



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO EN ODONTOLOGÍA**

TEMA:

Creencias, costumbres y hábitos de higiene oral en la
población de Latinoamérica

AUTORA:

Evelyn Nicole Chiquito Alay.

TUTORA:

Dra. Sandra Sandoval Pedauga

MANTA-MANABÍ-ECUADOR

2022

CERTIFICACIÓN

Mediante la presente certifico que la egresada **EVELYN NICOLE CHIQUITO ALAY** se encuentra realizando su tesis de grado titulada **CREENCIAS, COSTUMBRES Y HÁBITOS DE HIGIENE ORAL EN LA POBLACIÓN DE LATINOAMÉRICA**, bajo mi dirección y asesoramiento, y de conformidad con las disposiciones reglamentarias establecidas para el afecto.

Dra. Sandra Sandoval Pedauga, Esp.

DIRECTORA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **EVELYN NICOLE CHIQUITO ALAY** con C.I: 131452568-2, en calidad de autor del proyecto de investigación titulado “CREENCIAS, COSTUMBRES Y HÁBITOS DE HIGIENE ORAL EN LA POBLACIÓN DE LATINOAMÉRICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.”. Por la presente autorizo a la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y además de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.

EVELYN NICOLE CHIQUITO ALAY
C.I 1314525682

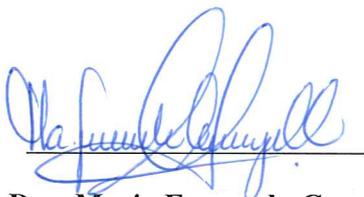
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Odontología

Tribunal Examinador

Los honorables Miembros del Tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueben el informe de investigación sobre el tema:
“CREENCIAS, COSTUMBRES Y HÁBITOS DE HIGIENE ORAL EN LA POBLACIÓN DE LATINOAMÉRICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.”

Presidente del tribunal



Dra. Maria Fernanda Carvajal

Miembro del tribunal



Dra. Paola Pacaji Ruiz

Miembro del tribunal

Dr. Freddy Avila Chica

Manta, 15 de Marzo 2023

AGRADECIMIENTO

De pequeña me enseñaron a dar las gracias por las cosas buenas y malas que suceden en la vida, por eso en esta tesis voy agradecer:

A mis padres por darme la vida y por inculcarme el camino del éxito, por enseñarme a nunca rendirme y a levantarme de los tropiezos.

Agradezco a mi hermana por su cariño y motivación que me demuestra día a día, gracias por existir hermana.

De igual manera a los docentes de esta noble institución por haber impartido sus conocimientos con cada uno de nosotros, en especial a la Dra. Sandra Sandoval Pedauga por guiarme, quien con su dirección, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Finalmente, gracias a todos mis compañeros, muchos de los cuales se han convertido en mis amigos y cómplices, gracias por el tiempo compartido y por las historias vividas.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios quien ha sido mi guía y por permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A cada uno de mis seres queridos por motivarme cada día para alcanzar mis sueños y metas.

A mis padres, en especial a mi madre Cruz Alay, quien con su amor y esfuerzo me ha permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de valentía, de no temer al impedimento porque Dios está conmigo siempre.

A mi hermana de igual forma por brindarme apoyo para seguir adelante y a nunca rendirme.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN	2
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	3
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO.....	4
AGRADECIMIENTO	5
DEDICATORIA.....	6
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	11
Planteamiento del problema	11
Formulación del problema	12
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
General.....	13
Específicos	13
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	15
Antecedentes de la investigación	15
Bases teóricas	20
Educación para la salud	20
Teorías y modelos de modificación de comportamientos en salud	21

Modelo de creencias en salud	21
Modelo de creencias en salud como predictor de conductas preventivas de salud	22
Aplicación del modelo de creencias en salud en la investigación para la salud oral	24
Modelo Precede-Procede	24
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	27
Tipo y diseño de investigación.....	27
Criterios de búsqueda	27
Criterios de inclusión	27
Análisis de los datos	28
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	29
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

RESUMEN

Las creencias, las actitudes y los comportamientos de salud de los ciudadanos influyen en los comportamientos de salud de ellos y de las personas bajo su cuidado. El modelo de creencias sobre la salud describe el proceso que emprende un individuo cuando toma decisiones sobre su salud. El objetivo de la investigación fue detectar las creencias, costumbres y hábitos de higiene oral predominantes en la población de Latinoamérica. Se realizó una revisión sistemática de la literatura y se incluyeron artículos que aportaran al conocimiento de las creencias en salud y los hábitos de salud bucal de la población latinoamericana. La diversidad étnica y social de Latinoamérica hace que existan distintas creencias, costumbres y hábitos de higiene oral. Desde el punto de vista étnico, los pueblos indígenas, en su mayoría, siguen basando sus creencias en salud en la concepción mágico religiosa. Por otro lado, cuidadores de adultos mayores refieren bajo conocimiento y esto genera creencia en salud erróneas. En definitiva, las creencias en salud tienen una marcada influencia en los hábitos de higiene oral que a su vez pueden tener consecuencias para la salud bucal de la población. Estas pueden ser positivas si las creencias promueven hábitos saludables o negativas si las creencias niegan la importancia de realizar procedimientos de higiene bucal.

Palabras clave: creencias en salud, higiene oral, salud bucal.

ABSTRACT

Citizens' health beliefs, attitudes, and behaviors influence the health behaviors of themselves and those in their care. The health belief model describes the process an individual undertakes when making decisions about their health. The objective of the research was to detect the predominant beliefs, customs and oral hygiene habits in the Latin American population. A systematic review of the literature was carried out and articles that contributed to the knowledge of health beliefs and oral health habits of the Latin American population were included. The ethnic and social diversity of Latin America means that there are different beliefs, customs and oral hygiene habits. From the ethnic point of view, the majority of indigenous peoples continue to base their health beliefs on the magical-religious conception. On the other hand, caregivers of older adults report low knowledge and this generates erroneous beliefs in health. In short, health beliefs have a marked influence on oral hygiene habits, which in turn can have consequences for the oral health of the population. These can be positive if the beliefs promote healthy habits or negative if the beliefs deny the importance of performing oral hygiene procedures.

Keywords: health beliefs, oral hygiene, oral health.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

Los grupos humanos están expuestos a determinantes biológicos, ambientales, económicos, políticos, sociales y culturales que pueden influir en la manera en que se enferman los individuos. Esto también condiciona la forma en que la población entiende la salud y la enfermedad, tanto general como bucal.

A pesar de algunos avances en la salud oral de las poblaciones a nivel mundial, aún persisten problemas en muchas comunidades de todo el mundo, particularmente entre los grupos vulnerables tanto en los países desarrollados como en desarrollo. Por ejemplo, está demostrado que los métodos mecánicos como el cepillado y el uso de hilo dental son las formas más fáciles de reducir la incidencia de placa. De hecho, cepillarse los dientes menos de dos veces al día ha sido uno de los comportamientos clave identificados como importantes para explicar la presencia de caries dental en los niños, pero la adherencia es insatisfactoria (Goodarzi et al., 2019).

Esto ocurre porque las creencias, las actitudes y los comportamientos de salud de los ciudadanos influyen en los comportamientos de salud de ellos y de los niños bajo su cuidado. El modelo de creencias sobre la salud describe el proceso que emprende un individuo cuando toma decisiones sobre su salud. Identificar las creencias sobre la salud bucal de la población puede ayudar a desarrollar e implementar programas de prevención (Hiratsuka et al., 2019).

Se afirma que las creencias en salud de las personas determinan sus comportamientos y representan un componente que influye en sus actitudes, las cuales moldean el grado de salud. Al conocer las creencias de las personas se

pueden intuir sus prácticas, sus hábitos y como puede responder a una situación de aprendizaje o educativa en materia de salud (Gómez y Samudio, 2014).

Es por ello, que los proveedores de salud deben intentar conocer cuáles son las creencias en salud de la población para promover acciones de promoción de salud que sean eficaces. En salud bucal, esto es primordial por cuanto a pesar de conocerse los hábitos que permiten mantener unas condiciones saludables, estos no suelen llevarse a la práctica. Por ello, esta investigación pretende detectar cuáles son las creencias, costumbres y hábitos de higiene oral predominantes en la población de Latinoamérica.

Formulación del problema

¿Cuáles son las creencias, costumbres y hábitos de higiene oral predominantes en la población de Latinoamérica?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

General

Detectar las creencias, costumbres y hábitos de higiene oral predominantes en la población de Latinoamérica.

Específicos

Identificar las diversas creencias, costumbres y hábitos de higiene oral que predominan en la población de Latinoamérica

Describir la influencia de las creencias, costumbres y hábitos de higiene oral en la salud bucal de la población de Latinoamérica.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Cuando se quieren proponer medidas para la promoción de la salud bucal y la prevención de enfermedades bucodentales es necesario tener conocimiento sobre las creencias, las costumbres y los hábitos de higiene oral predominantes en la población. De esta forma, las acciones se planificarán de manera coherente con lo que los integrantes de una comunidad creen y hacen con respecto a su higiene oral.

Esta investigación pretende conocer cuáles son las creencias, costumbres y hábitos de higiene oral que predominan entre la población de Latinoamérica. De esta manera, se enriquecerá la planificación de los programas dirigidos a la salud bucal de cualquier comunidad. En consecuencia, las actividades beneficiarán a la población porque se tomará en cuenta sus costumbres y sus creencias.

Además, beneficiará a la comunidad científica dentro del área de la salud bucal porque permitirá entender cómo las creencias en salud impactan en las condiciones de salud de las personas y las comunidades. En este sentido, conocer las creencias y costumbres permitirá adoptar medidas de salud pública bucal con respeto a la forma en que piensan y se organizan los individuos y las comunidades.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

Ye y Chen (2020), desarrollaron un estudio denominado Conocimientos, creencias y prácticas de salud bucodental entre los adultos mayores que viven en la comunidad en Shanghái, China: un análisis transversal. Se propusieron evaluar el conocimiento, las creencias y las prácticas de salud bucal entre los adultos mayores que viven en la comunidad en Shanghái, China. Fue un estudio transversal entre 983 participantes de 60 a 93 años de edad, provenientes de dos centros de servicios de salud comunitarios. Los datos se recopilaron mediante un cuestionario sobre conocimientos, creencias y prácticas de salud bucal basado en el modelo de conocimientos, actitudes (creencias) y prácticas (CAP).

Los rangos de la escala fueron conocimientos 0-19, creencias 0-17 y prácticas 0-55, donde una mayor puntuación indica una percepción más precisa. Las puntuaciones medias de este cuestionario fueron conocimientos sobre salud bucal 13,0, creencias 13,0 y prácticas 31,2. El nivel de conocimiento, creencias y prácticas de salud oral entre los adultos mayores en Shanghái, China, no fue alto. Las personas más jóvenes y trabajadoras con mayor nivel de educación mostraron buenos conocimientos, creencias y prácticas de salud bucal. Se necesitan estrategias de salud bucal basadas en la comunidad para aumentar el conocimiento sobre salud bucal, en particular sobre la limpieza bucal diaria, y mejorar las creencias y prácticas en las visitas regulares al dentista (Ye y Chen, 2020).

Así también, Batra et al. (2019), publicaron su estudio titulado Creencias, actitudes y prácticas de salud bucodental de los migrantes del sur de Asia: una revisión sistemática. Su objetivo fue sintetizar la evidencia de la comprensión, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las prácticas y los comportamientos de la salud bucal de los inmigrantes del sur de Asia que residen en países de altos ingresos. Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva de siete bases de datos electrónicas. Se incluyeron todos los diseños de estudio y se realizó una evaluación de la calidad, se incluyeron 17 para la síntesis cualitativa y 12 de diseño cuantitativo.

Los inmigrantes del sur de Asia tenían conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral inadecuados, e influenciados por la cultura, las normas sociales y la religión. En ausencia de síntomas, las prácticas preventivas de higiene bucal fueron limitadas. Las barreras de acceso variaron según el país de origen; desde la falta de confianza en los odontólogos y el costo del tratamiento en estudios con India como país de origen, hasta la creencia, entre naciones más pobres como Bangladesh. Menos estudios se centraron en los recién llegados de Bután o las Maldivas. Se deben desarrollar estrategias cultural y socialmente apropiadas para abordar los problemas de salud bucal y un enfoque único para todos será ineficaz para abordar las necesidades de los migrantes del sur de Asia (Batra et al., 2019).

Por su parte, Xhiani et al. (2017), investigaron las Creencias, actitudes y prácticas de salud oral de los inmigrantes albaneses en los Estados Unidos. Su propósito fue comprender mejor las creencias, actitudes y prácticas de salud bucal entre los inmigrantes albaneses que viven en los Estados Unidos. Se empleó un estudio descriptivo con una muestra intencionada (n = 211) de

inmigrantes adultos albaneses. Se proporcionó un cuestionario transversal validado tanto en inglés como en albanés, con una tasa de respuesta del 66%. Los resultados revelaron un alto uso de los servicios dentales entre los encuestados, con un 68% que informó haber tenido una visita dental y una limpieza en el último año.

Aunque el 25% de los participantes afirmó que sus padres y abuelos habían usado remedios caseros, el 88% de ellos afirmó que el uso de remedios caseros no influyó en su decisión de buscar atención dental profesional. El aumento de la edad se asoció inversamente con la creencia en la importancia de conservar los dientes naturales, ya que era menos probable que los encuestados de mayor edad estuvieran de acuerdo con la afirmación anterior. El bajo acceso y utilización de la atención de la salud bucodental no fue un factor entre la mayoría de los inmigrantes albaneses estudiados. Centrarse en brindar educación sobre salud bucal y estrategias conductuales apropiadas para la edad podría aumentar el conocimiento sobre salud bucal y mejorar potencialmente el estado deficiente de salud bucal entre esta población (Xhahani et al., 2017).

Lin et al. (2021), realizaron una investigación que titularon Conocimientos y prácticas de salud bucodental en el distrito de Kaski de Nepal. Se plantearon el objetivo de explorar la relación entre los antecedentes demográficos y el conocimiento, las actitudes y los comportamientos de salud bucal en las zonas rurales de Nepal. Se realizó un análisis secundario de datos de una encuesta comunitaria sobre conocimientos, creencias, prácticas y acceso a la atención de salud bucal entre residentes de 12 años o más en 4 aldeas rurales en el distrito Kaski de Nepal (Número total = 3 243).

Los participantes reportaron un conocimiento básico de la salud oral; El 92% conocía el régimen de cepillado recomendado. Quienes tuvieron acceso a educación superior y los de edad más joven demostraron un mejor conocimiento de la salud bucal. Algunos informaron conceptos erróneos sobre el tratamiento dental y lo ven como causa de ceguera (23%), de sordera (11%) y de problemas de salud mental (14%). Numerosos factores además del conocimiento probablemente determinan el comportamiento de salud oral individual, por ello la comprensión actualizada de los conocimientos y prácticas de salud bucodental, así como las influencias socioculturales en el comportamiento de la salud bucodental centrarán mejor las intervenciones y las decisiones políticas (Lin et al., 2021).

Así mismo, Katz et al. (2018), publicaron un artículo cuyo título es Conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucodental (CAP) en las zonas rurales de Haití: un estudio de seguimiento de 40 años. El propósito del mismo fue informar sobre los cambios en los hallazgos durante un período de 40 años sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de salud bucal (CAP) de una población rural muy remota que vive en la región de Jeremie en Haití. Se tomó como punto de partida un artículo original publicado en 1972 y se realizaron dos encuestas de seguimiento en 1997 y 2010 que usaron exactamente el mismo cuestionario CAP en la misma población de haitianos rurales que vivían en la región de Jeremie.

Rengifo Reina y Muñoz Ordóñez (2019), realizaron un estudio llamado Creencias, conocimientos y prácticas de madres respecto a la salud bucal en Popayán, Colombia. Su objetivo fue determinar las creencias, conocimientos y prácticas acerca de la salud bucal que tienen las madres de niños menores de

cinco años que asisten a la red pública de salud de la ciudad de Popayán, Colombia. Se trata de un estudio observacional donde se encuestaron a 288 representantes que acuden a consulta con sus niños a un programa sobre crecimiento y desarrollo.

En los resultados se observó un promedio de edad en las madres encuestadas de 28 años. En cuanto a las respuestas de la encuesta el 20% de las representantes considera que los dientes duran solo un tiempo determinado (algunos años). El 76% piensa que la aparición de caries dental (riesgo de padecerla) es debido a malos hábitos. El 36% de los niños duermen con el biberón en la boca y el 87% tiene conocimiento sobre cómo se puede evitar la caries dental. Las madres jóvenes en su mayoría acuden a consulta con sus hijos a servicios de atención y prevención en Popayán, Colombia (Rengifo Reina y Muñoz Ordóñez, 2019).

Por su parte, Launert et al. (2016), publicaron su estudio Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población mapuche-williche de Isla Huapi, Chile. Tuvo como objetivo describir los determinantes de conducta en salud oral de la población mapuche-williche, de Isla Huapi, y su distribución por sexo y grupo de edad. Se aplicó una encuesta como instrumento para recoger los datos que fue previamente validado en dicha población. Participaron 417 sujetos. 77 sujetos fueron encuestados de las cuales el 53% fueron mujeres.

El 62% de la población utiliza medicina natural tradicional para cuidar de su salud bucal. El 66% de los sujetos piensa que la mala higiene bucal se relaciona con la aparición de la caries dental. El 80% mencionó cepillarse los dientes 2 veces al día. Hubo una diferencia significativa en las barreras que perciben para lograr el acceso a la atención odontológica, en su mayoría adultos mayores y también

hubo diferencia significativa en la iniciativa por parte de las mujeres de asistir a la consulta odontológica. Es muy bien conocido el impacto en la promoción de estrategias de salud y de los determinantes de conductas. A pesar de esto, en la población indígena de Chile existen pocos programas de salud oral (Launert et al., 2016).

Bases teóricas

Educación para la salud

Según Cuenca y Baca (2013), la educación para la salud es cualquier combinación planificada de experiencias de aprendizaje diseñadas para predisponer, activar y reforzar el comportamiento voluntario que conduce a la salud en los individuos, los grupos o las colectividades. Para que la educación sanitaria sea efectiva debe:

- 1-. Producir cambios en el conocimiento y la comprensión, o en la forma de pensar.
- 2-. Influenciar o clarificar valores.
- 3-. Provocar algún cambio en la creencia o actitud.
- 4-. Facilitar la adquisición de competencias.
- 5-. Modificar el comportamiento o estilo de vida.

Calatayud y Cuenca (2013), señalan que las actividades sanitarias educativas van dirigidas a individuos, grupos o poblaciones y deberían orientarse a los tres dominios del aprendizaje: el cognitivo, el afectivo y el conductual. Y es así, ya que se considera que los determinantes internos del comportamiento son el resultado de la interacción de unos conocimientos determinados (nivel cognitivo), unas actitudes concretas (nivel afectivo) y unas habilidades específicas (nivel psicomotor).

Teorías y modelos de modificación de comportamientos en salud

Fernández et al. (2015), señalan que las teorías y modelos para cambiar conductas de salud pueden resultar de utilidad para interpretar situaciones, planificar intervenciones realistas y evaluar programas o actividades; las teorías ayudan a comprender los mecanismos subyacentes a la salud, la manera de intervenir sobre ellos y a la detección de variables intermedias o factores mediadores cuyo papel y utilidad deberá ser evaluado. Aunque las teorías sobre el comportamiento pueden ser instrumentos útiles, ninguna de ellas por sí sola es aplicable a todos los contextos y/o problemas.

Una teoría tampoco sustituye la necesaria investigación, el análisis de cada realidad concreta, ni la planificación específica de actividades de educación para la salud en un determinado contexto o colectivo. Para dar una visión de las principales teorías del comportamiento se presentan, por una parte, algunas de las que se orientan a aspectos más individuales y psicológicos, y por otra, las que ponen más énfasis en aspectos sociales y colectivos en relación a los determinantes de la salud y comportamientos relacionados con ella (Mosio, 2007).

Modelo de creencias en salud

Fernández et al. (2015), mencionan que fue el primer modelo desarrollado para explicar los comportamientos relacionados con la salud. Su modelo de creencias se basa en la influencia en la aceptación o rechazo de las personas a las medidas preventivas. Se centra en:

1. Susceptibilidad percibida a contraer una enfermedad.
2. Beneficios percibidos de las medidas preventivas.

3. Gravedad percibida de la enfermedad y de las consecuencias de no realizar las medidas preventivas.

4. Barreras percibidas para adoptar las medidas preventivas recomendadas.

5. Reconocer la necesidad de actuar.

La percepción de la vulnerabilidad, la severidad del riesgo, el beneficio y las barreras para el mantenimiento o cambio de conducta, está determinada por diferentes factores como el nivel educativo, características culturales, experiencias personales, el género y el estatus socioeconómico. Para que se produzca un cambio de comportamiento a largo plazo, la persona tiene que sentirse amenazada en su patrón de conducta, previa o actual, y debe creer que su cambio necesario tendrá un resultado deseable y lo hará a un coste razonable (Malagón-Londoño y Reynales-Londoño, 2020).

Por ejemplo, la decisión de protegerse en las relaciones sexuales para evitar infecciones de transmisión sexual (ITS) está en función de la percepción de riesgo a contraer la enfermedad, la percepción de gravedad de esta y la percepción de los beneficios y barreras de las conductas de protección específicas frente a las ITS (Fernández et al., 2015).

Modelo de creencias en salud como predictor de conductas preventivas de salud

Según Cuenca y Baca (2013), las creencias (subjetivas) son más importantes que los conocimientos (objetivos). De esta manera, el hecho de que un individuo siga o no unas recomendaciones sanitarias dependerá de las siguientes percepciones:

- Susceptibilidad personal percibida por el sujeto frente al problema al que se asocia el comportamiento.

- Gravedad que se deriva del problema de salud al que se asocia el comportamiento.
- Beneficios potenciales percibidos de la medida preventiva recomendada (eficacia en prevenir o reducir la susceptibilidad personal a la enfermedad).
- Obstáculos o dificultades que el sujeto cree detectar para la adopción del comportamiento.

El modelo contempla la necesidad de que algún estímulo a la acción o detonante ponga en marcha la nueva conducta. Estos estímulos (campañas en los medios de comunicación, consejo del profesional sanitario, etc.) harían aflorar unas percepciones, unos sentimientos y unas intenciones en relación con la medida preventiva recomendada (Calatayud y Cuenca, 2013).

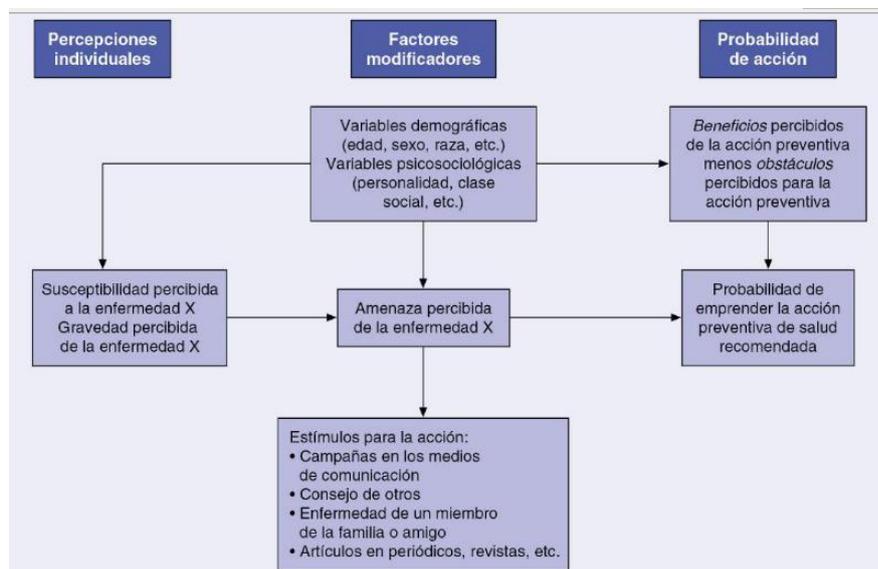


Figura 1: Modelo de creencias de salud como predictor de conductas preventivas de salud (Cuenca y Baca, 2013).

Aplicación del modelo de creencias en salud en la investigación para la salud oral

Malagón-Londoño y Reynales-Londoño (2020), explican que se han llevado a cabo estudios realizados en escolares para determinar la influencia que tienen las creencias de los padres sobre el hábito del cepillado dental de sus hijos. Los resultados indicaron que estas creencias influyeron en la probabilidad de que sus hijos se cepillaran dos veces al día. La creencia más importante que explicaba este hábito de salud era pensar que disponían del tiempo necesario para comprobar el cepillado de sus hijos. Las creencias afectan a la aceptación de las conductas relacionadas con la salud oral.

Las creencias en salud se tratan de un modelo subjetivo que explica la modificación de las conductas sobre la base de estrategias que inciden fundamentalmente en estas percepciones. El medio ambiente físico y social en que vive el individuo, y que se sabe que influye de forma importante sobre las conductas de salud, no se tiene apenas en cuenta. De ahí que el modelo de creencias en salud haya sido muy criticado y que no sea útil para explicar las modificaciones de los comportamientos de las personas sanas, en las que el medio ambiente tiene un papel fundamental. Sin embargo, podría ser útil en la predicción y en la mejora del cumplimiento (Cuenca y Baca, 2013).

Modelo Precede-Procede

El modelo se basa en que la mayoría de los cambios de comportamiento relacionados con la salud que tienen carácter permanente son de naturaleza voluntaria. Se propone un proceso sistemático de planificación que pretende proporcionar al individuo los conocimientos, las motivaciones y las habilidades

necesarias para desarrollar comportamientos saludables, buscando su compromiso activo y beneficiando a su comunidad (Calatayud y Cuenca, 2013). Fernández et al. (2015), el proceso consta de dos partes: la parte PRECEDE que está dedicada al diagnóstico; y la parte PROCEDE que dedica la última etapa a la aplicación del programa. En sus cinco etapas, la parte PRECEDE incluye los siguientes diagnósticos:

- Social: busca conocer las necesidades sentidas por la sociedad, sus aspiraciones, recursos y obstáculos.
- Epidemiológico: para identificar los problemas de salud y los factores de riesgo y protección de la enfermedad, así como de su distribución.
- Comportamental y ambiental: investiga los comportamientos y factores del medio ambiente implicados en el estado de salud de la comunidad.
- Educacional y organizacional: con objeto de conocer los factores de los que dependen los comportamientos que se quieren promocionar. Han sido identificados y analizados tres tipos de factores necesarios para instaurar una conducta saludable: 1) factores predisponentes, que son internos (p. ej., conocimientos del individuo, valores, percepciones, todo lo que afecta a su motivación al cambio); 2) factores facilitadores, que son los factores personales (habilidades y capacidades individuales), y 3) factores ambientales (p. ej., recursos y las normas de una comunidad).
- Administrativo y político: relativo a las posibilidades y deficiencias de las organizaciones, de las políticas y de los compromisos sociales implicados en temas de salud.

La finalidad de la parte PRECEDE es elaborar un documento con los objetivos específicos y con las estrategias clasificados según un orden de prioridades para

cada una de las áreas anteriormente analizadas. En la parte PROCEDE se aborda la aplicación del programa, junto con su evaluación continuada (del proceso, del impacto y de los resultados). De esta manera, se analizan los resultados inmediatos y más a largo plazo del plan, valorando sus efectos sobre la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida (Fernández et al., 2015).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

Tipo y diseño de investigación

La presente investigación se realizó siguiendo los principios de una revisión sistemática, que según lo plantean Fernández-Sánchez et al. (2020), son herramientas fundamentales para investigadores y personal clínico ya que permiten el abordaje de preguntas que proporcionan un panorama global de la evidencia científica sobre un tema clínico específico, el cual puede ser de diagnóstico, pronóstico o tratamiento.

Criterios de búsqueda

Las búsquedas fueron realizadas en bases de datos electrónicas como PubMed, LILACS, ScienceDirect, Scopus y SciELO.

Idioma: las búsquedas se realizaron en español, en portugués y en inglés.

Palabras clave en español: “creencias en salud”, “hábitos saludables”, “higiene bucal”, “salud bucal” “educación para la salud”, “creencias en salud” y “hábitos saludables”, “creencias en salud” e “higiene bucal”.

Palabras clave en inglés: "health beliefs", "healthy habits", "oral hygiene", "oral health" "health education", "health beliefs" and "healthy habits", "health beliefs" and "oral hygiene".

Palabras clave en portugués: "crenças de saúde", "hábitos saudáveis", "higiene oral", "saúde oral", "educação para a saúde", "crenças de saúde" e "hábitos saudáveis", "crenças de saúde" e "higiene oral".

Criterios de inclusión

Para establecer la inclusión se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

Según el tipo de estudio: se incluirán revisiones sistemáticas con metaanálisis, revisiones sistemáticas sin metaanálisis, estudios transversales, ensayos comunitarios.

Según el año de publicación del estudio: estudios publicados a partir del año 2010.

Análisis de los datos

Los resultados del estudio serán presentados en tablas narrativas que permitirán identificar los estudios incluidos en la revisión, así como el resumen de los principales hallazgos que hayan reportado.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Artículos incluidos en la revisión.

Autor (Año)	Título	Diseño
Aguirre - Acevedo et al. (2022)	Creencias y prácticas en salud oral en comunidades indígenas para el diseño de un modelo de atención integral de salud con enfoque intercultural en Colombia. Una revision.	Revisión sistemática
Olave-Müller et al. (2021)	Necesidades, Creencias y Prácticas en Salud Oral de Padres y Cuidadores de Preescolares: Un Enfoque Cualitativo	Estudio cualitativo
Godoy et al. (2021)	Creencias relacionadas al cuidado de la salud oral en cuidadores de adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Antofagasta, Chile, 2019	Estudio transversal
Rengifo Reina y Muñoz Ordóñez (2019)	Creencias relacionadas al cuidado de la salud oral en cuidadores de adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Antofagasta, Chile, 2019	Estudio transversal
Launert et al. (2016)	Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población mapuche-williche de isla Huapi, Chile	Estudio transversal
Navas et al. (2014)	Concepciones en los usuarios de un servicio odontológico público sobre salud-enfermedad bucal	Estudio transversal

Fuente: elaboración propia (2022).

Tabla 2. Principales hallazgos de los artículos incluidos en la revisión.

Autor (Año)	Hallazgos y conclusiones
Aguirre - Acevedo et al. (2022)	<p>Las creencias y prácticas en salud bucal de las comunidades indígenas se derivan de una cosmovisión del proceso de salud-enfermedad oral desarrollada desde una perspectiva mítica, espiritual. Aunque también se aborda desde una visión naturalista.</p> <p>La revisión reporta que muchas comunidades indígenas han trascendido la perspectiva mágica y se ubican en una óptica tanto técnica como medicinal.</p>
Olave-Müller et al. (2021)	<p>Los padres y representantes delegaban los cuidados en salud bucal a odontólogos y maestros, y dijeron tener falta de información comprensible para poder replicar prácticas adecuadas en sus hijos.</p> <p>La postergación de visitas al consultorio dental la atribuyen a malas experiencias previas y a una falta de acceso a servicios de atención odontológica.</p> <p>En general, la salud bucal es entendida desde un punto de vista estético y como un elemento importante en la superación de estigmas sociales.</p>
Godoy et al. (2021)	<p>Los cuidadores de adultos mayores tienen una baja capacitación para el cuidado de la salud bucal, esto da pie a que existan creencias desfavorables sobre el cuidado de la salud bucal de las personas mayores institucionalizados.</p> <p>Es necesario diseñar intervenciones de educación para la salud bucal en este grupo que permitan mejorar las creencias relacionadas al cuidado de la salud oral.</p>

Fuente: elaboración propia (2022).

Tabla 2. Principales hallazgos de los artículos incluidos en la revisión.

Autor (Año)	Hallazgos y conclusiones
Rengifo Reina y Muñoz Ordóñez (2019)	<p>El 20% considera que los dientes deben durar solo algunos años, 76% piensa que el riesgo de padecer caries es debido a malos hábitos, 55% manifestó no conocer lo qué es la caries, 87% conoce como se evita la caries dental, 35% de los menores duermen en mayor medida con el biberón.</p>
Launert et al. (2016)	<p>El 66% dijo que el “mal lavado” se relaciona con caries, 62% “utiliza remedios naturales” para el cuidado de la salud oral y el 80% dijo cepillarse al menos 2 veces por día.</p> <p>Hubo diferencia significativa en la “motivación” para asistir a la consulta odontológica que fue más alta en las féminas y en las “barreras percibidas para el acceso a atención”, el cual fue más elevado en adultos mayores.</p>
Navas et al. (2014)	<p>La salud bucal estuvo vinculada a la ausencia de la enfermedad. El 82% de los pacientes que asistieron a las consultas señaló a la buena presencia, la imagen y la belleza como los principales beneficios de tener buena salud bucal. Tres cuartas partes de los participantes afirman que lo que más les afecta de tener una enfermedad bucal son los gastos en tratamientos rehabilitadores.</p> <p>El 58% asoció la falta de dientes con fealdad, y descuido personal, mientras que el 42% lo asoció a la vejez.</p> <p>Las concepciones de la salud-enfermedad bucal de los individuos de este estudio resultaron muy vinculadas con la estética en sus referentes de belleza e imagen; aun cuando se encontraron avances respecto a reconocer a la salud bucal como un componente de la salud general.</p>

Fuente: elaboración propia (2022).

DISCUSIÓN

Para la implementación de medidas para la promoción de la salud bucal y para la prevención de enfermedades bucodentales, el nivel gerencial debe conocer cuáles son las creencias en salud de la población bajo su espacio de influencia, así como las costumbres y los hábitos de higiene oral predominantes. Esto permite que se planifique con coherencia.

La investigación se propuso detectar las creencias, costumbres y hábitos de higiene oral predominantes en la población de Latinoamérica. Y a falta de estudios que engloben las creencias de Latinoamérica como un todo, se revisaron distintas publicaciones sobre creencias en diversos países y con población diversa. Por ejemplo, se incluyó un estudio sobre creencias de cuidadores de adultos mayores en Chile (Godoy et al., 2021), creencias en salud bucal de madres en Colombia (Rengifo Reina y Muñoz Ordóñez, 2019), entre otras.

En una revisión sistemática realizada por Aguirre–Acevedo et al. (2022), reportaron que las creencias y prácticas en salud bucal de las comunidades indígenas se derivan de una cosmovisión del proceso de salud-enfermedad oral desarrollada desde una perspectiva mítica, espiritual. Aunque también se aborda desde una visión naturalista.

En otro de los artículos incluidos se evidenció que dos tercios de los participantes asocian un mal cepillado con la aparición de caries, y que seis de cada 10 personas incluyen remedios naturales en sus prácticas de cuidado de la salud oral. Dicho estudio reflejó que las mujeres se sienten más motivadas a buscar atención dental y los adultos mayores perciben barreras para su atención (Launert et al., 2016).

Cabe mencionar, que la principal conclusión del estudio publicado por Navas et al. (2014), fue que las concepciones de la salud-enfermedad bucal de los participantes estaban vinculadas principalmente con la estética, aunque se encontraron avances respecto a reconocer a la salud bucal como un componente de la salud general.

CONCLUSIONES

La diversidad étnica y social de Latinoamérica hace que esto se traduzca en distintas creencias, costumbres y hábitos de higiene oral. Desde el punto de vista étnico, los pueblos originarios y distintos pueblos indígenas, en su mayoría, siguen basando sus creencias en salud en la concepción mágica religiosa. Por otro lado, los cuidadores de adultos mayores refieren bajo conocimiento sobre higiene oral y esto genera creencia errónea en salud bucal.

En definitiva, las creencias en salud tienen una marcada influencia en los hábitos de higiene oral que a su vez pueden tener consecuencias para la salud bucal de la población. Estas pueden ser positivas si las creencias promueven hábitos saludables o negativas si las creencias niegan la importancia de realizar procedimientos de higiene bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre–Acevedo, J., Martínez–Oropeza, M. A., Ruíz–García, L. A., Aguilera–Rojas, S. E., Galeano–Garzón, C. B., Alberto Sigua, E., & López–Rodríguez, Y. N. (2022). Creencias y prácticas en salud oral en comunidades indígenas para el diseño de un modelo de atención integral de salud con enfoque intercultural en Colombia. Una revisión. *Acta Odontológica Colombiana*, 12(2 SE-ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN).
<https://doi.org/10.15446/aoc.v12n2.99336>
- Batra, M., Gupta, S., & Erbas, B. (2019). Oral health beliefs, attitudes, and practices of south Asian migrants: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11).
<https://doi.org/10.3390/ijerph16111952>
- Calatayud, M., & Cuenca, E. (2013). Estrategias para la promoción y educación para la salud. In E. Cuenca & P. Baca (Eds.), *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones* (Cuarta, pp. 205–218). Elsevier Masson.
- Cuenca, E., & Baca, P. (2013). *Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, Métodos y Aplicaciones* (Cuarta). Elsevier Masson.
- Fernández-Sánchez, H., King, K., & Enríquez-Hernández, C. B. (2020). Revisiones Sistemáticas Exploratorias como metodología para la síntesis del conocimiento científico. *Enfermería Universitaria*, 17(1), 87–94.
- Fernández, J., Gestal, J., Delgado, M., Bolúmar, F., Herruzo, R., Serra, L., & Rodríguez, F. (2015). *Piédrola Gil Medicina preventiva y salud pública* (12va ed.). Elsevier Masson.
- Godoy, J., Rosales, E., & Garrido, C. (2021). Creencias relacionadas al cuidado

- de la salud oral en cuidadores de adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Antofagasta, Chile, 2019. *Odontoestomatología*, 38, 1–10. <https://doi.org/10.22592/ode2021n37e214>
- Gómez, E., & Samudio, M. (2014). Creencias y comportamientos saludables relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles en asistentes al Programa AsuRiesgo del Instituto de Previsión Social. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 12(2), 43–58.
- Goodarzi, A., Heidarnia, A., Tavafian, S. S., & Eslami, M. (2019). Predicting oral health behaviors among Iranian students by using health belief model. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 10. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_10_18
- Hiratsuka, V. Y., Robinson, J. M., Greenlee, R., & Refaat, A. (2019). Oral health beliefs and oral hygiene behaviours among parents of urban Alaska Native children. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1). <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1586274>
- Katz, R. V., Prophete, S. E., Lafontant, C., Gebrian, B., Bourdeau, L. C., Joseph, J. R. E., Lafontant, G. J., St. Jean, H. L., & Rundberg, P. E. (2018). Oral health knowledge, attitudes, and practices (KAP) in rural Haiti: a 40-year follow-up study. *Journal of Public Health Dentistry*, 78(3), 192–196. <https://doi.org/10.1111/jphd.12270>
- Launert, C. M., Chuaqui, V. F., & Aballay, K. K. (2016). Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población mapuche-williche de isla Huapi, Chile. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 25(2), 342–358.
- Lin, L. C., Ketkar, A., Achalu, P., Alqaderi, H., Diamond, S., Spero, L., Turton, B.,

- & Sokal-Gutierrez, K. (2021). Oral health knowledge and practices in the Kaski District of Nepal. *Community Dental Health*, 38(2), 105–111. https://doi.org/10.1922/CDH_00134Lin07
- Malagón-Londoño, G., & Reynales-Londoño, J. (2020). *Salud Pública. Conceptos, aplicaciones y desafíos* (3era ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Mosio, A. (2007). Determinantes de la salud. In H. Barragán (Ed.), *Fundamentos de salud pública* (Primera, pp. 161–189). Universidad de La Plata.
- Navas, R., Rojas, T., Fox, M., Chacín, A., & Rincón, M. (2014). Concepciones en los usuarios de un servicio odontológico público sobre salud-enfermedad bucal. *Rev Cubana Estomatol*, 51(4), 7–13. <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/381/86>
- Olave-Müller, P., Fajreldin, V., Coronado-Vigueras, L., López-Contreras, N., & Valenzuela, M. T. (2021). Necesidades, Creencias y Prácticas en Salud Oral de Padres y Cuidadores de Preescolares: Un Enfoque Cualitativo. *International Journal of Odontostomatology*, 15, 888–897.
- Rengifo Reina, H. A., & Muñoz Ordóñez, L. M. (2019). Creencias, conocimientos y prácticas de madres respecto a la salud bucal en Popayán, Colombia. *Universitas Odontologica*, 38(80), 1–10. <https://doi.org/10.11144/javeriana.uo38-80.ccpm>
- Xhihani, B., Rainchuso, L., Smallidge, D., & Dominick, C. (2017). Oral Health Beliefs, Attitudes, and Practices of Albanian Immigrants in the United States. *Journal of Community Health*, 42(2), 235–241. <https://doi.org/10.1007/s10900-016-0248-9>
- Ye, S., & Chen, L. (2020). Oral health knowledge, beliefs and practices among

community-dwelling older adults in Shanghai, China: A cross-sectional analysis. *Gerodontology*, 37(2), 191–199. <https://doi.org/10.1111/ger.12460>