



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PRÁCTICAS EN SALUD ORAL CON EL TEST DE HIROSHIMA UNIVERSITY DENTAL BEHAVIOR INVENTORY EN LAS FACULTADES DE: JURISPRUDENCIA (CARRERAS DE: DERECHO Y ORIENTACIÓN FAMILIAR), HOSPITALIDAD (CARRERAS DE, GASTRONOMÍA, HOTELERÍA Y TURISMO) Y ARTES (CARRERAS DE: INSTRUCCIÓN MUSICAL, ARTES VISUALES, DANZA Y TEATRO); DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2015.**

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ODONTÓLOGO

AUTORAS: LORENA VIVIANA GARCÍA ÁLVAREZ  
NANCY PAOLA TOLEDO ARMIJOS

DIRECTOR: DR. MILTON FABRICIO LAFEBRE CARRASCO

CUENCA-ECUADOR

2016



## RESUMEN:

La buena higiene oral es clave para una buena salud y juega un papel fundamental en la mejora de la calidad de vida. Los adultos jóvenes comprenden un grupo etario de importancia, debido a que el impacto que se pueda tener sobre sus conductas va a intervenir en el desarrollo de estilos de vida. Se demostró el nivel de prácticas de salud oral en los estudiantes de las facultades de Jurisprudencia (carreras: Derecho y Orientación Familiar), Hospitalidad (carreras: Gastronomía, Hotelería y Turismo), Artes (carreras :Instrucción Musical, Artes Visuales, Danza y Teatro); de la Universidad de Cuenca, con el Índice H.U-DBI. Se obtuvo como resultado del índice una media de 6,41, que significa regular, además existió diferencias significativas en cuanto a la edad, el rango comprendido entre 17-21 años arrojaron una media de 6,55, mientras que el segundo grupo de 22-46 años fue de 6,22, según el sexo las mujeres obtuvieron una media de 6,54, frente a una media de 6,25 de los hombres, de la misma manera el grupo de los primeros años de estudio obtuvo 6,54 mientras el grupo de los últimos años fue de 6,29, no existió diferencia estadísticamente significativa entre residencia, facultades y raza.

**Objetivos:** Determinar el Índice H.U-DBI en las facultades encuestadas.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo con los alumnos de las facultades mencionadas, se analizó el universo, los datos fueron obtenidos mediante encuestas, aplicando dicho índice

**Palabras clave:** PRACTICAS, SALUD ORAL, HU-BI, JURISPRUDENCIA, HOSPITALIDAD, ARTES.



## ABSTRACT:

Good oral hygiene is key to good health and plays a key role in improving the quality of life. Young adults comprise an age group of importance, because the impact they may have on their behaviors will intervene in the development of lifestyles. The level of oral health practice was demonstrated in the students of Jurisprudence (careers: Law and Family Orientation), Hospitality (careers: Gastronomy, Hospitality and Tourism), Arts (careers: Music Instruction, Visual Arts, Dance and Theater); Of the University of Cuenca, with the H.U-DBI Index. As a result of the index an average of 6.41, which means regular, in addition there were significant differences in age, the range between 17-21 years averaged 6.55, while the second group of 22 -46 years was 6.22, according to gender the women obtained an average of 6.54, compared with an average of 6.25 of the men, in the same way the group of the first years of study obtained 6.54 While the group of the last years was 6.29, there was no statistically significant difference between residence, faculties and race.

**Objectives:** To determine the H.U-DBI Index in the faculties surveyed.

**Materials and methods:** A descriptive study was carried out with the students of the mentioned faculties, the universe was analyzed, the data were obtained through surveys, applying this index.

**Keywords:** PRACTICES, ORAL HEALTH, HU-DBI, JURISPRUDENCE, HOSPITALITY, ARTS.



ÍNDICE:

RESUMEN:	2
ABSTRACT:	3
INTRODUCCIÓN	14
CAPITULO I	16
Planteamiento del problema	16
<b>1.2 Justificación</b>	17
CAPITULO II	19
2.1 Marco Teórico	19
CAPITULO III	30
<b>3.1 Objetivos generales</b>	30
<b>3.2 Objetivos específicos</b>	30
CAPITULO IV	33
MATERIALES Y MÉTODOS	34
4.1 Diseño metodológico	34
4.2 Tipo de estudio:	34
4.3 Universo, Muestra:	34
4.4 Unidad de Análisis y Observación:	35
4.5 Criterios de inclusión:	35
4.6 Criterios de exclusión:	35
4.7 Variables:	35
4.8 Métodos, técnicas e instrumentos:	36
4.9 Aplicación del cuestionario	36
4.10 Plan de análisis -Tabulación	37
4.11 Resultados esperados, transferencia y difusión del proyecto	37
CAPITULO V	37
5. RESULTADOS:	37
5.1 Análisis de datos.	38
5.2 Caracterización de la muestra.	38
CAPÍTULO VI	59
.....	59
DISCUSIÓN:	59
CAPITULO VII	62
CONCLUSIONES:	62
BIBLIOGRAFÍA:	63
ANEXOS:	70



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**Cláusula de propiedad intelectual**

Cuenca, 05 de enero de 2017

Lorena Viviana García Álvarez, autor de la tesis "PRÁCTICAS EN SALUD ORAL CON EL TEST DE HIROSHIMA UNIVERSITY DENTAL BEHAVIOR INVENTORY EN LAS FACULTADES DE: JURISPRUDENCIA (CARRERAS DE: DERECHO Y ORIENTACIÓN FAMILIAR), HOSPITALIDAD (CARRERAS DE, GASTRONOMÍA, HOTELERÍA Y TURISMO) Y ARTES (CARRERAS DE: INSTRUCCIÓN MUSICAL, ARTES VISUALES, DANZA Y TEATRO); DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2015", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

  
\_\_\_\_\_  
**Lorena Viviana García Álvarez**

C.I 0105320303



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**Cláusula de propiedad intelectual**

Cuenca, 05 de enero de 2017

Lorena Viviana García Álvarez, autor de la tesis "PRÁCTICAS EN SALUD ORAL CON EL TEST DE HIROSHIMA UNIVERSITY DENTAL BEHAVIOR INVENTORY EN LAS FACULTADES DE: JURISPRUDENCIA (CARRERAS DE: DERECHO Y ORIENTACIÓN FAMILIAR), HOSPITALIDAD (CARRERAS DE, GASTRONOMÍA, HOTELERÍA Y TURISMO) Y ARTES (CARRERAS DE: INSTRUCCIÓN MUSICAL, ARTES VISUALES, DANZA Y TEATRO); DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2015", 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 del título de Odontólogo. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autor.

**Lorena Viviana García Álvarez**

**C.I 0105320303**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**Cláusula de propiedad intelectual**

Cuenca, 05 de enero de 2017

Nancy Paola Toledo Armijos, autor de la tesis "PRÁCTICAS EN SALUD ORAL CON EL TEST DE HIROSHIMA UNIVERSITY DENTAL BEHAVIOR INVENTORY EN LAS FACULTADES DE: JURISPRUDENCIA (CARRERAS DE: DERECHO Y ORIENTACIÓN FAMILIAR), HOSPITALIDAD (CARRERAS DE, GASTRONOMÍA, HOTELERÍA Y TURISMO) Y ARTES (CARRERAS DE: INSTRUCCIÓN MUSICAL, ARTES VISUALES, DANZA Y TEATRO); DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2015", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

**Nancy Paola Toledo Armijos**


**C.I 0105111116**



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
Cláusula de propiedad intelectual

Cuenca, 05 de enero de 2017

Nancy Paola Toledo Armijos, autor de la tesis "PRÁCTICAS EN SALUD ORAL CON EL TEST DE HIROSHIMA UNIVERSITY DENTAL BEHAVIOR INVENTORY EN LAS FACULTADES DE: JURISPRUDENCIA (CARRERAS DE: DERECHO Y ORIENTACIÓN FAMILIAR), HOSPITALIDAD (CARRERAS DE, GASTRONOMÍA, HOTELERÍA Y TURISMO) Y ARTES (CARRERAS DE: INSTRUCCIÓN MUSICAL, ARTES VISUALES, DANZA Y TEATRO); DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2015", 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 del título de Odontólogo. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autor.

  
Nancy Paola Toledo Armijos  
C.I 0105111116





## DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a Dios por llevarme siempre de su mano, por ser mi guía, mi apoyo fundamental en todo momento.

A mis padres que con su infinito apoyo, dedicación y comprensión me acompañaron a lo largo de mi carrera.

A mi abuelita María, mi compañera de estudio, por todo el amor que me brinda y lo que representa en mi vida.

A Narcisa, Carlos y Gloria que han sido uno de los pilares fundamentales en mi vida, por su apoyo e infinito amor.

**Lorena Viviana García Álvarez**



## DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y por permitirme el haber llegado a este momento tan importante de mi formación académica, a mis padres por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño, valores y apoyo incondicional haciendo posible la culminación de mi carrera profesional. A mi hermano por estar siempre a mi lado, brindándome su confianza en todo lo necesario para cumplir mis objetivos como estudiante y persona.

**Nancy Paola Toledo Armijos**



## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme permitido alcanzar una de mis metas en la vida, que es culminar mi carrera, por acompañarme y brindarme la fortaleza y sabiduría para afrontar todas las dificultades que se me han presentado a lo largo de este camino, además de regalarme una familia maravillosa.

A mis padres Valentín y Rosa quienes con su infinito apoyo, amor y sus sabios consejos me han alentado a luchar por mis sueños y superar todos los obstáculos que se han presentado, a mi hermano Edgar por siempre apoyarme, y acompañarme de manera incondicional. A todos mis maestros que contribuyeron con sus conocimientos en mi formación de manera especial a nuestro director de tesis Dr. Fabricio Lafebre Carrasco por brindarnos su apoyo durante la realización de este trabajo, A mi amiga y compañera de tesis, Paola Toledo por ser siempre mi apoyo, confidente y amiga incondicional a lo largo de estos años.

Además quiero agradecer a todos aquellas personas que han estado a mi lado durante este trayecto brindándome su apoyo, ayuda y cariño en cada momento.

Lorena Viviana García Álvarez



## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiarme durante todo este camino, por darme fuerzas y valor para superar los obstáculos y dificultades que se han presentado a lo largo de mi vida. A mis padres Milton y Nancy quien con su ejemplo y sus sabios consejos me han enseñado a no desfallecer y a luchar siempre por mis sueños. A mi hermano David por su compañía, cariño y contribución para hacer realidad este logro. También me gustaría agradecer a cada uno de mis profesores durante toda mi carrera por aportar con sus valiosos conocimientos en mi formación, de manera especial a nuestro director de tesis Dr. Fabricio Lafebre Carrasco por brindarnos su apoyo en este largo camino para culminar con éxito este proyecto. A mi amiga y compañera de tesis, Lorena García por su amistad valiosa lo largo de todos estos años de carrera. Finalmente agradezco a mis compañeros y demás familiares por el cariño, la paciencia y ayuda que me brindaron en cada momento.

**Nancy Paola Toledo Armijos**



## INTRODUCCIÓN

Una correcta higiene oral es un factor importante para la salud general y como tal tiene un impacto positivo en el bienestar físico, mental y social. La adquisición de nuevas guías de autocuidado oral en los estudiantes ha permitido un mejor control de la higiene oral y por lo tanto constituye una parte integral de la salud general de cada uno. La mala salud oral además de causar dolor, y dificultad para realizar funciones como hablar, alimentarse, tiene un impacto en la interacción social y afecta negativamente a otras condiciones de salud.<sup>2</sup>

La salud dental es un concepto muy individualizado, en este estudio su percepción estuvo determinada por la edad, residencia, sexo, nivel de educación, entre otras variables aplicadas en los estudiantes de las facultades de: Jurisprudencia (carreras de: Derecho y Orientación familiar), Hospitalidad (carreras de, Gastronomía, Hotelería y Turismo) y Artes (carreras de: Instrucción Musical, Artes Visuales, Danza y Teatro); de la Universidad de Cuenca. La actitud de la gente hacia sus propios dientes y la actitud del dentista que proporcionan cuidado dental juegan un papel importante en la determinación de la condición de salud bucal.

Los seres humanos han adquirido comportamientos de salud oral debido a prácticas aprendidas a lo largo de su vida y culturalmente determinados por normas sociales.<sup>2</sup>

Es importante saber qué nivel de prácticas presentan los estudiantes universitarios sobre salud bucal, para tener una idea y entender como las carreras universitarias influyen en la salud oral, de esta manera podemos contribuir en la planificación de futuras intervenciones y refuerzos educativos en este grupo de personas. La educación para la salud es un complemento indispensable de toda acción médica, sea ella de fomento, protección o recuperación de la salud, ya que se preocupa de crear conductas, reforzar hábitos y actividades que contribuyan a mantener al individuo sano y evitar la enfermedad.<sup>3</sup>



Existen conductas y hábitos en los estudiantes de la presente investigación que no demuestran aún un aprendizaje significativo y suficiente de las mismas, y que además existen diferencias entre las diferentes variables que requieren ser descritos.

Para examinar las prácticas de salud oral de los estudiantes se aplicó el test de Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI), el mismo que fue aceptado y validado internacionalmente, desarrollado por Kawamura, consta de veinte preguntas que suscitan respuestas dicotómicas (de acuerdo/desacuerdo).<sup>4</sup>



## Planteamiento del problema

Dentro de las patologías estomatológicas más prevalentes tenemos la caries y la enfermedad periodontal siendo estas consideradas un problema de salud pública a nivel mundial, cuyo factor etiológico es la placa bacteriana.<sup>5</sup>

En la actualidad, la distribución y severidad de las mismas varía de una región a otra y su aparición está asociada con factores socioculturales, económicos, ambientales y del comportamiento.<sup>6</sup> Tanto la caries dental como la enfermedad periodontal se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes y adultos, el porcentaje de individuos con periodontitis moderada o severa se incrementa con la edad.<sup>7</sup>

El conocimiento de la salud oral se considera un requisito previo esencial para el comportamiento del paciente, estudios han demostrado que existe una gran asociación entre un mayor conocimiento y una mejor salud oral.<sup>8</sup>

Existe escasa información sobre salud oral a la que tienen acceso los estudiantes de formación profesional diferente a la odontología, en un estudio realizado por Ola B. Al-Batayneh et al en 2014, en la Universidad de Ciencia y Tecnología de Irbid, Jordan, se comparó las prácticas sobre salud oral en estudiantes de diferentes carreras, obteniendo como resultado que los estudiantes de Odontología mostraron mayor conocimiento y mejores prácticas entre las disciplinas estudiadas.<sup>9</sup>



***¿Cuál es el nivel de práctica en salud oral de los estudiantes, en las facultades de: Jurisprudencia (carreras de: Derecho y Orientación familiar), Hospitalidad (carreras de, Gastronomía, Hotelería y Turismo) y Artes (carreras de: Instrucción Musical, Artes Visuales, Danza y Teatro); de la Universidad de Cuenca, 2015?***

## **1.2 Justificación**

La educación y la salud están íntimamente relacionadas y se refuerzan mutuamente, en donde la educación se considera importante al disminuir los índices pobreza de la población y enfermedad.<sup>10</sup> El plan de estudio de los estudiantes dentro de las facultades de: Jurisprudencia (carreras de: Derecho y Orientación familiar), Hospitalidad (carreras de, Gastronomía, Hotelería y Turismo) y Artes (carreras de: Instrucción Musical, Artes Visuales, Danza y Teatro) no se basa en información o entrenamiento de técnicas y destrezas odontológicas, *Ola B. Al-Batayneh et al en 2014*, en la Universidad de Ciencia y Tecnología de Irbid, Jordan realizaron un estudio en el cual se comparó prácticas sobre salud oral en diferentes carreras, mencionan que como se esperaban, los estudiantes de odontología presentaron mejores prácticas de salud oral, además de un mayor uso de auxiliares de higiene oral, sin embargo estudios que comparen la población general de estudiantes universitarios han sido escasos y se ha prestado poca atención al contexto en cuanto los estudiantes de odontología difieren de otros estudiantes con respecto a sus prácticas respecto a los regímenes de salud oral y autocuidado.<sup>9</sup>

Por tanto, en este estudio se detectó que los estudiantes encuestados poseen un nivel regular en sus prácticas de salud oral, entonces, de acuerdo a estos resultados obtenidos en el cuestionario Hiroshima University Dental Behavior Inventory, se sugiere el implemento de programas de salud oral para estudiantes de toda la Universidad de Cuenca, y realizar campañas para enfatizar a los alumnos visitar la clínica odontológica con la que cuenta la universidad en la que estudian. El conocimiento de este tema ayudará a los estudiantes preocuparse





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

por preservar su salud oral, y no tomarlo como algo sin importancia, incentivándolos a visitar al profesional en odontología no solo cuando se presenta un dolor dental sino las veces que sean necesarias para prevenir la aparición de la enfermedad. Esto también beneficiará a la promoción de la clínica odontológica con la que cuenta la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, a la cual muchos de los estudiantes de otras facultades de la universidad no acuden por falta de información de cómo acceder a la misma, así como también estos mismos estudiantes podrán difundir sus conocimientos a familiares y grupo social que los rodea para lograr un cambio en sus aptitudes y conductas en salud oral.



## 2.1 Marco Teórico

La enfermedad periodontal y la caries dental son consideradas como las enfermedades más prevalentes a nivel mundial que por lo tanto tienen consecuencias, no sólo físicas sino que también alteran la función, la apariencia, las relaciones personales, la socialización, la autoestima y el bienestar psicológico del individuo, con su correspondiente impacto en la vida de la persona.<sup>1</sup>

La odontología se ha centrado en el diagnóstico, tratamiento y sus secuelas, más que en el mantenimiento de su salud oral.<sup>1</sup> De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Salud Bucal se define como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad bucal.<sup>8</sup>

En la actualidad, las enfermedades orales constituyen un problema importante de salud a nivel mundial y nacional, que contribuyen con una alta carga de enfermedad y por tanto con un peso importante en relación a la calidad de vida general de los individuos. El concepto de calidad de vida relacionado a salud oral que se ha acuñado en los últimos años requiere considerar para su evaluación, no sólo factores tales como el malestar, dolor o alteraciones de la función, sino también debe incluir aspectos emocionales y funciones sociales asociadas a la salud oral.<sup>11</sup>

Es indispensable que la población conozca: 1) El propósito de la prevención de enfermedades dentales. 2) Las patologías bucales más frecuentes. 3) Las técnicas comunes de identificación y remoción de placa dentobacteriana.<sup>12</sup>

El mantener la salud oral recae en el individuo, esto debe lograrse a través del auto-cuidado y debe ser apoyado por la política de salud pública, la educación, la



supervisión profesional en odontología y las intervenciones terapéuticas cuando sea necesario.<sup>13</sup>

Existe poca experiencia de enseñanza y promoción de estilos adecuados de salud oral así como de una correcta alimentación de parte del odontólogo al paciente, debido a que muchos profesionales no realizan dichas actividades.

Sin embargo, a través de la literatura se aprecia que los estilos de alimentación están cada vez más presentes en la actualidad, se menciona que la salud bucal se determina por la dieta, higiene, hábito de fumar, uso de alcohol, tensión y trauma, dentro de los factores sistémicos,<sup>13,14</sup> se observa que pacientes con diabetes tipo I y II, con obesidad y el estrés son más propensos a presentar enfermedades periodontales<sup>15</sup> y enfatizan la necesidad de difundir una política de comidas saludables, tener conocimiento de ello guarda íntima relación con la promoción de salud bucal y general del individuo. Si es capaz de motivar a la población, se logrará una mejor calidad de vida, el odontólogo debe ser consciente de la responsabilidad de educar a sus pacientes para lograr salud bucal, y a su vez estos representen un agente multiplicador sobre la misma en el entorno en que vive.<sup>16</sup>

Ésta prevención en estomatología debe ser integral y podría ser definida como una estrategia dirigida a promover salud bucal y prevenir problemas estomatológicos mediante actividades de promoción, exámenes periódicos, detección de riesgos de enfermar, identificación del estado de salud actual relacionado con la edad, el estado general y los recursos existentes, todo ello encaminado a la disminución del nivel de riesgos, modificar conductas, establecer formas de vida sana, crear modos o estilos de vida favorecedores para que las personas puedan disfrutar de una vida saludable.<sup>17</sup>

Dentro de las enfermedades crónicas multifactoriales, se encuentran las enfermedades periodontales que corresponden a un proceso infeccioso-inflamatorio, las mismas que comprenden, desde una discreta inflamación gingival



(gingivitis) hasta la periodontitis que es una enfermedad crónica que puede cursar con gingivitis inicial, para luego continuar con pérdida de inserción colágena, recesión gingival e incluso pérdida de hueso, dando como resultado alteraciones en el periodonto.<sup>13,15,18</sup> El íntimo contacto de los factores irritantes locales con el tejido periodontal, los hace responsables directos de su inicio y desarrollo, mientras que existen factores generales que actúan y modifican la respuesta del huésped.<sup>19</sup>

A pesar de los grandes avances en la prevención, estas enfermedades afectan aún y en gran manera a las poblaciones,<sup>19</sup> se considera que el periodonto comprende los tejidos que rodean directamente a la pieza dentaria, que lo sostienen y lo protegen, en donde la falta de higiene favorece el asentamiento y proliferación de diversos tipos de bacterias patógenas, y posterior instauración de una infección crónica inespecífica denominada gingivitis, la misma que clínicamente se observa como un enrojecimiento y aumento de volumen de la encía además este cuadro se puede agravar con la presencia de cálculo o sarro dental, la gingivitis es normalmente indolora, y puede mantenerse por décadas, sin embargo si se produce el ingreso o proliferación de otras bacterias más agresivas produciéndose una periodontitis la misma que implica una pérdida de inserción periodontal, y posterior reabsorción del hueso alveolar, disminuyendo el soporte al diente y un aumento de la movilidad dentaria patológica que será irreversible, al comparar con una movilidad fisiológica que presentan los dientes por la presencia del ligamento periodontal.<sup>20</sup>

Se considera que no todos los pacientes con gingivitis progresarán a la periodontitis, el desarrollo de la periodontitis es parcialmente regulado por la predisposición genética, además del estilo de vida, sin embargo, la acumulación de la biopelícula de placa es el factor de riesgo más importante para la periodontitis por lo tanto, la eliminación y / o control de la placa es de fundamental importancia en la prevención de las enfermedades periodontales.<sup>21</sup>



La enfermedad periodontal en adultos es primera causa de pérdida dental, mientras que en niños y adolescentes es debido a la caries, siendo así estas dos las principales causas de morbilidad y pérdida dental.<sup>13</sup>

El tabaco y la diabetes mellitus se han descrito como factores de riesgo verdaderos tras amplios debates en la literatura. También se incluyen la placa, microbiota e higiene oral.<sup>15</sup>

Además de los anteriores, se han asociado determinados factores locales como los espacios amplios interproximales y la impactación de alimentos con la pérdida de inserción y aumento de sondaje. Del mismo modo se ha asociado la oclusión traumática con una disminución de hueso alveolar y los hábitos parafuncionales así como una morfología dentaria específica con un peor pronóstico post-tratamiento periodontal.<sup>22</sup>

Las bacterias se encuentran normalmente en la boca, estas se combinan con ácidos, restos de comida y saliva para formar una sustancia pegajosa llamada placa bacteriana. La película adquirida salival, o placa dental, es una delgada membrana biológica que se deposita en la superficie de los dientes.<sup>23</sup> En la actualidad se mantiene la histórica controversia sobre la relativa importancia de las bacterias, los factores locales que facilitan su multiplicación y las influencias sistemáticas en la etiología de la enfermedad periodontal. Resulta difícil distinguir entre los aspectos de la patogénesis cuáles son las consecuencias de los factores extrínsecos (bacterias) y cuáles las que surgen como resultado de los mecanismos de defensa del huésped en oportunidades destructivos o exuberantes.<sup>24</sup>

La placa que no es eliminada de los dientes se convierte en una sustancia llamada sarro o cálculo. Una vez que la placa se transforma en cálculos dentales, puede ser más difícil eliminarla. El cálculo dental que se desarrolla por encima del margen gingival puede ser especialmente grave, ya que pueden irritar y dañar las encías.<sup>13</sup> La forma más leve de la enfermedad de las encías es llamada gingivitis, si el sarro o cálculo dental no se elimina y la gingivitis no se trata, puede progresar a una forma más grave de la enfermedad de las encías conocida como periodontitis, donde se forman bolsas periodontales entre las encías y los



dientes, las mismas que se infectan por bacterias pueden llegar a dañar el hueso y otros tejidos de sostén de los dientes. En última instancia, se puede llegar a la pérdida de las piezas dentarias y la degradación del tejido óseo. Además, estudios han demostrado que bacterias presentes en la enfermedad periodontal puede contribuir a la aparición de enfermedades del corazón, entre otras condiciones.<sup>13</sup> La formación de la placa dental es el resultado de una serie de procesos complejos que involucran una variedad de bacterias y componentes de la cavidad bucal del hospedero. Estos procesos comprenden en primer lugar la formación de la película adquirida sobre la superficie del diente; seguido de la colonización por microorganismos específicos adheridos sobre la película adquirida; y finalmente la formación de la matriz de la placa. La colonización por microorganismos específicos comprende varias fases que involucran la deposición, adhesión, coagregación, crecimiento y reproducción de los microorganismos adheridos sobre la película adquirida. Luego de formada la película adquirida, ésta es colonizada por microorganismos que residen en la cavidad bucal. *Streptococcus sanguis*, es el primer microorganismo que se adhiere a la superficie de la película adquirida y como tal, inicia la colonización microbiana en la formación de placa dental supragingival e inmediatamente se adhiere a *Actinomyces viscosus*. Algunos señalan que *S. sanguis* y *A. viscosus* son los microorganismos pioneros en la colonización de la placa dental, y que la asociación de estas bacterias con la superficie del diente es considerado como un prerrequisito para la colonización posterior de especies de *Veillonella* y *Fusobacterium*.<sup>25</sup>

Un paciente puede controlar la placa bacteriana por dos métodos: mecánico y químico, acompañado del uso de fluoruros tópicos se establece como la base en el mantenimiento de una dentadura sana, al hablar del control mecánico se logra al cepillar los dientes generando fricción sobre los mismos, y complementado con el uso del hilo dental o cepillo interdental, esto requiere una acción diaria metódica del paciente y tiempo para realizar una correcta técnica.



Se recomienda el cepillado dental con una pasta dental que contenga flúor mínimo dos veces por día como el patrón básico de higiene dental personal, pudiendo ser mejorado con el uso de elementos adicionales de higiene interproximal, como la seda dental o los cepillos interproximales, o el uso de colutorios antisépticos o fluorados.<sup>26,27,28</sup> sin embargo *Jerome F, en el 2000*<sup>44</sup> mencionó que se obtienen mejores resultados cepillándose con agua que con pasta de dientes, la mayoría de las personas no se cepillan durante el tiempo suficiente. Los dentífricos producen tanta espuma que los pacientes sólo se cepillan durante unos segundos, lo que no es suficiente para una correcta higiene oral, considerándose la pasta de dientes más un cosmético.<sup>44</sup>

En la actualidad existe evidencia limitada de que los cepillos de cerdas no paralelas son más eficaces que los convencionales, así como los cepillos de cabezal doble o triple mejoran la higiene por lingual. Ninguna técnica de cepillado parece ser claramente superior a las demás.<sup>26</sup>

Sin embargo se considera que variables tales como el grado de motivación y conocimientos sobre salud oral del individuo, el tiempo y presión utilizados al cepillarse, la habilidad manual, y características anatómicas individuales son más importantes que el diseño del cepillo o la técnica de cepillado para determinar la eficacia del cepillado.<sup>13</sup>

Un segundo método es el control químico de la placa bacteriana, mediante el uso de antimicrobianos como los enjuagues bucales, este control químico se utiliza como complemento junto con el control mecánico en los pacientes sanos, mientras que en pacientes hospitalizados o pacientes especiales se lo utiliza como método principal para el control de la placa dental.<sup>26,27,28</sup>

La patogénesis de la enfermedad periodontal es debido a la combinación de factores extrínsecos, que incluyen bacterias, y los mecanismos de defensa del huésped, estos son los responsables del inicio y desarrollo de la enfermedad periodontal crónica.<sup>11</sup>

La halitosis es común, la causa más probable de mal olor oral es la acumulación de restos de alimentos y la placa bacteriana dental en los dientes y la lengua, como resultado de una mala higiene oral y gingival. Es causada por interacciones



bacterianas que ocurren con mayor frecuencia cuando existen bolsas periodontales.<sup>29</sup>

Las enfermedades del periodonto además constituyen una amenaza para pacientes con disminución de secreción salival como consecuencia de la toma de fármacos antidepresivos, se considera que la saliva posee una función protectora de mucosas, hidratando las paredes de la boca, además de unos mecanismos que regulan la población bacteriana en donde impide o disminuye la absorción en la mucosa de una serie de sustancias potencialmente dañinas para los tejidos, provenientes de los alimentos o de sustancias como el humo del tabaco.<sup>20</sup>

La evaluación clínica permite identificar la fuente de la halitosis en cavidad bucal, o de origen sistémico o del consumo de alimentos; sin embargo el autodiagnóstico es difícil, muchas veces las personas no están conscientes de su halitosis; además hay un fenómeno de adaptación, el epitelio olfatorio se agota rápidamente y se acostumbra al olor.<sup>29</sup>

Entre los posibles nichos bacterianos capaces de alojar las bacterias involucradas encontramos las criptas amigdalinas o los senos paranasales en casos de sinusitis. Pero el principal depósito bacteriano corresponde a la parte posterior del dorso de la lengua, el dorso de la lengua parece ser el nicho microbiológico humano más complejo. La estructura anatómica de la lengua parece favorecer la formación de un biofilm bacteriano complejo en el que se encuentran con frecuencia bacterias periodontales.<sup>30</sup>

Podemos distinguir entre una halitosis genuina y pseudo- halitosis. El primer término es utilizado para hacer referencia a los casos en los que el mal olor es real y puede ser fácilmente diagnosticado por diferentes métodos, mientras que en la pseudo-halitosis el mal olor no existe, pero el paciente está convencido de padecerlo. En ambos casos, si tras un tratamiento exitoso el paciente cree padecer aún el problema se hará uso del término halitofobia.<sup>30</sup>

Variables tales como el grado de motivación y conocimientos sobre salud oral del individuo, técnica de cepillado, frecuencia, duración, presión, características de las cerdas del cepillo de dientes, hilo dental, el uso de pasta de dientes, influyen en la





eficacia y la seguridad de la higiene dental, así estos aspectos son más importantes que el diseño del cepillo para determinar la eficacia del cepillado.<sup>26</sup>

El modelo de atención de estomatología, tiene como objetivo alcanzar un mayor nivel de salud en el individuo y en la comunidad, con la óptima utilización de los recursos disponibles y con la participación activa de las comunidades organizadas, en actividades orientadas hacia la promoción de salud y prevención de enfermedades. Para lograr una longevidad satisfactoria y saludable, se debe desarrollar programas de cuidado de salud bucal desde edades tempranas.<sup>31</sup>

Los proyectos de intervención en promoción de salud y prevención de enfermedades benefician al individuo, la familia y la comunidad, logrando incentivar para el cuidado de su salud, desarrollando el auto cuidado, con el propósito de ganarle tiempo a la enfermedad.<sup>31</sup>

Tanto la salud bucal como la enfermedad bucal son resultantes de sus condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente en carbohidratos, fluoruros, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios estomatológicos, capacitación sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud y asistencia sistemática a los servicios, entre otros. Según aumenta la edad del adolescente, su responsabilidad es superior, por lo cual resulta importante trabajar en estas áreas para lograr adultos responsables con su higiene bucal.<sup>32</sup>

A escala mundial, las tasas de prevalencia y los patrones de presentación de las enfermedades orales han cambiado considerablemente presentándose en la mayoría de países desarrollados una reducción significativa tanto en la prevalencia como en la experiencia de caries dental en niños y adolescentes durante las dos últimas décadas. Estos cambios han sido atribuidos principalmente a mejoras en las condiciones y estilos de vida, al uso efectivo de los servicios de salud oral, a la implementación de intervenciones basadas en comunidad o centros educativos, a la adopción de prácticas regulares de auto-cuidado y al uso de dentífricos fluorados.<sup>33</sup>



En contraste, en países en vías de desarrollo aún se observan altos niveles de caries dental, especialmente en países donde las intervenciones comunitarias de tipo promocional o preventivo no han sido firmemente establecidas. Estas diferencias innecesarias, injustas y evitables que existen entre poblaciones, son descritas como inequidades en salud oral, estando principalmente asociadas a nivel socio-económico y grupo étnico. A pesar de que son necesarias mejoras significativas en las condiciones sociales y en el entorno físico de la población para reducir tales inequidades, la implementación de intervenciones por parte de los servicios locales de salud puede ayudar activamente a reducirlas.<sup>33</sup>

Los programas educativos de higiene oral sólo mantienen los cambios de conducta a largo plazo mediante el refuerzo continuado y las técnicas de motivación.<sup>13</sup> A pesar de que la mayoría de la población estudiantil conoce la importancia de la higiene bucal, se carece de argumentos que le permitan mantenerla con resultados satisfactorios. En efecto, la salud constituye un fenómeno dinámico que se relaciona con las diferentes etapas de la vida, entre las cuales se encuentra la adolescencia, donde ocurren complejas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que requieren de una atención médica adecuada.<sup>34</sup>

La vida universitaria engloba proyectos personales e intensos esfuerzos por ganar nuevos espacios de autonomía que promuevan la ruptura de viejas normas y la búsqueda de otros modelos. Los estudiantes siendo en su mayoría adultos jóvenes no asisten a la consulta odontológica voluntariamente, ni tienen responsabilidad con su salud bucal; asimismo, cuando se realizan acciones preventivas curativas en las escuelas se observa un comportamiento negativo por parte de los mismos, sin brindarle la importancia requerida a dicha actividad. Por estas razones se los debe orientar a través de programas educativos continuos, para crear actitudes de respeto y responsabilidad hacia su salud bucodental, y así incidir directamente en la disminución de la morbilidad dentaria. Estudios



realizados evidencian la elevación del conocimiento acerca de la salud bucal mediante el juego como instrumento de trabajo educativo.<sup>34</sup>

El éxito de los programas educativos depende de: su instauración precoz, participación de padres y educadores, factores socio-ambientales, refuerzo positivo y control profesional periódico. Todos los vehículos de transmisión de la información e instrucción en higiene oral son válidos. Las técnicas psicológicas de motivación son prometedoras, pero la evidencia es limitada.<sup>13</sup>

Los buenos hábitos de salud son más fáciles de establecer en la infancia, pues es más sencillo instaurar un hábito nuevo que modificar el existente, así en adolescentes la aceptación del grupo motiva al cuidado de la salud oral, mientras que en adultos se recurre al control profesional periódico, sin embargo la instauración de la enfermedad va a depender además del control profiláctico profesional, de características de cada individuo, del riesgo de caries y enfermedades periodontales.<sup>26</sup>

Un hallazgo interesante señaló que un mayor nivel de la educación, se asoció con una mayor preocupación en la salud oral de los pacientes, expresando un desinterés cada vez mayor ante la posibilidad de uso de una dentadura postiza; esto podría explicarse por el hecho de que con el aumento de los niveles de educación, los estudiantes se vuelven más conscientes de las limitaciones y el impacto de la pérdida de la dentición, así como de la estética dental.<sup>35</sup>

Los medios de comunicación de masas pueden mejorar los conocimientos de la población pero no consiguen cambios de hábitos o comportamientos.<sup>13</sup>

Uno de los test con mayor estándar a nivel internacional y considerado como el mejor instrumento para lograr predecir y entender las conductas de salud oral de los pacientes, es el cuestionario de la Universidad de Hiroshima (Hiroshima University Dental Behavior Inventory), el cual ha sido validado en varios idiomas, entre los cuales está el idioma español. Este instrumento de HU-DBI fue desarrollado por Kawamura, consiste en veinte respuestas dicotómicas (de



acuerdo y en desacuerdo) que sirven para examinar las conductas de cepillado en pacientes.<sup>36</sup>

Se han realizado varios estudios aplicando este cuestionario para investigar en los estudiantes de odontología las conductas frente a salud oral en Sudamérica.<sup>36,37</sup>

También se ha podido observar diferencia entre estudiantes de diversas carreras universitarias, obteniendo así que los estudiantes de odontología tienen un mejor índice HU-DBI en comparación con estudiantes de la carrera de ingeniería civil, según cita en su estudio *Jaramillo y col, Colombia, 2013*.<sup>36</sup>

El índice HU-DBI es un instrumento útil para la comprensión de las percepciones de los pacientes y su comportamiento en salud oral. Ha sido utilizado para evaluar las diferencias en los comportamientos de salud bucal entre estudiantes de odontología de diferentes países debido a las diferencias curriculares de las escuelas dentales, también ha sido utilizado para evaluar la variedad de comportamientos entre las diferentes culturas, al igual que se ha realizado estudios sobre las diferencias de comportamientos de salud oral entre géneros.<sup>38</sup>



### 3.1 Objetivos generales

3.1.1 El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de prácticas en salud oral con el test de Hiroshima University Dental Behavior Inventory en las facultades de: Jurisprudencia (carreras de: Derecho y Orientación familiar), Hospitalidad (carreras de, Gastronomía, Hotelería y Turismo) y Artes (carreras de: Instrucción Musical, Artes Visuales, Danza y Teatro); de la Universidad de Cuenca, 2015.

### 3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Identificar prácticas de salud oral con el índice HU- DBI según la residencia, carrera, edad, sexo y raza.

3.2.2 Comparar los niveles de prácticas de salud oral entre los diferentes años de carrera de las diferentes facultades

### Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el año de nacimiento hasta la fecha del cuestionario	Tiempo	Años cumplidos	Numérica 17-21 22- 46
Sexo	Características fenotípicas que diferencian	Características fenotípicas	Hombre Mujer	Masculino Femenino



	hombres de mujeres			
Residencia	Lugar de residencia durante los últimos 5 años	Lugar con disposición geográfica de organización viviendas, servicios	Urbano Rural	Si reside en una ciudad o reside en el Campo.
Año que cursa	Año que cursa en la facultad de Hospitalidad, Jurisprudencia, Artes	Año que cursa en la facultad de Hospitalidad, Jurisprudencia, Artes.	Año de carrera matriculado	Numérica Primero Segundo Tercer Cuarto Quinto
Nivel de conocimiento en salud oral	Es la medida de estudiantes de responder a los aprendizajes sobre conceptos de salud bucal aprendidos de manera tácita 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 de 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)
Raza	Grupos en que se subdividen algunas especies biológicas, a partir de una serie de	Grupos genéticos inferidos	Autodefinición	Blanco Negro Mestizo Mulato Indígena



	características que se transmiten por herencia genética			
Facultad	Centro docente donde se impacten estudios superiores en alguna materia	nominal	Clasificación	Jurisprudencia (carreras de: Derecho y Orientación familiar), Hospitalidad (carreras de, Gastronomía, Hotelería y turismo) y artes (carreras de: Instrucción Musical, Artes visuales , Danza y Teatro)

#### CAPITULO IV

---





#### 4.1 Diseño metodológico

Se empleó el test de HUDBI el cual fue utilizado en el trabajo de investigación Prácticas de salud oral de estudiantes de primero a cuarto año de Odontología de la Universidad de Cuenca 2014 del Dr. Fabricio Lafebre el cual ya ha sido validado.

#### 4.2 Tipo de estudio:

Estudio de tipo descriptivo.

#### 4.3 Universo, Muestra:

El universo de este estudio fue el total de estudiantes matriculados en la Universidad de Cuenca en las facultades de Jurisprudencia (carreras de: Derecho y Orientación familiar), Hospitalidad (carreras de, Gastronomía, Hotelería y Turismo) y artes (carreras de: Instrucción Musical, Artes visuales, Danza y Teatro); matriculados en el periodo septiembre- febrero 2015, lo que representa un total de 1406 estudiantes.

La encuesta fue aplicada a 1209 estudiantes de las Facultades de: Hospitalidad, Jurisprudencia, Artes, quienes aceptaron y firmaron el consentimiento informado correspondiente, y respondieron el test de manera correcta.

Existieron 197 estudiantes de las facultades encuestadas que no participaron en el estudio, obteniéndose 79 encuestas que no fueron respondidas de manera correcta, dejando preguntas en blanco o no firmaron el consentimiento informado, mientras que los 118 estudiantes restantes no estaban presentes en el



momento de la encuesta o no desearon participar de la misma por lo que se les excluyó del número de muestra de la investigación.

#### **4.4 Unidad de Análisis y Observación:**

Estudiantes de las facultades de Jurisprudencia (carreras de: Derecho y Orientación familiar), Hospitalidad (carreras de, Gastronomía, Hotelería y Turismo) y artes (carreras de: Instrucción Musical, Artes visuales, Danza y Teatro); de la Universidad de Cuenca ,2015.

#### **4.5 Criterios de inclusión:**

Estudiantes matriculados de primero a quinto año en las diferentes facultades de Jurisprudencia (carreras de: Derecho y Orientación familiar), Hospitalidad (carreras de, Gastronomía, Hotelería y Turismo) y artes (carreras de: Instrucción Musical, Artes visuales, Danza y Teatro); de la Universidad de Cuenca ,2015.

- Estudiantes que acepten participar libre y voluntariamente en el llenado de la encuesta.
- Estudiantes que firmen el consentimiento informado y llenen la encuesta correctamente.

#### **4.6 Criterios de exclusión:**

Estudiantes que no llenen el cuestionario correcta y completamente.

#### **4.7 Variables:**

Edad, sexo, raza, residencia, año que cursa, carrera y facultad a la que pertenece, nivel de conducta sobre salud oral, índice HU-DBI.



#### 4.8 Métodos, técnicas e instrumentos:

Se aplicó el test **Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI)**, para determinar el nivel de prácticas de Salud Oral en los estudiantes de las facultades de Jurisprudencia (carreras de: Derecho y Orientación familiar), Hospitalidad (carreras de, Gastronomía, Hotelería y Turismo) y artes (carreras de: Instrucción Musical, Artes visuales, Danza y Teatro); de la Universidad de Cuenca, 2015.

El test HU-DBI ha sido aceptado mundialmente, y consta de veinte preguntas dicotómicas, es decir que tiene dos alternativas para responder “SI” (de acuerdo) y “NO” (desacuerdo). Dicho índice valora las prácticas sobre salud oral de las personas a quienes se les ha aplicado la encuesta; el máximo nivel de actitud y conducta es de 12, dando como resultado “bueno” cuando el valor oscila entre 8 a 12, “regular” cuando es de 4 a 7, y “malo” cuando el valor es de 0 a 3. Para realizar la valoración de cada pregunta y sacar el resultado de la encuesta, se debe dar puntuaciones a cada ítem dependiendo de la respuesta del evaluado, siendo así, las preguntas **4, 9, 11, 12, 16 y 19** si éstas han sido respondidas con “**SI**” (**de acuerdo**) se asigna un punto por cada pregunta, mientras que en los ítems **2, 6, 8, 10, 14 y 15** se debe asignar un punto por pregunta cuando éstas han sido marcadas con “**NO**” (**desacuerdo**); la suma de acuerdos y desacuerdos que han sido marcados en el test da un número que será el nivel de actitud y conducta de salud oral (índice HU-DBI) que tiene la persona encuestada.

#### 4.9 Aplicación del cuestionario

Dentro de las aulas de las facultades de Jurisprudencia (carreras de: Derecho y Orientación familiar), Hospitalidad (carreras de, Gastronomía, Hotelería y Turismo) y artes (carreras de: Instrucción Musical, Artes visuales, Danza y Teatro), se procedió a explicar el objetivo de nuestro trabajo de investigación, el



tiempo que tuvieron para llenar el test HU-DBI fue de 15 minutos aproximadamente de modo que pudieran responder el test de manera tranquila. Posteriormente con las encuestas que fueron llenadas correctamente se realizó una base de datos, la misma que se verificó que esté libre de errores.

#### 4.10 Plan de análisis -Tabulación

La tabulación fue realizada por las autoras de la tesis, los datos que se obtuvieron en base a los formularios llenados, fueron ingresados a una hoja de Excel 2016. Posteriormente con ayuda del Director de Tesis, se trasladaron estos datos al programa SPSS versión 23, para realizar el respectivo análisis estadístico. Se presentó cuadros y gráficos (estadística descriptiva), frecuencia y porcentajes, se realizó un análisis de variables y se valorara el grado de asociación (Odds ratio, con IC al 95%) y la significancia estadística con p valor.

#### 4.11 Resultados esperados, transferencia y difusión del proyecto

Se esperaba conocer de manera precisa cual es el nivel de prácticas en salud oral con el índice Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI) en las Facultades encuestadas pertenecientes a la Universidad de Cuenca.

Transferencia de resultados a los estudiantes y docentes de la Facultad de Odontología así como también a la Universidad de Cuenca, además se constituirá una base de información para futuras investigaciones, e implementación de programas de salud pública oral.

Difusión a través del internet, de los resultados obtenidos en el estudio, poniendo a disponibilidad de las personas interesadas en el mismo.

## CAPITULO V

---

### 5. RESULTADOS:



## 5.1 Análisis de datos.

La frecuencia positiva de respuestas otorgadas por los estudiantes se muestra en gráficos de barras, además para determinar si existen o no diferencias en prácticas entre los grupos de estudio se empleó el estadístico Chi-Cuadrado de Pearson.

Los resultados de los índices se muestran con medidas de tendencia central y dispersión, Se determinó una ausencia de normalidad de los datos mediante la prueba Kolmogorov-Smirnof,  $p = 0,000$ ; por lo que las diferencias de medias se comprobaron con: la prueba no paramétrica U-Mann Whitney (dos grupos) y la prueba Kruskal Wallis (más de dos grupos). Las decisiones se tomaron con una consideración del 0,05.

Se determinaron dos rangos etarios para la comparación de resultados, considerando la mediana de los datos. Además se determinó la relación existente entre la edad y el índice HU-DBI con el coeficiente de correlación Rho-Spearman.

El procesamiento de datos se lo realizó con la ayuda del software estadístico SPSS Statistic 23 y la edición Excel 2016.

## 5.2 Caracterización de la muestra.

El estudio se realizó con un total de 1209 estudiantes, de tres facultades de la Universidad de Cuenca, fueron, 300 (24.81%) personas de la facultad de Jurisprudencia, 469 (38.79%) de Ciencias de la hospitalidad y 440 (36.39%) de la facultad de Artes, además el 51.7% ( $n=625$ ) de los participantes pertenecían a los últimos años de estudio (de tercer a quinto año).

Tabla 1. Descripción de la población estudiada en base a la matrícula por facultad, año que cursan y nivel de estudio.

Indicadores		n	%
Facultad	Jurisprudencia	300	24.81



Ciencias de la hospitalidad 469 38.79

Tabla 2. Descripción sociodemográfica

	Artes	440	36.39
	Total	1209	100
Año	Primero	368	30.44
	Segundo	216	17.82
	Tercero	288	23.82
	Cuarto	213	17.62
	Quinto	124	10.26
	Total	1209	100
Nivel de estudio	Primeros años	584	48.3
	Últimos años	625	51.7
	Total	1209	100

Fuente: Formulario de datos

Autor; Lorena García, Paola Toledo

El 56% de los respondientes fueron mujeres (n=677), el 87.5% (n=1058) de la población estudiada mencionó tener un estado civil “soltero/a”. Las edades de los estudiantes oscilaban entre 17 y 46 años de edad con una media de 21,58 años (DE= 2,85); el 54.9% (n=664) eran estudiantes de entre 20 y 23 años. La mayoría de ellos procedían de zonas urbanas (n=971; 80.31%) y el 91.4% (n=1105) mencionó identificarse con la raza “mestiza”. Tabla 2



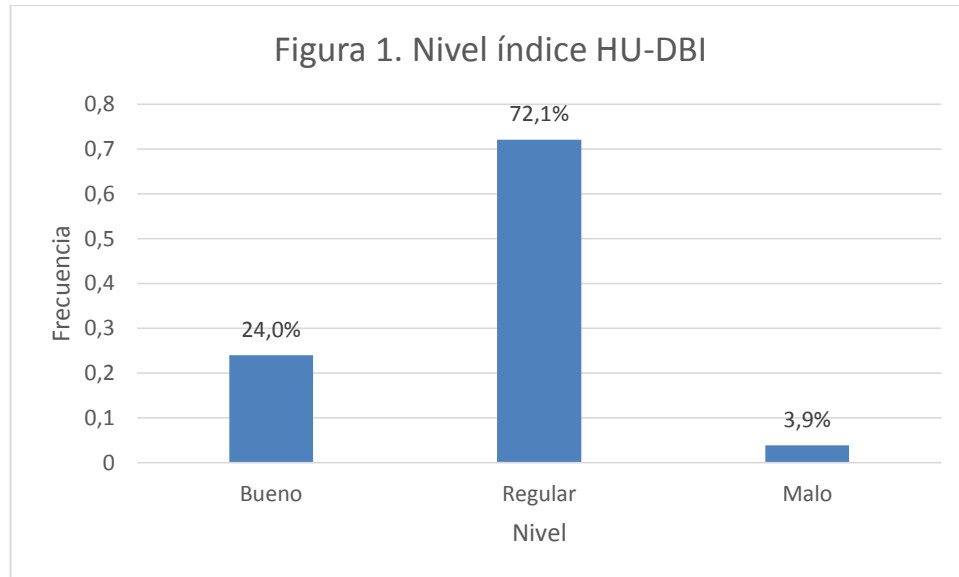
Indicadores		n	%
Sexo	Hombres	532	44.00
	Mujeres	677	56.00
	Total	1209	100
Estado Civil	Sotero/a	1058	87.51
	Casado/a	97	8.02
	Divorciado/a	20	1.65
	Unión de hecho	14	1.16
	Unión libre	16	1.32
	Viudo/a	4	0.33
	Total	1209	100
Rangos de edades	de 17- 21	696	57.6
	22 - 46	513	42.4
Residencia	Urbano	971	80.31
	Rural	238	19.69
	Total	1209	100
Cultura	Blanco	30	2.48
	Mestizo	1105	91.4
	Indígena	30	2.48
	Mulato	11	0.91
	Afrodescendiente	33	2.73
Total	1209	100	

Fuente: Formulario de datos

Autor; Lorena García, Paola Toledo

### Prácticas de salud bucal

El 72.1% de los participantes presentaron un nivel “regular” en el índice HU-DBI, el 24% un nivel “bueno” y únicamente el 3.9% un nivel “malo”. El índice general HU-DBI de la población estudiada se encontró entre 1 y 11 con una media de 6,41 puntos (DE=1,58), perteneciendo la media al nivel “Regular. Figura 1.

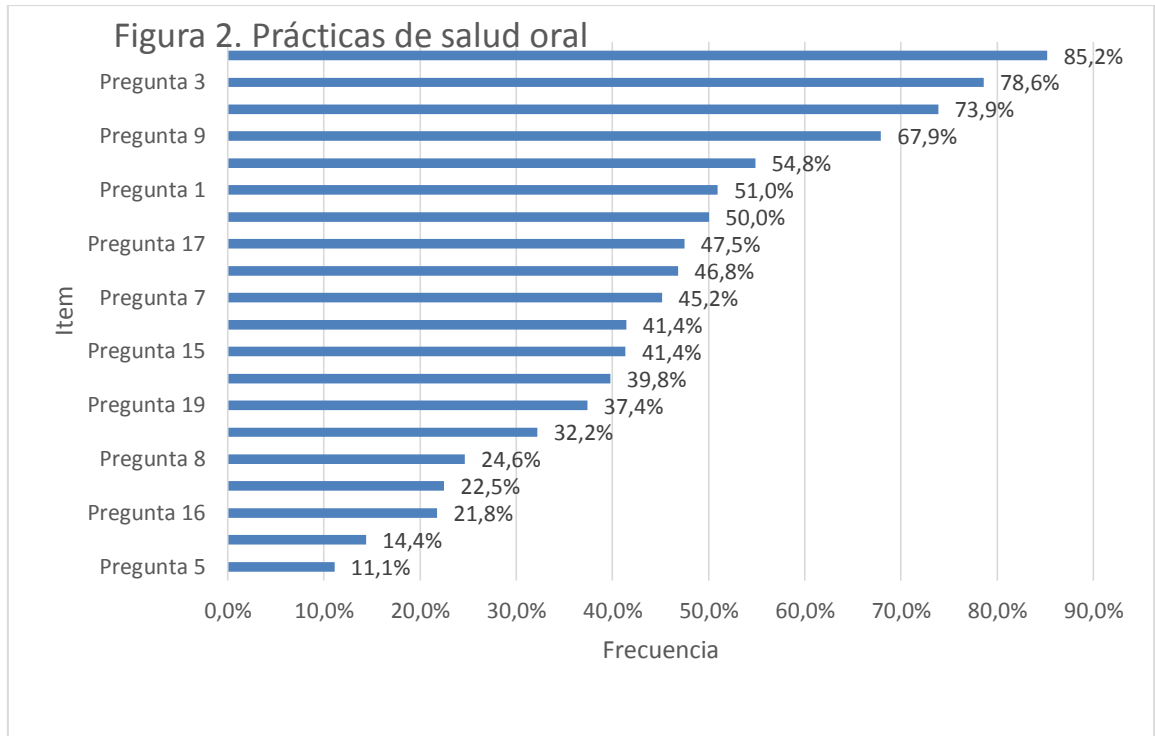


Fuente: Formulario de datos

Autor; Lorena García, Paola Toledo

Las repuestas afirmativas con mayor frecuencia fueron: “13. Me preocupo por tener mal aliento” (85.2%), seguido por “3. Me preocupo por el color de mis dientes” (78.6%), el ítem con menor incidencia de respuesta afirmativa fue: “5. Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños” (11.1%). Figura 2.





Fuente: Formulario de datos

Autor; Lorena García, Paola Toledo

### Por años de estudio

El análisis de las prácticas según años de estudio (primeros y últimos años) registró 7 diferencias significativas ( $p < 0,05$ ), En los ítems: “**5.** Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños” “**6.** Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis al ser anciano"; “**8.** Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario”; “**12.** A menudo verifico mis dientes después de cepillarme”, “**14.** Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con el cepillado de los dientes”, “**16.** He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo”; “**17.** Uso cepillo con cerdas duras”. Las frecuencias afirmativas de respuestas de los ítems: 5,6,12,16 y 17 fueron significativamente mayores en el grupo de estudiantes de los primeros años; los ítems: 8 y 14, fueron mayores en el grupo de participantes de los últimos años.

Tabla 3



Tabla 3. Numero de respuestas afirmativas en cuanto a prácticas de salud oral (Años de estudio)

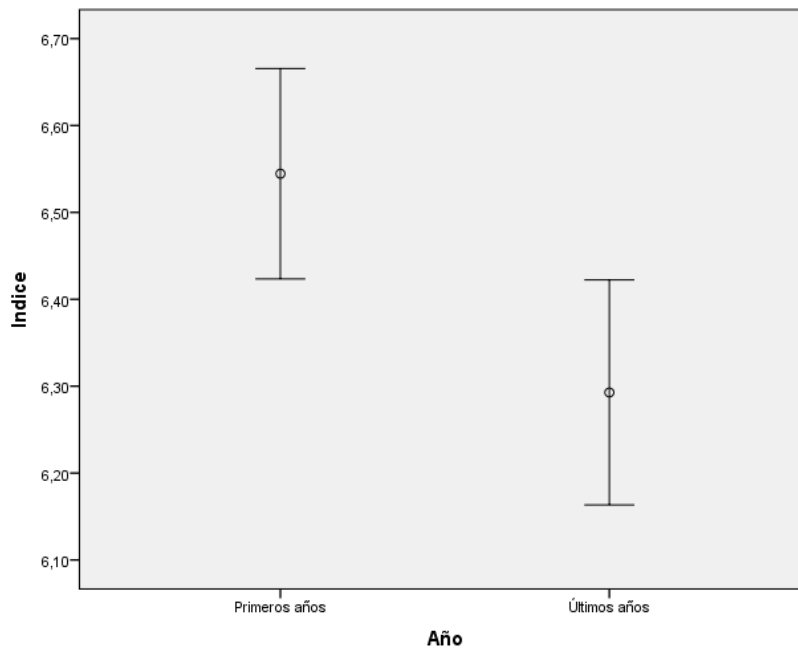
Items	Grupo				P
	Primeros años (584)		Últimos años (625)		
	n	%	n	%	
1. Me preocupa mucho de ir regularmente al dentista	305	52,23	311	49,76	0,391
2. Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes	118	20,21	154	24,64	0,065
3. Me preocupa por el color de mis dientes	462	79,11	488	78,08	0,663
4. Me he dado cuenta de algunos depósitos de placa o sarro en mis dientes	239	40,92	262	41,92	0,726
5. Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños	82	14,04	52	8,32	0,002*
6. Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis al ser anciano"	208	35,62	181	28,96	0,013*
7. Estoy preocupado por el color de mis encías	275	47,09	271	43,36	0,193
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	129	22,09	169	27,04	0,046*
9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	412	70,55	409	65,44	0,057
10. Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien	336	57,53	327	52,32	0,069
11. Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	81	13,87	93	14,88	0,617
12. A menudo verifico mis dientes después de cepillarme	454	77,74	439	70,24	0,003*
13. Me preocupa por tener mal aliento	501	85,79	529	84,64	0,574
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con el cepillado de los dientes	215	36,82	266	42,56	0,041*
15. Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	229	39,21	271	43,36	0,143
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	147	25,17	116	18,56	0,005*
17. Uso cepillo con cerdas duras	296	50,68	278	44,48	0,031*
18. Siento limpios mis dientes solo si es que los cepillo enérgicamente	275	47,09	291	46,56	0,854
19. Siento que a veces me toma mucho tiempo lavarme los dientes	220	37,67	232	37,12	0,843
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	293	50,17	312	49,92	0,930

Fuente: Formulario de datos Autor. Lorena García, Paola Toledo



El índice HU-DBI medio del grupo de los primeros años de estudio fue de 6,54 puntos (DE=1,49), mientras que en el grupo de los últimos años fue de 6,29 puntos (DE=1,65), y registraron diferencias significativas ( $p=0,014$ ). Figura 3.

Figura 3. Medias según nivel de estudio (primeros y segundos años)



Fuente: Formulario de datos

Autor. Lorena García, Paola Toledo

Sin embargo, los niveles del índice HU-DBI, no reflejaron diferencias significativas entre los primeros y últimos años de estudio, al menos el 71% de los estudiantes se encontraban en el nivel regular. Tabla 4



Tabla 4 Niveles del índice HU-DBI (Según años de estudio)

Nivel	Año			
	Primeros años		Últimos años	
	n	%	n	%
Bueno	152	26,03	138	22,08
Regular	416	71,23	456	72,96
Malo	16	2,74	31	4,96
Total	584	100,00	625	100,00
p	0,052			

Fuente: Formulario de datos

Autor. Lorena García, Paola Toledo

#### Por residencia:

En 6 de los 20 ítems referentes a prácticas según el lugar de residencia, arrojaron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ). En las personas procedentes de lugares rurales, los ítems que registraron mayor frecuencia de respuestas afirmativas fueron: “**4** Me he dado cuenta de algunos depósitos de placa o sarro en mis dientes”, “**5**. Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños”, “**7**. Estoy preocupado por el color de mis encías”, “**8**. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario”. Tabla 5

Tabla 5. Numero de respuestas afirmativas en cuanto a Prácticas de Salud Oral(residencia)



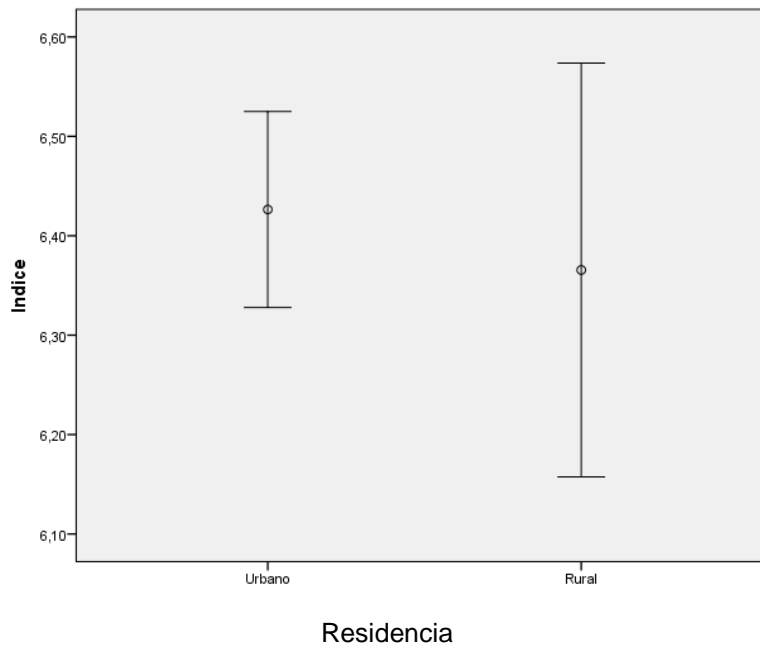
Items	Residencia				p
	Urbano (971)		Rural (238)		
	n	%	n	%	
1. Me preocupo mucho de ir regularmente al dentista	493	50,77	123	51,68	0,802
2. Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes	209	21,52	63	26,47	0,101
3. Me preocupo por el color de mis dientes	755	77,75	195	81,93	0,159
4. Me he dado cuenta de algunos depósitos de placa o sarro en mis dientes	386	39,75	115	48,32	0,016*
5. Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños	96	9,89	38	15,97	0,007*
6. Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis al ser anciano)	319	32,85	70	29,41	0,308
7. Estoy preocupado por el color de mis encías	422	43,46	124	52,10	0,016*
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	224	23,07	74	31,09	0,010*
9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	682	70,24	139	58,40	0,000*
10. Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien	533	54,89	130	54,62	0,940
11. Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	133	13,70	41	17,23	0,164
12. A menudo verifico mis dientes después de cepillarme	719	74,05	174	73,11	0,768
13. Me preocupo por tener mal aliento	841	86,61	189	79,41	0,005*
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con el cepillado de los dientes	376	38,72	105	44,12	0,128
15. Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	412	42,43	88	36,97	0,126
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	209	21,52	54	22,69	0,696
17. Uso cepillo con cerdas duras	463	47,68	111	46,64	0,773
18. Siento limpios mis dientes solo si es que los cepillo enérgicamente	446	45,93	120	50,42	0,214
19. Siento que a veces me toma mucho tiempo lavarme los dientes	358	36,87	94	39,50	0,453
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	493	50,77	112	47,06	0,304

Fuente: Formulario de datos Autor: Lorena García, Paola Toledo



Las medias de los índices HU-DBI fueron de 6,43 puntos (DE=1,57) y 6,37 puntos (1,63) de las zonas urbanas y rurales respectivamente. Sin embargo, no se registraron diferencias significativas. ( $p= 0.694$ ). Figura 4.

Figura 4. Medias según residencia



Fuente: Formulario de datos

Autor; Lorena García, Paola Toledo

Los niveles del índice HU-DBI de acuerdo a la residencia, al menos el 71% de los estudiantes se encontraban en el nivel regular. Tabla 6.



Tabla 6. Niveles del índice HU-DBI (Residencia)

Nivel	Residencia			
	Urbano		Rural	
	n	%	n	%
Bueno	233	24,00	57	23,95
Regular	702	72,30	170	71,43
Malo	36	3,71	11	4,62
Total	971	100,00	238	100,00
p	0,806			

Fuente: Formulario de datos

Autor: Lorena García, Paola Toledo

### Por facultad

El análisis sobre las prácticas sobre salud bucal entre los estudiantes de las 3 facultades, arrojó diferencias significativas en 17 de los enunciados expuestos en el test.

En 11 de los 20 ítems analizados, (1;2;3;5;6;7;8;11;12;13 y 15) las Facultades de: Jurisprudencia y Ciencias de la hospitalidad, exhibieron similares frecuencias de respuesta afirmativas. Además la facultad de artes, fue la que exhibió las mayores frecuencias de aceptación de los enunciados. (10 enunciados). Tabla 7



Tabla 7. Numero de respuestas afirmativas en cuanto a Práctica de Salud Oral (Facultades)

Items	Facultades			P
	Facultad 1 (300)	Facultad 2 (469)	Facultad 3 (440)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
1. Me preocupa mucho de ir regularmente al dentista	135 (45.0%)	206 (43.9%)	275 (62.5%)	0.000*
2. Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes	51 (17.0%)	92 (19.6%)	129 (29.3%)	0.000*
3. Me preocupa por el color de mis dientes	246 (82.0%)	408 (87.0%)	296 (67.3%)	0.000*
4. Me he dado cuenta de algunos depósitos de placa o sarro en mis dientes	112 (37.3%)	232 (49.5%)	157 (35.7%)	0.000*
5. Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños	20 (6.7%)	20 (4.3%)	94 (21.4%)	0.000*
6. Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis al ser anciano"	49 (16.3%)	79 (16.8%)	261 (59.3%)	0.000*
7. Estoy preocupado por el color de mis encías	97 (32.3%)	189 (40.3%)	260 (59.1%)	0.000*
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	75 (25%)	125 (26.7%)	98 (22.3%)	0.306
9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	208 (69.3%)	302 (64.4%)	311 (70.7%)	0.106
10. Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien	192 (64.0%)	277 (59.1%)	194 (44.1%)	0.000*
11. Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	32 (10.7%)	31 (6.6%)	111 (25.2%)	0.000*
12. A menudo verifico mis dientes después de cepillarme	250 (83.3%)	397 (84.6%)	246 (55.9%)	0.000*
13. Me preocupa por tener mal aliento	281 (93.7%)	459 (97.9%)	290 (65.9%)	0.000*
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con el cepillado de los dientes	102 (34.0%)	197 (42.0%)	182 (41.4%)	0.061
15. Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	113 (37.7%)	184 (39.2%)	203 (46.1%)	0.035*
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	47 (15.7%)	49 (10.4%)	167 (38.0%)	0.000*
17. Uso cepillo con cerdas duras	123 (41.0%)	204 (43.5%)	247 (56.1%)	0.000*
18. Siento limpios mis dientes solo si es que los cepillo enérgicamente	133 (44.3%)	245 (52.2%)	188 (42.7%)	0.010*
19. Siento que a veces me toma mucho tiempo lavarme los dientes	115 (38.3%)	192 (40.9%)	145 (33.0%)	0.042*
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	153 (51.0%)	205 (43.7%)	247 (56.1%)	0.001*

Nota: Facultad 2:Jurisprudencia, Facultad 3:Ciencias de la hospitalidad, Facultad 4: Artes.

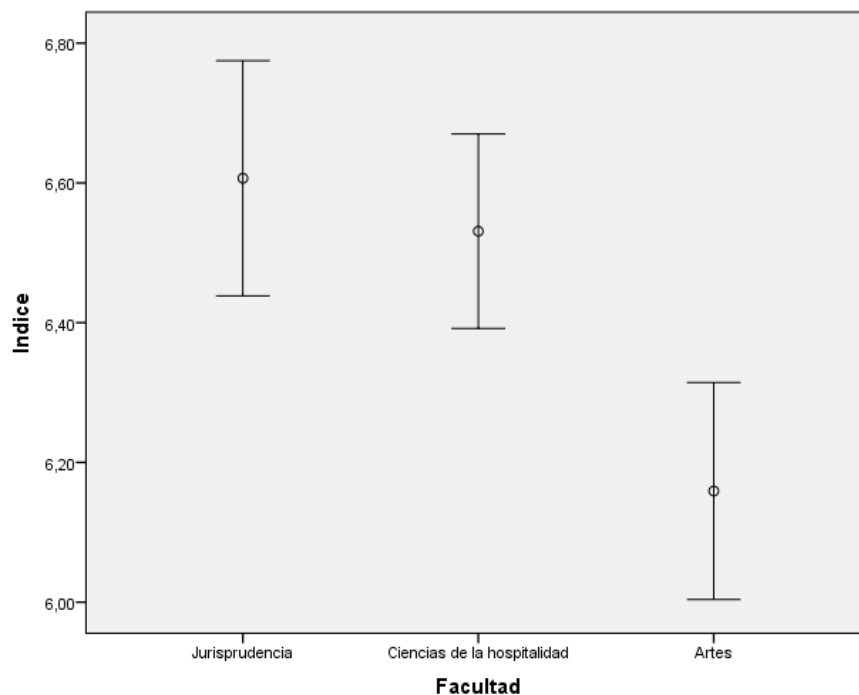
Fuente: Formulario de datos Autor: Lorena García, Paola Toledo





La facultad de Jurisprudencia registró una media de 6,61 (DE=1,48), en la facultad de Ciencias de la Hospitalidad alcanzó un puntaje medio de 6, 53 (DE=1,53) y finalmente la facultad de Artes mostró un índice HU-DBI de 6,16 (DE=1,66). El estadístico Kruskal Wallis exhibió que existen diferencias significativas entre medias,  $p = 0,00$ . Mostrando que existe similitud entre la facultad de Jurisprudencia y Ciencias de la hospitalidad. Figura 5.

Figura 5. Comparación de medias según facultad



Fuente: Formulario de datos

Autor; Lorena García, Paola Toledo

No se registraron diferencias en los niveles del índice HU-DBI según carreras, la facultad de Ciencias de la hospitalidad fue la que mayor frecuencia de estudiantes obtuvo el índice en el nivel “bueno”. Tabla 8.



Tabla 8. Niveles del índice HU-DBI (Facultades)

Nivel	Facultad					
	Jurisprudencia		Ciencias de la hospitalidad		Arte	
	n	%	n	%	n	%
Bueno	76	25,33	122	26,01	92	20,91
Regular	214	71,33	334	71,22	324	73,64
Malo	10	3,33	13	2,77	24	5,45
Total	300	100	469	100	440	100
p	0,115					

Fuente: Formulario de datos

Autor; Lorena García, Paola Toledo

### Por edad

Se registraron 9 diferencias significativas entre rangos etarios los estudiantes de las tres facultades de estudio. Los ítems: 3, 10, 12, 13, 19. Obtuvieron frecuencias afirmativas significativamente distintas y superiores en el grupo correspondiente al rango etario entre 17 y 21 años, por su parte el grupo de entre 22 y 46 años obtuvieron una frecuencia más alta en los ítems: 2, 6, 15, 16. Tabla 9



Tabla 9. Numero de respuestas afirmativas en cuanto a Prácticas de Salud Oral (Edad)

Enunciado	Edad				p
	17 – 21 años (696)		22 -46 años (513)		
	n	%	n	%	
1. Me preocupa mucho de ir regularmente al dentista	346	49,71	270	52,63	0,316
2. Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes	139	19,97	133	25,93	0,014*
3. Me preocupa por el color de mis dientes	566	81,32	384	74,85	0,007*
4. Me he dado cuenta de algunos depósitos de placa o sarro en mis dientes	296	42,53	205	39,96	0,370
5. Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños	72	10,34	62	12,09	0,341
6. Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis al ser anciano"	193	27,73	196	38,21	0,000*
7. Estoy preocupado por el color de mis encías	302	43,39	244	47,56	0,150
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	165	23,71	133	25,93	0,376
9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	484	69,54	337	65,69	0,157
10. Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien	404	58,05	259	50,49	0,009*
11. Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	96	13,79	78	15,20	0,490
12. A menudo verifico mis dientes después de cepillarme	546	78,45	347	67,64	0,000*
13. Me preocupa por tener mal aliento	620	89,08	410	79,92	0,000*
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con el cepillado de los dientes	270	38,79	211	41,13	0,412
15. Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	268	38,51	232	45,22	0,019*
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	125	17,96	138	26,90	0,000*
17. Uso cepillo con cerdas duras	334	47,99	240	46,78	0,678
18. Siento limpios mis dientes solo si es que los cepillo enérgicamente	332	47,70	234	45,61	0,472
19. Siento que a veces me toma mucho tiempo lavarme los dientes	278	39,94	174	33,92	0,032*
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	358	51,44	247	48,15	0,258

Nota: \* Diferencias significativas

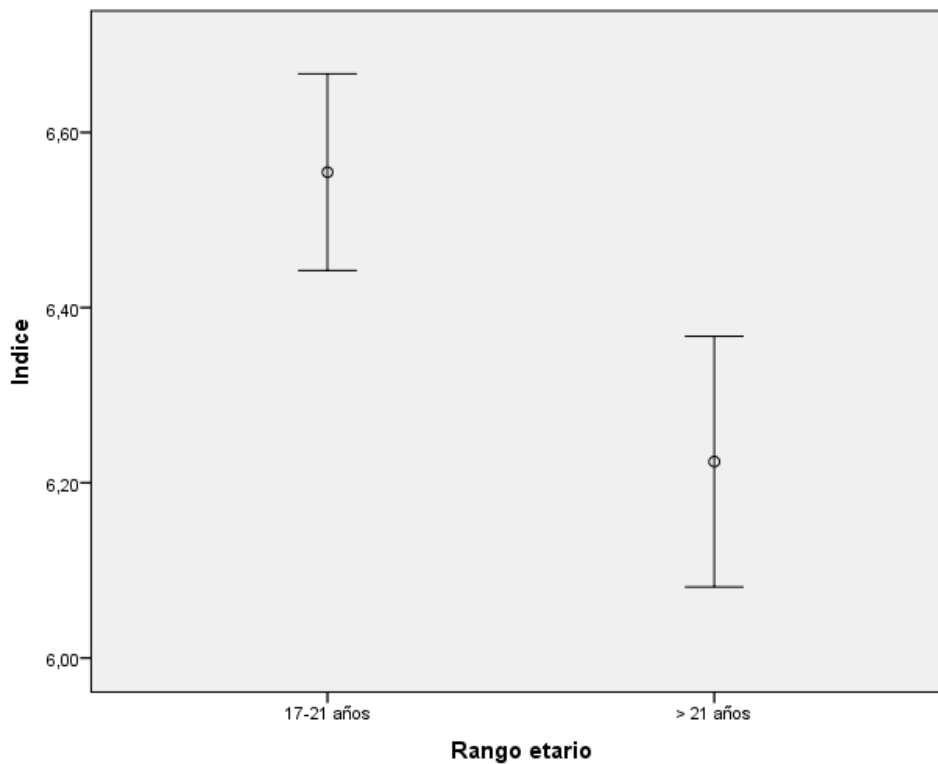
Fuente: Formulario de datos

Autor; Lorena García, Paola Toledo



Los índices HU-DBI registrados, revelaron una relación negativa levemente significativa con la edad de los estudiantes ( $Rho = -0.111$ ;  $p = 0.00$ ). El índice HU-DBI disminuye, conforme la edad se incrementa. El primer grupo (17-21 años) arrojaron una media de 6,55 (DE=1,51), el segundo (22- 46) una media de 6,22 (DE=1,65). Se encontró diferencia significativa. ( $p=0.001$ ) Figura 6.

Figura 6. Comparación de medias según rangos de edad



Fuente: Formulario de datos

Autor; Lorena García, Paola Toledo



Según el rango etario, se determinó que las personas menores a 21 años, presentaron índices elevados con tendencia hacia el niveles “bueno”. Tabla 10.

Tabla 10. Niveles del índice HU-DBI (Rango etario)

Nivel	Rango etario			
	< 21 años		> 21 años	
	n	%	n	%
Bueno	182	26,15	108	21,05
Regular	493	70,83	379	73,88
Malo	21	3,02	26	5,07
Total	696	100,00	513	100,00
p	0,034*			

Nota: \* diferencias significativas

Fuente: Formulario de datos

Autor: Lorena García, Paola Toledo

### Por sexo

Las respuestas registradas entre hombres y mujeres sobre sus prácticas de salud oral, exhibieron 9 ítems con diferencias estadísticamente significativas. Las respuestas afirmativas frente a los ítems: 1,9,13,19 fueron considerablemente mayores en las mujeres, mientras que los hombres fueron los ítems: 2,3, 11, 15, 16. El 76.32% de los hombres presentaron su índice en un nivel regular, frente al 68.83% de las mujeres, presentando una diferencia significativamente estadística. Las mujeres fueron quienes con mayor frecuencia exhibieron índices en un nivel “bueno”. Tabla 11



Tabla 11. Numero de respuestas afirmativas en cuanto a Prácticas de Salud Oral (Sexo)

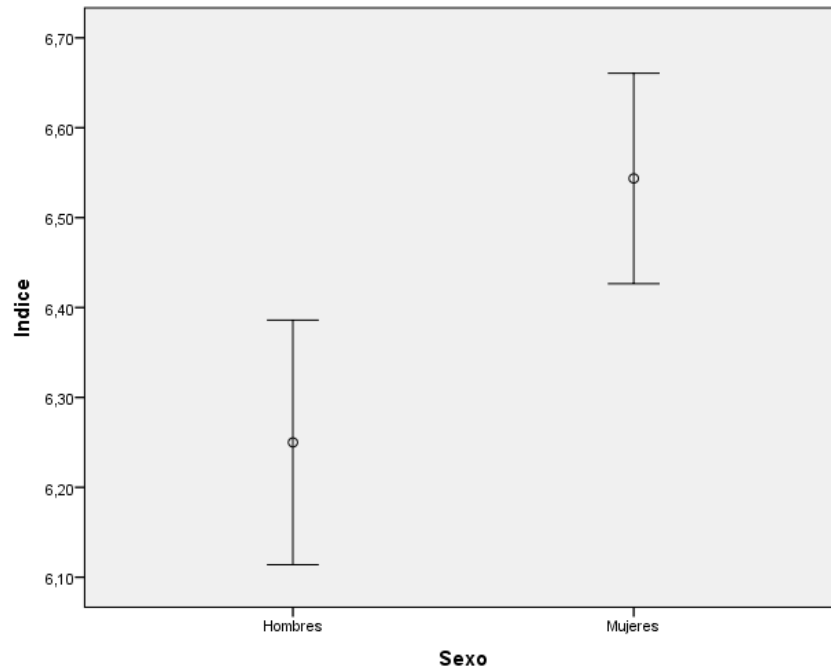
Enunciado	Sexo				p
	Hombres		Mujeres		
	n	%	n	%	
1. Me preocupa mucho de ir regularmente al dentista	246	46,24	370	54,65	0,004*
2. Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes	140	26,32	132	19,50	0,005*
3. Me preocupa por el color de mis dientes	416	78,20	534	78,88	0,774
4. Me he dado cuenta de algunos depósitos de placa o sarro en mis dientes	230	43,23	271	40,03	0,262
5. Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños	77	14,47	57	8,42	0,001*
6. Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis al ser anciano)	181	34,02	208	30,72	0,223
7. Estoy preocupado por el color de mis encías	236	44,36	310	45,79	0,620
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	143	26,88	155	22,90	0,111
9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	342	64,29	479	70,75	0,017*
10. Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien	298	56,02	365	53,91	0,466
11. Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	96	18,05	78	11,52	0,001*
12. A menudo verifico mis dientes después de cepillarme	390	73,31	503	74,30	0,697
13. Me preocupa por tener mal aliento	441	82,89	589	87,00	0,046*
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con el cepillado de los dientes	223	41,92	258	38,11	0,179
15. Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	252	47,37	248	36,63	0,000*
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	133	25,00	130	19,20	0,015*
17. Uso cepillo con cerdas duras	269	50,56	305	45,05	0,057
18. Siento limpios mis dientes solo si es que los cepillo enérgicamente	254	47,74	312	46,09	0,566
19. Siento que a veces me toma mucho tiempo lavarme los dientes	179	33,65	273	40,32	0,017*
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	273	51,32	332	49,04	0,432

Fuente: Formulario de datos Autor; Lorena García, Paola Toledo



Los índices medios según sexo reflejaron diferencias significativas ( $p=0,001$ ), siendo mayor en el caso de las mujeres ( $\bar{x} = 6,54$  ;  $DE = 1,55$ ) frente a la media de 6,25 puntos ( $DE= 1,60$ ) de los hombres. Figura 7.

Gráfico 7. Comparación de medias según sexo.



Fuente: Formulario de datos

Autor; Lorena García, Paola Toledo

El 76.32% de los hombres presentaron su índice en un nivel regular, frente al 68.83% de las mujeres, presentando una diferencia significativamente estadística. Las mujeres fueron quienes con mayor frecuencia exhibieron índices en un nivel “bueno”. Tabla 12.



Tabla 12. Niveles del índice HU- DBI (Sexo)

Nivel	Sexo			
	Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%
Bueno	101	18,98	189	27,92
Regular	406	76,32	466	68,83
Malo	25	4,70	22	3,25
Total	532	100,00	677	100,00
p	0,01*			

Nota: \* diferencias significativas

Fuente: Formulario de datos

Autor: Lorena García, Paola Toledo

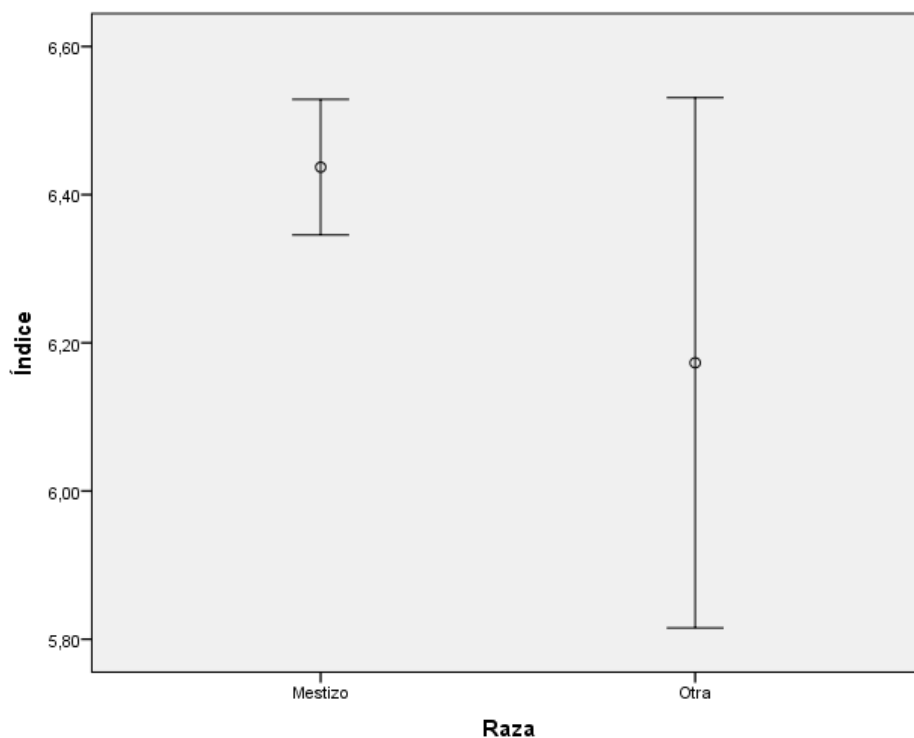
### Según la raza:

La media del índice HU-DBI registrada en las personas que se consideran “Mestizos” fue de 6,44 (DE=1,55), mientras que la media registrada en el resto de razas fue de 6,17 (DE=1,84). No se registraron diferencias significativas ( $p=0.399$ ). Gráfico 8.





Gráfico 8. Comparación de medias según la raza.



Fuente: Formulario de datos

Autor; Lorena García, Paola Toledo

Tabla 13. Niveles del índice HU- DBI (Raza)

Nivel	Raza			
	Mestizo		Otra	
	n	%	n	%
Bueno	267	24,16	23	22,12
Regular	801	72,49	71	68,27
Malo	37	3,35	10	9,62
Total	1105	100,00	104	100,00
p	0,024*			

Fuente: Formulario de datos

Autor; Lorena García, Paola Toledo



## CAPÍTULO VI

---

### DISCUSIÓN:

El profesional de la salud ocupa un papel muy importante dentro del aprendizaje de hábitos correctos de salud oral en sus pacientes, la enseñanza por parte del profesional no solo puede afectar los hábitos de auto-cuidado bucal, sino también los dientes, concientizarlos en adoptar hábitos para prevenir enfermedades orales, por lo que es de vital importancia el correcto conocimiento y promoción de la salud oral por parte del profesional.<sup>39</sup>

Sin embargo el cuidado de la salud oral por parte del paciente se ven influenciadas por factores como: pensamientos, contexto social y capacidad individual. Los pacientes necesitan creer que están expuestos a la enfermedad, que esta es grave, y la necesidad de acudir al dentista con el fin de dar atención preventiva eficaz.<sup>40</sup>

El índice general HU-DBI de la población estudiada se encontró entre 1 y 11 con una media de 6,41 puntos (DE=1,58), perteneciendo la media al nivel "Regular". De acuerdo con las distintas facultades tomadas en cuenta para el estudio, la Facultad de Jurisprudencia presentó un mejor conocimiento acerca de la salud oral con una media de (6,61), junto con la Facultad de Ciencias de la Hospitalidad (6.53), en comparación con la Facultad de Artes (6,16).

En este estudio se ha observado las prácticas de salud oral entre estudiantes de los diferentes años de estudio y encontramos que los estudiantes de los primeros años obtuvieron un mejor índice HU- DBI (6,54), mientras que en el grupo de los últimos años fue de (6,29), así se encontró puntuaciones similares en un estudio de SwathiVangipuram, R Rekha, G Radha y SK Pallavi en 2015 <sup>45</sup>, en donde los estudiantes preclínicos tuvieron puntuación significativamente mayor que la de los estudiantes clínicos, esta diferencia entre las edades se puede atribuir a que los



estudiantes de la generación más joven son más entusiastas y se preocupan más por lo estético.<sup>45</sup>

Las mujeres encuestadas reportaron mayor media de las puntuaciones HU-DBI ( $\bar{x}$  = 6,54) en comparación con los hombres ( $\bar{x}$  = 6,25), esto se debe a que las mujeres son más propensas a tener prácticas de autocuidado positivos por razones psicosociales, para mejorar su apariencia y autoestima<sup>41</sup>, además que las encuestadas femeninas se preocupan más sobre la salud de su cuerpo y la imagen facial.<sup>9</sup>

Kassak et al, en un estudio que realizó encontró que las mujeres universitarias tienen mejores hábitos con respecto al cepillado de los dientes que de los estudiantes varones, en otro estudio se encontró que las mujeres visitaron a sus dentistas y se cepillaron los dientes con más frecuencia que los hombres, un caso similar sucedió en un estudio realizado a los estudiantes de odontología de la universidad de Turquía. Así mismo en un estudio realizado en el Líbano, Tailandia y Malasia, también encontraron que los estudiantes universitarios de sexo femenino tienen mejores hábitos en cuanto al cepillado de los dientes que los estudiantes varones, debido a aspectos fisiológicos y psicológicos entre el género,<sup>2</sup> así mismo en otro estudio se mencionó que al igual que los anteriores las mujeres se involucran en un mejor comportamiento de la higiene oral, además que poseen un mayor interés en salud oral y perciben su propia salud oral a ser mejor que los hombres, que concuerdan con el estudio *de Ostberg et al y Fukai y col en 1999*.<sup>45</sup>

Se concuerda con estudios en otros países como el realizado en Arabia Saudita por *Abdul Baseer M. y Rahman G. en 2014*<sup>43</sup> y en Palestina realizado por *Katee B E. en 2010*<sup>46</sup> que muestran que algunos aspectos del comportamiento y prácticas en salud oral son diferentes entre hombres y mujeres, sin embargo se necesitan estudios más profundos para evaluar si hay verdaderamente una diferencia significativa entre pacientes masculinos y femeninos en cuanto a variables más específicos tales como la caries dental y alteraciones periodontales.<sup>35</sup>



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

De acuerdo con la edad; en un estudio realizado por *Lubna Al-Shiekh et al en 2014*<sup>2</sup> el cual nos indica que las personas encuestadas que tenían menor edad, siendo éstas estudiantes de los primeros años de su carrera universitaria presentaron un mejor comportamiento de la salud bucal en relación con aquellas personas de años posteriores, con una media de (6,55) para los de menor edad, y (6,22) para los de mayor edad, por lo que se consideraría que existe diferencia entre estos dos grupos.

Se debe mencionar que no se encontraron diferencias significativas entre los estudiantes de residencia rural y urbana, en coincidencia con resultados encontrados en un estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca por Lafebre Fabricio en 2015<sup>42</sup>, que de igual manera no existieron diferencias entre los estudiantes de residencia rural y urbana.<sup>42</sup>

Además se observó que a la mayoría de participantes les preocupa el color de sus dientes y el mal aliento de su boca, se obtuvo como resultado que el 85,2% de estudiantes respondieron “SI” al enunciado “Me preocupa por tener mal aliento”, y de igual manera el 78,6% estuvo de acuerdo con el enunciado “Me preocupa por el color de mis dientes”, coincidiendo con resultados obtenidos en un estudio realizado por Mohammad Abdul Baseer et al en 2014, donde la mayoría de estudiantes que participaron en la investigación mencionaron que su principal preocupación era la apariencia de sus dientes, encías y mal aliento.<sup>43</sup>



## CONCLUSIONES:

Los estudiantes de las facultades de Jurisprudencia (carreras de: Derecho y Orientación familiar), Hospitalidad (carreras de, Gastronomía, Hotelería y Turismo) y artes (carreras de: Instrucción Musical, Artes visuales, Danza y Teatro); de la Universidad de Cuenca, presentaron un nivel general HU-DBI “regular”, lo que nos permite creer que los mismos tienen prácticas deficientes de salud oral.

El índice HU-DBI fue mayor en estudiantes de los primeros años de las diferentes carreras, con relación al sexo encontramos que tanto hombres como mujeres presentaron su índice en un nivel “regular”, sin embargo las mujeres fueron quienes con mayor frecuencia exhibieron índices en un nivel “bueno”.

Hemos encontrado que las mujeres se preocupan más por tener mal aliento, por visitar más regularmente al dentista y por cepillar más cuidadosamente cada uno de sus dientes, en tanto que el grupo de hombres muestra más respuestas positivas al hablar de su preocupación por el color de los dientes, por el sangrado de encías durante el cepillado de dientes, la utilización de sustancias para ver cómo se cepillan los dientes e ir al dentista únicamente cuando sienten dolor de dientes.

Los niveles del índice HU-DBI, no reflejaron diferencias significativas entre los primeros y últimos años de estudio, así como según residencia y raza, en todos los casos al menos la mayoría de los estudiantes se encontraban en el nivel regular.

De acuerdo con la edad y según facultades se determinó igualmente un nivel “regular” en el índice; no se registraron diferencias según carreras, la facultad de Ciencias de la hospitalidad fue la que mayor frecuencia de estudiantes obtuvo el índice en el nivel “bueno”; finalmente, según rango etario, se determinó que las personas menores a 21 años, presentaron índices elevados con tendencia hacia el niveles “bueno”.



## BIBLIOGRAFÍA:

1. Imran F. Self-reported differences between oral health attitudes of pre-clinical and clinical students at a dental teaching institute in Saudi Arabia.[Internet] , 2013:25(4): 149–152.

Disponible en:

[http://www.saudidentaljournal.com/article/S1013-9052\(13\)00046-1/fulltext#back-b0010](http://www.saudidentaljournal.com/article/S1013-9052(13)00046-1/fulltext#back-b0010) (accedido: 10/10/15)

2. Lubna Al-Shiekh, Magd El-Dien Muhammed, Abd El-Raheem Muhammed, MuhammedAlam El-Huda, Nada TawfigHashim, Evaluation of dental students' oral hygiene attitude and behavior using HU-DBI in Sudan .[Internet]. 2014:1(2)

Disponible en: <http://www.spp-j.com/spp/1-2/spp.2015.01A0001>

3. Rodríguez León C, Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° Básico de la ciudad de Santiago. .[Internet]. 2005. P.5-7 Disponible en:

[http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/rodriguez\\_c/sources/rodriguez\\_c.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/rodriguez_c/sources/rodriguez_c.pdf)

4. 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.[Internet]. 2013: 55(1) :23-28. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4090926/>

5. Espinoza L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad.[Internet]. 2004:41(3)

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009)

6. Tascón J. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca.[Internet]. 2005:36(2):73-78.

Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v36n2/v36n2a2.pdf>

7. Secretaría de Salud de Medellín, Colombia. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales.[Internet] 2012 :13-15

Disponible en:



[http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig\\_epid\\_manuales/20\\_2012\\_Manual\\_PatBucales\\_vFinal.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucales_vFinal.pdf)

8. Al-Ansari J, Honkala F, Honkala E. Oral health knowledge and behavior among male health sciences college students in Kuwait. BMC Oral Health. [Internet].2003:3(2)

Disponible en:

<http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-3-2>

9. Ola B. Al-Batayneh, Arwa I. Owais, Yousef S. Khader. Oral Health Knowledge and Practices among Diverse University Students with Access to Free Dental Care: A Cross-Sectional Study. [Internet] 2014, 135-142

10. Chan M. La educación y la salud están íntimamente unidas. Organización Mundial de la Salud. Nueva York, Estados Unidos [Internet] 2010:9(20)

Disponible en:

[http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth\\_20100920/es/](http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/)

11. Aubert J, Sánchez S, Castro R, Monsalves M. Quality of Life Related to Oral Health in Subjects 14 Years or Older. San Juan Bautista Community, Robinson Crusoe Island.[Internet] 2014:8(1):141-143

Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2014000100019](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000100019)

12. Jiménez V. Acuña R. Cigarroa D, Ureña E. Orgaz, J. Practice of preventive dentistry for nursing staff in primary care .[Internet] 2014:45 (3):118-120

Disponible en: [http://www.redalyc.org/pdf/283/28332140005\\_1.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/283/28332140005_1.pdf)

13. Almarales, C. Llerandi, Y. Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. Rev. Cubana Estomatol. [Internet] 2008. 45(2)

Disponible en: <http://www.webmd.boots.com/oral-health/guide/tartar-dental-calculus-overview>

14. Maheli S. Mercedes M. García O .La dieta y su relevancia en la caries dental y la enfermedad periodontal.[Internet]. 2005:9(1) :4-6

Disponible en:<http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2993/1291>

15. Usana M. L, Alvarez R, Andrade R, Piccardo V, Francia A, Massa



F.Periodontal conditions and associated factors among adults and the elderly: findings from the first National Oral Health Survey in Uruguay.[Internet] 2015:31(11) :2427-2429

Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26840821>

16. Cléa A., Artênio J. Moreira R, Patricia E. Adolescents perception of oral health. pública [Internet] 2009:11(2):269-270.Disponible en:  
[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012400642009000200011](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642009000200011)

17. Domínguez G. Hernández Y. Education for oral health in early years of life, [Internet].2011:15(10):1446-1447

Disponible en :

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001000013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013)

18. Lahera V. Periodontal disease and endothelial dysfunction. [Internet] 2013:20(1)

Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v20n1/v20n1a5.pdf>

19. Arrieta K. ; Díaz A; González F. Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en estudiantes de odontología.[Internet] 2011:48:1

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072011000100003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000100003)

20. Rojas G, Latorre R, Ortega A. Major Depression and Oral Health: Role of Antidepressants Medications.[Internet] 2000

21. Chapple I, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, Madianos P, Louropoulou A. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis.Journal of clinical Periodontology .[Internet] 2015:42(16):71-76

Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12366/epdf>

22. Riobo Crespo M. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal: factores genéticos. Avances en Periodoncia .[Internet]. 2005:17(2)

Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169965852005000200003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169965852005000200003&script=sci_arttext&tlng=en)

23. Melchora F. Lissera R. Battellino L .Película adquirida salival: revisión de la literatura.: a Revision of the Literature.[Internet] 2007:45(3):1-3





Disponible en :

[http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/pelicula\\_adquirida\\_salival.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/pelicula_adquirida_salival.asp)

24. González M, Toledo B. Nazco C. Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados [Internet] 2002 :39(3)

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475072002000300006&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072002000300006&lang=pt)

25. Guilarte C, Perrone M. Microorganismos de la placa dental relacionados con la etiología de la periodontitis. [Internet] 2004:42(3)

Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652004000300012](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652004000300012)

26. Manau C, Zabalegui I, Noguerol B, Llodra J, Rebelo H, Echevarría J, Martínez-Canut P, Sanz M. Control de placa e higiene bucodental. [Internet] 2004:9(2)

Disponible en :

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2004002200006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004002200006)

27. Cowpe J. Plasschaert A. Harzer W. Walmsley. Profile and competences for the graduating European dentist – update [Internet] 2009:14 :193-202

Disponible

en:[http://www.adee.org/documents/taskforces/tfi\\_profile\\_competence\\_2010.pdf](http://www.adee.org/documents/taskforces/tfi_profile_competence_2010.pdf)

28. Navarrete C. Burgos A. Oral Hygiene Program and its impact in Bacterial Flora. Rev Chil Pediatr; 2008.19 (3): 267-271

Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062008000300004&lang=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000300004&lang=pt)

29. Fernández M. Diagnóstico y Tratamiento en Halitosis . [Internet] 2009:15(2)

Disponible en:

<http://colegiodentistas.org/revista/index.php/revistaodontologica/article/view/87/175>

30. Pascual-La Rocca, Andrés, Savoini M., Santos A. Halitosis y colutorios orales. [Internet] .2005:10 (4).417-425

Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138123X2005000400004&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138123X2005000400004&script=sci_arttext&tlng=en)



31. González R. Ventura M. Valdiviá J. Serrano C. The "Healthysmile". [Internet] 2014 :51(3) Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072014000300002&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072014000300002&script=sci_arttext&lng=en)

32. Fernández L. Barrueco L. Rosales I. Barzaga Y. Dental decay in adolescents of a Venezuelan community. [Internet] 2014:18(8):1043-1050

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192014000800002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192014000800002&script=sci_arttext)

33. Ortiz E. Sánchez-Borjas P. Delgado A. Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: resultados después de 18 meses [Internet]. 2006:17(3):170-176

Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2006000300007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2006000300007)

34. Hechavarria E. Venzant S. Gonsalves C. Salud bucal en la adolescencia [Internet] 2013 [Internet] 17(1)

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000100015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100015)

35. Ahed Al-Wahadni, Mahmoud K. Differences in self reported oral health behavior between dental students and dental technology/dental hygiene students in Jordan. Article in Journal of Oral Science. [Internet] 2004 :46(3) :191-7

Disponible en:

[https://www.researchgate.net/profile/Mahmoud\\_AlOmiri/publication/8207990\\_Differences\\_in\\_self\\_reported\\_oral\\_health\\_behavior\\_between\\_dental\\_students\\_and\\_dental\\_technologydental\\_hygiene\\_students\\_in\\_Jordan/links/0fcfd5108d1c880029000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Mahmoud_AlOmiri/publication/8207990_Differences_in_self_reported_oral_health_behavior_between_dental_students_and_dental_technologydental_hygiene_students_in_Jordan/links/0fcfd5108d1c880029000000.pdf)

36. Jaramillo J. Jaramillo F. Kador I. Masuoka D. Tong L. Ahn, C. Komabayashi T. 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, J Oral Sci. [Internet] 2014 :55(1):23-28

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4090926/>



37. Sato M, Camino J, Effect of Dental Education on Peruvian Dental Students' Oral Health-Related Attitudes and Behavior.[Internet] 2013;77(9):1179-1184

Disponible en :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4090930/>

38. Sinem Y, Basak D. Self Reported Dental Health Attitudes and Behaviour of Dental Students in Turkey. European Journal of Dentistry. [Internet] 2011: 5(3): 253–259.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3137437>

39. Mohammad R. Khami J. Mohammad J. Murtomaa H. Oral health behaviour and its determinants amongst Iranian dental students .[Internet] 2007;11(1) :42-7

Disponible en : Oral health behaviour and its determinants amongst Iranian dental students.

40. Yildiz S, Dogan B; Self Reported Dental Health Attitudes and Behaviour of Dental Students in Turkey.[Internet] 2011;5:253-259

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3137437/>

41. Kawas S, Sadia K, Betul U, A comparative study of oral health attitudes and behavior between dental and medical students; the impact of dental education in united arab emiratos [Internet] 2010;3(1):6-10

Disponible en :

[https://www.researchgate.net/publication/266326751\\_A\\_comparative\\_study\\_of\\_oral\\_health\\_attitudes\\_and\\_behavior\\_between\\_dental\\_and\\_medical\\_students\\_The\\_impact\\_of\\_dental\\_education\\_in\\_United\\_Arab\\_Emirates](https://www.researchgate.net/publication/266326751_A_comparative_study_of_oral_health_attitudes_and_behavior_between_dental_and_medical_students_The_impact_of_dental_education_in_United_Arab_Emirates)

42. Lafebre F. Actitudes Y Conductas De Salud Oral De Estudiantes De Primero A Cuarto Año De Odontología De La Universidad De Cuenca, 2014.2015:5(2)

Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21282/1/tesis.pdf>

43. Abdul Baseer M. Rahman G. Oral Health Attitudes and Behavior among a Group of Female Saudi Dental Students.[Internet] 2014;1(1):25-29

Disponible en:

<http://www.saudijos.org/article.asp?issn=16586816;year=2014;volume=1;issue=1;page=25;epage=29;aulast=Baseer>



44. Jerome F, Tooth Truth, "La verdad sobre los dientes", 2000, disponible en:

<http://educate-yourself.org/cn/ToothTruth.pdf>

45. Vangipuram S, R Rekha, G Radha, SK Pallavi/ Assessment of oral health attitudes and behavior among undergraduate dental students using Hiroshima University Dental Behavioral Inventory HU-DBI, [Internet] 2013:13(1):52-57

Disponible en :

<http://www.jiaphd.org/article.asp?issn=23195932;year=2015;volume=13;issue=1;page=52;epage=57;aulast=Vangipuram>

46. Kateeb E. Gender-Specific Oral Health Attitudes and Behavior among Dental Students in Palestine. [Internet]. 2010 :16(3) :329-333

Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/117867/1/16\\_3\\_2010\\_0329\\_0333.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/117867/1/16_3_2010_0329_0333.pdf)



ANEXOS:  
**ANEXO A: TEST HIROSHIMA UNIVERSITY DENTAL BEHAVIOR  
 INVENTORY HU-DBI**

<b>Nombre</b>	
<b>Años cumplidos</b>	
<b>Género</b>	Masculino ( ) Femenino ( )
<b>Raza</b>	Blanco( ) Mestizo( ) Indígena ( ) Mulato ( )
<b>Residencia</b>	Urbano ( ) Rural ( )
<b>Estado Civil</b>	Soltero ( ) Casado( ) Divorciado ( ) Viudo( )
<b>Año que cursa</b>	Primero( ) Segundo ( ) Tercero( ) Cuarto ( ) Quinto ( )

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 tinte 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 ( )



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**Título:** Conocimiento, y prácticas en salud oral con el test de Hiroshima University Dental Behavior Inventory en el área de Ciencias Sociales que incluye: Hospitalidad, Artes, Ciencias Agropecuarias y Jurisprudencia, del ciclo Marzo 2016 – Julio 2016 de la Universidad de Cuenca

### OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento y prácticas sobre salud oral de los estudiantes del área de ciencias Sociales de la Universidad de Cuenca, durante el periodo marzo- julio del 2016.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuenca, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Mi nombre: \_\_\_\_\_, estudiante matriculado en \_\_\_\_\_ ciclo de la carrera de \_\_\_\_\_, de las Facultades de Ciencias Sociales de la Universidad de Cuenca.

El presente estudio es sobre conductas en salud oral, test diseñado para estudiantes y aplicado en varios idiomas y países del mundo; el nombre es Hiroshima University Dental BehaviorInventory que servirá para determinar diferencias en aptitudes y conductas sobre salud oral en las diferentes carreras de las facultades de Ciencias Sociales, en los estudiantes de la Universidad de Cuenca, se llena un formulario con preguntas de Si o No, el test toma entre 10 a 15 minutos en llenarse cómodamente, para obtener más información escribimos a paolatoledoarmijos@yahoo.es, vivig377@hotmail.com.

Luego de la explicación de los estudiantes de Odontología autores de esta tesis, entiendo y acepto participar en este estudio, libre y voluntariamente, aceptando que la información es confidencial y será única y exclusivamente para cumplir con los objetivos de esta investigación, no tiene ningún riesgo en mi integridad física, moral o médica.

**Para constancia firmo:** \_\_\_\_\_, C.i \_\_\_\_\_

**Anexos B:**



RESPUESTAS AFIRMATIVAS DE LA POBLACION ESTUDIADA:

Prácticas de Salud Oral – Áreas sociales

Enunciado	n	%
1. Me preocupo mucho de ir regularmente al dentista	616	50,95
2. Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes	272	22,50
3. Me preocupo por el color de mis dientes	950	78,58
4. Me he dado cuenta de algunos depósitos de placa o sarro en mis dientes	501	41,44
5. Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños	134	11,08
6. Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis al ser anciano)	389	32,18
7. Estoy preocupado por el color de mis encías	546	45,16
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	298	24,65
9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	821	67,91
10. Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien	663	54,84
11. Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	174	14,39
12. A menudo verifico mis dientes después de cepillarme	893	73,86
13. Me preocupo por tener mal aliento	1030	85,19
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con el cepillado de los dientes	481	39,78
15. Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	500	41,36
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	263	21,75
17. Uso cepillo con cerdas duras	574	47,48
18. Siento limpios mis dientes solo si es que los cepillo enérgicamente	566	46,82
19. Siento que a veces me toma mucho tiempo lavarme los dientes	452	37,39
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	605	50,04

Fuente: Formulario de datos

Autor; Lorena García, Paola Toledo



### ANEXO 3:

#### DESCRIPTIVOS POR GRUPO DE ESTUDIO:

Medidas de tendencia central y dispersión (Índice)

Grupo de estudio	Descriptivo			Desviación estándar	
	Mínimo	Máximo	Media		
Año	Primeros años	2	11	6,54	1,49
	Últimos años	1	10	6,29	1,65
Residencia	Urbano	1	11	6,43	1,57
	Rural	1	10	6,37	1,63
Facultad	Jurisprudencia	2	11	6,61	1,48
	Ciencias de la hospitalidad	1	11	6,53	1,53
	Artes	1	10	6,16	1,66
Edad	17-21	1	11	6,55	1,51
	22-46	1	10	6,22	1,65
Sexo	Hombres	1	11	6,25	1,60
	Mujeres	2	11	6,54	1,55
Raza	Mestizo	1	11	6,44	1,55
	Otra	1	10	6,17	1,84

Fuente: Formulario de datos

Autor; Lorena García, Paola Toledo