



Barreras para las acciones preventivas en salud bucal percibidas por mujeres embarazadas en Montería, Colombia

Barriers to preventive actions in oral health perceived by pregnant women in Montería, Colombia

Barreiras para ações preventivas em saúde bucal percebidas por mulheres grávidas em Montería, Colômbia

Sarita De Arco-Montiel¹ orcid.org/0000-0002-4801-5100

Nydia Nina Valencia-Jiménez^{1*} orcid.org/0000-0003-2414-2276

1. Universidad de Córdoba. Montería, Colombia.

Recibido: Enero 06 - 2021

Revisado: Junio 29 - 2022

Aceptado: Marzo 09 - 2023

Publicado: Abril 28 - 2023

Citación: De Arco-Montiel S, Valencia-Jiménez NN. Barreras para las acciones preventivas en salud bucal percibidas por mujeres embarazadas en Montería, Colombia. *Univ. Salud.* 2023;25(2):D15-D21. DOI: [10.22267/rus.232502.298](https://doi.org/10.22267/rus.232502.298)

Resumen

Introducción: Las barreras determinan la poca efectividad de los programas de promoción y mantenimiento de la salud bucodental en mujeres embarazadas. **Objetivo:** Interpretar las barreras percibidas para la adopción de comportamientos preventivos en salud bucal por gestantes en la ciudad de Montería, Colombia. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo, micro etnográfico que empleó la observación directa, diario de campo y entrevistas a profundidad con 19 gestantes de la comuna 4 de Montería, Colombia. **Resultados:** El miedo fue la principal barrera de las gestantes para solicitar atención odontológica. La naturalización de la presencia de caries y pérdidas dentales por el embarazo, la percepción del miedo del profesional para atenderlas, así como la precariedad en la atención odontológica fueron los detonantes para que las maternas consolidaran prácticas caseras como alternativas odontológicas para mitigar las afecciones bucodentales. **Conclusión:** Las barreras construidas por las gestantes pueden ser las causas para que los programas de promoción en salud bucal dirigidas a ellas no sean del todo eficaces, por ello el esfuerzo del equipo de salud de las maternas, ha de trabajar mancomunadamente en función de reconocerlas como sujetos activos y aprender juntos cómo minimizar las creencias y actitudes riesgosas para la salud.

Palabras clave: Mujeres embarazadas; barreras de acceso a los servicios de salud; cultura; salud bucal; odontología. (Fuente: DeCS, Bireme).

Abstract

Introduction: The low effectiveness of programs for the promotion and maintenance of oral health in pregnant women is caused by various barriers. **Objective:** To understand the barriers perceived by pregnant women from Montería (Colombia) for the application of preventive behaviors in oral health. **Materials and methods:** A qualitative micro-ethnographic study that applied direct observation, field diary, and in-depth interviews to 19 pregnant women from section 4 of Montería, Colombia. **Results:** The main barrier for pregnant women was fear to request dental care. Dental cavities and loss due to pregnancy, perception of fear of the treating dentist as well as the precariousness of the dental care service were the reasons why pregnant women used home practices as dental alternatives to mitigate oral conditions. **Conclusions:** Barriers experienced by pregnant women may be the cause of the inefficiency of the health promotion programs aimed at them. Therefore, maternal health care teams must work together in order to recognize them as active participants and learn how to minimize health-risk beliefs and attitudes.

Keywords: Pregnant women; barriers to access of health services; culture; oral health; dentistry. (Source: DeCS, Bireme).

Resumo

Introdução: Barreiras determinam a ineficácia de programas de promoção e manutenção da saúde bucal em mulheres grávidas. **Objetivo:** Interpretar as barreiras percebidas para a adoção de comportamentos preventivos em saúde bucal por mulheres grávidas na cidade de Montería, Colômbia. **Materiais e métodos:** Estudo qualitativo, micro etnográfico, que utilizou observação direta, diário de campo e entrevistas em profundidade com 19 gestantes da comuna 4 de Montería, Colômbia. **Resultados:** O medo foi a principal barreira para as gestantes solicitarem atendimento odontológico. A naturalização da presença de cáries e perdas dentárias devido à gravidez, a percepção de medo do profissional em atendê-las, bem como a precariedade do atendimento odontológico foram os motivos para que as mães consolidassem as práticas domiciliares como alternativas odontológicas para atenuar as condições bucais. **Conclusão:** As barreiras construídas pelas gestantes podem ser as causas para que os programas de promoção da saúde bucal direcionados a elas não sejam totalmente efetivos, portanto o esforço da equipe de saúde materna deve trabalhar em conjunto para reconhecê-las como sujeitos ativos e aprenderem juntos como minimizar crenças e atitudes de risco à saúde.

Palavras chave: Gestantes; barreiras ao acesso aos cuidados de saúde; cultura; saúde bucal; Odontologia. (Fonte: DeCS, Bireme).

*Autor de correspondencia

Nydia Nina Valencia Jiménez

e-mail: nvalencia@correo.unicordoba.edu.co

Introducción

Las enfermedades bucodentales producen afectaciones a las personas durante todas las etapas de su vida causando molestias, dolor, deformaciones e incluso la muerte⁽¹⁾. Dentro de los principales trastornos de salud bucodental se destacan la caries, la enfermedad periodontal y el dolor orofacial, las cuales interfieren en la capacidad de hablar, masticar y reír; considerándose que la prevalencia de estas continúa en aumento en la mayoría de países de ingresos bajos y medianos, principalmente por la exposición insuficiente al flúor, déficit en la atención de los servicios de salud oral y consumo excesivo de alimentos ricos en azúcar⁽²⁾.

Las mujeres embarazadas se consideran un grupo de atención particular en el campo de la odontología, porque la gestación provoca modificaciones en las condiciones bucodentales y expone a los dientes a una mayor actividad cariosa, entre otras afecciones⁽³⁾. Por otra parte, prevalece la creencia que relaciona el embarazo con la pérdida de calcio por la succión que presuntamente realiza el feto^(1,4); no obstante, existen evidencias empíricas que muestran cómo durante la gestación no se produce la desmineralización de los dientes, sino que gran parte de lo que sucede con el esmalte de las embarazadas obedece al recambio de minerales por saliva y no por disminución del calcio⁽³⁾.

Por otra parte, las condiciones de vida precarias de un número importante de mujeres gestantes en todo el mundo se encuentran asociadas al déficit de ingresos económicos, la pertenencia étnica, el lugar de residencia y el bajo nivel educativo. Estos aspectos motivan la definición de las apuestas trazadas por los gobiernos frente al diseño e implementación de programas sanitarios para la disminución de las desigualdades en la salud bucal⁽⁵⁾; así mismo, las políticas públicas instan a promover la salud bucal durante el embarazo haciendo énfasis en el fomento del autocuidado, la atención integral, la educación en higiene bucal y alimentación saludable como estrategias para el cuidado de la salud materno perinatal⁽⁶⁾.

Las gestantes son consideradas una población de interés en Colombia; por ello la Constitución Política de 1991 en su artículo 43, enunció que estas gozarán de asistencia y protección del Estado antes, durante y después del parto. Pero, tras considerar las precarias condiciones de vida de gran parte de la población colombiana y la ineficacia de las políticas públicas sociales, se observa las limitantes para el acceso a los servicios de salud, lo que potencia el riesgo a enfermar del grupo materno perinatal⁽⁷⁾.

En lo que respecta a la salud bucal, vale la pena interrogar la efectividad de los programas de promoción y mantenimiento de la salud, especialmente, por las evidencias que constatan una mayor prevalencia de caries y de gingivitis en mujeres gestantes, en comparación con aquellas que no lo están; encontrándose relación entre la presencia de gingivitis y las malas prácticas de higiene oral⁽⁸⁾. Por otro lado, los resultados de Betancourt *et al.*⁽⁹⁾, confirmaron el aumento de sangrado gingival durante la gestación (81,4%), presencia de caries entre 1 a 3

dientes de las mujeres embarazadas (49,5%), una mayor frecuencia de obturación dental (79%) y presencia de placa bacteriana (31,9%).

En regiones con características socioculturales especiales como Córdoba en Colombia, los riesgos a enfermar y morir de las maternas se mantienen latentes. Esta afirmación se sustenta en las cifras de los últimos doce años expresadas en una razón de mortalidad materna por encima de la media nacional, oscilando entre 69,5 y 197 casos por 100.000 nacidos vivos. Autoras locales consideran que las condiciones de las gestantes podrían obedecer a los determinantes sociales de la salud; en particular a las barreras de acceso a los servicios sanitarios y a la deficiencias en la prestación y acceso a los programas de promoción y mantenimiento de la salud^(10,11).

Resulta inquietante la situación de la salud general de las mujeres embarazadas en el territorio cordobés, de ahí el interés por reconocer las condiciones de salud, enfermedad y atención bucal de este grupo, mediante encuentros con esta población, para conocer de primera mano experiencias en el cuidado de la salud bucal, y, ante todo, las creencias construidas en este particular. Estas se anuncian como la disposición que motiva las actuaciones humanas y no como simples ideas; de este modo, se podría comprender la ruptura entre los lineamientos de atención en salud bucal que exige mayor participación de la gestante y la negativa de la materna de solicitar la atención odontológica⁽¹²⁾.

En conexión con lo anterior, la adherencia a las acciones preventivas y de tratamiento en salud oral suele relacionarse con los beneficios percibidos por las personas; sin embargo, cuando se enfrentan barreras en la prestación del servicio odontológico, de un modo u otro, se refuerzan aquellas creencias que actúan como limitantes para el acceso y permanencia en programas de promoción de la salud oral⁽¹³⁾. En este aspecto, es relevante considerar que las desigualdades sociales, las inequidades sanitarias, el grado de escolaridad, los altos costos, así como el dolor, las incomodidades o la vergüenza, integran los aspectos limitantes para la adopción de hábitos saludables en el grupo de mujeres embarazadas⁽¹⁴⁾.

En definitiva, los hallazgos presentados en el manuscrito corresponden a uno de los objetivos del estudio: Creencias en salud bucal de mujeres gestantes en Montería, Córdoba. Así las cosas, el propósito central es interpretar las barreras percibidas para la adopción de comportamientos preventivos en salud bucal por gestantes en la ciudad de Montería, Colombia.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Estudio exploratorio micro etnográfico. Este tipo de diseño es pertinente para el abordaje de la situación problema, por cuanto ofrece herramientas para describir en profundidad los pensamientos y determinados actos realizados por las personas en situaciones sociales concretas^(15,16).

Participantes

Las participantes fueron 19 gestantes beneficiarias del servicio de atención: Familia, Mujer e Infancia

(FAMI) del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Para la selección de estas se tomaron en cuenta los criterios del muestreo no probabilístico por conveniencia bajo los siguientes aspectos de inclusión: mujeres embarazadas; población beneficiaria del servicio FAMI ofertado en la Comuna cuatro de Montería, Córdoba y gestante con residencia permanente en la localidad. El número de gestantes se obtuvo aplicando la estrategia de saturación teórica, la cual indica el punto donde el investigador alcanzó los datos suficientes para su análisis.

Instrumentos y recolección de datos

El trabajo de campo se desarrolló durante el año 2019 a través de las siguientes fases:

○ *Fase de contacto y sensibilización*

Un primer momento comprendió el acercamiento a la población sujeto para crear empatía y confianza que permitiera la conexión con las formas de pensar, sentir y actuar de las participantes. Por ello, se diseñó y ejecutó un plan educativo entre febrero y junio de 2019 con las siguientes temáticas: “Vamos a conocernos”, “La gestación”, “Más de gestación: cambios emocionales”, “Aprendiendo valores”, “Cuidados del embarazo y promoción de la lactancia materna”. En el marco de estas actividades, se registró en el diario de campo las observaciones pertinentes al objetivo del estudio.

○ *Fase de recolección de datos*

La recolección de datos se efectuó entre julio y noviembre de 2019, para lo cual se empleó la entrevista a profundidad. El instrumento elaborado comprendió dos segmentos de preguntas: datos sociodemográficos (edad, etnia, mes de gestación, ocupación, nivel educativo, estrato, ingresos), e interrogantes tales como: ¿Qué piensa sobre ir al odontólogo durante el embarazo?, ¿Qué sentimientos le produce asistir a consulta odontológica?, ¿Qué tratamientos le hacen cuando asiste a consulta odontológica?, entre otras.

La entrevista a profundidad con sus dos secciones fue sometida a una evaluación de cinco expertos, y a una prueba de campo (esta fue aplicada a un grupo de mujeres embarazadas para verificar la claridad de las preguntas y la comprensión por parte de las mismas). Luego de esto, se ajustó y estuvo listo para su aplicación.

Las entrevistas se programaron con una duración aproximada de 60 minutos. Cada gestante fue informada del propósito central del estudio y se despejaron todas las dudas con respecto a este. Luego, se leyó el consentimiento informado y tras obtener la aprobación respectiva, se llevó a cabo la entrevista, la cual fue grabada para ser fielmente y registrar así, la información suministrada por las participantes.

Con respecto al control de los sesgos se tomó en consideración el nivel educativo de las participantes y su grado de apropiación frente a las preguntas emitidas; por ello, la investigadora principal se encargó personalmente de la visita domiciliaria mediante la cual se explicó en detalle cada una de las preguntas del cuestionario. Se acordó con las

gestantes el espacio, la hora y el tiempo disponible para atender al entrevistador; en aquellos casos donde la entrevista se extendió, se reprogramaba la visita en común acuerdo.

○ *Fase de organización y análisis de datos*

Los datos fueron organizados en rejillas y se socializaron con las gestantes para constatar que efectivamente el dato suministrado estuviera acorde con lo que esta quería expresar. Se empleó la técnica de análisis de contenido, que bajo los criterios de Bardin⁽¹⁷⁾ consiste en ordenar, categorizar la información y definir la unidad de análisis del texto mediante etapas:

- *Pre-análisis:* Organización y preparación del material para su análisis bajo los criterios de exhaustividad, representatividad, homogeneidad y pertenencia.
- *Exploración del material:* Fase primordial, donde se organiza y categoriza la información.
- *Resultados, inferencia e interpretación:* Se consolida, sistematiza e interpreta la información obtenida de las entrevistas, mediante la lectura exhaustiva, la distinción de lo expresado por las gestantes, y su ubicación en matrices de codificación que fueron creadas, colocando frases importantes (descriptores), luego las subcategorías y categorías extraídas del análisis de texto, que reflejaron fielmente la percepción de la mujer en embarazo.

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba y se acogió a los parámetros de la Resolución No. 008430 de 1993 - Artículo 11 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, que la cataloga como una investigación de riesgo mínimo. Asimismo, se explicó a las gestantes el propósito del estudio, posteriormente se leyó y explicó el consentimiento informado que fue firmado por cada una de ellas.

Con respecto a la información, esta se codificó y se emplearon códigos alfanuméricos para proteger y garantizar el anonimato de las participantes empleándose la letra G (gestante) y la secuencia en que fueron entrevistadas. Asimismo, para controlar los sesgos de selección se confirmó que las mujeres estuviesen embarazadas, que fueran beneficiarias del servicio FAMI del ICBF y vivieran en la comuna cuatro de Montería, Colombia.

Resultados

Las participantes fueron mujeres entre 18 y 33 años, con vivienda en el estrato 1, casi todas en unión libre, amas de casa, con nivel educativo de bachillerato incompleto, y en su gran mayoría se encontraban en el tercer periodo de gestación. La categoría principal identificada en la Dimensión Barreras correspondió a: “*Tengo miedo...*”. Con la extracción del contenido temático se visibilizaron tres tendencias discursivas que se asumieron como subcategorías: “*esto es normal*”, “*les da miedo atenderme y encima algunos son directos*” y “*los remedios caseros, son la solución*”.

Los resultados revelaron como la principal barrera: “el miedo” percibido por la mujer embarazada para adoptar prácticas preventivas en salud bucal, particularmente en lo que respecta a la atención odontológica y continuar los controles requeridos durante su embarazo. En la exploración acerca del qué les produce temor, las participantes manifestaron sentir pavor por los instrumentos odontológicos, como se puede observar en sus relatos:

“... me da miedo la (risa), la maquinita esa que hace piiiitiiiiii, el sonido.” (G3)

“... me da miedo, porque tú sabes que hay muchos aparatos que le meten a uno ahí.” (G21)

“... me da miedo, ay no esas máquinas, yo les tengo un pavor a esas máquinas.” (G7)

En los relatos de las gestantes fue usual identificar que más allá de sentir miedo por los instrumentos propios de la odontología, también se percibió el temor frente al dolor causado por ciertos tratamientos, bien sea por vivencias pasadas o por experiencias de familiares y amigos, que se consideran una barrera frente a la decisión de retornar al control o asistir por primera vez a citas odontológicas, particularmente durante el embarazo:

“A mí lo que no me gusta es esa limpieza que hacen con un cosito, una vez me molestaron y eso si me dolía, me sangraron mucho y nombeee, va uno es a sufrir, es por eso que pienso dos veces la ida al odontólogo.” (G1)

“Ayyyyy no es que a veces me lastiman mucho esas muelas, le ponen la vainita esa que hace: zzzzzzzzz...” (G18)

“...va uno a esa odontología y me la molestan y yo boto mucha sangre y mucha sangre, yo tenía mis dienteitos buenecitos y allá me los dañaron...” (G19)

El miedo se asume como una emoción profunda relacionada con el estado de alerta, seguridad y protección de una persona, por ello se puede describir el miedo como aquella campanita en el interior de cada ser que lo mantiene alerta frente a aquello que él mismo puede considerar peligroso, podría verse como algo favorable, sí, pero del todo no es así, porque el miedo muchas veces cohibe a las personas de realizar lo que deberían hacer con su salud⁽¹⁸⁾.

En tal sentido, entre el grupo de participantes predomina la creencia [transmitida por familiares y amigos] que la visita a odontología es un riesgo para la salud materna y del futuro bebé, lo que equivale a elevar su estado de alerta y considerar peligroso la práctica odontológica, desarrollando mecanismos de defensa ante el supuesto peligro que las acecha:

“Dicen pues que ya uno después de los 5 meses en adelante es un riesgo ir allá, o extraerse una pieza, porque se puede ir uno en hemorragia... al feto le puede dar problemas de corazón digo yo, el corazón es lo que ellos más..., como le comento, pueden estar más propensos a algo del corazón por la tensión vivida...” (G3)

“... casos se han visto que hay personas que por una muela pueden morir, por sacarse una muela uno puede morir, y embarazada más...” (G4)

“Los abuelos de uno dicen que eso es peligroso porque puede darle a uno tétano o algo así, lo de sacarse la muela, yo no sé si será verdad o será mentira, pero tampoco lo quiero saber (risas).” (G7)

“Mi abuelita me decía que, si para que iba para allá, si lo que le hacían a uno eso le hacía daño al bebé, que eso de estar abriendo la boca, echándole cosas, que lo que le ponen uno se lo traga y es malo.” (G5)

“... la anestesia que le ponen a uno local eso le puede afectar al bebé, no sé qué produce, pero a mí me dijeron que eso nunca lo hiciera ...” (G10)

“... me dijeron que no se podía porque como estaba embarazada, la anestesia le podía hacer daño al bebé, al niño...” (G11)

“...dicen que esos tratamientos perjudican al bebé, en el crecimiento y eso... a veces creo y a veces no.” (G15)

Una de las subcategorías abordada en el estudio correspondió a: “esto es normal”, titulada de esta manera por ser la frase más común que emplearon las participantes durante la recolección de los datos, como se anotan en algunas expresiones a modo de ilustración:

“... dicen que eso es del embarazo (enfermedades bucales), que es normal.” (G2)

“... dicen que uno en embarazo está más sensible, que es normal porque como que está más abierto, más propenso a que uno agarre cualquier infección, sea de la boca o sea cualquier clase de infección.” (G5)

“Mi abuelita me decía que hay mujeres que en el embarazo se le caen los dientes porque pierden calcio... que cuando uno está dando seno también se le caen los dientes porque se le descalcifican los huesos y es normal.” (G16)

“... un embarazo ocasiona siempre esas..., siempre hace que a uno le salga cualquier cosa, porque yo cuando estaba embarazada de la niña me empezó un huequito ahí, una caries, como que me estaba chupando el calcio..., por eso te digo: tener problemas en los dientes es normal” (G17)

“... por el embarazo, me salieron un poco, no sé qué tendrá que ver, eso le da a uno, normal, yo tenía mis dientes bien, pero cuando me embaracé me dio caries... eso venía junto con el embarazo.” (G19)

La naturalización definida entre la relación embarazo y enfermedades bucales se convirtió en una constante durante las entrevistas, que vislumbra las posibles barreras para el acceso a programas de promoción y mantenimiento de la salud porque las creencias son disposiciones que potencian la capacidad del sujeto para actuar; así, pues, cuando las gestantes ratifican que la pérdida dental y la caries son producto del embarazo se instala actitudes y comportamientos nocivos para la salud materna.

La segunda subcategoría identificada: *“les da miedo atenderme y encima algunos son directos”*, comprende las percepciones de las mujeres embarazadas frente al temor *“que supuestamente”* tienen los odontólogos cuando realizan ciertos tipos de procedimientos, e inclusive [desde la perspectiva de la gestante] son los motivos por los cuales no son atendidas por estos.

“En mi primer embarazo yo tenía cálculos, pero la doctora no se atrevía, cómo ajá, eso siempre duele para quitárselo a uno, ella no se atrevía porque yo estaba en embarazo, porque de pronto una fuerza o algo que me fuera hacer daño.” (G14)

“No me podían sacar la muela que porque estaba embarazada” (G19)

“Me dijeron que no podían calzármela, porque como estaba embarazada, la anestesia le podía hacer daño al bebé, al niño.” (G12)

Otras expresiones muestran la falta de tacto de algunos profesionales de la odontología cuando se requiere fomentar hábitos higiénicos adecuados:

“Es que a veces los odontólogos... ellos son muy, cómo es la palabra, como muy derechos para decir las cosas “usted no se cepilla, etcétera”, y lo hacen sentir mal a uno.” (G4)

La última subcategoría hallada en las afirmaciones de las participantes correspondió a: *“los remedios caseros, son la solución”*; desde donde se puede observar un panorama alternativo ante el miedo frente a la atención odontológica. Estas son algunas de sus expresiones:

“Usar remedios caseros... que uno coja buches de azares de la India, es una hojita, eso lo cocina uno, eso es como un mentol, eso cuando uno se lo toma así se le duerme como la boca, el dolor se le pasa a uno.” (G2)

“... Mi papá también me decía que cogiera buche de un árbol que se llamaba “sangregao” y eso me ha servido.” (G3)

“... mi abuela me dice, “Camila”, ella fumaba tabaco o fuma tabaco, y me dice: “coge un poquito de tabaco, una hoja de tabaco, mástcala y póntela allí”, y ella cogió, y me la dio y me la puse allí, y me echó después panela rallada y me la puso ahí en la muela, eso fue santo remedio, y nunca más me ha dado más eso.” (G4)

“... hoja de marihuana, y eso se lo ponían también allí para calmar el dolor... yo digo que sí sirve, porque realmente antes era todo natural, medicina natural.” (G8)

“mi tía que sí me dice el que: “no, si, si, si te duele la muela échate eso”, porque la marihuana es medicinal, ella dice que eso le duerme todo a uno allí y descansa ... yerbitas ... vienen la marihuana, la coca, to' eso junto, tiene un poco de yerbita, eso lo machucan y lo machucan y eso se vuelve líquido y así cómo mojadito a la hierbita la echan ahí en la muela, sí, eso alivia ...” (G10)

“... con este embarazo me dio un dolor de muelas una vez y fui al CAMU y no me atendieron, yo no aguantaba

y unas vecinas me dijeron que me pusiera perico, perico de ese que se meten por la nariz... conseguimos un poquito y eso se me durmió, el dolor también se fue, doy fe de eso.” (G11)

Los tratamientos alternativos para el dolor son empleados en muchos lugares del mundo, si bien en su mayoría aportan beneficios para la mitigación de las afecciones bucodentales, se torna de interés el empleo de cocaína, por los efectos nocivos de esta en la salud materna y del futuro bebé.

Discusión

La exploración de las barreras percibidas por las gestantes para adoptar prácticas preventivas en salud bucal se abordó a través de la categoría central el miedo ante la realización de procedimientos odontológicos. Es válido precisar que este es un sentimiento común entre los seres humanos y suele asociarse con la consulta odontológica por el dolor y las molestias que generan los tratamientos dentales; lo cual se convierte en un limitante para la atención integral de la salud materna^(3,4,19-22). Asimismo, los miedos de las mujeres embarazadas encuentran sustento en la creencia generalizada de los posibles riesgos para ella y su bebé por causa de los tratamientos dentales, constituyendo barreras para el cuidado dental y la prevalencia de enfermedades bucodentales^(13,20,21).

En conexión con lo anterior, gran parte de las gestantes conciben las enfermedades bucodentales como una experiencia natural asociada al proceso de gestación. Este tipo de creencias actúan como una barrera para la adopción de comportamientos preventivos en el campo odontológico, porque si bien durante el periodo de gestación se producen diversos cambios hormonales, especialmente aquellos que convierten la cavidad bucal en un ambiente propicio para la actividad cariosa y enfermedades periodontales^(3,23), serán las condiciones de higiene, el nivel de conocimiento y las buenas prácticas dentales los factores que ayuden a minimizar el riesgo y severidad en la predisposición prenatal de estas enfermedades^(19,24-26).

Otra barrera latente en la población entrevistada fue la percepción ante la inadecuada atención odontológica. Las participantes exponen que durante su experiencia en la consulta lograron percibir *“miedo”* en el profesional de odontología al momento de intervenirlas, lo cual podría vincularse al déficit en la formación del cirujano dentista o ser señalados por mala *praxis*⁽²⁷⁾. Por otro lado, las mujeres embarazadas no están conformes con la atención que reciben porque sienten que son maltratadas con algunos comentarios respecto a la higiene bucal, sus prácticas de autocuidado y la periodicidad de las consultas.

Las mujeres embarazadas ameritan formas peculiares de atención que incluya buen trato, comprensión y el tratamiento seguro⁽²⁸⁾, pero negar el servicio o tratar de culpabilizarlas por sus malas prácticas higiénicas no constituye un camino adecuado para el fomento de las prácticas de autocuidado; por el contrario, acrecienta el temor por el servicio odontológico y fortalece las barreras que

impiden el desarrollo saludable de la cavidad bucal y del proceso de gestación en general.

Lo anterior, requiere que los odontólogos consoliden los conocimientos frente a la atención materna, incluyendo aspectos sobre los efectos de la medicación durante la gestación, cambios fisiológicos, entre otros aspectos de interés^(4,28). Asimismo, en la medida que el dentista refuerce la importancia de la salud bucal en las maternas estará contribuyendo a la salud general de ella y su hijo, y a reforzar la identificación precoz de enfermedades bucodentales evitando futuras complicaciones en la salud materna e incidiendo positivamente en la salud bucal del menor durante toda su vida⁽²⁹⁻³¹⁾.

Cuando las gestantes ya sea por miedo, porque no reciben la atención esperada o por cualquier otro factor de índole socioeconómico, optan por no asistir a consulta odontológica para tratar cualquier signo o síntoma de alguna enfermedad bucal, usualmente recurren a alternativas de tratamientos caseros que, desde su perspectiva, pueden ser muy eficaces contra el dolor. Este hallazgo se asimila con otros estudios que plantean cómo el desplazamiento hacia prácticas alternativas o proveedores de salud informales en la búsqueda de atención materna, se han constituido en una norma entre las comunidades de bajos y medianos ingresos, que sumado a la insuficiente información, impiden la visita de la gestante al servicio de odontología⁽³²⁾.

Está comprobado que ciertas plantas poseen propiedades sedantes y analgésicas, hasta aquí todo es un beneficio, pero estas alternativas en ocasiones suelen convertirse en barreras cuando la gestante se conforma con el alivio transitorio de los tratamientos caseros y deciden no asistir a consulta odontológica^(33,13). Las enfermedades bucales son en muchos casos silenciosas y progresivas, entre más avanzan se vuelven nocivas e inclusive pueden llegar a ocasionar pérdidas de dientes, fracturas dentales, infecciones que pueden migrar por el torrente sanguíneo y causar daños irreparables en todo el organismo⁽⁴⁾.

Las creencias construidas por la mujer embarazada se han de tener presentes al momento de diseñar o implementar una intervención odontológica. Resulta fundamental la educación constante en salud oral, pero, ante todo, es necesario saber educar, entender y escuchar, para que así, se pueda potenciar la capacidad de actuación del profesional de la odontología, y que sus acciones se conviertan en un mecanismo potente para el trabajo interdisciplinar contribuyendo con el éxito esperado en los distintos programas de promoción y mantenimiento de la salud materno perinatal⁽¹³⁾. Así las cosas, el reto en salud bucal es lograr conocer a la población (estudiarla), identificar los derroteros, y crear programas efectivos que permitan actualizar dichas creencias⁽³⁴⁾.

La principal limitación de la investigación la constituye el marco de muestreo. Este lo integraron mujeres en embarazo de un solo hogar de cuidado ubicado en un mismo sector de la ciudad. Estas características podrían ser una barrera porque las maternas poseen el mismo nivel educativo,

condiciones económicas y similitud en los patrones culturales, por ello se recomienda ampliar la búsqueda de gestantes de otras comunas con mejores niveles económicos para contrastar la información recabada en este estudio.

Conclusiones

Se expresó el “miedo” como la principal barrera de las participantes para acudir a citas o controles con odontología, sustentado en los posibles riesgos para su salud o la del bebé, el dolor previo que han sentido en consultas pasadas o por la actitud del odontólogo cuando las está interviniendo. Gran parte de estos sentimientos se fundamentan en experiencias vividas y otras en creencias adoptadas a lo largo de los años (transmitidas por familiares cercanos o amigos), situación que amerita duplicar los esfuerzos de atención primaria para disipar el temor de la gestante y potenciar los beneficios de la consulta; es decir, acompañar a la mujer en embarazo a desaprender conductas nocivas para aprender a valorar los beneficios de las prácticas preventivas en salud bucal.

La naturalización de las enfermedades bucodentales en el embarazo, la inadecuada prestación del servicio por parte del odontólogo y la búsqueda de alternativas tradicionales para aliviar malestares bucodentales son las principales tendencias discursivas que las participantes emplearon para justificar la inasistencia a los programas de promoción y mantenimiento de la salud bucodental. Así, pues, la educación en salud ocupa un lugar fundamental en la vida de las gestantes, haciéndose necesaria una enseñanza constante en salud oral a este grupo poblacional, y teniendo en cuenta las creencias que actúan como barreras ante la prevención de las enfermedades.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran que no existen conflicto de intereses.

Referencias

1. Méndez de Varona YB, Batista Sánchez T, Peña Marrero Y, Torres Acosta R. Principales enfermedades bucodentales en embarazadas. *Correo Cient Med* [Internet]. 2016;20(4):702-713. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v20n4/ccm09416.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental [Internet]. Ginebra (CHE): OMS; 2020 [citado 2021 Ene 3]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
3. Sueiro Sánchez IA, Hernández Millán AB, Vega González S, Yanes Tarancón B, Ercia Sueiro LM, Solano López E. Determinación del estado de salud bucal en embarazadas. *Rev Finlay* [Internet]. 2015 [citado 2021 Ene 4];5(3):170-177. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000300004
4. Alfaro Alfaro A, Castejón Navas I, Magán Sánchez R, Alfaro Alfaro MJ. Embarazo y salud oral. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jan 04];11(3):144-153. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300144&lng=es
5. Maldonado-Maldonado LA, Misnaza-Castrillón SP, Castañeda-Orjuela CA. Desigualdades en el control odontológico prenatal en Colombia, un análisis a partir del IV Estudio Nacional de Salud Bucal [Internet], 2013-2014. *Biomédica* [Internet]. 2021;41(2):271-281. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572021000200271
6. Ortega Pérez L, Almeida Perales C, Herrera Martínez JL, Franco Tejo CS. Determinantes sociales y conductuales del perfil bucal de gestantes en dos instituciones de salud

- pública en Zacatecas. *Rev Electron Cienc Salud IBN SINA* [Internet]. 2020;11(2):1-13. DOI: 10.48777/ibnsina.v11i2.845
7. Ministerio de Salud y de la Protección Social, Unión Temporal Sistemas Especializados de Información SEI S.A. IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV: Metodología y Determinación Social de la Salud Bucal. Para saber cómo estamos y saber qué hacemos [Internet]. Bogotá D.C (COL): MINSALUD; 2014 [citado 2021 Ene 3]. Colección: ENSAB IV. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Metodologia.pdf>
 8. Corchuelo Ojeda J, Soto Llanos L, Villavicencio J. Situación de caries, gingivitis e higiene oral en gestantes y no gestantes en trece hospitales del Valle del Cauca. *Univ Salud* [Internet]. 2017 [citado 2021 Ene 5];19(1):67-74. DOI: 10.22267/rus.171901.70
 9. Betancourt-Zuluaga L, Castaño-Castrillón JJ, Castro-Rocha N, Loaiza-Cardona P, Parra-Alarcón MV, Urrea-Pérez M, et al. Salud oral en mujeres embarazadas atendidas en un hospital de Manizales, Colombia. 2013. *Rev Fac Med* [Internet]. 2017 [citado 2021 Ene 5];65(4):615-620. DOI: 10.15446/revfacmed.v65n4.59816
 10. Bula JA, Urzola-Vertel KC. Madres ausentes: La voz de los profesionales de salud ante las muertes maternas del Departamento de Córdoba-Colombia. *Enferm Actual Costa Rica* [Internet]. 2020;39:170-189. DOI: 10.15517/revenf.v0i39.41405
 11. Stanford-Arango MP. Relación entre los determinantes que inciden en la mortalidad materna del Departamento de Córdoba en los años 2008-2011 [Tesis de Maestría]. Lima (PER): Universidad Peruana Unión; 2017. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/684>
 12. Díez A. Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2017 [citado 2021 Jan 05];37(131):127-143. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/08.pdf>
 13. Valencia-Jiménez NN, De Arco-Montiel SL. Creencias frente al embarazo y enfermedades bucodentales percibidas por gestantes en Montería, Colombia. *Rev Cienc Cuidad* [Internet]. 2021;18(1):20-29. DOI: 10.22463/17949831.2320
 14. Pegon-Machat E, Jourdan D, Tubert-Jeannin S. Inégalités en santé orale: déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France. *Sante Publique* [Internet]. 2018;30(1):243-251. DOI: 10.3917/spub.182.0243
 15. Blásquez Martínez LI. La etnografía: una aproximación metodológica para la comprensión de los procesos sociales. En: Güereca Torres ER, López Moreno I, Blásquez Martínez LI. Guía para la investigación cualitativa: etnografía, estudio de caso e historia de vida. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2016. Disponible en: <https://xogiler.uam.mx/items/4238ed6c-65f8-48a5-b40a-1d23258e2bd7>
 16. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 6ed. México: McGraw-Hill; 2014. Disponible en: https://www.iberlibro.com/servlet/BookDetailsPL?bi=30956256506&searchurl=ds%3D20%26kn%3D978-1-4562-2396-0%26sortby%3D17&cm_sp=snippet_-_srp1_-_title1
 17. Bardin L. Análisis de contenido. 3ed. Madrid (ESP): Ediciones Akal; 2002. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/co/libro-el-analisis-de-contenido/9788476000939/154435>
 18. Pinedo Cantillo I, Yáñez Canal J. Las emociones y la vida moral: una lectura desde la teoría cognitivo-evaluadora de Martha Nussbaum. *Veritas* [Internet]. 2017;(36):47-72. DOI: 10.4067/S0718-92732017000100003
 19. Fakheran O, Keyvanara M, Saied-Moallemi Z, Khademi A. The impact of pregnancy on women's oral health-related quality of life: a qualitative investigation. *BMC Oral Health* [Internet]. 2020;20(1):294. DOI: 10.1186/s12903-020-01290-5
 20. Bahramian H, Mohebbi SZ, Khami MR, Quinonez RB. Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: A triangulation approach. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018;18(1):153. DOI: 10.1186/s12884-018-1773-6
 21. Murad MH, Ingle NA, Assery MK. Evaluating factors associated with fear and anxiety to dental treatment. A systematic review. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2020;9(9):4530-4535. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_607_20
 22. Nazir M, Alhareky M. Dental Phobia among Pregnant Women: Considerations for Healthcare Professionals. *Int J Dent* [Internet]. 2020 Apr 10;2020:4156165. DOI: 10.1155/2020/4156165
 23. Kateeb E, Momany E. Factors related to high dental caries experience in Palestinian pregnant women in the Jerusalem governorate: a cross-sectional study. *Lancet* [Internet]. 2018 Feb 21;391(Suppl 2):S11. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30377-5
 24. Riggs E, Yelland J, Shankumar R, Kilpatrick N. 'We are all scared for the baby': promoting access to dental services for refugee background women during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016;16:12. DOI: 10.1186/s12884-015-0787-6
 25. Deghatipour M, Ghorbani Z, Ghanbari S, Arshi S, Ehdavivand F, Namdari M, et al. Oral health status in relation to socioeconomic and behavioral factors among pregnant women: a community-based cross-sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2019;19:117. DOI: 10.1186/s12903-019-0801-x
 26. Díaz Valdés L, Valle Lizama Raúl L. Influencia de la salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. *Gac Méd Espirit*. 2015;17(1):111-125. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000100012&lng=es
 27. Figueiredo de Oliveira AE, Haddad AE. Atención a la salud de la gestante y la puerpera. Consideraciones sobre salud bucal. São Luís: EDUFMA; 2018. Disponible en: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/11553/1/A_tenci%C3%B3n%20a%20la%20Salud%20de%20la%20Gestante%20y%20de%20la%20Pu%C3%A9rpera.pdf
 28. Norambuena-Suazo P, Palma-Cárdenas I. Necesidad de tratamiento periodontal en embarazadas, Frutillar, Chile. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral* [Internet]. 2016;9(2):121-124. DOI: 10.1016/j.piro.2016.03.006
 29. Lara Hernández A, Santiago Montealegre C. Manejo odontológico de mujeres embarazadas. *Arch Inv Mat Inf* [Internet]. 2016;8(3):105-112. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=74412>
 30. Hartnett E, Haber J, Krainovich-Miller B, Bella A, Vasilyeva A, Lange Kessler J. Oral health in pregnancy. *JOGNN* [Internet]. 2016;45(4):565-573. DOI: 10.1016/j.jogn.2016.04.005
 31. Lubon AJ, Erchick DJ, Khatri SK, LeClerq SC, Agrawal NK, Reynolds MA, et al. Oral health knowledge, behavior, and care seeking among pregnant and recently-delivered women in rural Nepal: a qualitative study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2018;18(1):97. DOI: 10.1186/s12903-018-0564-9
 32. Liu PP, Wen W, Yu KF, Gao X, Wong MCM. Dental Care-Seeking and Information Acquisition During Pregnancy: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019;16(14):2621. DOI: 10.3390/ijerph16142621
 33. Plaín Pazos C, Pérez de Alejo Llano A, Rivero Viera Y. La medicina natural y tradicional como tratamiento alternativo de múltiples enfermedades. *Rev Cub Med Gen Integr* [Internet]. 2019;35(2):e754. Disponible en: <http://www.revvmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/754/253>
 34. De Arco-Montiel SL, Valencia-Jiménez NN. Creencias en salud oral de un grupo de gestantes de Montería, Departamento de Córdoba, Colombia. En: Valencia Jiménez NN, Ortega Montes JE, Compiladores. La salud de la mujer en condiciones de vulnerabilidad, pobreza y desigualdad social en Córdoba, Colombia. Montería (COL): Universidad de Córdoba; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/5204>