

---

# CREENCIAS ACERCA DE LA SALUD ORAL EN GESTANTES EN TRES CIUDADES COLOMBIANAS

## BELIEFS ABOUT THE ORAL HEALTH IN PREGNANT WOMEN IN THREE COLOMBIAN CITIES

HERNEY ALONSO RENGIFO REINA<sup>1</sup>

**RESUMEN. Introducción:** el objetivo fue describir las creencias en torno a la salud oral que tienen las gestantes en tres municipios de Colombia. **Métodos:** se hizo un estudio observacional descriptivo de corte transversal, para lo cual se aplicó una encuesta semiestructurada a un grupo de gestantes que asistían al control prenatal en instituciones prestadoras de servicios de salud en tres municipios. Se incluyó un total de 441 gestantes, que cumplieron con los criterios de selección y aceptaron participar voluntariamente en la investigación. **Resultados:** el promedio de edad fue veintidós años. En cuanto a creencias en general se encontró que el 96,60% (426) de las gestantes poseen al menos una creencia en torno a la salud oral, y la mayoría (70%) se centra en que durante el embarazo el bebé le “roba” calcio a los dientes de la madre y se “pierde un diente por cada embarazo”. **Conclusiones:** las gestantes presentan en gran medida creencias erróneas que pueden estar influenciando su comportamiento frente a las prácticas y frente a su demanda en el área de odontología. La mayoría de las creencias presentadas se centran en que durante el embarazo el bebé le sustrae calcio a los dientes de la madre.

**Palabras clave:** embarazo, salud oral, creencias en salud.

Rengifo HA. Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2009; 20(2): 171-178.

**ABSTRACT. Introduction:** the objective of this study was to describe the beliefs about oral health among pregnant women in three Colombia's cities. **Methods:** in an observational descriptive transversal study, a semi structured survey was applied to pregnant women attending pre-natal control at the city's health service. 441 pregnant women that met the inclusion criteria and who voluntarily accepted to participate, were included in the study. **Results:** the average age was 22 years; it was found that 96.60% (426) of pregnant women have at least one belief about oral health, and the majority of the women (70%) believed that during pregnancy the baby “steals” calcium from the mother's teeth and that “at least one tooth is lost in each pregnancy”. **Conclusions:** pregnant women have erroneous beliefs that to a great extent influence their behavior towards oral health practices and their demands for dental services. The majority of beliefs are related to the fact that during pregnancy, the baby steals calcium from the mother's teeth.

**Key words:** pregnancy, oral health, beliefs in oral health

Rengifo HA. Beliefs about the oral health in pregnant women in three colombian cities. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2009; 20(2): 171-178.

## INTRODUCCIÓN

La gestación es una situación natural de la mujer, en la que el cuidado tanto de la gestante como del feto debe considerarse en conjunto.<sup>1</sup> En este periodo se presentan una serie de cambios adapta-

tivos temporales en las estructuras corporales de la mujer gestante, como resultado del incremento en la producción de estrógenos, progesterona, gonadotropinas, relaxina, entre otras hormonas. La cavidad

---

1 Odontólogo, magíster en Salud Pública, candidato a magíster en Epidemiología, profesor Escuela de Odontología de la Universidad del Valle. Grupo de Investigación Pacífico Siglo XXI. Fundación CEGES. hrengifo@gmail.com. Escuela de Odontología de la Universidad del Valle: Calle 4B 36-104 Edificio 132. Barrio San Fernando —Sede Universidad del Valle San Fernando— Teléfono 518 56 43 Cali, Valle.

RECIBIDO: OCTUBRE 28/2008 - ACEPTADO: ABRIL 21/2009

bucal no queda exenta de sufrir la influencia hormonal, pudiendo presentarse algunas alteraciones reversibles o transitorias y otras más consideradas como patológicas.<sup>2</sup>

Adicional a los factores de riesgo, que pueden asociarse con la condición oral de este grupo poblacional, como: el estrato socioeconómico, la dificultad de acceso a los servicios asistenciales, la baja escolaridad, los hábitos, se encuentran *las creencias*<sup>1</sup> y las motivaciones de cada individuo. En la gestación estas creencias pueden llegar a ser muy representativas e influyentes en el desarrollo de la condición oral ligadas a la percepción de susceptibilidad, severidad y beneficios que posee cada gestante, como se plantea en los teóricos del modelo de creencias.<sup>3</sup> Adicionalmente se concibe que toda creencia se desarrolla, transmite y mantiene a través de la experiencia del grupo social que la práctica,<sup>4</sup> por lo cual las creencias durante el embarazo tienen gran ámbito de desarrollo en el contexto de familia (abuela-madre-gestante) y en el contexto el social (gestante-gestante), en el cual el individuo está inserto, la información que se toma del contexto es procesada y utilizada de acuerdo con cada sujeto.

Una creencia se define como cualquier expresión o proposición simple consciente o inconsciente inferida de lo que una persona dice o hace;<sup>5</sup> Las creencias populares han sido importantes en la evolución de la especie humana. Según Harris la cultura es todo el complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derechos, costumbres y otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre de una sociedad.<sup>4</sup>

Las creencias de una cultura se van transmitiendo de una generación a otra, por instituciones como la familia, escuela o iglesia. Uno de los factores culturales que más orientan las creencias lo constituye la tradición; la cual está básicamente determinada por las experiencias que han sido beneficiosas o no para el grupo.<sup>5</sup> Adicionalmente los individuos pertenecen a diferentes grupos sociales, por lo cual no puede prescindirse del efecto que tenga la conducta colectiva sobre sus creencias.

Las creencias están entre las propuestas teóricas más usadas para predecir cambios en los comportamientos en salud<sup>6</sup> en donde el modelo de creencias en salud (MCS) ha sido trabajado desde hace 50 años para el estudio de las mismas.<sup>7</sup> El MCS se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, con énfasis en la educación en salud, considerando el comportamiento como resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen.<sup>8</sup>

El MCS relacionó por tanto la teoría psicológica de construcción o de toma de decisiones<sup>8</sup>, para intentar explicar la acción humana frente a situaciones de elección de alternativas, de opción comportamental con implicaciones en la salud.<sup>9</sup> Este modelo se consolidó en tres dimensiones: las percepciones individuales, los factores modificantes (demográficos, psicosociales, estructurales) y las claves para la acción (consejos de familiares o amigos, campañas masivas, experiencias con la enfermedad).<sup>8</sup> Adicionalmente el MCS se centra en que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Primero, que es susceptible de sufrirla; segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida, tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad o su severidad.<sup>8,9</sup> Ahora bien, la susceptibilidad consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada condición de salud, donde el proceso indispensable para que la persona tenga una percepción de susceptibilidad general es el haber escuchado o conocido acerca del riesgo de presentar el suceso.<sup>9</sup> La severidad se relaciona con la percepción individual de cuán severa o grave es la enfermedad, de su no intervención o tratamiento cuando se presenta.

El embarazo es un proceso natural durante el cual la mujer se apega a diversas costumbres y creencias que se fundamentan en el saber de su grupo social, teniendo como fin conservar la salud y prevenir la enfermedad en situaciones como la alimentación y la higiene personal.<sup>5</sup> Colombia, al igual que muchos países latinoamericanos, es un país con una

inmensa variedad de creencias por regiones. En cada departamento se han desarrollado ideas y creencias que durante años se transmiten de generación en generación y que tienen su fundamento en teóricos biopsicosociales como: la teoría de la socialización (nadie se hace a sí mismo, necesita de otro) y la teoría cognitiva (interpretación de estímulos, contexto, valores sociales, aprendizajes, incluso conductas personales y temporales del individuo). Es aquí donde radica la importancia de conocer las creencias de las mujeres en el proceso de gestación en torno a la salud oral, puesto que empíricamente estas pueden estar influyendo de una u otra manera en la salud oral, bien sea como protectoras o no, ya que buscan las respuestas a los cambios orales que se generan durante el embarazo, dentro del saber popular como una asociación errónea entre gestación e incremento de caries y pérdida de dientes.<sup>10</sup>

El estudio de las creencias propias de las embarazadas en torno a la salud oral, es un tema que en última instancia busca desarrollar estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas involucradas, ya que ayudaría a identificar los aspectos que influyen positiva o negativamente en su bienestar personal, social y al mismo tiempo podrían contribuir a darles manejo adecuado aplicándolo no solo en ellos sino también en sus hijos. Por la importancia y el peso cultural que tiene la madre en la familia y en el binomio madre-hijo, en donde la madre puede ejercer influencia en los hábitos de su hijo principalmente en la etapa formativa de costumbres ligadas a la salud, por ello esta investigación buscó describir las creencias erróneas que tienen las gestantes en torno a la salud oral y su atención.

## METODOLOGÍA

Se hizo un estudio observacional descriptivo de corte transversal en tres municipios de tres departamentos del país (Armenia, Quindío; Florida, Valle; Santander de Quilichao, Cauca). Cada municipio cuenta con características similares en la prestación de servicios de salud pública donde la atención prenatal a gestantes se hace en una única institución de atención básica primaria en salud. Estas institu-

ciones fueron los ejes centrales de recolección de información y donde se abordaron a las gestantes que asisten al control prenatal.

Para el estudio se calculó una muestra representativa en cada municipio y se hizo un muestreo por conveniencia en cada institución prestadora de salud (IPS), utilizando nivel de confianza del 90%, error del 5% y frecuencia estimada del evento del 30%, se obtuvo una muestra para Armenia, Florida y Santander de Quilichao de 185, 175 y 81 gestantes, respectivamente, para un total de 441 gestantes que cumplieron con los criterios de selección y aceptaron participar voluntariamente en la investigación mediante la firma de consentimiento informado; se excluyeron las gestantes de alto riesgo ginecoobstétrico.

Las gestantes diligenciaron una encuesta semiestructurada con la que se obtuvieron datos respecto a variables de tipo sociodemográfico (edad, afiliación a salud, nivel escolar, relación familiar, etc.), de tipo clínico médico (semanas de gestación, antecedentes de gravidez) y de creencias acerca de la salud oral durante el embarazo. Previamente a la fase de trabajo de campo para la recolección de la información necesaria, mediante una prueba piloto en un grupo de gestantes en la ciudad de Cali, se realizó la estandarización de los encuestadores. Los hallazgos de la prueba piloto mostraron creencias en torno a la atención odontológica que indicaban no asistencia a la misma por miedo a que esta atención le hiciera daño al bebé.

El Comité de Ética de la Institución Universitaria Colegios de Colombia, al tenor de lo dispuesto por la Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia, calificó esta investigación como de riesgo mínimo y en consecuencia la aprobó.

Para el análisis estadístico se realizó una base de datos en el programa Excel y posteriormente se analizó en el programa Stata 10 (Texas-2007), previa transformación por Stata Tranfer.

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 441 gestantes. El promedio de edad fue 22 años; con el mínimo de edad de

13 años, máximo de 40 años y una mediana de 21 años; el 39,23% (173) de las gestantes proviene del Valle del Cauca; el 71,88% (317) son amas de casa, el 31,52% (139) tenía secundaria completa, el 11,56% (51) primaria completa y 1,59% no había hecho ningún estudio. El 72,11% (318) presentó compañero sentimental al momento del estudio, donde la mayor frecuencia fue por unión libre con 62,36% (275). En cuanto a afiliación a salud el 33,79% (149) eran del régimen contributivo, 30,16% (133) del régimen subsidiado, el 0,45% (2) del régimen especial y el 35,60% (157) eran gestantes sin aseguramiento. La distribución por municipio se detalla en la tabla 1.

A pesar que el 72,11% de las gestantes presentó relación sentimental actual, solo el 53,97% (238) viven con su pareja y el 33,11% (146) con sus padres. La distribución de las personas quienes influyen en el comportamiento en salud de la gestante durante esta etapa se describe en la tabla 2. En cuanto a características clínicas de gestación, el promedio de antecedentes de embarazos fue 1,75 ( $\pm 0,96$ ) y de 22,8 ( $\pm 9,6$ ) semanas de gestación; El 53,29% (235) presentaba su primer embarazo. El 58,50% (258) había visitado al odontólogo durante la actual gestación, con promedio de 1,4 visitas, en donde el 73,24% (323) consideró no haber tenido problemas en la cavidad bucal durante el embarazo actual.

**Tabla 1**  
*Variables sociodemográficas por cada municipio*

Variable	Municipios					
	Armenia		Florida		Santander de Quilichao	
Edad	22 $\pm$ 5,70		21,90 $\pm$ 5,00		23,1 $\pm$ 5,30	
Procedencia	62,60% Quindío		84,00% Valle		80% Cauca	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<b>Ocupación</b>						
Ama de casa	132	71,35	119	68,00	66	81,48
Estudiante	26	14,05	25	14,29	5	6,17
Independiente	17	9,19	11	6,29	3	3,70
Empleada	8	4,32	3	1,71	0	0,00
Desempleada	2	1,08	9	5,14	6	7,41
Otro	0	0,00	8	4,57	1	1,23
<b>Salud</b>						
Contributivo	108	58,38	37	21,14	4	4,94
Subsidiado	32	17,30	45	25,71	56	69,14
Sin seguro	45	24,32	91	52,00	21	25,93
R. Especial	0	0,00	2	1,14	0	0,00
Años de estudio	8,50 $\pm$ 3,40		8,40 $\pm$ 3,30		8,1 $\pm$ 3,30	
<b>Estado civil</b>						
Casada	16	8,65	19	10,86	6	7,41
Soltera	60	32,43	39	22,29	20	24,69
Unión Libre	109	58,92	112	64,00	54	66,67
Separada	0	0,0	4	2,29	0	0,0
Viuda	0	0,0	1	0,57	1	1,23

**Tabla 2**  
*Personas con mayor influencia en la gestante*

Influencia	Frecuencia	Porcentaje
Control	1	0,23
Familia*	17	3,85
Nadie	11	2,49
Amigos	52	11,79
Padres	156	35,37
Pareja	204	46,26

\* Familia diferente a los padres.

**Creencias.** El 96,60% (426) de las gestantes presentó al menos una creencia en torno a la salud oral y su relación con el embarazo. La mayoría se centra en que durante el embarazo el bebé le sustrae calcio a los dientes de la madre y que se deben cepillar más veces por estar en este estado (tabla 3). Todos los municipios presentaron creencias superiores al 90% con significancia estadística entre ellos (tabla 4). Siendo Armenia la ciudad

donde más creencias erróneas se reportaron. Se encontraron diferencias significativas con la variable procedencia, igualmente presentaron menos creencias negativas las que no reportaron haber tenido problemas orales en la gestación con un  $p = 0,00$ . En el análisis con las otras variables no se encontró significancia estadística.

**Creencias individuales.** En el análisis individual se encontró relación del nivel educativo con el creer que las enfermedades orales son hereditarias, se re-

lacionaron con un nivel educativo intermedio (tipo secundaria completa 66,6%) ( $P = 0,05$ ); también esta creencia de enfermedades orales heredadas se relacionó estadísticamente con el vivir con la pareja ( $p = 0,06$ ). La creencia que sugiere que el embarazo va ligado a la pérdida de mínimo un diente fue la que mayor relación significativa presentó con otras variables como el tipo de afiliación en salud (0,00), la ocupación (0,07), las que viven y están influenciadas (52,08%) con y por la pareja (41,67%) (tabla 5).

**Tabla 3**  
*Descripción de creencias encontradas*

Creencia	Sí	No	NS/NR
Por cada embarazo se pierde un diente	21,77 (96)	71,20 (314)	7,03 (31)
Las enfermedades orales son heredadas	28,57 (126)	66,89 (295)	4,54 (20)
El bebé le roba el calcio a los dientes de la madre	70,07 (309)	14,97 (66)	14,97 (66)
La atención odontológica le hace daño al bebé	38,32 (169)	27,21 (120)	34,47 (152)
La toma de radiografías hace daño al bebé	46,49 (205)	25,85 (114)	27,66 (122)
La frecuencia de cepillado debe aumentar durante el embarazo	68,03 (300)	27,44 (121)	4,54 (20)

**Tabla 4**  
*Distribución de creencias por municipio*

Creencia	Municipios					
	Armenia		Florida		Santander de Quilichao	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
Presenta	179	96,76	174	99,43	73	90,12

**Tabla 5**  
*Relación de creencias con la afiliación a salud*

Creencia	Contributivo	Subsidiado	Sin seguro	p
Caída de dientes	51,04% (49)	25% (24)	23,9% (23)	0,00
Atención en odontología	36,09 (61)	33,73 (57)	30,18 (51)	0,014
Toma de radiografías	36,10 (74)	31,71 (65)	32,20 (66)	0,04
Aumento de frecuencia de cepillado	35 (105)	26,33 (79)	38 (114)	0,03
Creencia errónea	Vive con pareja		Influenciado pareja	
	52,08%	P = 0,002	41,67%	0,001

Las gestantes que tienen la creencia de “robo” de calcio por el bebé, son las que menos reportaron problemas en la cavidad bucal ( $p = 0,05$ ); con relación a la variable donde se toma la atención odontológica como perjudicial, se encontraron

diferencias por afiliación a salud; el 36,09% de las que creen, pertenecen al régimen contributivo, el 33,73% al subsidiado y el 30,1% son gestantes sin aseguramiento ( $p = 0,014$ ). En cuanto a la variable de daño al bebé por toma de radiografías en

cualquier etapa de gestación, la afiliación en salud (contributivo (36,10%  $p = 0.043$ )) y visitar al odontólogo (61,95%) son los que en mayor proporción presentaron esta creencia 61,95%

Con relación a la creencia de aumento en la frecuencia del cepillado durante la gestación, se relacionó estadísticamente con las que no reportaron problemas orales ( $p = 0,000$ ) y se relaciono también con la variable de afiliación a salud, pero contrario a las demás creencias, se presentó en mayor proporción en las gestantes sin aseguramiento, ( $p = 0,034$ ).

## DISCUSIÓN

En el comportamiento de las embarazadas es aceptado que el conocimiento, las creencias y actitudes son factores predisponentes básicos de las resultantes prácticas en salud; existe la creencia generalizada de que el embarazo se asocia en la mujer con patología bucodental. Si bien esto no tiene por qué ser cierto, sí es verdad que durante el embarazo se producen cambios fisiológicos en los tejidos orales y hay factores como los cambios en la producción salival, dieta, flora bucal<sup>11</sup> que pueden acelerar la rapidez de progresión de enfermedades bucodentales iniciales o ya establecidas;<sup>12</sup>; sin embargo, existe evidencia científica la cual demuestra que las molestias originadas por el embarazo pueden evitarse aplicando medidas preventivas llevadas a cabo en programas permanentes de educación para el autocuidado,<sup>13</sup> pues buen control de cepillado conjuntamente con creciente cuidado de la higiene bucal, dieta y examen bucal periódico contribuirá a disminuir o controlar estas alteraciones.<sup>11</sup>

A pesar de encontrarse alto porcentaje de mujeres con pareja, es importante el estado civil que se encontró, siendo superior a las estadísticas nacionales (26,4%)<sup>14</sup> de Unión libre lo que se puede traducir en cierto modo en menor compromiso con los cuidados y atenciones en esta etapa para la mujer. Y lo más sobresaliente es que más del 30% de las gestantes a pesar de tener pareja siguen viviendo con los padres pero con gran influencia en su comportamiento de estos y de su pareja, dando así lineamientos de intervención en el ámbito de la educación con estrategias que involucren no solo a las gestantes sino en compromiso con su pareja y los padres.

Alrededor de la cavidad bucal de la embarazada se ha formado una serie de creencias que de generación en generación se han transmitido, dando respuestas propias a los cambios orales que se ocurren durante el embarazo.<sup>15</sup> Existe una asociación errónea entre gestación e incremento de caries y pérdida de dientes; muchas pacientes expresan: “*con cada niño... se pierde un diente...*”, “*La futura mamá no puede recibir atención odontológica, porque la anestesia la...*”<sup>10</sup> esto en parte fue confirmado con los resultados de este estudio, ya que se encontró que existe al menos una creencia negativa de este tipo en más del 95% de las gestantes, creencias como que el bebé le roba calcio a los dientes de la madre, que durante este periodo es donde más se caen los dientes, y que además las restricciones de atención odontológica que deben tener en esta etapa son importantes. Esto último similar a lo reportado por Díaz,<sup>16</sup> quien realizó un trabajo de investigación que confirma la ignorancia y miedo sobre el embarazo y alrededor de la atención odontológica. Igualmente en investigaciones realizadas por Misraschi y Sáenz<sup>17</sup> reportaron que las mujeres atribuyen al embarazo un efecto nocivo en la dentadura.

Llama la atención, que a pesar de que la mayoría de gestantes son primo gestantes, exista gran proporción de ellas con creencias erróneas alrededor de la salud bucal, lo que a su vez lo liga posiblemente a las experiencias de otras gestantes como la madre o la abuela y no por experiencia propia.

En el análisis individual, es de resaltar que las creencias de herencia y pérdida de dientes en las gestantes, están siendo guiadas por la persona con quien viven y por las personas que la influncian en su comportamiento que en gran parte se distribuye entre la pareja y los padres.

La afiliación a salud se muestra como un aspecto muy influyente en el tener creencias ya que se relaciona con la pérdida de dientes, prejuicio por la atención odontológica incluyendo posible daño por toma de radiografías (Rx) y aumento de cepillado, llevando a pensar primero que las mujeres están llegando afectadas dentalmente al embarazo lo que hace que su atención sea más radical y con procedimientos como exodoncias, que a su vez implica la toma de radiografías, que produzca dolor, y que

se indique como recomendación mejores cuidados, entre ellos más cepillado, y en segundo lugar que están siendo mal intervenidas en cuanto a educación en salud con estrategias quizás no apropiadas. En la literatura, Díaz Romero<sup>18</sup> opina que las actitudes y creencias sobre el proceso de salud-enfermedad están influenciadas por la cultura médica prevalente, que incluye la opinión del médico. Las madres responden, en general, positivamente a las indicaciones del profesional que hace el control prenatal y si en esta atención no se refuerza y no se da la importancia a la salud oral, las gestantes no la interiorizarán, ni les parecerá importante en su proceso.

Teóricamente,<sup>19</sup> se establecen condiciones fundamentales que preceden la decisión de los individuos para desarrollar un comportamiento saludable, esto es igual en la gestante, donde ella se percibe como susceptible a cualquier enfermedad en este caso “oral” por su estado (susceptibilidad percibida), no percibe que las consecuencias de dejar desarrollar las enfermedades orales son severas para ella ni para el bebé, básicamente por falta de educación en salud oral durante su vida y en la etapa de gestación (severidad percibida), no consideran los comportamientos preventivos orales como comportamientos saludables y no percibe los beneficios que estos le puede traer al bebé. Adicionalmente el medio da barreras de atención en su estado, como por ejemplo la cultura de los odontólogos de rechazar la atención y postergarla (barreras percibidas). Y en últimas los factores para la acción y motivación del modelo de creencias (p. ej., síntomas físicos, campañas de educación en salud, influencia social) llevan a la gestante a no realizar la valoración apropiada en cuando a su salud oral.

Rosenstock,<sup>20</sup> opina que la aceptación de la propia susceptibilidad a una enfermedad, despierta en la persona una fuerza que la conduce a la acción. En un estudio de investigación hecho en Estados Unidos, con población de diferentes regímenes muestran que la cultura hispano-latina y la raza, influyen en el estado de la salud oral, en las decisiones y prácticas que se toman en torno a la salud oral, de ahí la importancia de tomar las creencias culturales como ejes fundamentales a la hora de crear inter-

venciones propias para cada grupo poblacional.<sup>21</sup> En latinoamérica se encontraron estudios en indígenas embarazadas en donde todo el cuidado en este periodo gira en torno a las actividades diarias y los alimentos (dietas) que en últimas se ve reflejado la salud oral.<sup>22</sup>

En el estudio se tomaron las tres dimensiones del modelo de percepciones individuales y se encontró que las gestantes presentan una idea errónea acerca de la atención en salud oral, la asumen como peligrosa para el bebé y su proceso de formación; la segunda dimensión es la de los factores modificantes que se expresan en las variables sociodemográficas, las tendencias según cada región y en el último factor se encontraron claves para la acción en donde la pareja y los padres influyen en la conducta en salud de la gestante; estas tres dimensiones dan pie a las recomendaciones del estudio que deben guiarse a considerar a las creencias quizás como un factor relacionado con el estado de salud de las gestantes.

El sistema de creencias, formado en la personalidad de la gestante y como resultado de su interacción con el medio social, contribuye a materializar la conducta, ejerciendo influencia en el proceso salud-enfermedad, que lleva a marginar la atención odontológica y a su vez limita la importancia de la salud oral en el proceso de gestación. Es importante tener en cuenta, por aquellos que tienen como responsabilidad social el cuidado de la salud de la madre, las creencias que se han formado alrededor de la salud oral, donde se debe buscar acciones que lleven a interiorizar entre las gestantes, su entorno e incluso en los servicios de salud la importancia de la salud oral en este estado.

## CONCLUSIONES

Se puede indicar que los padres influyen en gran medida en el comportamiento de la gestante. Igualmente las gestantes presentan creencias que pueden estar influenciando su comportamiento frente a las prácticas y frente a su demanda en el área de odontología. La mayoría de las creencias presentadas se centran en que durante el embarazo el bebé le sus-

trae calcio a los dientes de la madre y que se deben cepillar más veces por estar en este estado.

Como recomendación es importante indicarles a las instituciones de salud la relevancia de involucrar activamente los servicios de odontología en los procesos de atención prenatal y de crecimiento y desarrollo del niño, incluso como una política institucional donde se tengan en cuenta las creencias propias de la gestante en su formulación e implementación.

## AGRADECIMIENTOS

A todas las estudiantes de odontología que participaron en el proceso de recolección de información. A la institución universitaria Colegios de Colombia sede Cali. A cada una de las empresas sociales por permitir la realización de la investigación en sus sedes, y enormes agradecimientos a las gestantes por su valiosa participación de forma desinteresada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chacón A, Gutiérrez A, Montañez J, Villamizar A, Pieschacón A, Camargo D. Factores de riesgo a caries y enfermedad periodontal en mujeres gestantes. Memorias XII y II Encuentro nacional de investigación odontológica. 2001 Oct. Cali, Colombia: División de investigación ACFO-Escuela de Odontología, Universidad del Valle; 2001.
2. Díaz Guzmán L, Castellanos J. Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. *Med. Oral Patol Oral Cir Bucal* (Ed. impr.) (online). 2004; 9(5): 430-437.
3. Glanz K, Rimer B, Lewis F. Health behaviour and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
4. Acosta M, Alegría L, Cajiao GE, Llano AM, Valencia C, Zuluaga P. Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las instituciones de salud del nivel 1. *Colombia Med* 1997; 28: 42-50.
5. Jiménez GM, Méndez N. Creencia y hábitos alimentarios durante el periodo de embarazo y lactancia de mujeres de aldeas del departamento de Chiquimula, Guatemala, beneficiadas por el Instituto Benson [Documento en línea]. [Fecha de acceso: febrero de 2009]; URL disponible en: <http://www.bensoninstitute.org/Publication/RELAN/V14/V142/Creencias.htm>.
6. Coombes Y, McPherson K. Review of health related models of behavior change: a report prepared for the department of health in England-London: health promotion sciences unit of London School of Hygiene and tropical medicine; 1996.
7. Green L. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ Monogr* 1974; 2(4):324-325.
8. Cabrera G, Tascón J, Lucumi D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2001; 19(1): 91-101.
9. Moreno E, Gil J. El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica* 2003; 3 (1): 91-109.
10. Garbero I, Gómez R, Delgado AM. El Odontólogo en el control prenatal. *Clin Inv Gin Obst* 1997; 24 (9): 10-15.
11. Díaz L, Castellanos J. Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004; 9 (5): 430-437.
12. Rodríguez Hilda E, López Melvis S. El embarazo: su relación con la salud bucal. *Rev Cuba Estomatol* 2003; 40 (2): 2-4.
13. García Pereiro MA. Cuidados odontológicos durante el embarazo. *ABS* 1999; 56 (1283): 45-6
14. Departamento Nacional de Estadística (Colombia). Censo 2005. Datos desagregados por sexo [Documento en línea]. [Fecha de acceso: febrero de 2009]; URL disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/censo2005/gene\\_15\\_03\\_07.pdf](http://www.dane.gov.co/files/censo2005/gene_15_03_07.pdf).
15. Garbero I, Delgado A, Benito I. Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes. *Acta Odontol Venez* 2005; 43(2): 135-140.
16. Díaz R, Martínez S. ¿Educan los odontólogos a su población? *ADM* 1998; 55 (5): 317-320.
17. Misraschi C, Sáenz M. Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral. *Cuad Méd Soc* 1989; 30(2):27-33.
18. Díaz Romero M, Martínez Sánchez C, Vertiz Ramírez J, Rodríguez Sandívar M. Myths, prejudices and reality about dental treatment during pregnancy. *Ginecol Obstet Mex* 1998; 66: 507-511.
19. Rubio D, Restrepo M. Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. *Revista Colombiana de Psicología* 2004; (13): 102-112.
20. Rosenstock I. ¿Por qué la gente utiliza los servicios de salud? investigaciones sobre los servicios de salud. *OPS* 1992: (534) 405-423.
21. Butani Y, Weintraud J, Barker J. Oral health-related cultural beliefs for four racial - ethnic groups. *BMC Oral Health* 2008; 8 (26): 8-26.
22. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas awajun y wampis. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública* 2006; 23(1): 22-32.