de alfabetización de los gitanos en estudio.
2. Describir la distribución del sistema de previsión, beneficio en salud, antecedentes sistémicos y la última visita al odontólogo de los gitanos en estudio.
3. Describir las condiciones de la vivienda de los gitanos bajo estudio.
4. Describir los hábitos de riesgo de patología bucal en los gitanos bajo estudio según género.
5. Determinar los elementos de higiene oral más utilizados por los gitanos según género.
6. Determinar la distribución de dientes cariados, obturados, perdidos y del índice COP/CEO en los gitanos según género.
7. Determinar la prevalencia de dolor dental en los gitanos según género.
8. Determinar la distribución del índice de placa bacteriana en los gitanos según género.
9. Determinar la prevalencia de lesiones de la mucosa oral en los gitanos según género.
10. Determinar la necesidad de tratamiento periodontal de los gitanos según género.

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

1.- DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio: el siguiente es un tipo de estudio exploratorio de prevalencia de patologías bucales en Gitanos de la Región de Valparaíso que considera una muestra del Universo y describe todo lo observado en la investigación.

Universo y tamaño de muestra: el universo son 524 personas que corresponden a la comunidad Gitana de la región de Valparaíso, contabilizada en sus 7 provincias y 38 comunas, visitadas en sus hogares (carpas o casas). La muestra se obtuvo de un Universo Estimativo realizado para este estudio. El tamaño mínimo que se determinó según la metodología de muestreo estratificado con afijación proporcional y considerando un error de estimación del 5%.

La totalidad de pacientes de Isla de Pascua serán examinados.

TAMAÑO DE LA MUESTRA	
Provincia	Estrato (gitanos)
Valparaíso	41
Petorca	7
Los Andes	4
San Felipe	9
Quillota	20
San Antonio	7
Isla de Pascua	1
TOTAL	89

Tamaño de muestra estratificado con afijación proporcional:

$$n = \frac{\sum_{h=1}^k \frac{W_h \cdot N_h \cdot p_h \cdot (1 - p_h)}{N_h - 1}}{ee^2 + \sum_{h=1}^k \frac{W_h^2 \cdot p_h \cdot (1 - p_h)}{N_h - 1}}$$

$$n_h = n \cdot W_h$$

Donde:

N_h : es el tamaño poblacional del estrato h (provincia).

h	Estrato = Provincia	N_h
1	Valparaíso	250
2	Petorca	40
3	Los Andes	20
4	San Felipe	50
5	Quillota	120
6	San Antonio	40
7	Isla de Pascua	4

P_h : es la prevalencia de Caries (como no se tiene referencia, se asume $p_h=0,5$)

$W_h = \frac{N_h}{N}$: es la fracción de la provincia respecto del total regional (peso del estrato).

ee: es el error de estimación de la prevalencia de patologías bucales (en este caso; ee=0,05).

k: es el número de estratos (n° de provincias = 7)

n_h : es el tamaño de la muestra del estrato h.

n: es el tamaño de la muestra general.

Sujetos de estudio y criterios de Inclusión/exclusión: los sujetos de estudios son los gitanos de la región de Valparaíso. Se incluyen en el estudio todos aquellos Gitanos radicados en esta región o que hayan vivido por más de un año en este lugar, incluyendo todas las edades y ambos sexos. Se excluyen del estudio todos aquellos gitanos nómades que se encuentren de visita en la región. El contacto es por medio de un Gitano llamado Moisés Jauregui perteneciente a la familia Gitana y quien ha conversado previamente con las familias de las diferentes provincias de la región.

2.- VARIABLES

1. **Lugar de residencia:** variable cualitativa nominal.
 - a. **Definición Conceptual:** lugar en que se reside. (RAE, 2011)
 - b. **Definición Operacional:** lugar físico ubicado dentro de las 7 provincias de la región de Valparaíso en donde habita el individuo.

2. **Edad:** variable cuantitativa discreta.
 - a. **Definición Conceptual:** tiempo que ha vivido una persona, animal o vegetal.(RAE, 2011)
 - b. **Definición Operacional:** número arábigo que el paciente proporcione como la cantidad de años que ha vivido.

3. **Sexo:** variable cualitativa dicotómica.
 - a. **Definición Conceptual:** la condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y de las plantas (RAE, 2011).
 - b. **Definición Operacional:** las opciones en este estudio son masculino o femenino.

4. **Obtención de agua:** variable cualitativa dicotómica.
 - a. **Definición Conceptual:** forma de donde se obtiene el agua como servicio básico.
 - b. **Definición Operacional:** las opciones son red y otro.

5. **Tipo de Vivienda:** variable cualitativa dicotómica.
 - a. **Definición Conceptual:** lugar cerrado y cubierto para ser habitado por personas. (RAE, 2011).
 - b. **Definición Operacional:** se consideran dos opciones, carpa o casa.

6. **Estado civil:** variable cualitativa nominal.

- a. **Definición Conceptual:** condición de soltería, matrimonio, viudez, etc, de un individuo. (RAE, 2011).
- b. **Definición Operacional:** se consideran las opciones de viudo, separado, soltero, casado y conviviente.

7. **Escolaridad:** variable cualitativa nominal.

- a. **Definición Conceptual:** conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.
- b. **Definición Operacional:** se consideran para este estudio las siguientes opciones: sin escolaridad, básica completa, básica incompleta, media incompleta, media completa, superior incompleta, superior completa y técnico profesional.

8. **Ocupación:** variable cualitativa nominal.

- a. **Definición Conceptual:** trabajo, empleo u oficio. (RAE, 2011).
- b. **Definición Operacional:** se consideran para este estudio las opciones, sin ocupación, obrero, empleado, profesional, técnico, trabajador independiente, dueña de casa, trabajador del campo y ver la suerte.

9. **Previsión:** variable cualitativa nominal.

- a. **Definición Conceptual:** es el sistema de seguro para los trabajadores.
- b. **Definición operacional:** se consideran para este estudio las opciones, sin previsión, AFP, INP y otro.

10. **Beneficio de salud:** variable cualitativa nominal.

- a. **Definición Conceptual:** es el tipo de cobertura en salud que tiene el individuo y que permite asegurar acceso a atención de salud.
- b. **Definición Operacional:** se consideran para este estudio las opciones, Fonasa, Isapre, otro y sin beneficio.

11. **Periodicidad con la que consultan al Odontólogo:** variable cualitativa ordinal.

- a. **Definición Conceptual:** cantidad de visitas que realiza el paciente al Odontólogo según lo relatado por los pacientes examinados y consignado en el cuestionario.
- b. **Definición Operacional:** se consideran para este estudio las opciones, menos de doce meses, entre uno y dos años, entre dos y cinco años, entre cinco y diez años y nunca.

12. **Motivo por el cual no consultan al Odontólogo:** variable cualitativa nominal.

- a. **Definición Conceptual:** razón por la cual el paciente no se dirige a consulta con el Odontólogo.
- b. **Definición Operacional:** se consideran para este estudio las opciones, costo, espera, comportamiento del odontólogo, comportamiento del personal, dificultad de movimiento, miedo horario y sin dificultad.

13. Sistema de atención: variable cualitativa nominal.

- a. **Definición Conceptual:** se refiere a qué lugar recurre el paciente en caso de enfermedad.
- b. **Definición Operacional:** en este estudio se consideran las opciones de sistema público o privado.

14. Antecedentes familiares de enfermedades: variable cualitativa nominal.

- a. **Definición Conceptual:** se consideran las enfermedades que presenta algún familiar directo del individuo.
- b. **Definición Operacional:** se consideran para este estudio las siguientes opciones, Diabetes, Cáncer, Hipertensión, Depresión, Accidentes Cardiovasculares, Accidentes Cerebro Vasculares, Pulmonares, Alérgicos.

15. Enfermedades presentes: variable cualitativa nominal.

- a. **Definición Conceptual:** se consideran a las enfermedades que el paciente tiene en el momento de la entrevista.
- b. **Definición Operacional:** se consideran para este estudio, Diabetes Mellitus, Enfermedad Cardiovascular, Hipertensión Arterial y otras enfermedades.

16. Consumo de fármacos: variable cualitativa dicotómica.

- a. **Definición Conceptual:** se consideran las opciones de si el paciente consume o no medicamentos.
- b. **Definición Operacional:** las opciones son sí o no.

17. Elementos de higiene oral: variable cualitativa nominal.

- a. **Definición Conceptual:** son todos aquellos elementos que utiliza el paciente examinado para realizar su higiene oral.
- b. **Definición Operacional:** se consideran para este estudio las opciones cepillo, crema dental, hilo dental, limpiador de lengua, enjuague bucal, mondadientes y otros.

18. Frecuencia de uso de elementos de higiene: variable cualitativa ordinal.

- a. **Definición Conceptual:** se refiere a la periodicidad en el uso de los elementos de higiene del que utiliza el paciente.

- b. **Definición Operacional:** se consideran para este estudio las opciones, nunca, menos de una vez a la semana, 3 veces a la semana, 2 o más veces al día y una vez al día.

19. Consumo de cigarrillo, alcohol y pasta base: variable cualitativa nominal.

- a. **Definición Conceptual:** se refiere a qué elementos consume el individuo.
- b. **Definición Operacional:** las opciones son cigarro, alcohol y pasta base.

20. Consumo de elementos con riesgo de producir patologías bucales: variable cualitativa ordinal.

- a. **Definición Conceptual:** se refiere a cualquier elemento de consumo regular que pueda producir alguna patología bucal.
- b. **Definición Operacional:** se consideran para este estudio si el consumo es leve, moderado o severo.

21. Idiomas que habla: variable cualitativa nominal.

- a. **Definición Conceptual:** lengua del pueblo o nación, común a varios.
- b. **Definición Operacional:** se consideran para este estudio el español, francés, romané, italiano, inglés y catalán.

22. Número de Hijos: variable cuantitativa.

- a. **Definición Conceptual:** se refiere a la cantidad en número de hijos que tiene cada gitano.
- b. **Definición Operacional:** en este estudio se consideran todos los hijos que tenga el individuo.

23. Alfabetización: variable cualitativa dicotómica.

- a. **Definición Conceptual:** entender o interpretar un texto de determinado modo.
Definición Operacional: se consideran las opciones sí o no.

24. Caries: variable cualitativa nominal

- a. **Definición Conceptual:** enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes, que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta.
- b. **Definición Operacional:** cavitación o desmineralización pesquizable con la retención de una sonda OMS o con el examen visual realizado por el operador, serán marcadas con rojo en el dentograma. Las opciones son sí o no.

- **Índice COP:** variable cuantitativa.
 - **Definición Conceptual:** índice que resulta de la sumatoria de los dientes cariados, obturados y perdidos en dientes permanentes.
 - **Definición Operacional:** se considera en número la suma de todos los dientes cariados, obturados y perdidos obtenidos del examen de cada individuo.

- **Índice CEO:** variable cuantitativa.
 - **Definición Conceptual:** índice que resulta de la sumatoria de los dientes cariados exfoliados y obturados en dientes temporales.
 - **Definición Operacional:** se considera en número la suma de todos los dientes cariados, exfoliados y perdidos obtenidos del examen de cada individuo.

- **Índice de placa bacteriana Green Vermillion:** variable cuantitativa
 - **Definición Conceptual:** índice de valoración de Biopelícula dental en las superficies vestibulares de los dientes 1.6, 1.1, 2.6, 4.1 y linguales de los dientes 3.6 y 4.6.
 - **Definición Operacional:** promedio de las mediciones individuales de todos los dientes examinados en boca, divididos por el número total de superficies medidas en cada paciente.

- **Dolor:** variable cualitativa dicotómica.
 - **Definición Conceptual:** es una sensación displacentera y la experiencia emocional asociada a un daño tisular.
Definición Operacional: para este estudio se considera la presencia o ausencia de este síntoma.

- **Estado de la mucosa:** variable cualitativa dicotómica.
 - **Definición Conceptual:** se refiere a la presencia de cualquier lesión de la mucosa, la que puede ser compatible con Cáncer Bucal, SIDA, Pénfigo, Eritema Multiforme u otras patologías.
 - **Definición Operacional:** para este estudio se considera la presencia o ausencia de este signo.

- **Necesidad de tratamiento:** variable cuantitativa.

- **Definición Conceptual:** detección mediante sondeo de códigos presentes durante el examen.
- **Definición Operacional:** resultado del examen mediante PSR, sus opciones son:
 - Código 0: sondaje 0.5 mm, solo penetra bolita. Tejido Sano
 - Código 1: sondaje 0.5 mm, solo penetra bolita. No hay cálculos ni iatrogenia.
 - Código 2: sondaje hasta 3mm, penetra bolita y sección clara. Signos inflamatorios gingivales, cálculos, iatrogenia u factor retentivo de placa.
 - Código 3; sondaje hasta 5mm, porción negra penetra parcialmente. Signos inflamatorios gingivales, cálculos y/o iatrogenia.
 - Código 4: sondaje sobre 6mm, porción negra penetra completamente. Signos inflamatorios gingivales, cálculos y/o iatrogenia.

CAPÍTULO III

RESULTADOS SEGÚN OBJETIVOS PLANTEADOS.

1. Describir la distribución de edad, género, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación y el grado de alfabetización de los gitanos en estudio.

- Edad y género:

Género	n°	%
Femenino	56	60,22%
Masculino	37	39,78%
Total general	93	100,00%

TABLA I: relación entre edad y género en número y porcentaje de gitanos del estudio.

Se observa que hubo una mayor frecuencia de mujeres que varones estudiados con un 60% y 40% respectivamente.

Distribución de la edad según género

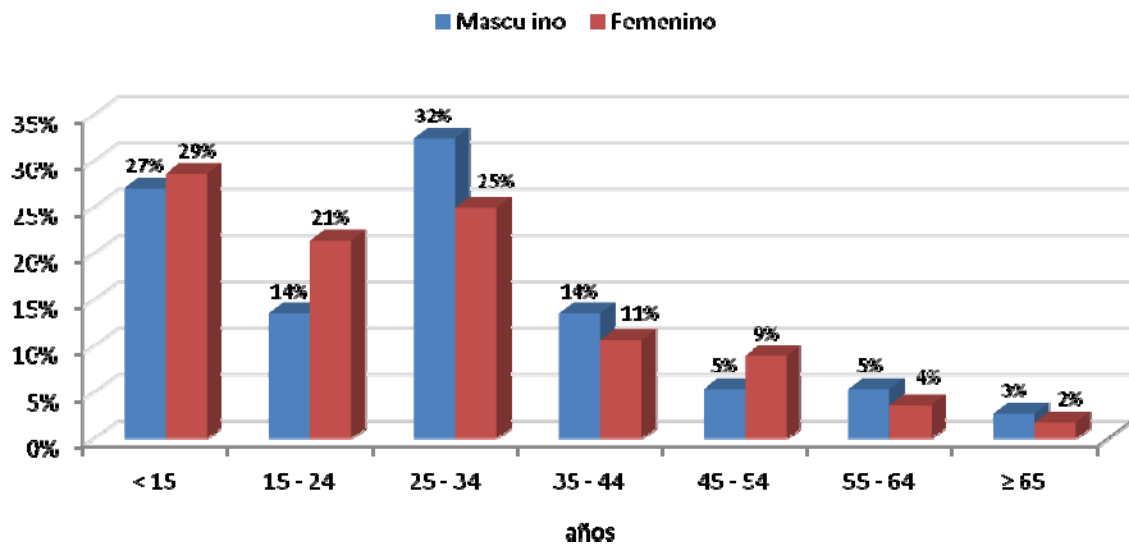


GRÁFICO I: distribución de la edad según género en porcentajes.

Edad (años)	Género				Total	
	Femenino		Masculino		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%
< 15	16	29%	10	27%	26	27,96%
15 - 24	12	21%	5	14%	17	18,28%
25 - 34	14	25%	12	32%	26	27,96%
35 - 44	6	11%	5	14%	11	11,83%
45 - 54	5	9%	2	5%	7	7,53%
55 - 64	2	4%	2	5%	4	4,30%
≥ 65	1	2%	1	3%	2	2,15%
Total general	56	100,00%	37	100,00%	93	100,00%

TABLA II: relación entre edad y género según rangos de edad.

En general, se aprecia una mayor frecuencia de gitanos con una edad entre 25-34 y menores de 15 años ambos representan un 28%. La menor frecuencia se observa en gitanos cuya edad supera los 65 años. Además, el 86% de los gitanos estudiados no superan los 44 años de edad.

En varones, se observa una mayor frecuencia de gitanos con una edad entre 25 -34 años que representan 22% y una menor de frecuencia de gitanos que superan los 65 años de edad con un 3%. En cambio, en mujeres, se observa una mayor frecuencia de gitanos con una edad inferior a los 15 años con un 30% y la menor frecuencia se presentó en gitanos que superan los 65 años con un 2%.

Asimismo, la variabilidad de las edades entre hombres y mujeres se comportan de manera homogénea (Test de Levene: $Q=0,02$; $P\text{-valor}=0,879$). Además, no se aprecia una diferencia mediana estadísticamente significativa entre las edades de hombres y mujeres (Test para medianas de Mood: $\chi^2=0,22$; $P\text{-valor}=0,642$).

- **Estado civil:**

Estado Civil	n°	%
Soltero	48	51,61%
Viudo	2	2,15%
Conviviente	43	46,24%
Total general	93	100,00%

TABLA III: estado civil representado en número y porcentajes

Se aprecia un 50% de gitanos que son solteros, mientras que un 46% convive y sólo el 2% del total son viudos.

- **Nivel de escolaridad:**

Nivel de escolaridad	n°	%
Sin escolaridad	92	98,92%
Básica incompleta	1	1,08%
Total general	93	100,00%

TABLA IV: nivel de escolaridad en números y porcentajes.

Un 99% de los gitanos examinados no tiene escolaridad, mientras que sólo el 1% que corresponde a una persona tiene nivel básico incompleto.

- **Ocupación:**

Ocupación	n°	%
Sin ocupación	24	25,81%
Obrero	1	1,08%
Empleado	1	1,08%
Trabajador independiente	33	35,48%
Ver la suerte	34	36,56%
Total general	93	100,00%

TABLA V: ocupación en números y porcentajes.

Un 25% de los gitanos examinados no tiene ocupación, mientras que el 35% es trabajador (a) independiente y un 37% de la población se dedica a ver la suerte.

- **Alfabetización:**

¿Saben leer?	n°	%
Si	3	3,23%
No	90	96,77%
Total general	93	100,00%

TABLA VI: alfabetización en números y porcentajes.

Del total de los gitanos examinados, sólo 3 de ellos, que representan el 3% de la población saben leer. En tanto que el 97% no sabe leer.

2. Describir la distribución del sistema de previsión, beneficio en salud, antecedentes sistémicos y la última visita al odontólogo de los gitanos en estudio.

- **Sistema de previsión:**

Sistema de previsión	n°	%
Sin previsión	92	98,92%
INP	1	1,08%
Total general	93	100,00%

TABLA VII: sistema de previsión en números y porcentajes.

El 99% de los gitanos examinados no tiene previsión, mientras que sólo el 1% tiene previsión que corresponde al INP y es una persona.

- **Beneficio en salud:**

Beneficio en salud	n°	%
Isapre	3	3,23%
Sin beneficio	90	96,77%
Total general	93	100,00%

TABLA VIII: beneficio de salud en número y porcentaje.

De los pacientes examinados sólo un 3% tiene Isapre, mientras que el 97% del total no cuenta con ningún beneficio de salud.

- **Antecedentes sistémicos:**

Antecedentes Sistémicos familiares	n°	%
Diabetes	15	16,13%
Cáncer	3	3,23%
HTA	13	13,98%
Antecedentes de depresión	68	73,12%
ACV	2	2,15%
AVE	0	0,00%
Afección pulmonar	1	1,08%
Alergias	0	0,00%

TABLA IX: antecedentes sistémicos familiares de enfermedad en números y porcentajes.

Del total de pacientes examinados el 73% de los examinados presenta antecedentes familiares de enfermedad compatible con Depresión; un 16% antecedentes de Diabetes, un 13% antecedentes HTA; un 3% antecedentes de Cáncer, un 2% de Accidentes Cardiovasculares y un 1% antecedentes de afecciones pulmonares.

Antecedentes Sistémicos del gitano	n°	%
Diabetes	3	3,23%
Enfermedad cardiovascular	3	3,23%
HTA	13	13,98%
Antecedentes de depresión	16	17,20%
Otras enfermedades	9	9,68%

TABLA X: antecedentes sistémicos del gitano en números y porcentajes.

Del total de pacientes examinados, 17% presentan enfermedad compatible con Depresión, mientras que el 14% tiene Hipertensión Arterial, un 10% otras enfermedades y un 3% Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares.

- **Última visita al odontólogo:**

Última visita al odontólogo	n°	%
≤ 12 meses	24	25,81%
1 - 2 años	4	4,30%
2 - 5 años	12	12,90%
5 - 10 años	34	36,56%
Nunca	19	20,43%
Total general	93	100,00%

TABLA XI: última visita al odontólogo en rangos de tiempo en números y porcentajes.

Del total de gitanos examinados, el 37% visitó al Odontólogo por última vez entre 5 y 10 años atrás; el 25% lo ha visitado hace menos de 12 meses; el 20% no ha visitado nunca al Odontólogo, el 13% lo visitó entre 2 y 5 años y el 4% entre 1 y 2 años atrás.

3. Describir las características demográficas donde habitan los gitanos bajo estudio.

- **Provincias:**

Provincias	n°	%
Isla Pascua	3	3,23%
Los Andes	8	8,60%
Petorca	5	5,38%
Quillota	21	22,58%
San Antonio	7	7,53%
San Felipe	9	9,68%
Valparaíso	40	43,01%
Total general	93	100,00%

TABLA XII: distribución provincial en números y porcentajes.

La distribución de la población es esencialmente grande en la provincia de Valparaíso con un 43% del total, lo siguen Quillota con un 23% del total, San Felipe con un 9%, Los Andes con un 8%, San Antonio con un 7%, Petorca con un 5% y finalmente Isla de Pascua con sólo un 3%.

- **Abastecimiento de agua:**

Consumo de agua	n°	%
Red	15	16,13%
Otro	78	83,87%
Total general	93	100,00%

TABLA XIII: obtención de agua en números y porcentajes.

Del total de gitanos examinados, el 83% se abastece de agua por algún medio que corresponde en todos los casos a la obtención de este recurso solicitándolo a un vecino; mientras que el 15% de los examinados obtiene este recurso directamente de la red.

- **Tipo de vivienda:**

Tipo de vivienda	n°	%
Carpa	78	83,87%
Casa	15	16,13%
Total general	93	100,00%

TABLA XIV: tipo de vivienda en número de porcentajes.

Del total de gitanos examinados, el 83% viven en carpas; mientras que el 16% vive en casas.

4. Describir los hábitos de riesgo de patología bucal en los gitanos bajo estudio según género.

- **Fumador:**

Consumo de cigarrillo	Género				Total	
	n°	Femenino %	n°	Masculino %	n°	%
Si	17	30,36%	19	51,35%	36	38,71%
No	39	69,64%	18	48,65%	57	61,29%
Total general	56	100,00%	37	100,00%	93	100,00%

TABLA XV: relación entre consumo de cigarrillo y género en números y porcentajes.

Se aprecia que una mayor frecuencia de consumo de cigarrillos en varones con un 51,4%,, además, las proporciones de consumo de cigarrillo en ambos géneros difieren significativamente (Test Mid-p exacto de Fisher: P-valor=0,04707), por lo que se estima que el consumo de cigarrillo es 2,4 veces más probable en varones que en mujeres (OR=2,398; IC del 95% = [1,011 – 5,777]).

Tipo de fumador	Género				Total	
	Femenino		Masculino		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%
Cigarrillo	8	47,06%	3	15,79%	11	30,56%
Cigarrillo y Pasta base	9	52,94%	16	84,21%	25	69,44%
Total general	17	100,00%	19	100,00%	36	100,00%

TABLA XVI: relación de consumo de cigarrillo y pasta base según género en números y porcentajes.

Se observa una mayor frecuencia de mujeres que sólo consumen cigarrillos, en cambio, es mucho más frecuente ver varones que consumen cigarrillo y pasta base. Sin embargo, no hay evidencia clara de que no exista una relación entre las variables (Test Mid-p exacto de Fisher: P-valor=0,05432).

- **Consumo de alcohol:**

Consumo de alcohol	Género				Total	
	Femenino		Masculino		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%
Si	2	3,57%	7	18,92%	9	9,68%
No	54	96,43%	30	81,08%	84	90,32%
Total general	56	100,00%	37	100,00%	93	100,00%

TABLA XVII: consumo de alcohol según género en números y porcentajes.

Se aprecia que una mayor frecuencia de consumo de alcohol en varones, además, las proporciones de consumo de alcohol difieren significativamente entre ambos géneros (Test Mid-p exacto de Fisher: P-valor=0,02124), por lo que se estima que el consumo de alcohol es 6,2 veces más probable en varones que en mujeres (OR=6,175; IC del 95% = [1,283 – 45,75]).

- **Consumo de azúcar:**

Grado de consumo de azúcar	Género				Total	
	n°	Femenino %	n°	Masculino %	n°	%
Moderado	29	51,79%	17	45,95%	46	49,46%
Alto	27	48,21%	20	54,05%	47	50,54%
Total general	56	100,00%	37	100,00%	93	100,00%

TABLA XVIII: grado de consumo de azúcar según género en números y porcentajes.

Se aprecia que levemente una mayor frecuencia de grado de consumo de azúcar alto en varones, y de grado moderado en mujeres. Sin embargo, las proporciones de grado de consumo de azúcar no difieren significativamente entre ambos géneros (Test Mid-p exacto de Fisher: P-valor=0,5901).

- **Consumo de ácidos:**

Grado de consumo de ácidos	Género				Total	
	n°	Femenino %	n°	Masculino %	n°	%
Bajo	4	7,14%	3	8,11%	7	7,53%
Moderado	30	53,57%	17	45,95%	47	50,54%
Alto	22	39,29%	17	45,95%	39	41,94%
Total general	56	100,00%	37	100,00%	93	100,00%

TABLA XIX: grado de consumo de azúcar según género en números y porcentajes.

Se observa que el grado de consumo de ácidos no cambia significativamente entre el género de los gitanos (Test Chi-cuadrado de Pearson: $\chi^2=0,52$; gl=2; P-valor=0,771).

- **Consumo de café:**

Grado de consumo de café	Género					
	Femenino		Masculino		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%
Bajo	4	7,14%	3	8,11%	7	7,53%
Moderado	30	53,57%	17	45,95%	47	50,54%
Alto	22	39,29%	17	45,95%	39	41,94%
Total general	56	100,00%	37	100,00%	93	100,00%

TABLA XX: grado de consumo de azúcar según género en números y porcentajes.

Se observa que el grado de consumo de café no cambia significativamente entre el género de los gitanos (Test Chi-cuadrado de Pearson: $\chi^2=1,153$; $gl=2$; P-valor=0,562).

5. Determinar los elementos de higiene oral más utilizados por los gitanos según género.

- **Uso de cepillo:**

Uso de cepillo	Género				Total	
	Femenino		Masculino		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%
Si	39	69,64%	21	56,76%	60	64,52%
No	17	30,36%	16	43,24%	33	35,48%
Total general	56	100,00%	37	100,00%	93	100,00%

TABLA XXI: uso de cepillo de dientes según género en números y porcentajes.

Se observa que el porcentaje de uso de cepillo dental no cambia significativamente entre el género de los gitanos (Test Mid-p exacto de Fisher: P-valor=0,2151).

- **Uso de crema dental:**

Uso de crema dental	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	n°	%	n°	%	n°	%
Si	39	69,64%	21	56,76%	60	64,52%
No	17	30,36%	16	43,24%	33	35,48%
Total general	56	100,00%	37	100,00%	93	100,00%

TABLA XXII: uso de crema o pasta dental según género en números y porcentajes.

Se observa que el porcentaje de uso de crema dental no cambia significativamente entre el género de los gitanos (Test Mid-p exacto de Fisher: P-valor=0,2151).

- **Uso de otros elementos de higiene:**

Otros	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	n°	%	n°	%	n°	%
Si	2	3,57%	1	2,70%	3	3,23%
No	54	96,43%	36	97,30%	90	96,77%
Total general	56	100,00%	37	100,00%	93	100,00%

TABLA XXIII: uso de otros elementos de higiene según género en números y porcentajes.

Se aprecia que sólo tres gitanos utilizan otros elementos de higiene, pero cabe de señalar que estos tres gitanos son pertenecientes a la isla de pascua debido a que estos usan particularmente el tallo llamado Siwak o Miswak que proviene del árbol *Salvadora Pérsica*.

- **Uso compartido de un mismo cepillo:**

Comparte cepillo	Género				Total	
	Femenino		Masculino		n°	%
	n°	%	n°	%		
Si	38	67,86%	20	54,05%	58	62,37%
No	18	32,14%	17	45,95%	35	37,63%
Total general	56	100,00%	37	100,00%	93	100,00%

TABLA XXIV: uso compartido de cepillo de dientes según género en números y porcentajes.

Se observa que el porcentaje de uso compartido de cepillo no cambia significativamente entre el género de los gitanos (Test Mid-p exacto de Fisher: P-valor=0,1895).

- **Frecuencia de cepillado:**

Frecuencia de cepillado	Género				Total	
	Femenino		Masculino		n°	%
	n°	%	n°	%		
nunca	18	32,14%	15	40,54%	33	35,48%
< 1 vez semana	19	33,93%	13	35,14%	32	34,41%
1 vez semana	14	25,00%	8	21,62%	22	23,66%
≥ 2 veces a la semana	5	8,93%	1	2,70%	5	6,45%
Total general	56	100,00%	37	100,00%	93	100,00%

TABLA XXV: frecuencia de cepillado según género en números y porcentajes.

Se observa que la distribución de frecuencia del cepillado cambia significativamente entre el género de los gitanos (Test Chi-cuadrado de Pearson: $\chi^2=1,898$; gl=3; P-valor=0,594)

6. Determinar la distribución de dientes cariados, obturados, perdidos y del índice COP/CEO en los gitanos según género.

- CEO:

Variables	Género	Medidas descriptivas					
		N	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Mediana	Máximo
C	Femenino	15	4,533	0,743	3	5	6
	Masculino	9	3,333	1,936	0	4	7
	Total	24	4,083	1,412	0	4	7
O	Femenino	15	0,0667	0,2582	0	0	1
	Masculino	9	0,444	0,882	0	0	2
	Total	24	0,208	0,588	0	0	2
E	Femenino	15	2,333	2,92	0	0	8
	Masculino	9	0,444	1,014	0	0	3
	Total	24	1,625	2,533	0	0	8
CEO	Femenino	15	6,933	3,195	4	6	13
	Masculino	9	4,222	2,587	0	4	10
	Total	24	5,917	3,216	0	4,5	13

TABLA XXVI: distribución del CEO según género calculados en promedio, desviación estándar, mínimo, mediana y máximo.

Se aprecia en mujeres que hay un número promedio mayor de dientes cariados, exfoliados y CEO. En cambio, en varones se presento un mayor número promedio de dientes obturados.

Distribución del índice CEO

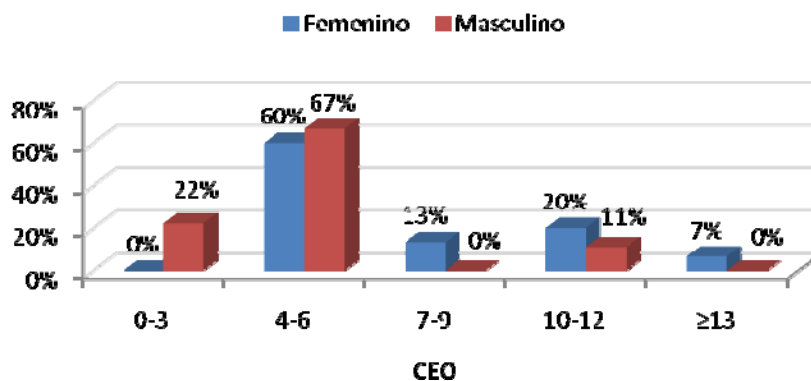


GRÁFICO II: distribución del CEO según género en porcentajes.

Además, la variabilidad del número de dientes cariados se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género (Test de Levene: $Q=2,82$; $P\text{-valor}=0,107$). La variabilidad del número de dientes obturados se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género (Test de Levene: $Q=2,47$; $P\text{-valor}=0,130$). La variabilidad del número de dientes exfoliados se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género (Test de Levene: $Q=3,46$; $P\text{-valor}=0,076$). Y la variabilidad del índice CEO se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género (Test de Levene: $Q=1,82$; $P\text{-valor}=0,191$).

Al comparar las medianas del número de dientes cariados según género, se aprecia una diferencia estadísticamente significativa (Test para medianas de Mood: $\chi^2=4,28$; $gl=1$; $P\text{-valor}=0,039$), en cambio, las medianas del número de dientes obturados y exfoliados según género no difieren significativamente (Test para medianas de Mood: $P\text{-valores}>0,2$). Es por esto que, las medianas del índice CEO según género tienen una diferencia estadísticamente significativa (Test para medianas de Mood: $\chi^2=4,44$; $gl=1$; $P\text{-valor}=0,035$).

De esta manera, se espera que las mujeres posean una mayor cantidad de caries que los varones, de igual manera ocurre con el índice CEO, pero en el número de dientes obturados y exfoliados no difieren entre los géneros.

- **COP:**

Variables	Género	Medidas descriptivas					
		N	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Mediana	Máximo
C	Femenino	41	3,927	1,49	0	4	8
	Masculino	28	4,036	1,71	0	4	7
	Total	69	3,971	1,572	0	4	8
O	Femenino	41	1,098	0,86	0	1	2
	Masculino	28	0,786	0,833	0	1	2
	Total	69	0,971	0,857	0	1	2
P	Femenino	41	0,463	0,977	0	0	4
	Masculino	28	0,25	0,645	0	0	2
	Total	69	0,377	0,859	0	0	4
COP	Femenino	41	5,488	1,748	2	5	10
	Masculino	28	5,071	2,176	0	5	9
	Total	69	5,319	1,929	0	5	10

TABLA XXVII: distribución del COP según género, calculados en números, promedio, desviación estándar, mínimo, mediana y máximo.

Se aprecia en mujeres que hay un número promedio mayor de dientes obturados, perdidos y COP. En cambio, en varones se presentó un mayor número promedio de dientes cariados.

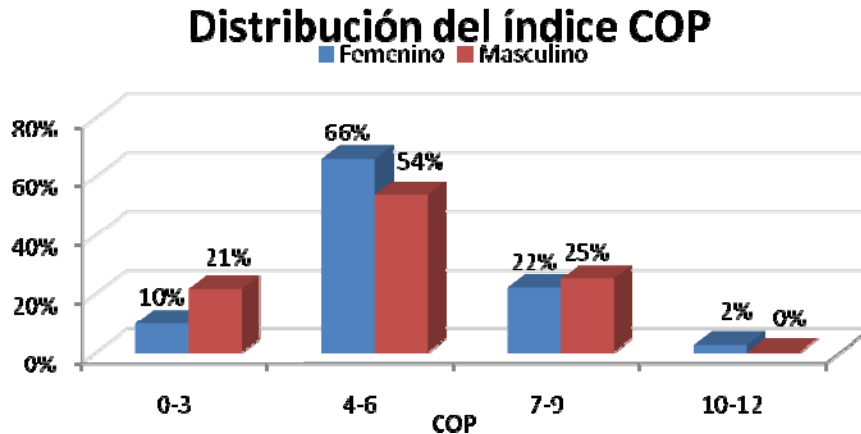


GRÁFICO III: distribución del COP según género en porcentajes.

Además, la variabilidad del número de dientes cariados se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género (Test de Levene: $Q=1,12$; $P\text{-valor}=0,294$). La variabilidad del número de dientes obturados se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género (Test de Levene: $Q=0,02$; $P\text{-valor}=0,876$). La variabilidad del número de dientes perdidos se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género (Test de Levene: $Q=1,03$; $P\text{-valor}=0,315$). Y la variabilidad del índice COP se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género (Test de Levene: $Q=1,04$; $P\text{-valor}=0,311$).

Al comparar las medianas del número de dientes cariados según género, no se aprecia una diferencia estadísticamente significativa (Test para medianas de Mood: $\chi^2=0,03$; $gl=1$; $P\text{-valor}=0,856$), en cambio, las medianas del número de dientes obturados no difieren significativamente (Test para medianas de Mood: $\chi^2=1,99$; $gl=1$; $P\text{-valor}=0,159$), y las medianas de dientes perdidos según género no difieren significativamente (Test para medianas de Mood: $\chi^2=0,64$; $gl=1$; $P\text{-valor}=0,424$). Es por esto que, las medianas del índice CEO según género no poseen una diferencia estadísticamente significativa (Test para medianas de Mood: $\chi^2=0,46$; $gl=1$; $P\text{-valor}=0,496$).

De esta manera, se espera que entre mujeres y varones posean una cantidad similar de dientes cariados, obturados, perdidos e índice COP.

7. Determinar la prevalencia de dolor dental en los gitanos según género.

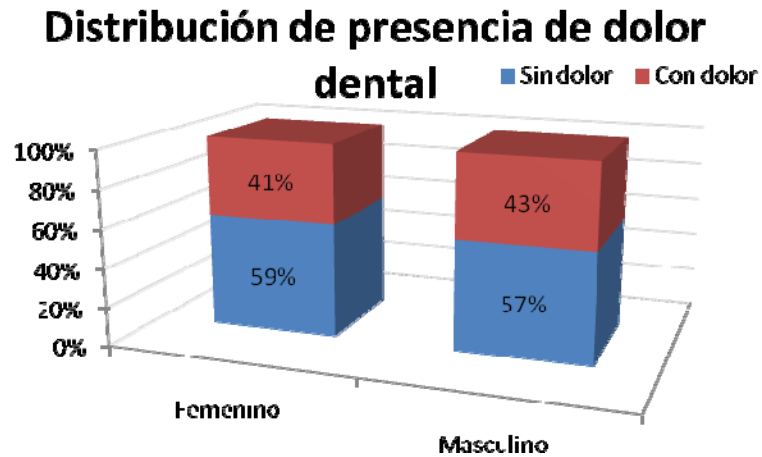


GRÁFICO IV: presencia de dolor dental según género en porcentajes.

Dolor dental	Género				Total	
	Femenino		Masculino		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%
Si	23	41,07%	16	43,24%	39	41,94%
No	33	58,93%	21	56,76%	54	58,06%
Total general	56	100,00%	37	100,00%	93	100,00%

TABLA XXVIII: dolor dental según género en números y porcentajes.

Se observa que un 42% del total de gitanos estudiados poseen dolor dental. Además, se presentó levemente un mayor porcentaje de varones que sufren dolor dental con un 43%. Sin embargo, la distribución de frecuencias de presencia de dolor entre varones y mujeres no difiere significativamente (Test Mid-p exacto de Fisher: P-valor=0,8376).

8. Determinar la distribución del índice de placa bacteriana en los gitanos según género.

Género	Medidas descriptivas para IHO					
	N	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Mediana	Máximo
Femenino	56	56,25	11,35	41,6	50	71
Masculino	37	57,82	11,23	41,6	58,3	71
Total	93	56,87	11,27	41,6	50	71

TABLA XXIX: índice de higiene oral según género en números y porcentajes.

Se aprecia que los promedios del IHO son muy similares entre los géneros, la variabilidad del IHO entre hombres y mujeres se comportan de manera homogénea (Test de Levene: $Q=0,12$; $P\text{-valor}=0,735$). Además, no se aprecia una diferencia mediana estadísticamente significativa entre los IHO de hombres y mujeres (Test para medianas de Mood: $\chi^2=1,12$; $P\text{-valor}=0,29$).

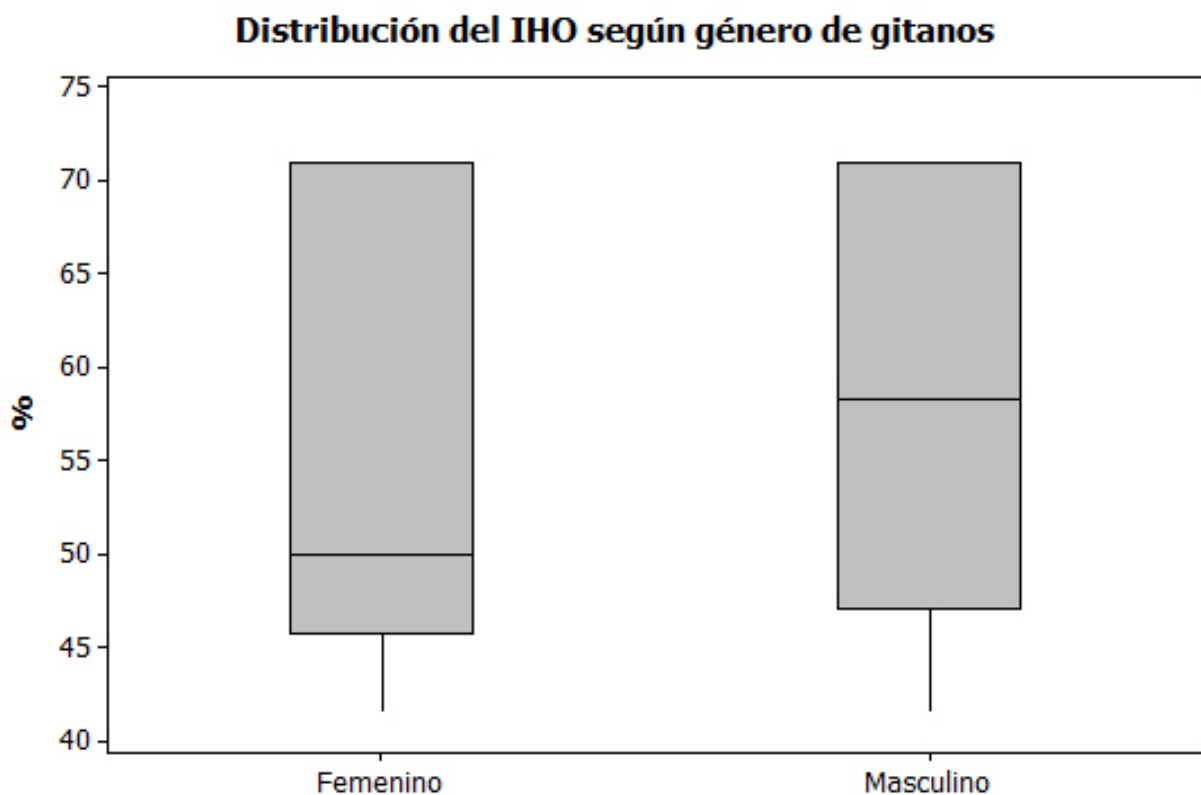


GRÁFICO V: índice de higiene oral según género en porcentajes.

9. Determinar la prevalencia de lesiones de la mucosa oral en los gitanos según género.

Estado de la mucosa	Género				Total	
	Femenino		Masculino		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sin lesión	43	77%	29	78%	72	77,42%
Con Lesión	13	23%	8	22%	21	22,58%
Total general	56	100,00%	37	100,00%	93	100,00%

TABLA XXX: prevalencia de lesiones de la mucosa oral según género en números y porcentajes.

Se observa que un 22,6% del total de gitanos estudiados tienen lesión a la mucosa. Sin embargo, la distribución de frecuencias de estado de la mucosa entre varones y mujeres no difiere significativamente (Test Mid-p exacto de Fisher: P-valor=0,8688).

10. Determinar la necesidad de tratamiento periodontal de los gitanos según género.

PSR	Género				Total	
	Femenino		Masculino		n°	%
	n°	%	n°	%		
Código 2	23	56,10%	13	46,43%	36	52,17%
Sin asterisco	23	56,10%	13	46,43%	36	52,17%
Con asterisco	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Código 3	15	36,59%	14	50,00%	29	42,03%
Sin asterisco	13	31,71%	12	42,86%	25	36,23%
Con asterisco	2	4,88%	2	7,14%	4	5,80%
Código 4	3	7,32%	1	3,57%	4	5,80%
Sin asterisco	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Con asterisco	3	7,32%	1	3,57%	4	5,80%
Total general	41	100,00%	28	100,00%	69	100,00%

TABLA XXXI: necesidad de tratamiento periodontal según género en números y porcentajes.

Del total de los pacientes examinados, un 52% presenta código 2, un 42% código 3 y un 5% código 4. Lo anterior refleja lo siguiente:

- Código 2: sondaje hasta 3 mm, penetra bolita y sección clara. Signos inflamatorios gingivales, cálculos, iatrogenia u factor retentivo de placa.
- Código 3; sondaje hasta 5 mm, porción negra penetra parcialmente. Signos inflamatorios gingivales, cálculos y/o iatrogenia.
- Código 4: sondaje sobre 6 mm, porción negra penetra completamente. Signos inflamatorios gingivales, cálculos y/o iatrogenia.

DISCUSIÓN

No existe gran cantidad de estudios exploratorios sobre la etnia gitana, los estudios comparativos mencionados en esta investigación, relatan que las poblaciones marginadas presentan índices más altos de Caries o enfermedad Periodontal que el resto de la población (García-Campayo y Alda, 2007; Mora y Martínez, 2000).

En un estudio que se hizo a 173 niños de 2-5 años, 92 niños y 72 niñas. 117 pertenecientes a la Etnia Mayoritaria y 46 a la etnia Gitana. La prevalencia global de Caries global fue de 37% con una media de 1,76 dientes afectados por pacientes. Si se compara la prevalencia de caries por grupos étnicos es del 29% para el grupo étnico mayoritario y 58% para el Gitano. El número medio de dientes con Caries es superior en niños Gitanos que el grupo mayoritario siendo de 3,4 y 1,1 respectivamente, en contraste con este estudio el número de Caries en los niños encontrado es de un promedio de 4 Caries por niño.

El estudio "El estado de Salud Oral del pueblo Gitano en España". (Ferrer, 2003), tuvo como objetivo dilucidar si se han realizado investigaciones sobre el acceso a la salud de este grupo, si se han estudiado sus diferencias étnicas, sus desigualdades en salud y si existe bibliografía adecuada. Pese a que existen algunos estudios la mayoría de ellos son comparativos entre la etnia gitana y el pueblo español, pero no son del tipo exploratorio como éste.

La mayor cantidad de publicaciones sobre la salud de los gitanos se han hecho en comunidades españolas, como Andalucía, Madrid y Cataluña relación con que existe una mayor cantidad de población gitana. Se ha referido que los gitanos presentan una desigualdad social respecto al acceso y la utilización de los servicios sanitarios.(García-Campayo y Alda, 2007; Mora y Martínez, 2000; Ramírez, 2007).

Debido a que no concurren a centros de atención odontológica frecuentemente, las restauraciones en boca son muy pocas y las que hay son realizadas en su mayoría por estética y en Bolivia debido al costo mínimo que deben pagar allá por ellas. Sus obturaciones son en su mayoría de Oro, Plata y Amalgamas, realizadas en este país vecino. Sus coronas tienen formas diversas, corazón, estrellas, conejos e incrustaciones sobre sus dientes con formas de estrellas. El Oro en sus bocas es un signo de estatus. Se aprecian bocas mutiladas pero con incrustaciones de metales preciosos.

En Chile la enseñanza básica es obligatoria. Los niños gitanos no asisten al colegio por lo cual están en una franca desventaja social con respecto a los niños de su edad.

Dentro de la población estudiada existen 3 clases sociales de Gitanos, en los cuales la gran diferencia es el ingreso familiar. No existe diferencia entre el nivel de escolaridad o alfabetización de estos grupos, pues todos tienen bajo acceso.

Existen situaciones que son condicionantes a su mala salud oral tales como el analfabetismo, la casi nula escolaridad de todos ellos lo que tiene directa relación con el

desconocimiento y desinformación debido a que no existe un canal de entrega de información como lo podría ser el colegio. (García-Campayo y Alda, 2007).

Lo anterior se observa en este estudio, pues de la muestra total de 93 pacientes, sólo 1 de ellos tiene algún nivel de escolaridad.

Ellos no tienen claro cuántas veces al día deben cepillar sus dientes, tampoco conocen el uso de otros elementos de higiene complementarios como seda dental o colutorios, lo que queda revelado en este estudio.

De las mujeres examinadas un alto porcentaje presenta características compatibles con Depresión, lo cual indica que existe un problema social que no ha sido detectado. Se recomienda realizar un estudio a las mujeres Gitanas para descubrir el por qué de por qué de la frecuencia.

Según los estudios citados (Mora y Martínez, 2000; García-Campayo, 2007), existe una tendencia alta de los gitanos a presentar enfermedades de carácter crónico, lo cual no se condice con los resultados encontrados en este estudio debido a que los niveles no son altos. Del total de pacientes examinados, 17% presentan enfermedad compatible con Depresión, mientras que el 14% tiene Hipertensión Arterial, un 10% otras enfermedades y un 3% Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares.

En los estudios citados (García-Campayo, 2007; Ramírez, 2007), existe un alto consumo de Azúcar de los gitanos en España, lo cual no tiene relación con lo observado en esta población pues en los 93 pacientes examinados predomina el consumo moderado.

En las investigaciones citadas (García-Campayo, 2007; Mora y Martínez, 2000), se menciona la alta tasa de enfermedades congénitas encontradas en la población gitana en España, debido a las altas tasas de consanguinidad. En este estudio no fueron encontrados pacientes con patologías congénitas propias de las poblaciones que no se mezclan con otras.

En Chile no existe ningún estudio sobre exploratorio de salud oral sobre gitanos, los estudios usados de referencia en este trabajo son de España, lo cual en ningún caso se pueden extrapolar a los gitanos de Chile debido a que el nivel de marginalidad en Chile es superior al de España por lo cual se recomienda investigar a otras minorías étnicas en Chile o grupos marginados para tener antecedentes sobre otras poblaciones con escaso acceso a atención de salud y poder contrastar resultados.

Todos los gitanos examinados hablan Romané, esa es su lengua madre y también español con un acento característica y sólo con un vocabulario limitado para este idioma.

Pese a su analfabetismo, la mayoría de ellos puede escribir su nombre de memoria.

Sus apellidos aparecen mal escritos en sus cédulas de identidad, así algunos hermanos tiene escrito de manera diferente el mismo apellido, esto porque en el momento

de inscribirse en el registro civil, y debido a que ellos no saben leer ni escribir, el funcionario del registro escribe el nombre tal como lo escucha.

El promedio de hijos por cada gitano es de 3 por cada uno de ellos, si viven en carpas, los niños están generalmente desaseados.

Del grupo total de pacientes examinados, sólo 3, que corresponden a los gitanos musulmanes usan, además de cepillo de dientes, otros elementos de higiene, el Siwak, tallo de la Salvadora Pérsica.

Todas las investigaciones citadas hablan de la desigualdad de acceso entre los gitanos y el resto de la población, lo cual va en desmedro de su salud oral y general.

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación realizado a 93 pacientes gitanos de la región de Valparaíso muestra las condiciones de vida en que viven los Gitanos, costumbres, uso de elementos de higiene y periodicidad, vicios y características generales de la población que influyen en su higiene oral.

En este estudio se observa que hubo una mayor frecuencia de mujeres que varones estudiados con un 60% y 40% respectivamente, siendo 56 de ellos mujeres y 37 de ellos hombres.

En general, se aprecia una mayor frecuencia de gitanos con una edad entre 25-34 y menores de 15 años ambos representan un 28%. La menor frecuencia se observa en gitanos cuya edad supera los 65 años. Además, el 86% de los gitanos estudiados no superan los 44 años de edad.

En varones, se observa una mayor frecuencia de gitanos con una edad entre 25 -34 años que representan 22% y una menor de frecuencia de gitanos que superan los 65 años de edad con un 3%. En cambio, en mujeres, se observa una mayor frecuencia de gitanos con una edad inferior a los 15 años con un 30% y la menor frecuencia se presentó en gitanos que superan los 65 años con un 2%.

Se aprecia un 50% de gitanos que son solteros, mientras que un 46% convive y sólo el 2% del total son viudos. Los gitanos se casan bajo las leyes gitanas y no chilenas por lo cual convivir para ellos equivaldría al matrimonio de nuestra cultura.

Un 99% de los gitanos examinados no tiene escolaridad, mientras que sólo el 1% que corresponde a una persona tiene nivel básico incompleto. Lo anterior interfiere en el desarrollo social y personal de cada individuo.

Un 25% de los gitanos examinados no tiene ocupación, mientras que el 35% es trabajador (a) independiente y un 37% de la población se dedica a ver la suerte. Todas las mujeres tendrán esta función durante toda su vida, pudiéndose dedicar a otras labores pero nunca dejarán de lado ésta que es la función de cada gitana dentro del grupo familiar.

Del total de los gitanos examinados, sólo 3 de ellos, que representan el 3% de la población saben leer. En tanto que el 97% no sabe leer.

El 99% de los gitanos examinados no tiene previsión, mientras que sólo el 1% tiene previsión que corresponde al INP y es una persona.

De los pacientes examinados sólo un 3% tiene Isapre, mientras que el 97% del total no cuenta con ningún beneficio de salud. Los gitanos no se inscriben en los consultorios en su mayoría y sólo acuden a atención en caso de urgencia, lo que puede ser de forma particular o sistema público.

Del total de pacientes examinados el 73% de los examinados presenta antecedentes familiares de enfermedad compatible con Depresión; un 16% antecedentes de Diabetes, un 13% antecedentes HTA; un 3% antecedentes de Cáncer, un 2% de Accidentes Cardiovasculares y un 1% antecedentes de afecciones pulmonares. Gran cantidad de gitanos relataban que sus madres presentaban características compatibles con depresión y que es algo que pareciera ser una característica de este grupo humano.

Del total de pacientes examinados, 17% presentan enfermedad compatible con Depresión, mientras que el 14% tiene Hipertensión Arterial, un 10% otras enfermedades y un 3% Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares.

Del total de gitanos examinados, el 37% visitó al Odontólogo por última vez entre 5 y 10 años atrás; el 25% lo ha visitado hace menos de 12 meses; el 20% no ha visitado nunca al Odontólogo, el 13% lo visitó entre 2 y 5 años y el 4% entre 1 y 2 años atrás.

La distribución de la población es esencialmente grande en la provincia de Valparaíso con un 43% del total, lo siguen Quillota con un 23% del total, San Felipe con un 9%, Los Andes con un 8%, San Antonio con un 7%, Petorca con un 5% y finalmente Isla de Pascua con sólo un 3%.

Del total de gitanos examinados, el 83% se abastece de agua por algún medio que corresponde en todos los casos a la obtención de este recurso solicitándolo a un vecino; mientras que el 15% de los examinados obtiene este recurso directamente de la red.

Del total de gitanos examinados, el 83% viven en carpas; mientras que el 16% vive en casas.

Se aprecia que una mayor frecuencia de consumo de cigarrillos en varones con un 51,4%, además, las proporciones de consumo de cigarrillo en ambos géneros difieren significativamente, por lo que se estima que el consumo de cigarrillo es 2,4 veces más probable en varones que en mujeres.

Se observa una mayor frecuencia de mujeres que sólo consumen cigarrillos, en cambio, es mucho más frecuente ver varones que consumen cigarrillo y pasta base. Sin embargo, no hay evidencia clara de que no exista una relación entre las variables.

Se aprecia que una mayor frecuencia de consumo de alcohol en varones, además, las proporciones de consumo de alcohol difieren significativamente entre ambos géneros, por lo que se estima que el consumo de alcohol es 6,2 veces más probable en varones que en mujeres.

Se aprecia que levemente una mayor frecuencia de grado de consumo de azúcar alto en varones, y de grado moderado en mujeres. Sin embargo, las proporciones de grado de consumo de azúcar no difieren significativamente entre ambos géneros.

Se observa que el grado de consumo de ácidos no cambia significativamente entre el género de los gitanos.

Se observa que el grado de consumo de café no cambia significativamente entre el género de los gitanos y predominantemente moderado.

Se observa que el porcentaje de uso de cepillo dental no cambia significativamente entre el género de los gitanos y es predominantemente moderado.

Se observa que el porcentaje de uso de crema dental no cambia significativamente entre el género de los gitanos y es predominantemente moderado.

Se aprecia que sólo tres gitanos utilizan otros elementos de higiene, pero cabe de señalar que estos tres gitanos son pertenecientes a la Isla de Pascua debido a que estos usan particularmente el tallo llamado Siwak o Miswak que proviene del árbol Salvadora Pérsica.

Se observa que el porcentaje de uso compartido de cepillo no cambia significativamente entre el género de los gitanos.

Se observa que la distribución de frecuencia del cepillado cambia significativamente entre el género de los gitanos.

Se aprecia en mujeres que hay un número promedio mayor de dientes cariados, exfoliados y CEO. En cambio, en varones se presento un mayor número promedio de dientes obturados.

Además, la variabilidad del número de dientes cariados se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género. La variabilidad del número de dientes obturados se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género. La variabilidad del número de dientes exfoliados se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género. Y la variabilidad del índice CEO se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género.

Al comparar las medianas del número de dientes cariados según género, se aprecia una diferencia estadísticamente significativa en cambio, las medianas del número de dientes obturados y exfoliados según género no difieren significativamente. Es por esto que, las medianas del índice CEO según género tienen una diferencia estadísticamente significativa.

De esta manera, se espera que las mujeres posean una mayor cantidad de caries que los varones, de igual manera ocurre con el índice CEO, pero en el número de dientes obturados y exfoliados no difieren entre los géneros.

Se aprecia en mujeres que hay un número promedio mayor de dientes obturados, perdidos y COP. En cambio, en varones se presentó un mayor número promedio de dientes cariados.

Además, la variabilidad del número de dientes cariados se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género. La variabilidad del número de dientes obturados se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género. La variabilidad del número de dientes perdidos se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género. Y la variabilidad del índice COP se comporta estadísticamente de manera homogénea a través del género.

Al comparar las medianas del número de dientes cariados según género, no se aprecia una diferencia estadísticamente significativa, en cambio, las medianas del número de dientes obturados no difieren significativamente, y las medianas de dientes perdidos según género no difieren significativamente. Es por esto que, las medianas del índice CEO según género no poseen una diferencia estadísticamente significativa.

De esta manera, se espera que entre mujeres y varones posean una cantidad similar de dientes cariados, obturados, perdidos e índice COP.

Se observa que un 42% del total de gitanos estudiados poseen dolor dental. Además, se presentó levemente un mayor porcentaje de varones que sufren dolor dental con un 43%. Sin embargo, la distribución de frecuencias de presencia de dolor entre varones y mujeres no difiere.

Se aprecia que los promedios del IHO son muy similares entre los géneros, la variabilidad del IHO entre hombres y mujeres se comportan de manera homogénea. Además, no se aprecia una diferencia mediana estadísticamente significativa entre los IHO de hombres y mujeres.

Se observa que un 22,6% del total de gitanos estudiados tienen lesión a la mucosa. Sin embargo, la distribución de frecuencias de estado de la mucosa entre varones y mujeres no difiere significativamente.

Del total de los pacientes examinados, un 52% presenta código 2, un 42% código 3 y un 5% código 4. Lo anterior refleja lo siguiente:

- Código 2: signos inflamatorios gingivales, cálculos, iatrogenia u factor retentivo de placa.
- Código 3: signos inflamatorios gingivales, cálculos y/o iatrogenia.
- Código 4: signos inflamatorios gingivales, cálculos y/o iatrogenia.

Situaciones tan importantes como la alfabetización o el acceso a servicios básicos como agua potable provocan que este grupo humano, producto de su marginación, no tenga conocimiento sobre los planes de salud como el GES u otros planes médicos u odontológicos que existen. Tampoco a planes preventivos o educativos. No tienen conocimiento sobre técnicas de cepillado, no asisten a atención dental debido al trato del personal auxiliar u odontológico, debido al maltrato por el estigma que tiene esta población.

SUGERENCIAS

Par futuros estudios relacionados con este tema, se recomienda realizar una investigación comparativa entre los gitanos de un determinado lugar y la población a su alrededor, así se observarán las diferencias que existen entre este pueblo y los habitantes del mismo lugar.

Se sugiere también ampliar la muestra para tener un número mayor de individuos estudiados y así lograr mayor representación en la población.

Se sugiere realizar algún tipo de examen médico para saber si realmente consumen o no drogas, debido a que pese a lo evidente del consumo en el momento de la entrevista, varios de ellos lo negaban.

Se sugiere realizar otros tipos de estudios, de Cohorte, Caso y Control y más estudios exploratorios para obtener mayor cantidad de información sobre esta minoría étnica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García-Campayo J., ALda M (2007): Conducta de la Enfermedad y características culturales de la Etnia Gitana en España. Actas Esp Psiquiatr. 59-66.
2. Mora L., Martínez J (2000): Prevalencia de Caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyar y Cartuja de Granada Capital. Atención Primaria. 26: 398-404.
3. Ferrer C (2003): El Estado de Salud del Pueblo Gitano en España. Gac Sanit. 17: 2-8.
4. Gastón Salamanca G., Álvaro González C (2002): Romané de Chile. Onomazen. 7: 531-542.
5. Ramírez S (2007): La salud en las poblaciones excluidas. OPS.101-116.
6. Fundación Secretariado Gitano (2005): Health and ther Roma Community: A diagnosis for action Health and The Roma Community -13-32- Ministerio de Salud y Consumo. Madrid-España.
7. Fundación Secretariado Gitano (2005): HEALTH AND THE ROMA COMMUNITY: Recommendations for action. Health and the Roma Community - 33-46 – Ministerio de Salud y Consumo. Madrid-España.
8. Ibañez V (2009): Hacia la equidad en Salud. 1-24- Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid-España.
9. Begoña Campos., Belén Cardiel., Angel Garcí., Miguel Laparra., Juan María del Pozo (2005) La salud en la sociedad Gitana. Situación Social y Tendencias de Cambio en la Comunidad Gitana – 129-146- Unviersidad Pública de Navarra. Navarra- España.
10. Carmen Alarcón Silva (2007): Gitanos en Chile. Gitanos sedentarizados y educación formal. 26-29. Valdivia-Chile.
11. Jesús María Aparicio Gervás (2006) Breve Recopilación sobre la Historia del pueblo Gitano. Revista Interuniversitaria 20: 141-161.
12. International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Classification of Chronic Pain. Pain 1986; 3 :S3-S12 y S216-S22
13. Carranza y Newman (2003). Periodontología Clínica. Pag 73 a 95. Capítulo 5 · Epidemiología de los trastornos gingival y periodontal·. Editorial Mackgraw-Hill. USA.
14. Henostroza G (2007). Caries Dental, principios y procedimientos para el diagnóstico. Pag 53-87. Editorial Ripano- Brasil.
15. Lindhe (1992). Periodontología Clínica. Capítulo 2. Pag 73. Editorial Médica Panamericana. USA.
16. Okeson, JP (2007). Dolor Orofacial. Pag 123 a 258-Dolor Orofacial según Bell- Sexta edición- editorial Quinstessence. Madrid-España.
17. Peñarrocha M (1997). Dolor orofacial, etiología, diagnóstico y tratamiento. Pag. 31-78. Edición Única-editorial Masson. Madrid-España.
18. Sampieri R(1997). Metodología de la Investigación. Pag 299-396. Editorial Mcgraw-Hill.
19. www.gitanoschile.cl (actualizada año 2009)
20. www.gitanos.org (actualizada año 2010)

21. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/index.html>
22. <http://www.perio.org/consumer/mbc.sp.perio.htm>
23. <http://www.ada.org/3016.aspx?currentTab=1>
24. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001051.htm>
25. <http://health.nih.gov/topic/OralCancer>
26. http://www.redsalud.gov.cl/archivos/quiasges/FisuraLabiopalatinaR_Mayo10.pdf
27. Entrevista a Moisés Jauregui M (2010-2011). Villa Alemana. Chile
28. Entrevista a Natalia Jauregui N (2011). Villa Alemana. Chile
29. Entrevista a Bernard Weisweller B (2010-2011). Isla de Pascua.

TABLAS

DISTRIBUCIÓN DE CARIES SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Variable	N	Caries (%)	OR	IC	p
	N = 163	37			
<i>Edad</i>					
2	43	14,0			0,002
3	48	41,7			
4	32	43,8			
5	40	52,5			
<i>Género</i>					
Varón	91	33,0			
Mujer	72	43,1	1,5	0,8-2,9	0,186
<i>Etnia</i>					
Grupo mayoritario	117	29,1			
Gitano	46	58,7	3,4	1,7-7,0	0,000
<i>Escolaridad madre</i>					
Alta	21	23,8			
Baja	142	39,4	2,0	0,7-6,0	0,167
<i>Ocupación madre</i>					
Trabajo cualificado	13	23,1			
Trabajo no cualificado	150	38,7	2,1	0,5-7,9	0,374*
<i>Ocupación padre</i>					
Trabajo-pensión	122	28,7			
En paro	41	63,4	4,3	2,0-9,0	0,000
<i>Número de hijos</i>					
Hijo único	39	20,5			
Dos o más hijos	124	42,7	2,8	1,2-6,8	0,012
<i>Lugar de procedencia</i>					
Almanjáyár	84	34,5			
Cartuja	79	40,5	1,2	0,6-2,4	0,43

OR: *odds ratio*, e IC: intervalo de confianza del 95%.
*Estadístico exacto de Fisher.

TABLA I: describe la gran diferencia que existe en el número de Caries que presentan los Gitanos y el resto de la población. (Estudio de Prevalencia de Caries en Almanjáyár y Cartuja España).

ANEXOS FOTOGRÁFICOS



Fotografía 1: obturaciones de oro y plata en boca, signo de estatus, realizadas en Bolivia



Fotografía 2: lengua teñida.



Fotografía 3: aumento de volumen a la altura de dientes 1.1 y 2.1.



Fotografía 4: Miswak o Siwak, tallo de *Salvadora Pérsica* utilizado como elemento de higiene por los Gitanos Musulmanes.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	5
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO	7
1. GITANOS Y SUS CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS	7
2. ANTECEDENTES GENERALES DE SALUD BUCAL:	13
2.1 DOLOR	13
2.1.1 DOLOR BUCO-DENTAL	14
2.2 CARIES.....	15
2.3 ENFERMEDAD PERIODONTAL (American AAP 1999):	18
2.4 LESIONES DE LA MUCOSA ORAL:	23
• Cáncer Oral: (Asociación Dental Americana, 2010).	25
3 SITUACIÓN DE SALUD BUCAL DE LOS GITANOS EN LA REGIÓN DE VALPARAÍSO	28
OBJETIVO GENERAL.....	31
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
CAPÍTULO II	32
MATERIALES Y MÉTODOS	32
1.- DISEÑO METODOLÓGICO	32
2.- VARIABLES	34
CAPÍTULO III	40
RESULTADOS SEGÚN OBJETIVOS PLANTEADOS.....	40
DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES.....	63
SUGERENCIAS	68
REFERENCIAS BILIOGRÁFICAS	69
TABLAS	71
ANEXOS FOTOGRÁFICOS.....	72