



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
CENTRO DE POSGRADOS

ACTITUDES Y CONDUCTAS DE SALUD ORAL DE ESTUDIANTES DE  
PRIMERO A CUARTO AÑO DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE  
CUENCA 2014.

**TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE MAGISTER EN SALUD  
PÚBLICA**

**AUTOR: DR. MILTON FABRICIO LAFEBRE CARRASCO**

**DIRECTOR: DR. DIEGO FERNANDO COBOS CARRERA**

**ASESOR: DR. CARLOS EDUARDO AREVALO PELAEZ**

**CUENCA – ECUADOR**  
**2015**

## RESUMEN.

El objetivo de este estudio de encuesta fue analizar las actitudes y conductas de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Cuenca, utilizando el test de actitudes y conductas de la Universidad de Hiroshima (HU-DBI) este test constituye un test confiable y validado internacionalmente que incluye 20 preguntas dicotómicas y que valora en una escala máxima de 12 las actitudes y conductas de salud oral. Se realizó una encuesta a estudiantes de primer año a quinto. Se incluyó a estudiantes de nivelación y estudiantes de postgrado; el total de estudiantes encuestados fue 460, se encontró una tasa de respuesta de 87.47%, de los cuales fueron 256(66,7%) mujeres, 128(33,33%) de hombres, la mayoría de procedencia urbano 96,3%, el número de índice HU-DBI fue para los estudiantes preclínicos de 8,89 con DS 1,542 y los estudiantes con experiencia clínica de 9,49 con DS 1,485.

Se encontró que no hay diferencias del índice entre hombres y mujeres, y que este índice aumenta con la educación de las materias teóricas y se incrementa más al entrar los estudiantes en contacto con pacientes, en los que se mantiene, el valor del índice y los estudiantes de postgrado tienen un menor índice de HU-DBI que los estudiantes de 4to y 5to año, hallazgo que requiere un estudio posterior.

Palabras clave: ACTITUDES, CONDUCTAS, SALUD ORAL, HU-DBI, ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA

## ABSTRACT

The aim of this survey was the attitudes and behavior in dental students of the School of Dentistry at the University of Cuenca, and the use of Hiroshima dental behavior dental inventory (HU-DBI). This survey included students from first to fifth year and candidates for postgraduate programs and postgraduate students.

A survey was conducted to freshmen to fifth year and included leveling students and graduate students, the total number of respondents was 460 students which included students from first to fifth, leveling and graduate students, a response rate found of 87.47%, where 256 (66.7%) were women, 128 (33.33%) were men, most urban origin 96.3%, the index number HU-DBI was for preclinical students with DS 8.89 and 1,542 students with clinical experience with DS 1.485 9.49.

In this study we found no difference in rates between men and women, and the fact this rate increases with education of theoretical and increases further contact with patients, which is maintained, and that graduate students have lower rates of HU-DBI than students of 4th and 5th year, a finding that requires further study.

Keywords: BEHAVIOR, ATTITUDE, ORAL HEALTH, DENTAL STUDENTS, HU-DBI

## ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
ÍNDICE .....	4
Introducción.....	1
Planteamiento del problema. ....	2
Justificación.....	3
MARCO TEORICO .....	4
La Conducta. ....	7
Conducta:.....	7
Tipos de conducta:.....	7
Fases entre el conocimiento y la conducta:.....	8
DISEÑO METODOLOGICO .....	11
RESULTADOS.....	14
DISCUSION. ....	20
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	24
Anexo 1 .....	28
Operacionalización de Variables.....	28
Anexo 2 .....	29
Test Hiroshima University Dental Behavior Inventory .....	29
<i>Tabla 1</i> .....	20
Gráfico 1 .....	21
Gráfico 2 .....	22
Tabla 2 .....	23
Tabla 3 .....	24



Universidad de Cuenca  
Clausula de propiedad intelectual

Milton Fabricio Lafebre Carrasco autor de la tesis "Actitudes y Conductas de Salud Oral de Estudiantes de Primero a Cuarto año de Odontología de la Universidad de Cuenca 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca , 28 Enero del 2015



Milton Fabricio Lafebre Carrasco

CJ:0101398634



Universidad de Cuenca  
Clausula de Derechos de  
Autor

*Milton Fabricio Lafebre Carrasco* autor de la tesis "Actitudes y Conductas de Salud Oral de Estudiantes de Primero a Cuarto año de Odontología de la Universidad de Cuenca 2014/", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Magister en Salud Pública. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca 28 de Enero 2015

Milton Fabricio Lafebre Carrasco

/

C.I: 0101398634



## Introducción.

El estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca tiene buenos conocimientos de las principales patologías de la cavidad oral (caries y enfermedad periodontal), los mismos que adquiere en los primeros ciclos y los desarrolla y perfecciona en el transcurso de la carrera; conoce además las medidas preventivas y descubre progresivamente aspectos fisiopatológicos, microbiológicos, etc. Con todo este bagaje académico los estudiantes desarrollan una comprensión profunda de las principales enfermedades odontológicas y los fundamentos de la odontología preventiva que son el pilar de su práctica.

Los conceptos mencionados nos harían presumir que desde el inicio de la carrera los estudiantes de odontología, conocen el por qué realizar una buena práctica en higiene oral y por qué usar cepillo e hilo dental como medidas preventivas efectivas, por ello se asume que tienen buenas actitudes y conductas en salud oral.

Conforme avanzan los estudiantes tratan pacientes y tienen la oportunidad de transmitir la información obtenida en los cursos previos y educar en salud oral.

Así las actividades de prevención y motivación no son teóricas sino son aplicadas para educar al paciente con objetivo de educación para la salud, el ideal es que el paciente adquiera buenas conductas y hábitos de higiene oral, objetivo que una vez cumplido, permite el éxito del trabajo odontológico a corto y largo plazo. Pero a su vez, esta acción educativa a los pacientes debería reforzar aún más en el estudiante de odontología las conductas saludables sobre sí mismo.

En la práctica docente se ha observado que los estudiantes de tercer año tienen buenos conocimientos teóricos en lo que respecta a placa bacteriana, fisiopatología y fundamentos preventivos, sin embargo, a pesar de lo que se podría suponer, que tienen buenos hábitos y conductas de control de placa bacteriana sobre sí mismos, no necesariamente esto es real, porque en la práctica profesional sobre ellos se ha encontrado que mantienen altos índices de placa y tienen un grado variable de gingivitis. Esto nos indicaría que en sus conductas y hábitos no hay aún un aprendizaje significativo y suficiente, y que además existe diferencias entre género y otros factores que requieren ser descritos.(1)

En este trabajo se investigó el nivel de conductas y actitudes de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Cuenca para determinar si el conocimiento y el trato con el paciente modifican el nivel de conductas y



actitudes de ellos y se aplicó el test de Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI), aceptado y validado internacionalmente, confiable para medir estas conductas en estudiantes de odontología, test validado y probado en idioma español. (1)

## CAPITULO I.

---

### **Planteamiento del problema.**

La caries y la enfermedad periodontal constituyen las patologías estomatológicas más prevalentes, y son consideradas un problema de salud pública a nivel mundial. Estas patologías se pueden prevenir con el control de placa bacteriana que es su principal factor etiológico.(2)

El conocimiento teórico adquirido en la formación profesional de los estudiantes de odontología sobre enfermedad periodontal y métodos preventivos en salud oral, no necesariamente se refleja en actitudes y conductas saludables, posiblemente porque la información por sí sola no genera cambio de actitudes y conductas saludables, en estas actitudes y conductas hay una serie de modificadores entre los que mencionamos los hábitos, costumbres, creencias, género.(3) Por lo antes mencionado el problema es que el conocimiento por sí solo no mejora las actitudes y conductas y podría ser que el contacto clínico con los pacientes es el que modifica realmente; por ello se realizó este estudio en la Universidad de Cuenca Facultad de Odontología, que es el campo donde realizo mi actividad laboral.

Dumitrescu y colaboradores, reportan un mejoramiento del índice de HU-DBI de los primeros a los últimos años, lo que demuestra que el contacto clínico con los pacientes mejora el índice de los estudiantes de odontología esto fue determinado en Rumania en 1995. Así mismo se ha demostrado por múltiples autores que al comparar los estudiantes de diferentes culturas como Japón, China, Gran Bretaña, tienen cada uno un índice diferente que se explica por la cultura que se refleja en el índice.

Otra explicación podría ser que los estudiantes de años superiores tengan una mejor actitud y conducta que los estudiantes de los primeros años debido a que su práctica en pacientes hace que la información sea más significativa y genere un cambio de actitud y conducta desarrollando hábitos saludables en el propio estudiante.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

***¿Cuál es el nivel de actitudes y conductas en salud oral de los estudiantes, de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca durante el periodo Marzo - Julio del 2014?***

## **Justificación**

La formación de los estudiantes en la Facultad de Odontología no solo debería centrarse en la información o en el entrenamiento de las técnicas y destrezas odontológicas, sino también guiar al desarrollo de actitudes y conductas saludables del educando, de acuerdo al concepto de que odontólogo saludable tendrá un paciente saludable.

Si un estudiante es informado o entrenado y no tiene conductas y actitudes saludables para sí mismo, cómo podrán educar y motivar con convicción y efectivamente a sus futuros pacientes, cómo los conducirá o estimulará a desarrollar actitudes y conductas saludables que les permitan recuperar y mantener su salud.

Por tanto, si se detecta en este estudio que en los estudiantes no hay un aprendizaje significativo demostrado con cambio de actitud y conductas para sí mismos, deberíamos pensar primero en implementar un programa de salud oral para estudiantes de odontología, y repensar en el contenido de su formación, la cual no solo debe estar centrada en el contenido (evidencias), si no en el significado de esas evidencias debe ser para los estudiantes un motor de cambio tanto para ellos como para sus pacientes, un estudio clásico es uno de los fundamentales que demuestra la relación .

El conocimiento de este tema ayudará a valorar verdaderamente el cumplimiento de uno de los objetivos de educación de la carrera de Odontología, que es el generar salud desde sus estudiantes y a través de ellos a la población a la cual van a servir como odontólogos graduados, todo esto representa un gran impacto en beneficio de la sociedad. Se pretende enviar un artículo científico a una revista de educación en odontología



## CAPITULO II

---

### MARCO TEORICO

Las dos principales causas a nivel mundial de morbilidad y mortalidad dental, son caries (la principal causa de pérdida dental en las primeras décadas de la vida) y enfermedad periodontal (en adultos es la primera causa de pérdida dental. (1)

Se estima según la OMS (2) que el gasto sanitario de estas enfermedades representa entre el 5 al 10% de los países del primer mundo, gasto que está por encima de los recursos de la población de muchos países en desarrollo; estas enfermedades constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, en especial en los países de economías emergentes, estas patologías son prevenibles con un adecuado control de placa dental (el cual es su principal factor etiológico) por acciones individuales y diarias de higiene oral cuando estas son bien empleadas logran disminuir o controlar las principales enfermedades antes mencionadas, es decir caries y enfermedad periodontal.

El control de placa bacteriana es una parte muy importante en el mantenimiento y recuperación de la salud oral, además es esencial para el éxito de cualquier tratamiento odontológico, el cual es útil en los tres niveles de prevención de salud.(3)

La enfermedad periodontal se relaciona con la periodoncia que es a su vez una especialidad de la odontología que trata de las afecciones de la encía, que en conjunto se denominan enfermedad periodontal y se divide en dos grandes grupos gingivitis y periodontitis. Estas enfermedades tienen como principal factor etiológico la placa bacteriana, y es así que Loe y colaboradores demostraron en su estudio clásico "Gingivitis experimental en el hombre"(4), que la placa dental es el factor necesario y suficiente para producir gingivitis, en tanto que frente a la periodontitis, si bien también es factor necesario, no es suficiente por si solo para producirla, pues requiere actuar en conjunto con factores como sistémicos, medioambientales, entre otros.(5)

La placa también es importante en la patogenia de caries dental, por ser el sitio en donde las bacterias en un sustrato fermentable (alimentos) generan ácidos que destruyen los tejidos duros del diente formando cavidades que perpetúan el anclaje y acción de las bacterias cariogénicas y que si no se tratan permitirán el progreso de la caries a lesiones más profundas que terminan invadiendo la pulpa dental generando dolor, infecciones y lesiones avanzadas que terminan



en extracción dental.(6)

La fase higiénica es el primer paso de la práctica de odontología hacia el tratamiento y control de las enfermedades dentales y periodontales, en esta fase se actúa sobre los factores dentales y factores de riesgo, así como en el control del factor etiológico de las enfermedades antes mencionadas a través de control de placa bacteriana tanto profesional como el diario por parte del paciente, es así que se debe actuar en instrucción de las enfermedades, motivación, enseñanza de técnicas de control mecánico de la placa bacteriana, todas estas acciones llevan a la educación en salud oral indispensable para la recuperación y prevención de enfermedades estomatológicas.(7)

Un paciente puede controlar la placa dental a través de dos procedimientos:

El primero es el control mecánico de placa bacteriana, que se trata de la fricción sobre los dientes con cepillo dental (cepillado) y complementado con fricción de hilo dental o cepillo interdental, que requiere una acción diaria metódica del paciente y tiempo para realizar una buena técnica, que es considerado el método eficaz y efectivo en el control de placa bacteriana(8).

Un segundo método es el control químico de la placa bacteriana, es decir el uso de antimicrobianos como son los enjuagues bucales que se utilizan como proceso complementario al control mecánico en los pacientes sanos, mientras que en pacientes hospitalizados o pacientes especiales es el principal método de control de placa bacteriana. (9)

Del conocimiento y entendimiento de la patogenia, de la importancia de la placa dental, se entiende consecuentemente la importancia que en la práctica de la odontología tiene educar los pacientes con conocimientos que generen actitudes y conductas saludables y que tengan buena higiene oral (controlan la placa bacteriana por medios mecánicos cepillado dental, el uso del hilo dental diario). Es esta una habilidad docente que genera educación para la salud, que los estudiantes deben y desarrollan como parte de su educación efectiva para la práctica clínica eficaz sobre pacientes, habilidades que conforme mayor experiencia tengan, desarrollarán la actividad docente más efectiva para generar buenas conductas y actitudes de salud oral en sus pacientes.(10)

Los conocimientos que adquieren los estudiantes sobre etiología y patogenia harían suponer que ellos tienen la mejor de las actitudes y conductas de salud oral sobre sus propias bocas (8), basado en la suposición que un médico sano tendrá pacientes sanos, esta suposición lógica no es necesariamente lo que ocurre en la realidad, ya que las conductas no solo dependen del conocimiento sino que están influyendo otras variables como grado de avance de la carrera, la cultura, el género.(9,10)

De hecho hay diferencias entre los estudiantes de otras carreras médicas



respecto a actitudes y conductas de salud oral, así *Kelly et al* y *Kawas et.*, al reportar diferencias entre los estudiantes de últimos años de odontología y los similares de medicina, los resultados difieren significativamente en lo que respecta a actitudes y conductas a la salud oral, posiblemente explicado por el contacto que tienen los estudiantes de odontología educando a sus pacientes en salud oral y que representa también un cambio de actitudes y conducta reforzando para sí mismo cuando lo hacen como tarea hacia sus pacientes.(11)

Las diferencias entre culturas como la China y Británica en la que se demuestra que las actitudes son diferentes entre los estudiantes dependiendo de su cultura, en la que tienen mejores actitudes y conductas los estudiantes de odontología en la cultura británica que sus similares en la cultura china (12), también hay reportes de diferencias en el índice de HUDBI entre los estudiantes Iraníes y en Hindúes. (13)

Asimismo se ha reportado una pobre actitud y conducta de los estudiantes turcos de la Facultad de Odontología de Estambul. (14) En tanto que entre la cultura japonesa y la cultura finlandesa no se detectan diferencias significativas en lo que respecta a actitudes y conductas en salud oral.(15)

El género demuestra también ser una diferencia notable hacia las actitudes y conductas entre los estudiantes de odontología (16), siendo mejor las actitudes y conductas en las estudiantes mujeres que la de los similares varones lo cual es un tema controversial.(17)(18)(19). Hay también una diferencia en las carreras, así los estudiantes de odontología tienen mejor índice HU-DBI que sus similares que estudian Ingeniería civil. Según el estudio de Jaramillo y colaboradores en Colombia en 2013 (20)

En la mayoría de las referencias bibliográficas se refieren como estándar el cuestionario de la Universidad de Hiroshima (Hiroshima University Dental Behavior Inventory) como el mejor instrumento y el cual se ha validado en varios idiomas, entre los cuales está el español, y se condujo un estudio en Colombia(20) y otro en Perú (21), en los que se determinó que este es el instrumento óptimo para investigar en los estudiantes de odontología las actitudes y conductas frente a salud oral en Sudamérica.

Este instrumento de HU-DBI consiste en 20 respuestas dicotómicas (de acuerdo y en desacuerdo) que fue desarrollado por Kawamura para examinar las actitudes de salud oral y conductas de cepillado en pacientes. Este es un buen test creíble y útil para entender a los pacientes y predecir sus resultados clínicos.(21,22)



## La Conducta.

Al estar en este trabajo involucrado el accionar de un grupo de seres humanos, es necesario tener en claro determinados conceptos como:

**Conducta:** es el conjunto de actos y comportamientos exteriores de un ser humano y que por esta característica exterior resultan visibles y plausibles de ser observados por otros. Por este motivo se dice que es toda actividad humana que sea observable por otra persona.(22)

El comportamiento no es solo un mero conjunto de interacciones, estímulos y respuestas, sino una disposición individual frente a determinados estímulos que provocan una respuesta según la persona.(23)

El comportamiento precisa una manifestación externa en el mundo o realidad.

### Tipos de conducta:

- Conducta estereotipada
- Conducta aprendida
- Conducta compleja

Relacionado con esto es imperante determinar también que “el aprendizaje es el elemento que generaría la modificación de la conducta estereotipada o adquisición de nuevos tipos de conducta y, los criterios para distinguir la conducta aprendida de las modificaciones de la estereotipada son:

- a) el aprendizaje debe ser permanente.
- b) no será alteración permanente en la conducta”.(23)

En tanto que el **hábito** “es el método más sencillo de aprendizaje, es la eliminación completa de la conducta estereotipada como resultado de un estímulo repetido”.(23)( 24)

Mientras que el **razonamiento** “es la facultad de utilizar experiencias pasadas, con deducción lógica, para resolver problemas nuevos más o menos complicados”.(23)

En consecuencia, la actitud quizá es la variable más estudiada en psicología social, porque es un elemento para la predicción de conducta. Predispone a



cierta regularidad en los sentimientos, pensamientos del individuo para actuar en relación con algún aspecto de su ambiente (Secor y Backman 1964) (24)

Las actitudes sociales de los seres humanos “están formadas por variables interrecurrentes, compuestas por tres elementos a saber:

1. El componente cognoscitivo.
2. El componente afectivo.
3. El componente relativo a la conducta”.

Cambios en el componente cognoscitivo: para que exista una actitud hacia un objeto determinado es necesario que exista también alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Las creencias y demás componentes cognoscitivas (el conocimiento, la manera de encarar al objeto, etc.) relativos al objeto de una actitud, constituyen el componente cognoscitivo de la actitud.(23)

Cambio del componente afectivo: es el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social; supongamos que por una desavenencia cognoscitiva real modificamos nuestra relación afectiva con una persona. El cambio registrado en este componente nos conducirá a emitir conductas hostiles hacia la persona, así como a atribuirle una serie de defectos capaces de justificar y de hacer congruente el cambio de nuestro afecto. (23)

Cambio en el componente relativo a la conducta: “la combinación de la cognición y el afecto como instigadora de conductas determinadas, que influyen en un cambio de conducta ante una situación específica.

### **Fases entre el conocimiento y la conducta:**

En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente”(24). Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulten significativos para el grupo objetivo.(25)

La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias. Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas. (26)



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Por tanto, estos aspectos analizados de conducta, actitud social y conocimiento están interrelacionados entre sí y con el tema que nos ocupa en este momento, “*Actitudes y Conductas de Salud Oral de Estudiantes de Primero a Cuarto año de Odontología de la Universidad de Cuenca 2014*”, pues vemos que no solo se trata del accionar simple de un grupo de seres humanos, sino que analizando conceptos elementales de conducta y actitud social, tenemos que tras esa o cualquier acción siempre hay una motivación, una razón suficiente que sirva de base para el resultado final que es la acción última.



## CAPITULO III

---

### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de actitudes y conductas sobre salud oral de los estudiantes de primero a quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca durante el periodo marzo - julio del 2014.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

3.2.1) Describir las características sociodemográficas de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Cuenca.

3.2.2) Identificar las actitudes y conductas de los estudiantes de primero a quinto año por medio del Test Hiroshima University Dental Behavior inventory (HU-DBI).



# CAPITULO IV

---

## DISEÑO METODOLOGICO

### 4.1 Tipo de estudio:

Descriptivo es un estudio de encuesta.

### 4.2 Universo, Muestra

El universo estuvo constituido por 460 estudiantes que incluye estudiantes matriculados de primero a quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, estudiantes de nivelación así como los de postgrado de Rehabilitación Oral y Endodoncia.

Se entrevistó 387 estudiantes, quienes firmaron y aceptaron el consentimiento correspondiente, sin embargo tres de ellos no llenaron el test, dejándolo en blanco, por lo que se les excluyó de la base de datos a estos estudiantes.

Se obtuvo un porcentaje de respuesta de 83.47% de aplicación del test HU-DBI lo que representa que se trabajó sobre la mayoría del universo.

#### 4.2.1 Unidad de Análisis y Observación

Estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.

### 4.3 Criterios de inclusión.

- Estudiantes matriculados de primero a quinto año en Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca (FOUC).
- Estudiantes que quieran participar libre y voluntariamente en el llenado de la encuesta y valoración de conocimientos.
- Estudiantes que firmen el consentimiento informado.

### 4.4 Criterios de exclusión

Estudiantes que no llenen el cuestionario completamente.



#### 4.5 Variables

Edad, sexo, años que cursa, procedencia, nivel de actitud y conducta sobre salud oral, índice HU-DBI.

#### 4.6 Métodos, Técnicas e Instrumentos

Se realizó un test piloto con el fin de ajustar la comprensión de las preguntas con 40 estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca.

- Procedimientos y Técnicas de recolección de la información:

Se aplicó un test aceptado mundialmente para la evaluación de actitudes y conductas en estudiantes de odontología **Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI)**.

El cual consta de veinte preguntas dicotómicas de acuerdo / desacuerdo y que valora las actitudes y conductas, el máximo nivel de actitud y conducta es 12, y se valora bueno de 8-12, regular 4-7, malo 0-3, las preguntas correctas de acierto (si) son la 4, 9, 11, 12,16,19 que si responden como acuerdo se asigna un punto, y las de desacuerdo son las preguntas 2, 6, 8, 10,14, 15 que si se responden en como negativamente (no) se asigna 1 punto, la suma de acuerdos y desacuerdos da el nivel del índice, y se usa para calificar una plantilla.

Este test se adaptó en un estudio piloto previo en una población similar, estudiantes en la Universidad de Cuenca, con el fin de resolver todos los problemas que tendrían las palabras al lenguaje local del cuestionario Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI). Versión traducida al español por (Jaramillo y cols)(3) una vez resuelto los problemas detectados en la experiencia, se aplicó a los estudiantes de odontología.

#### Aplicación del cuestionario

Iniciamos con la explicación del objetivo y fines del trabajo de investigación por el investigador, el tiempo que tuvieron fue de 20 minutos de manera que respondan con tranquilidad con las preguntas.

Una vez transcurrido el tiempo se recogió y se llenó una base de datos, la misma que se verificó que esté libre de errores con 2 personas independientes si se detectó errores en la base de datos, los cuales fueron por fallas en la digitación y se corrigió (depuración de base datos).



#### **4.7 Tabulación**

La tabulación se realizó con 2 personas, en las que la primera ingresó los datos en base de los formularios de recolección de la información y se llenó en una hoja de Excel 2010, y luego la otra persona revisó independientemente los datos desde los formularios, una vez corregidos los errores, se trasladó esta base de datos al programa SPSS versión 15, en donde se realizó el análisis estadístico.

#### **4.8 Consideraciones éticas**

Este trabajo se sometió a la aprobación ética del comité de tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca. Se explicó el objeto del estudio a los estudiantes y se pidió su consentimiento para llenar la encuesta, se explicó además que no se utilizarán los datos sino solo con el fin del estudio. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos en este estudio, el cual no lleva riesgo para la salud de quienes participan en el estudio.

#### **4.9 Análisis de Datos**

La información se tabuló y analizó en un paquete estadístico (SPSS V. 15) y se elaboró los cuadros correspondientes.

Se describió las variables socio-demográficas en un cuadro descriptivo con su correspondiente porcentaje, se graficó las medias del índice según instrucción, año de carrera, una tabla de respuestas según año cursado con el número y su porcentaje, una tabla de respuesta según sexo con sus correspondientes Odds ratio e Intervalo de confianza al 95%.



## CAPITULO V

---

### RESULTADOS.

#### **Tabla Nº.1 Nivel de Actitudes y Conductas en salud Oral de estudiantes de primero a quinto año 2014 según Hiroshima University- Dental Behavior Inventory (HU-DBI).**

En la tabla número uno se puede ver la distribución de las variables sociodemograficas, el número de población encuestada de la Facultad de Odontología fue 384 estudiantes, con una edad promedio de 21,04 años con DS 2,66, Varianza 7,09 la tasa hombre mujer es 1:2, la mayoría de estudiantes fueron de procedencia urbana 96.6%, la gran mayoría de ellos fueron solteros, 301 estudiantes (78,38%) no tuvo contacto clínico con pacientes al momento de la encuesta, y 83 estudiantes (21,61%) si tuvieron contacto, es decir han realizado las prácticas clínicas. El promedio del Índice HU-DBI es 8,97, con DS 1,58, una Varianza 2,5. Este valor del índice es bueno pero mejora en en nivel cuantitativo al avanzar en la carrera.



Tabla N° 1

Descripción de las variables sociodemográficas de los estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad de Cuenca 2014

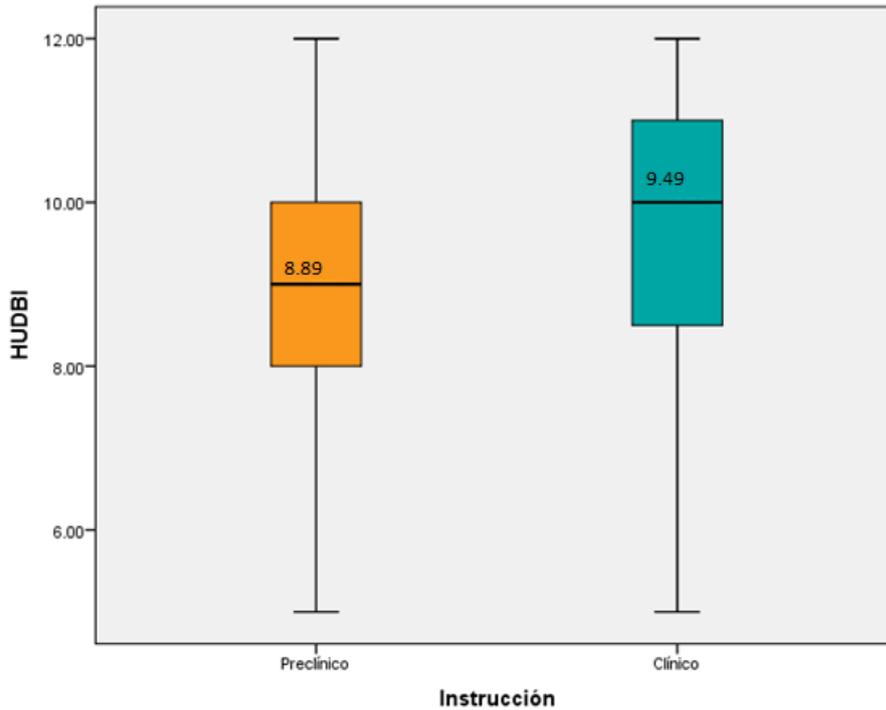
Variable	n=384	%
Sexo		
Mujer	256	66.7
Hombre	128	33.3
Procedencia		
Urbano	371	96.3
Rural	13	3.4
Estado civil		
Soltero	360	93.8
Casada	21	5.5
Unión libre	1	0.3
Viudo	2	0.5
Año de carrera		
Nivelación	31	8.07
1 año	102	26.5
2 año	84	21.8
3 año	84	21.8
4 año	31	8.07
5 año	40	10.4
Postgrado	12	3.12
Edad grupos		
17-21 años	241	62.8
22-26 años	131	34.1
27-31 años	8	2.1
32-37 años	4	1
Instrucción		
Nivelacion	31	8,1
Preclínico	270	70.3
Clínico	83	21.6

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Dr. Fabricio Lafebre



Gráfico N°.1

Diferencia de medias de las actitudes y conductas según el nivel de instrucción de los estudiantes de Odontología, Cuenca 2014.



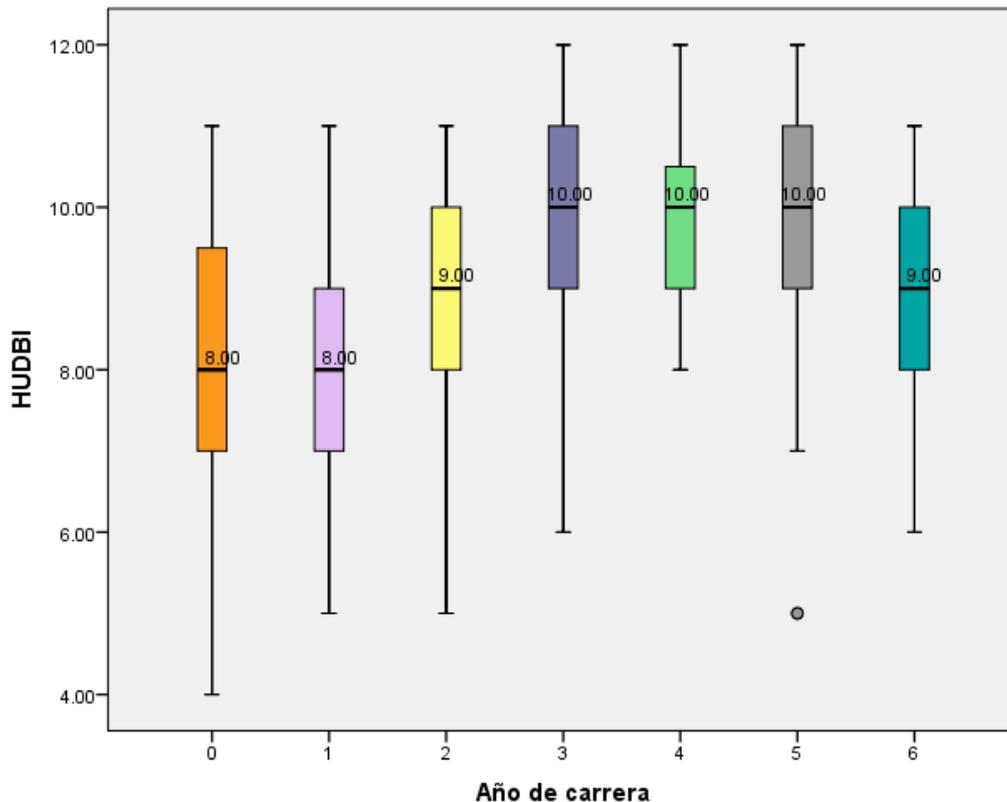
En este gráfico se observa la diferencia de Medias del índice HUDBI entre estudiantes sin experiencia clínica media 8,89 con DS 1.542 y con experiencia clínica media 9,49 con DS 1.485. Esto indica que existió un mejor promedio del índice en los estudiantes con contacto clínico con pacientes y que la educación hacia ellos mismos generó un mejoramiento en la conducta y actitudes de los estudiantes.

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Dr. Fabricio Lafebre



Gráfico N°.2

Diferencia de medias de las actitudes y conductas según el curso de los estudiantes de Odontología, Cuenca 2014.



Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Dr. Fabricio Lafebre

En este gráfico podemos identificar que los estudiantes de nivelación tienen un índice HU-DBI de 8 con DS 1.80, y se mantiene en los estudiantes de primer año que tienen HU-DBI de 8,26 DS 1,55 y aumenta en los estudiantes de segundo año con Índice HU-DBI 9.04 con DS de 1,46, y en estudiantes del tercer año sube el índice HU-DBI a 9.5 con DS 1.48, y se mantiene en los estudiantes de 4 año con HU-DBI 9.1 DS 1.17, al igual que en los estudiantes de quinto año que es HU-DBI de 9.6 con DS 1.69, y cae en los estudiantes de postgrado con HU-DBI a 8.9 con DS 1.44

No se encontró diferencias del índice HU-DBI por sexo en el que el índice de HU-DBI fue de 9.05 con DS 1.55 y en los hombres fue de 8.81 con DS 1.635, por procedencia, Urbano 8.986 con DS 1,574 y Rural HU-DBI de 8.5338 con



DS 1.8081 por estado civil Soltero HU-DBI 8,99 DS 1.57, Casado 8,57 DS 1,64, Viudo 8,5 con DS 0,707

Tabla 2.

Respuestas del índice HU-DBI de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, 2014.

Número de pregunta y Descripción	Nivelación	1ro	2do	3ro	4to	5to	6to
		n %	n %	n %	n %	n %	n %
1. ¿Yo no me preocupu mucho de ir regularmente al dentista?	7 (23%)	49 (13.9%)	32 (9.1%)	20 (5.7)	12 (3.4)	4 (1.1)	3 (0.8)
2. ¿Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes? <b>D</b>	5 (16%)	91 (25.8%)	75 (21.2%)	79 (22.4%)	31 (8.8%)	39 (11.0%)	12 (3.4%)
3. ¿Me preocupa el color de mis dientes?	6 (19.35%)	89 (25.2%)	74 (21.0%)	82 (23.2%)	30 (8.5%)	38 (10.8%)	11 (3.1%)
4. ¿Me he dado cuenta de algunos depósitos pegajosos blancos en mis dientes? <b>A</b>	12 (38.71%)	62 (17.6%)	46 (13.0%)	36 (10.2%)	16 (4.5%)	23 (6.5%)	7 (2.0%)
5. Uso un cepillo pequeño que parece un diseño para niños	0 (0%)	100 (28.3%)	78 (22.1%)	75 (21.2%)	28 (7.9%)	36 (10.2%)	12 (3.4%)
6. ¿Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar usar prótesis al ser anciano"? <b>D</b>	6 (19,35%)	85 (24.1%)	77 (21.8%)	80 (22.7%)	29 (8.2%)	38 (10.8%)	11 (3.1%)
7. Estoy preocupado por el color de mis encías	24 (77,42%)	91 (25.8%)	75 (21.2%)	79 (22.4%)	31 (8.8%)	39 (11.0%)	12 (3.4%)
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario <b>D</b>	2 (6,52%)	32 (9.1%)	23 (6.5%)	21 (5.9%)	11 (3.1%)	17 (4.8%)	1 (0.3%)
9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado <b>A</b>	15 (48,39%)	78 (22.1%)	76 (21.5%)	80 (22.7%)	30 (8.5%)	39 (11.0%)	12 (3.4%)
10 Nunca me han enseñado profesionalmente cómo cepillarse bien <b>D</b>	17 (54,84%)	52 (14.7%)	42 (11.9%)	51 (14.4%)	21 (5.9%)	28 (7.9%)	8 (2.3%)
11 Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes <b>A</b>	4 (12,90%)	60 (17.0%)	68 (19.3%)	79 (22.4%)	30 (8.5%)	39 (11.0%)	10 (2.8%)
12 A menudo verifico mis dientes en un espejo después de cepillarme <b>A</b>	6 (19,35%)	87 (24.6%)	69 (19.5%)	58 (16.4%)	18 (5.1%)	25 (7.1%)	8 (2.3%)
13 Me preocupu por tener mal aliento	0 (0%)	85 (24.1%)	72 (20.4%)	74 (21.0%)	25 (7.1%)	32 (9.1%)	10 (2.8%)
14 Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con cepillado de dientes <b>D</b>	5 (16,13%)	91 (25.8%)	76 (21.5%)	78 (22.1%)	30 (8.5%)	38 (10.8%)	12 (3.4%)
15 Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista <b>D</b>	7 (22,58%)	88 (24.9%)	80 (22.7%)	71 (20.1%)	27 (7.6%)	31 (8.8%)	9 (2.5%)
16 He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo <b>A</b>	24 (77,42%)	66 (18.7%)	70 (19.8%)	76 (21.5%)	29 (8.2%)	38 (10.8%)	10 (2.8%)
17 Uso cepillos con cerdas duras	12 (38,71%)	60 (17.0%)	68 (19.3%)	79 (22.4%)	30 (8.5%)	39 (11.0%)	10 (2.8%)
18 Siento limpios mis dientes sólo si es que los cepillo enérgicamente	14 (45,16%)	70 (19.8%)	67 (19.0%)	79 (22.4%)	30 (8.5%)	37 (10.5%)	12 (3.4%)
19 Siento que a veces me tomo mucho tiempo lavarme los dientes <b>A</b>	138 (41,94%)	47 (13.3%)	53 (15.0%)	68 (19.3%)	26 (7.4%)	35 (9.9%)	11 (3.1%)
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	12 (38,71%)	60 (17.0%)	38 (10.8%)	53 (15.0%)	20 (5.7%)	21 (5.9%)	4 (1.1%)

Para el cálculo del HU-DBI: A = se otorga un punto a cada respuesta de acuerdo; D= se otorga un punto a cada respuesta de desacuerdo.

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Dr. Fabricio Lafebre



Tabla 3.

Diferencias del índice HU-DBI entre hombres y mujeres en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, 2014.

Variable	Hombres (n= 113 )		Mujeres ( n= 240)		OR	IC 95%
	N.	%	N.	%		
1. ¿ Yo no me preocupo mucho de ir regularmente al dentista?	71	20.1%	49	13.9%	0.549	0.345-0.873
2. ¿ Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes?	14	4.0%	12	3.4%	0.521	0.233-1.167
3. ¿ Me preocupa el color de mis dientes?	18	5.1%	11	3.1%	0.752	0.343-1.650
4. ¿ Me he dado cuenta de algunos depósitos pegajosos blancos en mis dientes?	109	30.9%	54	15.3%	0.909	0.581-1.423
5. Uso un cepillo pequeño que parece un diseño para niños	16	4.5%	8	2.3%	0.938	0.389-2.260
6. ¿ Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar usar prótesis al ser anciano"?	22	6.2%	11	3.1%	0.936	0.437-2.003
7. Estoy preocupado por el color de mis encías	169	47.9%	79	22.4%	1.024	0.629-1.669
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	22	6.2%	16	4.5%	0.612	0.308-1.216
9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	112	31.7%	39	11.0%	1.660	1.045-2.639
10. Nunca me han enseñado profesionalmente cómo cepillarse bien	42	11.9%	25	7.1%	0.747	0.429-1.301
11. Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	52	14.7%	36	10.2%	0.592	0.359-0.976
12. A menudo verifico mis dientes en un espejo después de cepillarme	35	9.9%	20	5.7%	0.794	0.435-1.449
13. Me preocupo por tener mal aliento	15	4.2%	13	3.7%	0.513	0.235-1.118
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con cepillado de dientes	34	9.6%	13	3.7%	1.270	0.642-2.512
15. Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	42	11.9%	22	6.2%	0.877	0.495-1.555
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	108	30.6%	50	14.2%	1.031	0.657-1.617
17. Uso cepillos con cerdas duras	26	7.4%	32	9.1%	0.308	0.173-0.548
18. Siento limpios mis dientes sólo si es que los cepillo enérgicamente	82	23.2%	31	8.8%	1.373	0.839-2.245
19. Siento que a veces me tomo mucho tiempo lavarme los dientes	102	28.9%	55	15.6%	0.779	0.498-1.221
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	71	20.1%	41	11.6%	0.738	0.460-1.184

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Dr. Fabricio Lafebre



## CAPITULO VI

---

### DISCUSION.

Una de las tareas importantes que hace un profesional de salud es educar en salud, es decir enseña y estimula a adquirir actitudes y conductas favorables en sus pacientes(26), para que ellos vivan sanos, actividad esta que genera resultados beneficiosos para ellos mismos. (27)

La población de jóvenes que ingresan a la Facultad de Odontología de Universidad de Cuenca por medio del curso denominado nivelación y luego a primer año, tienen índice de Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI) de 8 DS 1.80 y HU-DBI 8,26 DS 1,55 respectivamente, que representa un buen nivel (actitudes y conductas) al compararlos con índices de poblaciones similares de otros países como: Estudiantes Pre-clínicos en Arabia Saudita que tienen índice HU-DBI de 5.8 DS 3 ( un índice regular)(28); R Neerajaa et. al. en Bangalore 2011, India reportan un índice HU-DBI inicial de 6.88 con DS 1.69, en estudiantes de primer año, así mismo menciona que los estudiantes mejoran su índice HU-DBI al entrar en contacto con pacientes con HU-DBI 7 y DS 2.45  $p= 0.019$  (28)

En la carrera de Odontología de la Universidad de Cuenca se imparte la cátedra teórica de preventiva en el segundo año, y en el tercer año la cátedra de periodoncia, en las cuales se realiza procedimientos de educación en salud oral en la que los mismos compañeros de aula son alternadamente pacientes y tratantes, son supervisados por profesores quienes se enfocan en las actividades de educación en salud y técnicas de higiene oral, y que podría explicar el comportamiento de los índices en tercero, cuarto y quinto año y tienen efecto en aumento del índice de actitudes y conductas HU-DBI con un índice de 8 en estudiantes de nivelación y primero, a los de segundo y tercero con un índice de 9, una vez que pasan a cuarto año con un índice de 10 el mismo que se mantiene en quinto año. Aumento que se explicaría por su trabajo educativo en sus pacientes y que actúa en ellos mejorando y manteniendo un índice elevado de actitudes y conductas de salud oral.



Estos hallazgos están en concordancia con los estudios internacionales que se reportan en estudiantes de Odontología japoneses quienes atienden a pacientes, tienen un buen índice HU-DBI con una media de 10.04 y un DS de 1.55 en el egreso de la carrera, a diferencia de los estudiantes griegos que tendrían un índice regular de 7.44 DS 2.55 en el egreso de la carrera. En nuestro estudio el cambio HU-DBI de un estado preclínico a un estado clínico es de 8.89 DS 1,54 a 9,49 DS 1,48.(29) Con lo que podríamos afirmar que es el contacto clínico lo que estimula a adquirir mejores actitudes y conductas en nuestros estudiantes (30), estos hallazgos que están en concordancia con varios estudios de diferentes poblaciones y culturas, mencionamos los del estudio de Dumitrescu y colaboradores, en 2007 en Rumania reporta un mejoramiento del índice de HU-DBI de los primeros a los últimos años (30)

El estudio de Rong, Wang, Yip et al. En 2006 , menciona un mejoramiento del índice HU-DBI entre los estudiantes Turcos que ingresan a la carrera, y los que salen de la misma(31).

R. Neerajaa G. Kayalvizhia P. Sangeethaa mencionan que existe un mejoramiento de los estudiantes de primer año y los que egresan de la carrera, en estudiantes de Bangalore India (28), mencionando que los estudiantes deberían ser un ejemplo de actitudes y conductas positivas de salud oral y promotores tanto para sus familias, amigos y pacientes, así mismo Sinem et al mencionan que la motivación es la que mantiene una buena salud oral.(33)

Sinem Yildiza , Basak Dogana menciona también mejoría en las conductas y actitudes de estudiantes de odontología de Turquía en la que afirma los estudiantes preclínicos tienen HU-DBI de 6 DS 1.86 y los clínicos 7.47 DS 1.86 y con  $p= 0.001$  .(33)

Jaramillo en su estudio, compara estudiantes de Ingeniería Civil y estudiantes de Odontología de Medellín Colombia en 2013 con el Índice de HU-DBI y muestra diferencias significativa entre ellos.(21)

Solo existe un reporte en la literatura de Dagli y colaboradores en 2008 afirman que no hay diferencia entre estudiante hindúes en el índice HU-DBI que entran y salen de la carrera (34).



En nuestro estudio no encontramos diferencias significativas entre los índices de hombres y mujeres, esto se debe posiblemente a las actividades similares que realizan ambos géneros y que son influenciadas positivamente por la igualdad de conocimientos recibidos, por las creencias, valores y expectativas que se vuelven también similares entre hombres y mujeres y debido al ambiente social en el que conviven muchas de las horas a la semana entre compañeros y compañeras, es decir las relaciones interpersonales del grupo.

Estos hallazgos coinciden con el estudio de Rushabh J, (34) , y Dagli y Tadakamadla en 2008 (34), quien tampoco encontró diferencias significativas entre género, así mismo Mohammad Abdul Baseer, Ghousia Rahman 2014(35) encuentra diferencias en género en estudiantes de Arabia Saudita en la que el 88% de estudiantes encuestadas fueron mujeres, así mismo en población cultural similar de árabes en Palestina E. Kateeb(36) reporta diferencias de género significativas de las mujeres en relación a los varones, pero esto quizá se explique por la cultura y creencias de las poblaciones, sin embargo se ha reportado una mejor actitud y conductas de salud oral del género femenino frente al masculino en población adolescente en el estudio de Ostberg AL en 1999 en población nórdica(37), así mismo en el mismo año Fukai K. y colaboradores reporta diferencias de índice HU-DBI en población Japonesa en el que tiene mejor índice las mujeres que los hombres, él explica sus hallazgos como más positivos en las mujeres debido a que las mujeres usualmente cuidan más su apariencia física, y que están más dispuestas a visitar al odontólogo para mantenerse atractivas y con buena presentación, nosotros podríamos decir que en el contexto actual es diferente y que la apariencia física y preocupación por atractivo se mantiene en igual en ambos géneros(38) y que es una de las explicaciones a nuestros resultados. Coincidiendo con estudio de, Dagli , y Santhosh Tadakamadla en 2008(34)

Se encontró al analizar los estudiantes de postgrado una disminución de la media de 10 de los de quinto año del índice HU-DBI a un nivel compatible con los de tercer año es decir 9, podría explicarse por que no todos los estudiantes de postgrado son egresados de nuestra facultad ni tuvieron el esquema de formación que actualmente se lleva en la Facultad sin embargo, este es un hallazgo que debería explorarse en otro trabajo de investigación con el fin de determinar la veracidad de este hallazgo.

En relación con la procedencia no se encontró diferencia entre los estudiantes de procedencia rural y urbana debido a que la mayoría era urbana 96.3%.



Otro estudio Basak D et al. 2013 en Turquía compara Índice HU-DBI entre estudiantes de odontología y estudiantes de enfermería en la que se reporta para los estudiantes de odontología índice de 9.11 DS 1.51 versus los estudiantes de Enfermería índice HU-DBI de 5.63 DS1.53 con  $p < 0.001$  (39)

Los hallazgos anteriores en los que se muestra un aumento de índice de HU-DBI se puede generar una hipótesis de que la carrera genera un cambio en conductas y actitudes medidas en el índice de HU-DBI mejorándolas y que este se potencia aún más en el contacto con pacientes. Se debe también comentar el resultado de los estudiantes de postgrado en que sus actitudes y conductas medidas en el índice de HU-DBI se pone a un nivel de 9, teniendo en cuenta que son estudiantes no todos son egresados de la Facultad, muchos de los cuales además egresaron hace algún tiempo y no representarían un producto de el nuevo programa de la Facultad de Odontología, sin embargo este hallazgo debería ser investigado con un nuevo trabajo de investigación.

Se debe mencionar que el estudio de Jaramillo (20) compara a estudiantes de Ingeniería Civil y de Odontología con el Índice de HU-DBI que demuestra diferencias significativas entre los dos grupos de estudiantes, lo que debería ser un estímulo para hacer un estudio comparativo entre las diferentes carreras de la Universidad de Cuenca.

## CAPITULO VII

---



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La carrera de Odontología de la Universidad de Cuenca, genera cambios positivos en las actitudes y conductas de los estudiantes medidos por el HU-DBI, debido a que hay una estructura social y un entorno favorable a mejorar las actitudes y conductas. Además el trabajar en pacientes potencializa aún más del índice de actitudes y conductas de los estudiantes.

Se recomienda realizar una nueva investigación dirigido a los estudiantes de postgrado y a los profesionales egresados de la Facultad, de manera que se investigue cómo se encuentra el índice de HU-DBI, así mismo se debería ampliar este estudio a las demás carreras y programas de la Universidad de Cuenca, con el fin de determinar cuál es el nivel de conductas y actitudes de los mismos y si fuera el caso generar en esta población un mejor nivel de conductas y actitudes hacia la salud oral, emprendiendo programas de educación para la salud oral en los estudiantes de la Universidad de Cuenca.

## BIBLIOGRAFIA

---



- 1) Petersen PE. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31 (1): 3-23.)
- 2) Organización Panamericana de la Salud. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales 24 DE FEBRERO DE 2004 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/> accesado 07/01/2015
- 3) Rojas, Vicente Fuenmayor Fernández, Manual de higiene bucal Panamericana Madrid España 2009
- 4) Loe H, Thielde E.Jensen SS: Experimental gingivitis in men, *J. periodontol* 36:177. 1965
- 5) ALEX B. BEREZOW & RICHARD P. DARVEAU Microbial shift and periodontitis *Periodontology* 2000, Vol. 55, 2011, 36–47
- 6) Flemming TF. Periodontitis, *Ann Periodontol* Ann Periodontol. 1999 Dec;4(1):32-8.
- 7) FRIDUS VAN DER WEIJDEN & DAGMAR ELSE SLOT Oral hygiene in the prevention of periodontal diseases: the evidence *Periodontology* 2000, Vol. 55, 2011, 104–123)
- 8) MARK A. REYNOLDS Modifiable risk factors in periodontitis: at the intersection of aging and disease *Periodontology* 2000 Volume 64, Issue 1, Article first published online: 9 DEC 2013
- 9) J. Cowpe, A. Plasschaert, et al. Profile and competences for the graduating European dentist – update 2009 *European Journal of Dental Education* 14 (2010) 193–202
- 10) Sausan Al Kawas, Kauser Sadia Fakhruddin, Betul Ur Rehman A COMPARATIVE STUDY OF ORAL HEALTH ATTITUDES AND BEHAVIOR BETWEEN DENTAL AND MEDICAL STUDENTS; THE IMPACT OF DENTAL EDUCATION IN UNITED ARAB EMIRATES (*J Int Dent Med Res* 2010; 3: (1), pp. 6-10) accesado 29 de 04 2014 <http://www.ektodermaldisplazi.com/journal.htm>
- 11) Komabayashi T, Kwan SYL, Hu DY, Kajiwaru K, Sasahara H, Kawamura M. A comparative study of oral health attitudes and behavior using Hiroshima University- Dental Behavioral Inventory (HU-DBI) between dental students in Britain and China. *J Oral Sci.* 2005; 47: 1-7
- 12) Mohammad R. Khami, Jorma I. Virtanen, et al. Oral health behaviour and its determinants amongst Iranian dental students *Eur. J. Dent. Educ.* 2007; 11: 42–47
- 13) Rushabh J. Dagly, Santhosh Tadakamadla, Chandrakant D, et al. Self reported dental health attitude and behavior of dental students in India



- Journal of Oral Science , Vol 50.No 50, No 3. 267-272,2008
- 14) Ilkay P, Alkurt MT. Oral Health Attitudes and Behavior among a Group of Turkish Dental Students. Eur J Dent. 2009; 3:24-31.
  - 15) Kawamura M1, Honkala E, Widström E, Komabayashi T Cross-cultural differences of self-reported oral health behaviour in Japanese and Finnish dental students. Int Dent J. 2000 Feb;50(1):46-50.
  - 16) AJ Sharda, S Shetty A comparative study of oral health knowledge, attitude and behaviour of first and final year dental students of Udaipur city, Rajasthan, India Int J Dent Hygiene 6, 2008; 347–353
  - 17) Mohammad Abdul Baseer<sup>1</sup>, Ghousia Rahman<sup>2</sup>, Zainab Al Kawaey<sup>3</sup>, Batool Al Awamy<sup>3</sup>, Zahra Al Manmeen<sup>3</sup>, Fatima Al Shalaty , Evaluation of Oral Health Behavior of Female Dental Hygiene Students and Interns of Saudi Arabia by Using Hiroshima University Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) OHDM - Vol. 12 - No. 4 - December, 2013
  - 18) E. Kateeb Gender-specific oral health attitudes and behaviour among dental students in Palestine Eastern Mediterranean Health Journal • Vol. 16 No. 3. 329- 333 • 2010
  - 19) Sausan Al Kawa s, Kauser Sadia Fakhruddin, Betul Ur Rehman A COMPARATIVE STUDY OF ORAL HEALTH ATTITUDES AND BEHAVIOR BETWEEN DENTAL AND MEDICAL STUDENTS; THE IMPACT OF DENTAL EDUCATION IN UNITED ARAB EMIRATES J. Int. Dent. Med. Res. 2010; 3: (1), pp. 6-10
  - 20) Jaramillo Jorge A., Jaramillo Fredy et. Al. A comparative study of oral health attitudes and behavior using the Hiroshima University - Dental Behavioral Inventory (HU-DBI) between dental and civil engineering students in Colombia Journal of Oral Science, Vol. 55, No. 1, 23-28, 2013
  - 21) Sato Manuel, Camino Javier, et. al Effect of Dental Education on Peruvian Dental Students' Oral Health-Related Attitudes and Behavior Journal of Dental Education Journal of Dental Education Journal of Dental Education Volume 77, Number 9, 2013
  - 22) Ubillos Silvia, Mayordomo Sonia, Páez Darío ACTITUDES: DEFINICIÓN Y MEDICIÓN COMPONENTES DE LA ACTITUD. MODELO DE LA ACCIÓN RAZONADA Y ACCIÓN PLANIFICADA capitulo X Psicología Social, Cultura y Educación [www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf](http://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf) accedido 19/08/2014
  - 23) El Ergonomista, Definición de Conducta. [consulta en línea febrero 2009] <http://www.elergonomista.com/biologia/conducta.htm>
  - 24) Recalde, Luis. Concepto y Fundamento de la Psicología Social [consulta en línea febrero 2009] <http://www.monografias.com/trabajos5/psicoso/psicoso.shtml#acti>



- 25) Ercilia Lugo Angulo, I MsC. Lizet García Cabrera et al La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad MEDISAN 2013; 17(4): 677
- 26) Cortes F.J, Nevot C. Roman JM (2002) the evolution of dental health in dental students at University of Barcelona J.Dent Educ. 66, 1203-1208.
- 27) Imram Alam Moheet, Imram Farooq Self- Reported differences between health attitudes of pre-clinical and clinical students at a dental teaching institute in Saudi Arabia The Saudi Dental Journal (2013) 25, 149-152
- 28) Neerajaa R, Kayalvizhia G, P Sangeethaa D. Oral Health Attitudes and Behavior among a Group of Dental Students in Bangalore India European Journal of Dentistry April 2011 - Vol.5
- 29) Polichronopoulou Argy, Kawamura Makoro Oral self-behaviors: Comparing Greek and Japanese dental Students Euro.J. Dent Educ. 2005;9: 164-170.
- 30) Dumitrescu AL, Kawamura M, Sasahara H. An assessment of oral self-care among Romanian dental students using the Hiroshima University-Dental Behavioural Inventory. Oral Health Prev Dent 2007;5(2):95–100.
- 31) Rong WS, Wang WJ, Yip HK. Attitudes of dental and medical students in their first and final years of undergraduate study to oral health behavior. Eur J Dent Educ 2006;10(3):178-84.
- 32) R Neerajaa G Kayalvizhia P Sangeethaa Oral Health Attitudes and Behavior among a Group of Dental Students in Bangalore, India European Journal of Dentistry April 2011 - Vol.5.
- 33) Sinem Yildiza , Basak Dogana Self Reported Dental Health Attitudes and Behaviour of Dental Students in Turkey Eur J Dent 2011;5:253-259
- 34) Dagli RJ, Tadakamadla S, Dhanni C, Duraiswamy P, Kulkarni S. Self reported dental health attitude and behavior of dental students in India. J Oral Sci 2008;50:267-272
- 35) Mohammad Abdul Baseer, Ghousia Rahman Oral health attitudes and behavior among a group of female Saudi dental students Saudi Journal of Oral Sciences V1 N1 January 2014
- 36) Kateeb E. Gender-specific oral health attitudes and behavior among dental students in Palestine Eastern Mediterranean Health Journal Vol. 16 No. 3 2010
- 37) Ostberg AL, Halling A, Lindblad U. Gender differences in knowledge, attitude, behavior and perceived oral health among adolescents. Acta odontologica scandinavica, 1999, 57:231–6.
- 38) Fukai K, Takaesu Y, Maki Y. Gender differences in oral health behavior and general health habits in an adult population. Bulletin of Tokyo Dental College, 1999, 40(4):187–93.
- 39) Basak Dogan Differences in Oral Health Behavior and Attitudes Between



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Dental and Nursing Students Journal of Marmara University Institute of Health Sciences Vol. 3 , Number 1, 2013

# ANEXOS

---

## Anexo 1

### Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
----------	------------	-----------	-----------	--------



Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Años cumplidos	Numérica 18-21 22-25
Genero	Caracteres sexuales externos que indican su género masculino o femenino	Caracteres sexuales externos	Masculino Femenino	Nominal Masculino/ Femenino
Año que cursa	Años que cursa en la FOUC	Año que cursa en FOUC	Año de carrera	Numérica 1,2,3,4
Procedencia	Lugar donde reside habitualmente	Lugar con disposición geográfica de organización viviendas , servicios	Urbano Rural	Si reside en una ciudad o reside en el campo
Nivel de conocimiento en salud oral	Es la medida del estudiantes de responder a los aprendizajes sobre conceptos de salud bucal aprendidos de manera tacita en la carrera	Conocimiento sobre frecuencia de visita al odontólogo, sangrado al cepillado, factores que cambian color de dientes, de placa y cálculos, de necesidades protésicas, coloración gingival, frecuencia de cepillado, sobre dentífricos, sobre halitosis, sobre instrumentos de HO	Encuesta de salud basada en HU-BDI	Ordinal Bueno (8- 10) Regular (4-7) Malo (0-3)
Nivel de conducta sobre salud oral	Medida de la actividad humana que se manifiesta en respuesta a un estímulo, son reacciones aprendidas mediante estereotipos de la cultura y en respuesta a la educación y que es modificada continuamente por la información motivación	Tener una Medida inadecuada de cepillo de dientes, realizar un cepillado minucioso y cuidadoso, tener una técnica recomendada por un profesional, preocupación del estado del los dientes luego del cepillado, dolor como consulta principal de odontología, uso de revelador como control individual de placa, uso del cepillo con calidad adecuada, tiempo de cepillado, motivación del profesional sobre salud oral	Encuesta de salud basada en HU-BDI	Ordinal Bueno (8- 10) Regular (4-7) Malo (0-3)

## Anexo 2

### Test Hiroshima University Dental Behavior Inventory

#### Formulario:

Nombre: \_\_\_\_\_ Me interesa saber a qué se debe la alteración del color de las encías

Edad años cumplidos	
Genero	Masculino( ) Femenino( )
Procedencia	Urbano( ) Rural( )



Estado civil	Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Divorciado ( ) Unión Libre ( )
Año que cursa	Primero ( ) Segundo ( ) tercero ( ) Cuarto ( )

1	¿Yo no me preocupo mucho de ir regularmente al dentista?	Si ( )	No ( )
2	¿Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes?	Si ( )	No ( )
3	¿Me preocupa el color de mis dientes?	Si ( )	No ( )
4	¿Me he dado cuenta de algunos depósitos pegajosos blancos en mis dientes?	Si ( )	No ( )
5	Uso un cepillo pequeño que parece un diseño para niños	Si ( )	No ( )
6	¿Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar usar prótesis al ser anciano"?	Si ( )	No ( )
7	Estoy preocupado por el color de mis encías	Si ( )	No ( )
8	Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	Si ( )	No ( )
9	Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	Si ( )	No ( )
10	Nunca me han enseñado profesionalmente cómo cepillarse bien	Si ( )	No ( )

11	Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	Si ( )	No ( )
12	A menudo verifico mis dientes en un espejo después de cepillarme	Si ( )	No ( )
13	Me preocupo por tener mal aliento	Si ( )	No ( )
14	Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con cepillado de dientes	Si ( )	No ( )
15	Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	Si ( )	No ( )
16	.He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	Si ( )	No ( )
17	Uso cepillos con cerdas duras	Si ( )	No ( )
18	Siento limpios mis dientes sólo si es que los cepillo enérgicamente	Si ( )	No ( )
19	Siento que a veces me tomo mucho tiempo lavarme los dientes	Si ( )	No ( )
20	He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	Si ( )	No ( )