



International journal of interdisciplinary dentistry

ISSN: 2452-5596

ISSN: 2452-5588

Sociedad de Periodoncia de Chile Implantología
Rehabilitación Odontopediatría Ortodoncia

Segovia-Chamorro, Jaime; Espinosa-Díaz, Francisca;
Kuhne-Tapia, Germán; Guerra-Zúñiga, María
Creencias en salud bucal en personas que asisten a una facultad de odontología. Estudio cualitativo.
International journal of interdisciplinary dentistry, vol. 15, núm. 3, 2022, pp. 192-197
Sociedad de Periodoncia de Chile Implantología Rehabilitación Odontopediatría Ortodoncia

DOI: <https://doi.org/10.4067/S2452-55882022000300192>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=610075181005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

TRABAJO INVESTIGACIÓN



Creencias en salud bucal en personas que asisten a una facultad de odontología. Estudio cualitativo.

Oral Health Beliefs of people who attend a faculty of dentistry for treatment. A qualitative Study.

Jaime Segovia-Chamorro^{1,2*}, Francisca Espinosa-Díaz¹, Germán Kuhne-Tapia¹, María Guerra-Zúñiga³

1. Departamento de Odontología Conservadora, Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.

2. Cátedra de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

3. Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

* Correspondencia Autor: Jaime Segovia-Chamorro | Dirección: Subida Carvallo 211, Valparaíso, Chile | Teléfono: +563 2250 8514 | E-mail: jaimse.segovia@uv.cl

Trabajo recibido el 28/02/2021

Trabajo revisado 21/05/2021

Aprobado para su publicación el 30/05/2021

RESUMEN

Objetivo: Explorar las creencias en salud bucal de personas que asisten como pacientes a una facultad de odontología de una universidad privada regional chilena.

Metodología: Estudio cualitativo que exploró las creencias acerca de salud bucal de 11 personas que asistían por tratamiento a una universidad privada chilena, a través de entrevistas semi-estructuradas, transcritas *verbatim*. Se realizó análisis de contenido en Atlas-ti 8.4, construyendo categorías y subcategorías, tanto predeterminadas como emergentes. Se realizó triangulación entre los investigadores. Se contó con la autorización del comité de ética e investigación y se realizó consentimiento informado.

Resultados: Se generaron cinco categorías: creencias sobre caries dental, creencias sobre enfermedad periodontal, creencias sobre pérdida dentaria, creencias sobre higiene bucal y origen de las creencias en salud bucal, reflejando creencias en salud variadas, nutridas principalmente de su entorno cercano y no profesional. **Conclusión:** Las personas que acuden a una facultad de odontología por atención presentan creencias en salud más ajustadas a caries, que a periodontitis y a pérdida dentaria. El origen de las creencias usualmente es la familia y conocidos, más que de profesionales.

PALABRAS CLAVE

Creencias en salud; Caries dental; Periodontitis; Pérdida dentaria; Higiene oral; Investigación cualitativa.

Int. J. Inter. Dent Vol. 15(3); 192-197, 2022.

ABSTRACT

Aim: To explore the beliefs in oral health of people who attend a dental school of a private regional Chilean university as patients. **Methods:** A qualitative study explored the beliefs about oral health of 11 people attending a private Chilean university for treatment, through semi-structured interviews, transcribed verbatim. The content was analyzed in Atlas-ti 8.4, building predetermined and emerging categories and subcategories. Triangulation was carried out among the researchers. The study was authorized by the Ethics and Research Committee and informed consent was obtained. **Results:** Five categories were generated: beliefs about dental caries, beliefs about periodontal disease, beliefs about tooth loss, beliefs about oral care, and origin of beliefs in oral health. Varied health beliefs were reflected, influenced mainly by their close and non-professional environment. **Conclusions:** People who attend a dental school for care present health beliefs more related to caries than to periodontitis, oral care, and tooth loss. The origin of the beliefs is usually family and acquaintances, rather than dentists.

KEY WORDS

Health beliefs; Dental caries; Periodontitis; Tooth loss, Oral hygiene; Qualitative research.

Int. J. Inter. Dent Vol. 15(3); 192-197, 2022.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal mundial no ha mejorado sustancialmente entre 1990 y 2015 y se ha mantenido como un problema de salud pública⁽¹⁾. Las enfermedades bucales más prevalentes, caries y periodontitis, y por consecuencia la pérdida dentaria, poseen etiología multifactorial donde la higiene, la dieta, los determinantes sociales de la salud, el acceso a la salud y la concomitancia con enfermedades crónicas no transmisibles, tienen relación con la prevalencia y severidad estas patologías⁽²⁾. Sin embargo, a pesar de las políticas públicas nacionales y el acceso a la

salud, siempre hay una decisión personal, en la cual los individuos deben inclinarse hacia una acción preventiva o terapéutica en salud y mantener adherencia terapéutica, por ejemplo, el cepillado dental o el controlarse con el dentista según se determine, decisión que puede estar mediada por las creencias y conocimientos en salud influenciados por la familia, la cultura, educación y condición social⁽²⁾.

Este fenómeno puede explicarse desde la psicología de la salud por diversos modelos teóricos, por ejemplo, la teoría social cognitiva, el modelo de creencias en salud, la teoría de la acción razonada, el modelo transteórico, por mencionar algunos⁽³⁾. Las creencias en salud

que adquieren las personas por experiencias propias, relatos de terceros o por simple desconocimiento, requieren atención especial, debido a que definen sus decisiones y adherencia en salud⁽⁴⁾, y se convierten en un desafío para el tratante, puesto que es usual que a este le resulte difícil comprender las creencias y prácticas en salud de las personas que atienden, por lo que se debe intentar comprender la diversidad cultural y la construcción social del fenómeno de salud-enfermedad-atención en la realidad de cada persona⁽⁵⁾.

En Chile, en los últimos años se han realizado estudios desde la perspectiva de las creencias en salud bucal, abarcando distintos grupos y edades, como por ejemplo, creencias en salud bucal en población williche⁽⁶⁾, embarazadas^(7,8), madres y padres⁽⁹⁻¹³⁾, pacientes con dependencia severa y sus cuidadores⁽¹⁴⁾ y adolescentes⁽¹⁵⁾ a través de distintas metodologías y enfoques, encontrando resultados similares en relación a un nivel de conocimiento bueno, pero insuficiente, con diferencias particulares según grupo estudiado, presentándose el conocimiento acerca de las creencias en salud bucal de la población como una oportunidad para educar e intervenir desde el conocimiento de la realidad local de una manera ajustada, según su grupo específico, nivel socioeconómico, características étnicas, entre otros factores.

Presentados estos antecedentes, considerando la alta prevalencia de enfermedades bucales y su etiología multifactorial, se hace imperante conocer las creencias en salud bucal de la población que busca atención odontológica, para comprender por qué toman sus decisiones en salud bucal, como primer paso para poder planificar y realizar acciones preventivas y terapéuticas. El objetivo de este estudio fue explorar y describir las creencias en salud bucal de personas que acuden a una facultad de odontología de una universidad privada chilena de la región de Valparaíso.

METODOLOGÍA

Se planificó realizar un estudio cualitativo, con un diseño basado en el análisis de contenido, cuyo objetivo es transformar sistemáticamente grandes cantidades de texto en un resumen conciso y organizado de resultados clave, a través de un análisis de entrevistas transcritas íntegramente, primero familiarizándose a través de la lectura, para luego formar códigos y categorías en un proceso de abstracción de información desde el contenido literal hasta los significados latentes⁽¹⁶⁾.

La muestra fue seleccionada por conveniencia, buscando integrar participantes de diversas edades y sexo. Los participantes fueron personas concurrentes a la Facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, mayores de 18 años que desearon participar libre y voluntariamente, previo consentimiento informado, que no tuviesen problemas del habla y/o comunicación, pérdida de audición severa o que no dominaran bien el español. Se determinó una muestra de arranque de 8 personas, que se consolidó según saturación de la información cuando los relatos de los participantes no aportaran sustancial información nueva a las categorías, sumando finalmente a 11 participantes: 7 mujeres y 4 hombres, entre 24 y 62 años, de una edad media de 49,8 años. El detalle de los participantes se puede observar en la tabla 1. (Tabla 1).

Tabla 1: Participantes en el estudio

Participante	Sexo	Edad	Educación
1	Mujer	61 años	Universitaria Completa
2	Hombre	24 años	Universitaria Incompleta
3	Hombre	49 años	Educación Técnica Superior
4	Mujer	62 años	Enseñanza Media Incompleta
5	Hombre	47 años	Enseñanza Media Completa
6	Mujer	46 años	Educación Técnica Superior
7	Mujer	56 años	Educación Técnica Superior
8	Hombre	39 años	Enseñanza Media Completa
9	Mujer	61 años	Universitaria Completa
10	Mujer	57 años	Enseñanza Media Incompleta
11	Hombre	47 años	Enseñanza Media Completa

La recogida de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas individuales, realizadas por dos investigadores previamente entrenados (GK, FE) dentro de la universidad en una sala tranquila, previa citación en un horario cómodo para los participantes.

Durante la entrevista se utilizaron preguntas orientadoras abiertas para que los participantes se expresaran libremente acerca las temáticas, dando libertad a profundizar en ciertos temas según interés y los relatos de los participantes. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 56,9 minutos. Las dimensiones iniciales para investigar fueron creencias de salud bucal relacionadas a caries, periodontitis y pérdida dentaria. La pauta inicial de entrevista se encuentra detallada en la tabla 2. (Tabla 2) Las entrevistas, luego de transcritas íntegramente desde el audio, se les realizó análisis de contenido⁽¹⁶⁾ utilizando Atlas.ti® 8.4, identificando unidades de significado en los textos, para luego asignarles códigos y agruparlas para formar categorías y subcategorías, tanto predeterminadas como emergentes, que tratasen temas similares o conectados. Las discordancias se discutieron hasta generar acuerdo entre los investigadores (GK, FE, JS).

El proceso se realizó a través de un proceso iterativo, en el cual se realizó el proceso de recogida de información y análisis simultáneamente,

Tabla 2: Pauta de Entrevista Semi-Estructurada Inicial

Dimensiones	Temáticas	Preguntas Orientadoras
Creencias acerca de caries	Conocimiento Básico	¿Qué es caries dental?
	Etiología	¿Cómo cree que se producen las caries?
	Autoexamen	¿Cómo se da cuenta Ud. si tiene caries?
	Tratamiento	¿Cómo se tratan las caries?
	Autocuidado y Prevención	¿Cómo se pueden prevenir las caries?
	Relevancia de la Enfermedad	¿Qué importancia tiene tener caries?
Creencias acerca de periodontitis	Conocimiento Básico	¿Qué es la enfermedad periodontal?
	Etiología	¿Cómo se produce la enfermedad periodontal?
	Autoexamen	¿Cómo se da cuenta Ud. que tiene enfermedad periodontal?
	Sangrado de Encías	¿Por qué sangran las encías?
	Recesiones Gingivales	¿Qué importancia tiene?
	Tratamiento	¿Por qué se recogen las encías?
	Movilidad Dentaria	¿Cómo se pueden tratar los problemas de encías?
	Autocuidado y Prevención	¿Qué problema puede surgir si no vuelve a los controles?
	Relevancia de la Enfermedad	¿Por qué se mueven los dientes?
		¿Qué se puede hacer para evitar la movilidad de los dientes?
		¿Cómo se puede prevenir la enfermedad periodontal?
		¿Qué importancia tiene tener enfermedad periodontal?
Creencias acerca de pérdida dentaria	Conocimiento Básico	¿Qué es la pérdida dentaria?
	Etiología	¿Por qué razones piensa Ud. que se pierden los dientes?
	Tratamientos	¿Cómo se trata la pérdida dentaria?
	Autoexamen	¿Cómo se puede prevenir la pérdida dentaria?
	Tratamiento	¿Qué problemas pueden surgir si no se trata la pérdida dentaria?
	Embarazo y Pérdida Dentaria	¿Cómo el embarazo afecta a los dientes?
	Prótesis y Pérdida Dentaria	¿De qué manera las prótesis o placas afectan los dientes?
	Normalización de la Pérdida Dental	¿Qué rol tiene la edad en los dientes?
	Autocuidado y Controles Periódicos	Si ya no tiene dientes y usa prótesis ¿es necesario seguir yendo al dentista?

para ir mejorando las siguientes entrevistas e incluir nuevos temas que se hayan creado en las anteriores. Se consideraron los criterios de rigor metodológico cualitativos, incluyendo la triangulación entre los investigadores⁽¹⁷⁾. El protocolo fue autorizado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello, Viña del Mar.

RESULTADOS

En el análisis se consolidaron 5 categorías: creencias sobre caries, creencias sobre periodontitis, creencias sobre pérdida dentaria, creencias sobre higiene bucal y origen de las creencias en salud bucal.

1.- Creencias sobre caries

El discurso predominante para definir la causa de la caries fue el de una bacteria que destruía el tejido dentario, cuya principal causa era la falta de higiene dental que permitía que los residuos de alimentos, principalmente azucarados, generaran ácidos causantes del daño al tejido duro. El síntoma principal descrito por todos los entrevistados fue el dolor, considerándolo inclusive, el único motivo por el cual se debería asistir al odontólogo. Se mencionó en menor medida la cavitación, el mal sabor/olor y la coloración negra/blanca en el diente afectado. (Tabla 3)

El tratamiento más mencionado fue la eliminación de caries y posterior restauración del diente, mientras que otras respuestas fueron la endodoncia y exodoncia, según extensión de caries. Si bien todos los entrevistados afirmaron la posibilidad de recidiva, el por qué de esa creencia generó dos discursos: la mitad lo justificaba a razones externas a ellos, como un mal trabajo del dentista, mientras la otra mitad asumía que volver a tener caries recaía bajo su responsabilidad. A la vez, todos los participantes consideraron como acciones preventivas una mejor higiene, y de manera conjunta algunos de ellos agregaron la visita periódica al odontólogo.

Como consecuencia de la caries, presente en casi todos los discursos, fue la pérdida de la estética. Otras respuestas comunes fueron el dolor, pérdida dentaria, halitosis, pérdida de función y el posible riesgo de propagación a otros dientes e incluso a otras áreas del organismo.

2.- Creencias sobre periodontitis

El término enfermedad periodontal o periodontitis fue desconocido por prácticamente la mitad de los pacientes, sin embargo, al referir el término enfermedad de las encías, pudieron otorgar una definición para esta enfermedad, indicando que esta cursaba cuando las encías se veían inflamadas, rojizas, sangrantes y provocaban que los dientes se soltaran y se perdieran. Varios discursos lo precisaron además como una infección. (Tabla 4)

La etiología de la periodontitis se mostró muy heterogénea, las más citadas fueron la falta de higiene y la presencia de una bacteria que provocaba una infección en la encía, también se mencionó el daño a las encías por cepillado duro o exceso de cepillado y como consecuencia de la caries dental. De manera aislada se mencionaron enfermedades sistémicas, como fibromialgia y reflujo gastroesofágico, comidas abrasivas o muy ácidas, fumar, heridas o daño en encía, factor hereditario, edad, y presencia de hongos. En cuanto a signos y síntomas se crearon principalmente dos discursos, uno consideró la inflamación y sangrado, y otro recesión gingival y dolor; en menor medida mencionaron el mal aliento, movilidad dentaria y cambio de coloración en las encías, por ejemplo, encías rojas, muy pálidas o negras.

El destartraje, llamado comúnmente "limpieza dental" por los pacientes entrevistados, fue el tratamiento más mencionado, seguido de la prescripción de antibióticos en consecuencia a considerar a la enfermedad periodontal como enfermedad infecciosa. Ante el planteamiento de que una vez tratada la enfermedad periodontal pueda volver a generarse, las opiniones fueron divididas, quienes dijeron que sí, afirmaron que esta enfermedad solo se detiene y no era de una resolución completa, mientras que los demás, si bien no asintieron ni rechazaron la posibilidad de recidiva, si reconocieron la importancia de los controles dentales como medida de supervisión y prevención, conjuntamente en esta última, consideraron fundamental también la higiene dental, entendiéndose por esta una buena técnica, frecuencia seguida y utilización de cepillos suaves; se mencionó también de forma mínima utilización de enjuagues, revisar encías constantemente y no fumar.

Como consecuencia de la periodontitis, la pérdida dentaria fue mencionada en casi todos los discursos. Otra respuesta frecuente fue la estética, producto de una encía enrojecida e inflamada, menos mencionadas fueron el dolor y el mal aliento.

3.- Creencias sobre pérdida dentaria.

El discurso predominante sobre la causa de la pérdida dentaria fue

Tabla 3: Creencias sobre Caries Dental, Subcategorías y Citas.

Subcategorías	Unidades de significado representativas
Definición y etiología.	"La caries es una especie de bacteria que ataca al esmalte dental" (Hombre, 24 años) "De repente uno se lava así mal, así que debe quedar algún residuo de comida o ha comido a última hora y no se ha lavado los dientes y eso va desgastando el esmalte..." (Mujer, 62 años) "Se produce por la azúcar, por los ácidos que uno a veces mantiene en la boca, no se hace un aseo profundo" (Hombre, 39 años)
Signos y síntomas.	"...mi reacción es por el dolor, cuando empieza a doler ahí recién me entra a molestar y ahí hago algo al respecto" (Hombre, 39 años) "La lengua es súper sensible y curiosa, por lo tanto, detecta un orificio en los dientes y muchas veces también mal sabor y también mal olor" (Hombre, 47 años) "Al principio uno empieza a notar una manchita negra en el diente o en la muela, y uno se va dando cuenta que eso va creciendo..." (Mujer, 57 años)
Tratamientos.	"Se suele perforar o desgastar el diente y eso se rellena con una especie de pasta que no sé cuál es el material del que es... si es muy grave la situación, sacar el diente" (Hombre, 24 años) "Los tratamientos de conducto pueden ser, que eso ya cuando esta más a fondo la caries que es más complicado" (Mujer, 62 años)
Recidiva y prevención.	"Si, yo creo que, por el mal cuidado, porque hay gente que se tapa la muela y después no siguen, o sea los primeros días que van al dentista hacen el cuidado, y después como que dejan de lado eso" (Mujer, 46 años) "Yo creo que, si queda bien el tratamiento, sería difícil que volviera" (Mujer, 57 años) "Hacer buena limpieza, lavado frecuente seguido varias veces al día" (Mujer, 62 años) "...también yendo al dentista al menos una vez al año, entonces eso también para mi es importante porque uno no siempre detecta todas las caries que se pueden producir..." (Mujer, 61 años)
Importancia y Consecuencias.	"Bueno implica molestias... también olor desagradable... el delantero estéticamente por un tema social...pero funcionalmente el trasero tiene un peso enorme" (Hombre, 47 años) "Es cuando recién empieza lo más malo que conlleva a que te saquen la muela... igual encuentro que se ven feas... la caries afecta con el dolor primero... no sé, imagino yo, que problema a las encías y a los dientes te conlleva al estómago" (Mujer, 46 años)

la caries y el traumatismo, añadiendo algunos problemas a las encías. Afirmaron que la edad influye en la pérdida dentaria, pero mientras una mitad lo asocia también a otros factores como higiene, genética, alimentación, calcio, los demás lo consideran como un proceso normal e

Tabla 4: Creencias sobre Enfermedad Periodontal, Subcategorías y Citas.

Subcategorías	Unidades de significado representativas
Definición y etiología	"Si lo he escuchado pero la verdad no sé lo que es" (Hombre, 49 años) "Periodontal sí, parece que es de las encías. Es cuando hay inflamación de encías o sangramiento de encías" (Mujer, 57 años) "Es una infección que da en la encía, eso es lo que yo sé" (Mujer, 56 años) "Si tienes la periodoncia es porque claro, tampoco tuviste buena higiene..." (Mujer, 60 años) "Porque hay infección... la misma bacteria empieza a comer y se empieza a soltar el diente del hueso, y lo puedes perder" (Mujer, 57 años)
Signos y Síntomas	"Mucho sangramiento, inflamación en la encía, sí" (Mujer, 62 años) "...yo he visto que se empiezan como a recoger, entonces todos los dientes quedan sin encía...uno siente a veces dolor..." (Hombre, 39 años)
Tratamientos	"Ahh obviamente hay que ir al dentista, hacerse limpiezas..." (Mujer, 56 años) "...antibióticos, amoxicilina y cosas que maten las bacterias que están inflamando y causando daño" (Hombre, 47 años)
Recidiva y prevención.	"Según lo que entiendo no se mejora nunca, se produjo y el daño está, entonces hay que estar permanentemente en tratamiento con el dentista..." (Mujer, 61 años) "...siempre he pensado que es por la higiene dental que tú puedas tener..." (Mujer, 60 años)
Importancia y Consecuencias.	"Se ve mucho la raíz, se debilita el diente y se puede caer... la encía tiene un color no tan rojo, y cuando está inflamado, se vuelve rojo, demasiado rojo la encía y entonces igual se ve feo" (Hombre, 49 años) "Corre el riesgo de que se vaya al hueso y pierda el diente... A parte de doloroso, uno tiene también mal aliento" (Mujer, 57 años)

inevitable del envejecimiento. (Tabla 5)

Los tratamientos mencionados fueron las prótesis removibles, ya sean totales o parciales, y otra opción, pero de mayor costo económico fueron los implantes dentales. Destacaron en la mayoría de los discursos la disconformidad con las prótesis dentales, refiriendo inflamación gingival, molestias en la lengua, y daños en los dientes pilares que están en constante contacto y roce con metal. Todos los pacientes relacionaron el embarazo con problemas dentales, principalmente por descalcificación de la madre, mala alimentación o embarazos reiterados, algunos relacionándolos a la pérdida dentaria.

Una buena higiene, asistir al dentista periódicamente y tener una alimentación saludable, evitando dulces principalmente, fueron las medidas preventivas indicadas en la mayoría de los discursos. Adicionalmente mencionaron tener cuidado con alimentos duros o introducir objetos a la boca, consumo de calcio y no fumar. Las consecuencias más citadas fueron la pérdida de función y su consecuente dificultad para comer, seguido de la pérdida de estética. Discursos menos comunes fueron el daño a la encía por impacto alimenticio, migración dentaria y pérdida de la armonía facial.

4.- Creencias sobre Higiene Bucal.

Con respecto a características ideales del cepillo, mencionaron la dureza del cepillo, donde una mitad de los entrevistados recomendó y dijo usar cepillos de filamentos suaves, mientras que la otra mitad cepillos medios. Solo un discurso afirmó que lo ideal son los cepillos duros. Con respecto a la técnica de cepillado las respuestas se aglomeraron en 3

Tabla 5: Creencias sobre Pérdida Dentaria, Subcategorías y Citas.

Subcategorías	Unidades de significado representativas
Consecuencias.	"Perder un diente significa, y volvemos a mencionar, lo estético, y volvemos a mencionar, lo funcional... se empiezan a estrechar las cavidades, el espacio, se empiezan a correr los dientes...al masticar y no tener diente se puede lastimar la encía..." (Hombre, 47 años) "Si, estéticamente y para comer... se dejan estar porque se ve mal, la cara también como que se cae, se ven mal estéticamente" (Mujer, 50 años)
Etiología.	"La absorción de un hueso, caries que se generaron hasta comerse la raíz y ocasionaron la pieza dental hasta que se muriera, por un golpe, accidente" (Mujer, 61 años)
Tratamientos.	"Ahora están los maravillosos implantes, que son carísimos eso sí...una prótesis removable..." (Mujer, 56 años) "He escuchado que mucha gente, donde va el gancho se le echa a perder el diente, por el gancho... A mi mamá le pasó eso, se le empezaron a gastar, tenía prótesis acá" (apuntando incisivos superiores) "y acá enganchado" (apuntando premolares superiores) "en uno de esos que tenía enganchado se le echó a perder" (Mujer, 50 años) "...la lengua, es horrible horrible. Bueno yo creo que la prótesis puede lastimar los otros dientes porque hay un metal entremedio... y a parte, los bordes, dañan la encía total" (Mujer, 57 años)
Embarazo.	"Sí, siempre he escuchado mucha gente y hermanas que se le echaron a perder los dientes en el embarazo... porque dicen que la guagua a uno le quitan el calcio de los dientes" (Mujer, 50 años) "Sí, yo perdí premolares en un embarazo..." (Mujer, 60 años)
Prevención.	"Una higiene bucal total, otra precaución evitar las cosas más dulces... tratar de ir más seguido al dentista, controlarse" (Mujer, 57 años) "Bueno, mascar con cuidado los alimentos, no introducir cosas duras o metálicas a la boca" (Hombre, 49 años)

discursos: vibración-barrido, arriba-abajo-horizontal y circular. Como características adicionales algunos mencionaron que el cepillo debe ser de cabezal pequeño y que los filamentos deben ser planos y rectos (Tabla 6).

La mayoría de los discursos no consideró necesaria la pasta dental para lograr una eficaz higiene, pero a la vez reconocieron que entrega una mejor limpieza, principalmente por su efecto abrasivo y detergente. Otros beneficios mencionados fueron su función antimicrobiana, poseer minerales como calcio y flúor, dejar buen sabor y frescor en la boca, dejar una capa que protege el diente y su efecto blanqueador. La mayoría mencionó utilizar la seda dental y consideraron que es un complemento al cepillado, cuya función adicional es el arrastre mecánico de los restos de alimentos en zona interproximal que el cepillado no remueve. Con respecto al enjuague bucal, que no todos los utilizaban, reconocen la capacidad de dejar un buen aliento y función desinfectante. Se indicó también, la posibilidad de abarcar tejidos blandos como lengua, encía y partes que el cepillo no alcanzaba y la prevención de cálculo y caries.

5.- Origen de las creencias en salud bucal.

En todos los casos el origen de sus creencias provenía de su familia, amigos o por propias experiencias. Escasamente se mencionó consejos

Tabla 6: Creencias sobre Higiene Bucal Subcategorías y Citas.

Subcategorías	Unidades de significado representativas
Cepillado.	“Hacia arriba y hacia abajo...y encuentro que el medio es como el más efectivo” (Hombre, 49 años) “el cepillado como corresponde por delante y por atrás... En redondo y luego hacia abajo (realizando movimiento de barrido con la mano) abarcando la encía... en sí el cepillo blando es menos dañino” (Mujer, 57 años)
Dentífrico.	“Yo creo que es igual que cuando lavas la loza, la lavas con agua y si le pones un detergente te queda más blanquito, más limpiecito” (Mujer, 60 años) “...para mi es más importante el cepillado, que la pasta.” (Mujer, 46 años)
Otros métodos de higiene bucal.	“la seda dental sirve justamente para toda la ranura de los dientes, las separaciones, en donde las cerdas del cepillo no entran, para sacar los restos de comida” (Hombre, 47 años) “Yo siento que para mi me da como frescor... yo me enjuago siento que remueve la suciedad... control para sarro” (Mujer, 56 años) “Yo no ocupo enjuague... yo creo que no es necesario si no es por un tratamiento médico... va en el sabor que tiene... para el aliento... no creo que para nada más sirva” (Hombre, 39 años)

o educación por su dentista tratante.
“Yo lo he escuchado de mi hijo... un hermano mío que fuma se le enfermaron las encías... he escuchado mucha gente y hermanas... a mi mamá le pasó eso...” (Mujer, 50 años)

DISCUSIÓN

En este estudio muestra que existe una diversidad de creencias en salud bucal en los participantes, donde se relatan conceptos de caries, periodontitis, pérdida dentaria, higiene bucal, mencionando un origen de estas creencias desde el ámbito familiar y cercano, más que profesional. Se describen creencias respecto a caries mencionando el rol bacteriano en su desarrollo e importancia de la higiene bucal, por otro lado, hay menor claridad en la periodontitis desde la etiología hasta la terapéutica. La pérdida dentaria, se ve como consecuencia final de ambas enfermedades sin el adecuado tratamiento y también como una consecuencia natural del envejecimiento.

Las creencias que el grupo refiere podrían deberse en parte, a que las personas que asisten a una facultad de odontología acceden a atención dental con un fuerte componente de educación y promoción de la salud, además de las actividades preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras. Por este motivo, se evidencian creencias que reflejan mayor autoeficacia y conocimiento de la importancia del control odontológico para mantener su salud.

Sin embargo, en los relatos asociados a higiene bucal abundan creencias que reflejan influencia de la publicidad comercial de productos dentales, por ejemplo, acerca del dentífrico “porque yo creo que debe dejar como una capa, que protege el diente” (mujer, 51 años) o acerca que el enjuague limpia zonas donde el cepillo no llega. Hay otras creencias clásicas en la población chilena que perduran, como, la importancia del calcio en los dientes, la efectividad del cepillo duro, la pérdida dentaria como un proceso natural del envejecimiento y del embarazo. Otros estudios también lo han descrito, por ejemplo, en embarazadas de Concepción⁽⁶⁾ y Temuco⁽⁷⁾, donde se cree que el embarazo puede producir caries (66% y 60% respectivamente) y pérdida dentaria un 61% y 70% respectivamente

La principal estrategia preventiva mencionada en nuestro estudio fue mejorar la higiene dental. Esto es coherente con otras poblaciones, por ejemplo, un estudio en Isla Huapi relata que la causa más frecuente de explicación de pérdida dentaria es no lavarse los dientes⁽⁶⁾, como así un

estudio en adolescentes de Fresia indica que el cepillado es una forma de prevención de las caries y las enfermedades en las encías⁽¹⁵⁾. El asistir a controles preventivos, es un hallazgo que no mencionan otros artículos, probablemente causado por las diferencias en las intervenciones educativas realizadas en las universidades.

A pesar de que en nuestro estudio se habló de creencias de salud bucal en adultos, es frecuente en la literatura encontrar un vacío en las creencias y conocimientos en las madres en relación con aspectos de desarrollo dentario y cuidados odontológicos de sus hijos. Un estudio indicó que 78,9% de las púerperas tiene conocimientos relacionados con prevención en salud bucal, sin embargo, son escasos los conocimientos sobre desarrollo dental de sus hijos, por ejemplo, el saber cuantos dientes tendrá y cuándo erupcionarán⁽¹²⁾. Otro estudio indica que las madres no saben bien cuando comenzar las consultas odontológicas ni el cepillado dental con sus hijos, y que no siempre esta orientación viene del pediatra, siendo deseable que él instruya sobre temas generales de salud bucal o bien derivara al odontólogo⁽¹⁰⁾. Otra creencia mencionada en el mismo estudio afirma lo que ocurre con los dientes temporales no es determinante respecto de lo que ocurrirá en el futuro con la salud bucal del niño, porque se recambiarán eventualmente⁽¹⁰⁾. Las creencias de la madre y del padre son relevantes, ya que, según nuestro estudio, la familia y cercanos son la mayor fuente de conocimiento de salud bucal de los participantes, incluso por sobre el odontólogo, por lo que una educación correcta en salud bucal podría cambiar las creencias hacia unas más favorables.

Uno de nuestros principales hallazgos, es que las creencias acerca de la periodontitis no eran tan ciertas como las de la caries, asunto reportado antes en otros estudios donde un 55,8% de los participantes no creían que el sangrado de las encías tenga relación con enfermedad⁽⁶⁾. Por otro lado, un estudio en adolescentes muestra resultados sobre un 80% de acierto en preguntas acerca de caries, tratamiento y prevención, sin embargo, el porcentaje de acierto comienza a bajar al preguntar acerca del rol del flúor (41,2%), el sangrado como signo de enfermedad gingival (75,9%), higiene como prevención de periodontitis (69,4%)⁽¹⁵⁾. Por lo cual, es importante empezar a expandir nuestro discurso odontológico, no sólo a las caries, si no también a otras patologías como la periodontitis o como el cáncer bucal, este último no mencionado en este ni otros estudios.

Por otro lado, los determinantes sociales de la salud nos explican por qué en Chile, factores como: la ruralidad, la pertenencia a un grupo indígena, los grupos socioeconómicos menos favorecidos y las personas envejecidas coinciden con los sectores con peores resultados de salud bucal⁽¹⁸⁾. Además, existe evidencia de que el aseguramiento de la salud, por ejemplo una garantía explícita en salud, no garantiza necesariamente que las personas opten por utilizar ese beneficio⁽¹⁹⁾. Por este punto, la educación y promoción de la salud juegan un rol crucial como parte fundamental del fenómeno de salud-enfermedad-atención, ya que a través de estas estrategias que los profesionales intervienen las creencias promoviendo los comportamientos saludables, recobrando importancia la preparación de los profesionales en esta área, pudiendo rescatar elementos del coaching⁽²⁰⁾ o de las competencias interculturales en salud, para transformar esta diferencia en una oportunidad de gestionar la diversidad cultural de la comunidad, en una instancia que se integre la individualidad y universalidad en salud⁽⁵⁾.

En general, la variedad de metodologías e instrumentos utilizados dificultan la comparación de los resultados, en algunos casos miden las creencias o conocimiento a través de prueba sólo como un puntaje⁽¹¹⁾, otros entregan un valor cualitativo, por ejemplo, un nivel de conocimiento sobre salud oral bueno, regular o malo⁽¹²⁾. En contraparte, un estudio en cuidadores de pacientes dependientes severos utiliza un instrumento que permite medir creencias y relacionarlas con locus de control y autoeficacia⁽¹⁴⁾, pero no debate acerca de la importancia de cada resultado independiente. El área de creencias en salud se presenta como un terreno donde falta mucho por indagar a través de múltiples metodologías.

Nuestro estudio, al ser cualitativo, permite abarcar la temática desde una mirada amplia y descriptiva, con apertura para incorporar temas que no estaban considerados desde el comienzo, obteniendo relatos de las creencias en salud bucal de los participantes y que tienen relevancia final en el cumplimiento y adherencia a tratamientos, pudiendo ser de ayuda para los profesionales de la salud.

Respecto a las limitaciones del estudio, para interpretar estos datos hay que tener en consideración el nivel socioeconómico, la edad, el sexo y la localización geográfica de los participantes, entre otras variables que podrían influir en los resultados. Se sugiere incorporar para siguientes estudios información como la ocupación laboral e historial odontológico para dar más contexto a cada participante. Es relevante mencionar que el hecho de haber recibido atención en una facultad de odontología podría haber influido en las creencias de los participantes, al tener acceso a

información actualizada y educación en salud bucal. Por último, nuestra investigación, al ser un estudio cualitativo, no busca ser generalizable, sino representar una realidad local, no obstante, podría dar pistas de cómo son los sistemas de creencias en salud bucal en nuestro país.

Para futuros estudios sería interesante analizar bajo algún modelo o teoría desde el área de psicología de la salud⁽³⁾, por ejemplo, explorar desde conceptos de autoeficacia o vulnerabilidad, como lo hizo un estudio en preadolescentes⁽²¹⁾; o desde la interculturalidad en salud⁽⁵⁾, ya que hay oportunidades de analizar desde un frente más explicativo que descriptivo los factores que podrían intervenir las decisiones preventivas y terapéuticas en salud bucal de cada persona. Por otro lado, sería interesante explorar las creencias de las distintas subpoblaciones de personas que acuden a la facultad de odontología, por ejemplo, madres de niños que se atienden en odontología pediátrica, personas mayores,

adolescentes, entre otros, para caracterizar grupos específicos de trabajo dentro o fuera de la universidad.

Finalmente, es importante indicar que conocer las creencias en salud de las personas que buscan atención odontológica es el primer paso para intervenir cambios en conductas de salud favorables. Se hace necesario que odontólogos y odontólogas conozcan las bases de la psicología de salud y de la interculturalidad en salud para intervenir adecuada y respetuosamente a las personas que acuden a ellos por atención.

CONFLICTO DE INTERES

Los autores no tienen conflictos de interés que declarar

Bibliografía

- Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of diseases, injuries, and risk factors. *J Dent Res*. 2017;96(4):380-7.
- Contreras-Rengifo A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2016;9(2):193-202.
- Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Med Chile*. 2007;135:647-52.
- Gomez de Brítez E, Samudio M. Creencias y comportamientos saludables asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en asistentes al Programa AsuRiesgo del Instituto de Previsión Social. *Mem Inst Investig Cienc Salud*. 2014;(12):43-58.
- Veliz-Rojas L, Bianchetti-Saavedra AF, Silva-Fernández M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(1):e00120818.
- Misrachi Launert C, Manríquez Urbina J, Fajreldin Chuaqui V, Kuwahara Aballay K, Verdaguer Muñoz C. Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población Mapuche-Williche de Isla Guapi, Chile. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2014;25(2):342-58.
- Fuentes Fernández R, Oporto Venegas G, Alarcón A, Bustos Medina L, Prieto Gómez R, Rico Williams H. Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. *Av Odontostomatol*. 2009;25(3):147-54.
- Pérez A, Fierro Monti C, Bravo L, Luengo L, Vivanco E. Creencias y conocimiento de embarazadas frente a la salud oral, en Concepción, Chile. *Acta Odontol Venez*. 2018;52.
- Vásquez P, Ramírez V, Aravena N. Creencias y prácticas de salud bucal de padres de párvulos: estudio cualitativo. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2015;8(3):217-22.
- Muñoz V, Valenzuela PM, Rasse A. Imaginarios, creencias y actitudes que influyen en la consulta odontopediátrica en menores de 3 años. *Int J Interdiscip Dent*. 2020;13(1):6-8.
- Cartes-Velásquez R, Mardones S, Paredes C. Conocimientos y estado de salud bucal en madres beneficiarias del sistema Chile Crece Contigo. *Rev Chil Salud Pública*. 2009;13(3):136-42.
- Núñez J, Moya P, Monsalves MJ, Landaeta M S. Nivel de Conocimiento de Salud Oral y Utilización de GES Odontológico en Puerperas Atendidas en una Clínica Privada, Santiago, Chile. *Int J Odontostomat*. 2013;7(1):39-46.
- Humeres-Flores P, Guzmán-Orellana D, Madrid-Canales C, Fredes-Ziliani A, Mustakis-Truffello A. Cuidado de la salud oral en la primera infancia: La perspectiva de sus madres-un estudio cualitativo. *Int J Interdiscip Dent*. 2020;13(2):62-6.
- Fuentes P C, Escobar I C, Muñoz M P, Ottone NE. Creencias en Salud Oral de Cuidadores de Pacientes Discapacitados y Adultos Mayores Institucionalizados en la Comuna de Quilaco, Región de BioBio. *Int J Odontostomat*. 2015;9(12):301-6.
- Barrientos C, Becerra P, Parra A, Jouannet JP. Conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral en adolescentes de 12 y 15 años de la localidad de Fresia, año 2013. *Rev Chil Salud Pública*. 2014;18(2):140-8.
- Erlingsson C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. *Afr J Emerg Med*. 2017;7(3):93-9.
- Morse JM. Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative Inquiry. *Qual Health Res*. 2015;25(9):1212-22.
- Palomer Roggerone L. Inequidades en salud bucal. Factores que determinan su realidad en Chile. *Acta Bioeth*. 2016;22(2):315-9.
- Rocha-Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2013;12(55):96-112.
- Vernon LT, Howard AR. Advancing health promotion in dentistry: articulating an integrative approach to coaching oral health behavior change in the dental setting. *Curr Oral Health Rep*. 2015;2(3):111-22.
- Walker K, Jackson R. The health belief model and determinants of oral hygiene practices and beliefs in preteen children: a pilot study. *Pediatr Dent*. 2015;37(1):40-5.