

Factores que influyen en el cumplimiento y adherencia al tratamiento odontológico: una revisión exploratoria

Factors influencing compliance and adherence to dental treatment: A scoping review

Paola Careaga Leal¹  ; Naldy Febré Vergara²  ; Denisse Cartagena-Ramos^{2*}  

*denisse.cartagena@unab.cl

Forma de citar: Careaga Leal P, Febré Vergara N, Cartagena-Ramos D. Factores que influyen en el cumplimiento y adherencia al tratamiento odontológico: una scoping review. Salud UIS. 2022; 54: e22065. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22065>



Resumen

Introducción: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades bucodentales constituyen una importante carga para el sector salud en muchos países, ya que afecta a las personas durante toda su vida y causa dolor, molestias, desfiguración e incluso la muerte. El 50 % de los pacientes con enfermedades bucales crónicas presentan adherencia a las intervenciones en salud. **Objetivo:** analizar los factores que influyen en el cumplimiento y adherencia al tratamiento odontológico de los usuarios. **Metodología:** se realizó una *scoping review* basada en seis etapas. Se utilizaron las bases de datos bibliográficas de PubMed, Web of Science (WOS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) y Google Scholar. La pregunta fue elaborada por medio del acrónimo PCC (Población, Concepto y Contexto). Fueron incluidos estudios empíricos y literatura gris, publicados entre los años 2015 a 2020. Todas las citas fueron importadas a través del gestor de referencia EndNote. Para la evaluación de la calidad metodológica de estudios primarios fue utilizado el checklist Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) y Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date, Significance (AACODS) para literatura gris. Fue realizado un análisis temático de acuerdo con seis etapas y basado en el modelo de proceso de la teoría de la autodeterminación (TAD). Para el reporte de la *scoping review* se utilizó PRISMA-ScR. **Resultados:** de un total de 282 estudios recuperados se incluyeron nueve artículos, uno cualitativo, seis de tipo cuantitativo, un análisis crítico y una tesis. Los factores que influyen en el cumplimiento y adherencia al tratamiento dental fueron categorizados según la calidad de vida relacionada con la salud oral y la salud oral autoevaluada. **Conclusiones:** la presente revisión analizó los factores que influyen en el cumplimiento y adherencia al tratamiento odontológico de los usuarios. La calidad de vida relacionada con la salud oral se caracterizó por el bajo nivel socioeconómico y baja alfabetización en salud oral, y la salud oral autoevaluada se caracterizó por el miedo o ansiedad dental y los perfiles de personalidad de cada paciente.

Palabras clave: Cumplimiento y adherencia al tratamiento; Factores de riesgo; Adultos; Salud oral; Atención odontológica; Servicios de salud dental.

¹ Universidad San Sebastián. Chile

² Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile

Abstract

Introduction: According to the World Health Organization (WHO), oral diseases constitute a major burden on the health sector in many countries, affecting people throughout their entire lives, causing pain, discomfort, disfigurement and even death. Fifty percent of patients with chronic oral diseases are adherent to health interventions. **Objective:** To analyze the factors that influence compliance and adherence to dental treatment of users. **Methodology:** A six-stage scoping review was carried out. The electronic databases PubMed, Web of Science (WOS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) and Google Scholar were used. The question was elaborated using the acronym PCC (Population, Concept and Context). Empirical studies and grey literature, published between the years 2015 to 2020, were included. All citations were imported through the EndNote reference manager. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) and Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date, Significance (AACODS) checklist for gray literature were used to assess the methodological quality of primary studies. Thematic analysis was performed according to six stages and based on the process model of Self-Determination Theory (SDT). PRISMA-ScR was used for the scoping review report. **Results:** From a total of 282 studies retrieved, nine articles were included, being one qualitative study, six quantitative, one critical analysis and one thesis. The factors that influence compliance and adherence to dental treatment were categorized according to oral health-related quality of life and self-assessed oral health. **Conclusion:** The present review analyzed the factors that influence compliance and adherence to dental treatment among users. Oral health-related quality of life was characterized by low socioeconomic status and low oral health literacy, and self-rated oral health was characterized by dental fear or anxiety and individual patient personality profiles.

Palabras claves: Treatment adherence and compliance; Risk factors; Adults; Oral health; Dental care; Dental health services.

Introducción

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo con otras importantes enfermedades no transmisibles¹. Una revisión sistemática en Estados Unidos estimó que las enfermedades bucodentales afectan a casi 3500 millones de personas². Otra revisión en Alemania mostró que el costo directo e indirecto de las enfermedades orales corresponde a un 4,6 % y 2,2 %, respectivamente, del gasto mundial en salud. Debido a esto, la mejora en la salud bucal de la población puede generar beneficios económicos sustanciales, en términos de reducción de costos de tratamiento y menores pérdidas de productividad en el mercado laboral^{3,4}.

Según la Declaración de Principios de la Federación Dental Internacional (FDI), la salud bucodental ha sido relacionada con la salud general y la calidad de vida de las personas, ya que afecta las funciones orales e interacciones sociales⁵. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia se refiere a un proceso de decisión del tratamiento adecuado y su cumplimiento tras una discusión entre el proveedor y el paciente, en la medida en que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones del prescriptor en salud⁶.

Para abordar cumplimiento y adherencia, existe una teoría de la autodeterminación (TAD) de la salud bucal y el bienestar dental subjetivo desarrollada en Noruega, que evalúa y se caracteriza por tres aspectos: 1) la salud oral autoevaluada, que evidencia los factores de salud bucodental evaluados clínicamente, 2) la calidad de vida relacionada con la salud oral, que refleja la percepción de las personas sobre el impacto social de los trastornos bucodentales en su bienestar, y 3) la valoración del tratamiento dental continuado, el cual en la mayoría de las ocasiones no es motivado intrínsecamente, sino que puede ser de forma libre y voluntaria por el paciente, por lo que las conductas de salud dental pueden ser valoradas intrínsecamente⁷.

Un estudio transversal realizado en adultos mayores de Kenia mostró la asociación entre una pobre salud oral autoevaluada y la presencia de dentadura, dolor bucodental, deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud oral y el consumo frecuente de alcohol⁸. Otro estudio transversal en Brasil mostró que la probabilidad de falta de acceso a los servicios odontológicos aumentó con cada año de edad y fue mayor entre personas con bajo ingreso socioeconómico per cápita y en aquellos que presentaron una salud oral autoevaluada negativa⁹. En otro estudio transversal de Brasil se evidenció que la percepción sobre la salud bucal y los hábitos de higiene bucal se asociaron significativamente a la utilización de

los servicios de salud odontológicos en los últimos 12 meses¹⁰.

Por lo anterior, la identificación de los factores permitirá elaborar un plan de intervención para abordar a corto, mediano y largo plazo la adherencia de los pacientes a los controles, logrando consecuentemente la mejora de la salud bucal de las personas y la preservación de recursos sanitarios valiosos.

Metodología

Se propuso una *Scoping Review*^{11,12} de acuerdo con las etapas propuestas por Arksey y O'Malley¹³, siendo: 1) Identificación de la pregunta de investigación; 2) Identificación de estudios relevantes; 3) Selección de estudios; 4) Trazar los datos; 5) Cotejar, resumir e informar los resultados y 6) Conclusión.

- **Identificación de la pregunta de investigación:** En este estudio se estructuró la pregunta según PCC, siendo (P) población, (C) concepto y (C) contexto^{11,12}. De acuerdo con este acrónimo fueron considerados los siguientes descriptores: (P) Población adulta, (C) Factores de riesgo, Cumplimiento y Adherencia al tratamiento, y (C) Salud oral.
- **Identificación de estudios relevantes:** Fueron seleccionadas las bases de datos PubMed, Web of Science (WOS), CINAHL y Google Scholar. La estrategia de búsqueda se desarrolló de acuerdo con la pregunta de investigación, en combinación con los descriptores Medical Subject Headings (MeSH), "Adult", "Risk factors", "Treatment Adherence and Compliance", "Oral Health", y los operadores booleanos AND y OR.
- **Selección de los estudios:** Fueron seleccionados estudios primarios y literatura gris en idiomas inglés, español y portugués, con límite temporal de 2015 a 2020, para obtener literatura reciente y actualizada sobre el estado del arte de la problemática. Dos revisores (PCL, DCR) realizaron la búsqueda de la literatura en las bases de datos electrónicas PubMed, WOS, CINAHL y Google Scholar. Todas las citas fueron importadas a través del software de gestión de referencia EndNote. Los datos posteriormente fueron exportados a una planilla de Microsoft Excel para el tamizaje de los artículos. Para definir los estudios a utilizar en esta *Scoping*

Review, se realizó una selección de artículos por título, luego por título y resumen, y posteriormente por textos completos.

- **Trazar los datos:** Para evaluar la calidad en la metodología de los estudios incluidos se utilizó la lista de verificación Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), que permitió evaluar y describir la calidad metodológica de tres dominios metodológicos: mixto, cualitativo y cuantitativo^{15,16}. Los artículos deben ser calificados entre 25% a 100 %, siendo 25 % cada criterio correcto, con un total de cuatro criterios¹⁴⁻¹⁶.

Para la evaluación de la calidad de la literatura gris se utilizó la lista de verificación AACODS (Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date, Significance), la cual permitió evaluar de forma crítica la literatura gris con un listado de 34 preguntas agrupadas en seis criterios con respuestas dicotómicas, "Sí" o "No". Una categoría AACODS será considerada con un "Sí" en el caso del predominio de respuestas con "Sí"¹⁷.

Se realizó un análisis temático de los estudios incluidos en la revisión¹⁸, basado en el modelo de proceso de la teoría de la autodeterminación (TAD) de la salud bucal y el bienestar dental subjetivo⁷.

Resultados

Para realizar la selección de los artículos recuperados en las bases de datos (282 artículos) se realizó un tamizaje en una planilla Excel. Fueron seleccionados por título 22, por título y resumen 11 y finalmente fueron incluidos nueve artículos. En la **Figura 1** se detalla el proceso de selección de los estudios incluidos en la *scoping review*¹⁹. De un total de nueve artículos incluidos, se incluyeron un estudio cualitativo²⁰, seis cuantitativos²¹⁻²⁶, un análisis crítico²⁷ y una tesis de máster²⁸.

Los artículos provienen de distintos países de 4 continentes, como se observa en la **Tabla 1**. De los estudios primarios analizados mediante la lista de chequeo MMAT, **Tabla 2**, cuatro^{20,22,24-26} arrojaron una puntuación general mayor a 50 % y sólo un estudio²³ obtuvo una puntuación menor al 50 %²⁹, por lo que se consideran de buena calidad metodológica. Las fuentes de literatura gris^{27,28} evaluadas por la lista de verificación AACODS, **Tabla 3**, fueron incluidas en el estudio, ya que presentaron una alta credibilidad en ambos documentos³⁰.

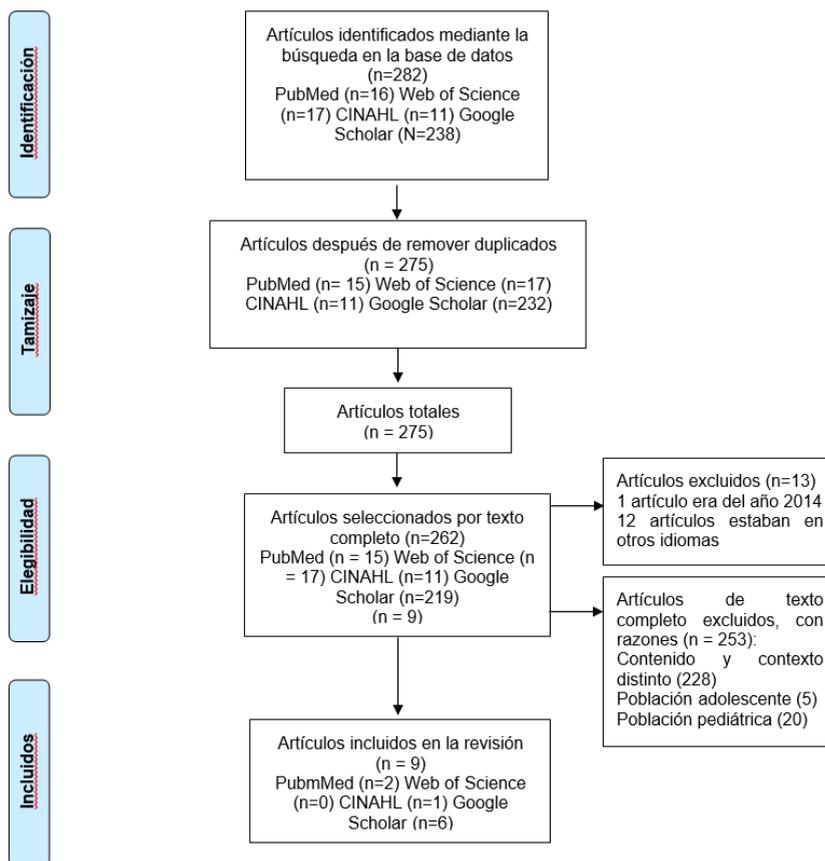


Figura 1. Flujograma sobre el proceso de selección de los estudios incluidos según PRISMA.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:[10.1371/journal.pmed1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097)

Tabla 1. Características de los estudios incluidos

Autor/País	Tamaño de la muestra	Tipo de estudio/diseño	Instrumento de medición	Resultados
Baskarados, 2016 ²⁰ Estados Unidos	50 pacientes casos y 100 pacientes control.	Cuantitativo/ Caso control.	Cuestionario sociodemográfico de 6 preguntas. <i>CMOHK</i> . <i>The Health Literacy Dental Scale</i> .	El bajo nivel de alfabetización en salud bucal se asoció con la pérdida de citas (ORa= 2,38; 95%, IC= 1,05-5,40). La edad, también se asoció de forma independiente con las citas pérdidas (ORa= 1,03; 95%, IC=1,01-1,06).
Singh and Purohit, 2017 ²¹ India	1498 pacientes.	Cuantitativo/ Transversal.	Cuestionario sociodemográfico de 3 preguntas. Evaluación de la satisfacción del paciente de 12 preguntas cerradas elaborado por los autores. <i>CPI</i> . <i>DMFT index</i> .	La edad más temprana, no consumir tabaco, el buen estado periodontal y la ausencia de caries dental se asociaron significativamente con una mayor satisfacción con la salud oral (OR=3.94, 2,38, 2,58 y 2,09), respectivamente (p ≤ 0,001). Los niveles más altos de alfabetización se asociaron significativamente con la salud oral autoevaluada (OR=1,34 (P ≤ 0,001). La utilización de la atención dental en el año estuvo relacionada con la satisfacción con la salud oral (OR = 1,47; p ≤ 0,001).

Factores que influyen en el cumplimiento y adherencia al tratamiento odontológico: una revisión exploratoria

Tachalov et al, 2018 ²² Rusia	25 mujeres y 20 Hombres.	Cuantitativo/ Descriptivo.	Métodos de psicodiagnóstico: <i>Multidimensional Health Locus of Control Scales. Interpersonal Relations Diagnostics test Leonhard-Smishek Characterological Questionnaire version for adults. ITQ; SAQ; PQBI; CPITN; PMA. Saxer and Muhlemann index Silness and Loe index. OHI- S.</i>	El estudio reveló diferencias estadísticamente significativas en los perfiles de personalidad de los pacientes con y sin cumplimiento ($p < 0,05$). Las pacientes que adhirieron al cumplimiento de las recomendaciones del médico fueron más introvertidas, más meticulosas y diligentes.
Meredith et al, 2015 ²³ Australia	265 adultos.	Cuantitativo/ Transversal.	Cuestionario sociodemográfico/clínico de 6 preguntas. <i>ECR-S. OHIP-14; m-DNS.</i> La salud oral autoevaluada se midió con la pregunta global de un solo ítem: "En general, ¿cómo calificaría su salud oral?"	La ansiedad de apego se asoció positivamente con OHIP-14S y cinco de las siete subescalas de OHIP-14 y se asocia negativamente con la subescala de visitas dentales m-DNS. Los valores de R2 ajustados demostraron que 9,3-21,4% de la variación en las variables significativas fue explicada por los modelos. La evitación del apego se asoció con OHIP-14S y cuatro de las siete subescalas de OHIP-14. Se demostraron asociaciones negativas significativas con la subescala de visitas dentales m-DNS y la salud oral autoevaluada.
Staunton, 2018 ²⁶ Irlanda	28 artículos.	Revisión/ Análisis crítico.	No aplica	Una mejor comprensión del miedo dental por parte de los profesionales de la odontología, con el uso de modificaciones conductuales aplicadas, puede prevenir la evitación dental futura. Participar activamente en su tratamiento, ya que esto disminuye la percepción del dolor, mejora el estado de ánimo y enfoca la atención lejos del dolor. Los odontólogos se benefician más de los enfoques no farmacológicos, ya que resultan en pacientes altamente satisfechos y prácticas sólidas.
Camoni et al, 2018 ²⁴ Italia	119.073 personas.	Cuantitativo/ Cohorte.	ISTAT.	La condición económica es evidentemente responsable de brecha entre los dos grupos. El 30% de la muestra renunció al cuidado dental incluso cuando era necesario. El 78,50% de los sujetos que renunciaron afirmaron efectivamente que no podían pagar el cuidado dental ($p < 0,05$)
Calvasina et al, 2016 ²⁵ Canadá	101 inmigrantes brasileños.	Cuantitativo/ Transversal.	Cuestionario sociodemográfico/clínico de 13. <i>OHLL. OHES. OHIP-14.</i>	Literacidad oral Inadecuada se asoció con no visitar a un dentista en el año anterior (OR = 3,61; $p = 0,04$), no tener un dentista como la fuente principal de información dental (OR = 5,55; $p < 0,01$) y no participar en toma compartida de decisiones de tratamiento dental (OR = 1,06; $p = 0,05$; OHL como variable continua) en regresiones logísticas multivariadas que controlan las covariables. Además, los usuarios episódicos de servicios dentales tenían casi cinco veces más probabilidades de tener OHL inadecuado /marginal que aquellos que visitaron al dentista una vez al año o con mayor frecuencia en el año anterior (OR = 4,96, IC 95% = 1,43-17,24). Entre las barreras para acceder a los servicios, que incluían la falta de seguro dental, la incapacidad de pagar el tratamiento dental y las barreras lingüísticas o culturales, las personas con barreras lingüísticas ($n = 7$) tenían seis veces más probabilidades de tener literacidad oral limitado (OR = 6,10; IC 95% = 1,11-33,56).
Treadwell et al, 2017 ¹⁹ Estados Unidos	15 odontólogos y un auxiliar dental.	Cuantitativo/ Fenomenología.	Entrevistas semiestructuradas por medio de grupo focal de 12 preguntas elaboradas por los autores.	Los resultados sugieren la necesidad de competencia cultural, que se vincula con los determinantes sociales que influyen en el estado de salud y el comportamiento de búsqueda de salud.

Nascimento, 2019 ²⁷	50 pacientes.	Cuantitativo/ Ensayo clínico aleatorizado.	<p>Escala numérica del dolor de 11 puntos <i>END</i>. <i>IDATE-T</i>. <i>IDATE-E</i>. IPO.</p> <p>ISG La motivación con el tratamiento se evaluó en base a <i>Wright et al (2010)</i> con adaptaciones a la necesidad de la presente investigación mediante seis preguntas.</p> <p>ICP. Índice O'Leary modificado.</p>	<p>Los niveles de ansiedad entre aquellos pacientes con antecedentes de dolor y que tenían acceso a la aplicación fueron más bajos en comparación con los del grupo de control después de 24 h ($31,57 \pm 5,74$ vs. $41,25 \pm 7,70$; valor $p = 0,006$), 30 días ($32,29 \pm 6,80$ vs. $44,50 \pm 9,87$; $p = 0,002$) y 90 días ($28,86 \pm 8,51$ vs. $39,00 \pm 8,69$; $p = 0,021$) de la instalación del dispositivo.</p> <p>Pacientes más jóvenes con antecedentes de dolor durante el tratamiento dental y que tuvieron acceso a la aplicación mostraron mayor motivación con el tratamiento que los del grupo control después de 7 días ($57,00 \pm 2,45$ vs. $41,33 \pm 3,79$; $p = 0,026$), 30 días ($55,50 \pm 4,67$ vs. $39,33 \pm 4,16$; $p = 0,005$) y 90 días ($51,5 \pm 11,44$ vs. $30,00 \pm 10,54$; $p = 0,009$) de instalación del dispositivo.</p> <p>Estas herramientas facilitan la autonomía de los pacientes reflejando un mayor nivel de compromiso en relación con la gestión de la atención.</p>
--------------------------------	---------------	--	--	--

Fuente: CMOHK: Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge, CPI: Community Periodontal Index, DMFT: Decayed, Missing, and Filled Teeth, ITQ: Individual Typological Questionnaire, SAQ: Self-Assessment Questionnaire, PQBI: Personality Questionnaire of the Bekhterev Institute, CPITN: Community periodontal Index of Treatment Needs, PMA: Papillary marginal alveolar index, OHI-S: The simplified oral hygiene index, OHRQoL: oral health-related quality of life, ECR-S: The Experiences in Close Relationships Scale-Short Form, OHIP-14: Oral Health Impact Profile-14, m-DNS: modified version of the Dental Neglect Scale, ISTAT: Italian National Institute of Statistic, OHL: Oral Health Literacy, OHLI: Oral Health Literacy Instrument, OHES: Oral Health Empowerment Scale, END: Escala numérica de dolor, IDATE: Inventario de ansiedad Trazo-Estado, IDATE-T: IDATE-Trazo, IDATE-E: IDATE-Estado, IPO: Índice de placa de ortodoncia, ISG: Índice de sangrado gingival, ICP: Índice de control de placa, N/A: No aplicable, N/R: No reportado.

Tabla 2. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos según MMAT

Diseño de estudio y estudios	Criterios de evaluación			
	Relevante para la pregunta de investigación	Análisis relevante para el objetivo	Hallazgos relacionados con el contexto	Hallazgos relacionados con la influencia del investigador
Treadwell et al, 2017 ¹⁹	***	****	***	****
Cuantitativo no aleatorio	Sesgo de selección minimizado	Medidas apropiadas	Grupos de estudio comparables o diferencias contabilizadas para estos grupos	Datos de resultado 80% o más, o tasa de respuesta 60% o más, o tasa de seguimiento aceptable
Baskaradoss, 2016 ²⁰	****	****	****	****
Singh & Purohit, 2017 ²¹	****	****	****	****
Tachalov et al, 2018 ²²	*	*	**	**
Meredith et al, 2015 ²³	****	****	****	****
Camoni et al, 2018 ²⁴	****	*	**	***
Calvasina et al, 2016 ²⁵	****	**	****	****

Fuente: Puntuaciones que van desde el 25 % (*) un criterio cumplido al 100 % (****) todos los criterios cumplidos.

Factores que influyen en el cumplimiento y adherencia al tratamiento odontológico: una revisión exploratoria

Tabla 3. Evaluación de la calidad de la literatura gris incluida según AACODS

Autores	Autoridad	Exactitud	Cobertura	Objetividad	Fecha	Significado
Nascimento I., 2019 ²⁷	S	S	S	S	S	S
Stauton G., 2018 ²⁶	S	S	N	S	S	S

Fuente: S: Si, N: No

En cuanto a los tamaños de las muestras, ocho estudios utilizaron individuos de ambos sexos^{20-26,28}, con un total de 121 198 participantes, siendo el promedio de 15 150, con un mínimo de 16 personas y un máximo de 119 073. Solo un revisor utilizó como tamaño de muestra artículos²⁷, el cual correspondió a un análisis crítico.

Con respecto a los instrumentos utilizados, dos estudios utilizaron cuestionarios sociodemográficos o clínicos^{20,25}, un estudio aplicó instrumentos de medida²³ y cinco estudios utilizaron ambos, es decir, cuestionario sociodemográfico o clínico e instrumento de medición^{21,22,24,26,28}. Cabe señalar que un estudio no aplicó instrumentos o cuestionario, debido a que correspondió a un análisis crítico²⁷.

De acuerdo con el tipo de diseño, tres estudios fueron transversales^{22,24,26}, uno de casos y controles²¹, uno descriptivo²³, un análisis crítico²⁷, uno de cohorte²⁵, uno fenomenológico²⁰ y un ensayo clínico aleatorizado²⁸.

La Teoría de la Autodeterminación (TAD)⁷ evidencia que las variables psicosociales y la motivación están vinculadas con el bienestar en el campo dental. Las categorías temáticas contempladas fueron factor socioeconómico, alfabetización de salud oral, factor socioeconómico y edad, los cuales están incluidos en la calidad de vida relacionada con la salud oral, la ansiedad o miedo dental y los perfiles de personalidad relacionados con la salud oral autoevaluada.

De los artículos analizados, tres estudios cuantitativos^{21,25,26} y un estudio cualitativo²⁰ describieron el factor económico relacionado con la incapacidad de pago, falta de seguro dental o inadecuado reembolso de esta prestación como barrera para acceder a la atención dental. De estos, un estudio encontró que el 30 % renunció al cuidado dental de forma arbitraria²⁶.

Tres estudios cuantitativos^{21,22,26} identificaron a la alfabetización en salud oral como factor directo o indirecto de cumplimiento y adherencia al tratamiento

dental. Un estudio en India²² encontró que una menor alfabetización de salud oral se relacionaba directamente con una menor salud oral autoevaluada, siendo esta menor en hombres que en mujeres. En Canadá²⁶, un análisis crítico evidenció las barreras de tipo lingüísticas y culturales en usuarios con servicios dentales episódicos, quienes tenían casi cinco veces más probabilidades de tener literacidad oral inadecuada que aquellos que visitaron al odontólogo una vez al año o con mayor frecuencia en el año anterior. Además, observó que los inmigrantes brasileños con literacidad limitada tenían más probabilidades de haber visitado a un odontólogo hace más de un año, obtener información dental de fuentes distintas al odontólogo y participar en cualquier proceso de toma de decisiones de tratamiento dental compartido²⁷.

Por otra parte, un estudio de casos y controles en Estados Unidos²⁰ mostró que los bajos conocimientos sobre salud bucodental se asociaron con un aumento de dos veces el riesgo de no acudir a las citas (ORa: 2,38; IC:1,05-5,40). La edad también se asoció de forma independiente con la pérdida de citas (ORa: 1,03; IC:1,01-1,06)²⁰.

Otro estudio transversal en Australia mostró la asociación entre la inseguridad del apego con la disminución de la calidad de vida general, además, la calidad de vida se asoció con comportamientos de visita al dentista menos adaptativos y una menor salud oral autoevaluada²⁴.

Un análisis crítico en Irlanda²⁷ encontró las diversas formas de miedos que pueden manifestarse dentro de los pacientes en la atención dental y una reducción significativa en los niveles de ansiedad y motivación del paciente durante todo el tratamiento, especialmente en personas más jóvenes y con experiencia previa de dolor. Las aplicaciones con tecnología multimedia pueden ayudar a los pacientes a comprender mejor su estado de salud, los riesgos y beneficios de su tratamiento y mejorar la comunicación con el profesional de la salud. Además, se puede percibir que estas herramientas

facilitan la autonomía de los pacientes, reflejando un mayor nivel de compromiso en relación con la gestión de la atención.

Un estudio en Rusia²³ reveló diferencias estadísticamente significativas en los perfiles de personalidad de los pacientes con y sin cumplimiento. Las pacientes con buen estado de salud dental tienen un locus de control interno, es decir, responsabilidad de su salud. En la **Tabla 1** se describen las características de los estudios incluidos.

Discusión

De acuerdo con la Teoría de la Autodeterminación (TAD) de la salud bucal y el bienestar dental subjetivo, fueron identificados factores que aludieron a la salud oral autoevaluada y la calidad de vida relacionada con la salud oral, por lo que puede aumentar sustancialmente su motivación para el tratamiento dental y afectar fuertemente su salud y bienestar percibidos⁷.

La baja calidad de vida relacionada con la salud oral se caracterizó por bajo nivel socioeconómico y baja alfabetización/literacidad en salud oral. La salud oral autoevaluada se caracterizó por el miedo o ansiedad dental y los perfiles de personalidad de cada paciente. Estas, a su vez, influyeron positivamente en el bienestar dental subjetivo, el cual determina la satisfacción de los pacientes con el tratamiento dental.

Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud oral, el factor socioeconómico influye en el acceso a los servicios odontológicos por incapacidad de pago, inadecuado reembolso y la falta de seguro de salud^{20,21,25,26}. Estos hallazgos coinciden con un estudio descriptivo en Argentina, el cual identificó que las personas de nivel socioeconómico más bajo presentan actitudes de salud bucodental menos favorables³¹. Así mismo, otro estudio del mismo país mostró la relación de la adherencia y cumplimiento con el nivel socioeconómico, cobertura social odontológica, percepción sobre la salud bucal, conocimientos y hábitos de salud bucodental¹⁰, y una revisión en Ecuador concluyó que la indiferencia dental ha sido considerada como una de las principales barreras para el acceso y desarrollo de la terapia dental. Los principales factores de riesgo de este comportamiento se relacionan con factores socioeconómicos, culturales y el nivel de preparación de cada paciente, así como la capacidad de afrontar conflictos³².

Dentro de esta misma categoría, tres estudios^{21,22,26} identificaron la alfabetización/literacidad en salud

oral como factor de cumplimiento y adherencia al tratamiento dental. Estos hallazgos coinciden con un estudio en Estados Unidos, el cual encontró que mejorar la alfabetización en salud oral de los pacientes puede ayudar en los esfuerzos para mejorar la adherencia a las instrucciones médicas, las habilidades de autogestión y los resultados generales del tratamiento²¹, asimismo, un estudio en Argentina informó que los conocimientos de salud bucodental se asociaron significativamente a la consulta odontológica en los últimos 12 meses¹⁰.

Adicionalmente, dos estudios^{26,27} encontraron relación entre el miedo, ansiedad dental y la adherencia al tratamiento dental. Un análisis crítico en Irlanda²⁷ encontró las diversas formas de miedos que pueden manifestarse dentro de los pacientes en la atención dental. Estos hallazgos coinciden con un estudio en Ecuador, el cual encontró que en la actualidad existen problemas para ejecutar los tratamientos odontológicos, derivados de las emociones como el miedo y la ansiedad, por lo que se genera incumplimiento de las citas con el odontólogo³³.

Una revisión sistemática en Chile coincide con lo anterior, identificando que la ansiedad dental es un fenómeno que dificulta tanto el manejo del paciente durante la atención dental como la posterior adherencia al tratamiento, con tasas de prevalencia que van del 4 % al 23 %³⁴.

Dos estudios^{23,24} asociaron características de los pacientes como la inseguridad del apego y los perfiles de personalidad con la adherencia al tratamiento dental. Estos hallazgos concuerdan con un estudio en Chile, que informó que los comportamientos del paciente determinan la adherencia a las indicaciones del odontólogo, y que intervenciones basadas en la autoeficacia en salud oral permitirían una mejor adherencia al tratamiento dental, con una mejoría en la salud oral para el paciente y un menor gasto público en salud oral³⁵.

La presente revisión no estuvo exenta de limitaciones, debido a que los estudios presentaban tamaño reducido de las muestras utilizadas y las diversas características de la población podrían dificultar la generalización de los resultados. A pesar de ello, fueron utilizadas de más de tres bases de datos electrónicas, según recomendación de Cochrane, contó con tres revisores a manera de reducir el sesgo en el proceso de selección de la literatura y se utilizó una lista de chequeo MMAT para evaluar la calidad metodológica en siete artículos primarios, así como en dos se utilizó la lista

de verificación AACODS, diseñada para la evaluación crítica de la literatura gris.

La presente scoping review analizó los factores que influyen en el cumplimiento y adherencia al tratamiento odontológico de los usuarios. La calidad de vida relacionada con la salud oral se caracterizó por bajo nivel socioeconómico y baja alfabetización/literacidad en salud oral, mientras que la salud oral autoevaluada se caracterizó por el miedo o ansiedad dental y los perfiles de personalidad de cada paciente.

Por lo tanto, es imperativo que el profesional odontólogo considere estos factores durante la evaluación y anamnesis dental, con intervenciones en población presuntamente sana con foco en la promoción y prevención en aquellos usuarios que presentan un riesgo de pérdida de su salud bucal.

La adherencia y el cumplimiento pueden ser abordados por medio de la educación y literacidad de la población para lograr el autocuidado en salud oral en el contexto individual, familiar y comunitario. Por otra parte, mejoraría los indicadores en salud para lograr un adecuado seguimiento de los usuarios que acceden al programa de salud bucal. Futuros estudios podrán evaluar el impacto de intervenciones educativas y psicológicas en los pacientes en el cumplimiento y adherencia de al tratamiento odontológico.

Referencias

1. UN. General Assembly (73rd sess. : 2018-2019), UN. General Assembly. High-Level Meeting of Heads of State and Government on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases (2018 : New York). Political declaration of the 3rd High-Level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. New York: UN; 2018. p.7. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/1648984>
2. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789–858. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
3. Freitas RD, Moro BLP, Pontes LRA, Maia HCM, Passaro AL, Oliveira RC, et al. The economic impact of two diagnostic strategies in the management of restorations in primary teeth: a health economic analysis plan for a trial-based economic evaluation. *Trials* 2021;22(1):794. doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05722-7>
4. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global economic impact of dental diseases. *J Dent Res*. 2015;94(10):1355–61. doi: [10.1177/0022034515602879](https://doi.org/10.1177/0022034515602879)
5. FDI World Dental Federation [Internet]. Geneva: FDI: c2022 [cited 2022 Jun 9]. Oral health and quality of life. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/oral-health-and-quality-life>
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies : evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 196. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
7. Halvari AEM, Halvari H, Bjornebekk G, Deci EL. Oral health and dental well-being: testing a self-determination theory model: Motivation, oral health, and dental well-being. *J Appl Soc Psychol*. 2013;43(2):275–92. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2012.00996.x>
8. Pengpid S, Peltzer K. Self-rated oral health status and social and health determinants among community dwelling adults in Kenya. *Afr Health Sci*. 2019;19(4):3146–53. doi: <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i4.37>
9. Carreiro DL, Souza JGS, Coutinho WLM, Haikal DS, Martins AME de BL. Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. *Cien Saude Colet*. 2019;24(3):1021–32. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.04272017>
10. Dho MS. Factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos. *Cien Saude Colet*. 2018;23(2):509–18. doi: <https://doi.org/10.1590/141381232018232.18672015>
11. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010;5(1):69. doi: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
12. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, Straus S, Tricco AC, Perrier L, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(12):1291–4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>
13. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19–32. doi: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
14. Hong QN, Gonzalez-Reyes A, Pluye P. Improving the usefulness of a tool for appraising the quality of qualitative, quantitative and mixed methods studies, the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). *J Eval*

- Clin Pract. 2018;24(3):459–67. doi: <https://doi.org/10.1111/jep.12884>
15. Pace R, Pluye P, Bartlett G, Macaulay AC, Salsberg J, Jagosh J, et al. Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(1):47–53. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.002>
 16. Hong QN, Pluye P. A conceptual framework for critical appraisal in systematic mixed studies reviews. *J Mix Methods Res*. 2019;13(4):446–60. doi: <https://doi.org/10.1177/1558689818770058>
 17. Landford T. UC library guides: Grey Literature in Health: Appraisal (The AACODS Checklist); 2015 p. 2. Available from: <https://canberra.libguides.com/c.php?g=599348&p=4148869>
 18. Clarke V, Braun V. Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *Psychologist*. 2013;26(2):120–3.
 19. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372(71). doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
 20. Smith DK, Smith LE and Blume JD. Estimation of anesthetic success rates: The efficacy of articaine versus lidocaine. *Dent Health Curr Res*. 2017;3(1). doi: <https://doi.org/10.4172/2470-0886.1000125>
 21. Baskaradoss JK. The association between oral health literacy and missed dental appointments. *J Am Dent Assoc*. 2016;147(11):867–74. doi: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.05>
 22. Singh A, Purohit BM. Exploring patient satisfaction levels, self-rated oral health status and associated variables among citizens covered for dental insurance through a National Social Security Scheme in India. *Int Dent J*. 2017;67(3):172–9. doi: <https://doi.org/10.1111/idj.12285>
 23. Tachalov VV, Orekhova LY, Isaeva ER, Kudryavtseva TV, Loboda ES, Sitkina EV. Characteristics of dental patients determining their compliance level in dentistry: relevance for predictive, preventive, and personalized medicine. *EPMA J*. 2018;9(4):379–85. doi: <https://doi.org/10.1007/s13167-018-0152-8>
 24. Meredith P, Strong J, Ford P, Branjerdporn G. Associations between adult attachment and: oral health-related quality of life, oral health behaviour, and self-rated oral health. *Qual Life Res*. 2016; 25(2): 423–433. doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1089-1>
 25. Camoni N, Cordio G, Capasso L, Gaeta M, Vitale MC, Arpesella M, et al. Why do people renounce dental health care? An analysis of data from the Italian population. *Ig Sanita Pubbl*. 2018; 74(2): 129–135.
 26. Calvasina P, Lawrence HP, Hoffman-Goetz L, Norman CD. Brazilian immigrants’ oral health literacy and participation in oral health care in Canada. *BMC Oral Health*. 2016; 16(1): 18. doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-016-0176-1>
 27. Staunton G. Applied behavioural analysis principles in dentistry: techniques to overcome dental fear, improving attendance and compliance. *J Ir Dent Assoc*. 2018; 64(1):30-34.
 28. Nascimento IJ da CP. Eficácia de um aplicativo móvel no monitoramento de dor, ansiedade, motivação e saúde periodontal em pacientes submetidos a tratamento ortodôntico. *Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)*. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2019. 92 p. Available from: <https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/13061>
 29. Gowing JR, Walker KN, Elmer SL, Cummings EA. Disaster preparedness among health professionals and support staff: What is effective? An integrative literature review. *Prehosp Disaster Med*. 2017; 32(3): 321–328. doi: <https://doi.org/10.1017/S1049023X1700019X>
 30. Toppenberg-Pejcic D, Noyes J, Allen T, Alexander N, Vanderford M, Gamhewage G. Emergency risk communication: Lessons learned from a rapid review of recent gray literature on Ebola, Zika, and yellow fever. *Health Commun*. 2018; 34(4): 1–19. doi: <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1405488>
 31. Dhó MS. Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. *Av Odontoestomatol*. 2015; 31(2):67–76. doi: <https://doi.org/10.4321/S0213-12852015000200003>
 32. Heredia D, Villavicencia Caparo E, Jaramillo J. Indiferencia al Tratamiento Dental. *Odontol Act Rev Cient*. 2018;2(2):59. doi: <https://doi.org/10.26871/oactiva.v2i2.92>
 33. Quichimbo TJ, Serrano SD. Factores asociados en ansiedad dental al tratamiento odontológico en adultos de 45 a 65 años en la parroquia Totoracochoa, Cuenca-Ecuador 2017. *Salud Vida Sipanense*. 2018;5(2):44–52.
 34. Ríos Erazo M, Herrera Ronda A, Rojas Alcayaga G. Ansiedad dental: evaluación y tratamiento. *Av Odontoestomatol*. 2014;30(1):39–46. doi: <https://doi.org/10.4321/s0213-12852014000100005>
 35. Correa Ramírez A, Ríos Erazo M, Herrera Ronda A, Bustos Reydet C, Rojas Alcayaga G. Autoeficacia en salud oral: concepto, evaluación y tratamiento. *Av Odontoestomatol*. 2015;31(5):305–11. doi: <https://doi.org/10.4321/S0213-12852015000500003>