

Actitudes y Conductas de Salud Oral de Estudiantes de Odontología de la Universidad de Cuenca 2014*

Behavior and attitudes in oral Health in Dental students, University of Cuenca 2014

Fabricio Lafebre Carrasco 1

Diego Cobos Carrera 2

Carlos Arévalo 3

Ricardo Charry 4

Aldo Mateo Torrachi Carrasco 5

RESUMEN

El objetivo, de este estudio de encuesta, fue analizar las actitudes y conductas de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Cuenca, utilizando el test de actitudes y conductas de la Universidad de Hiroshima (HU-DBI). Se realizó una encuesta a estudiantes de primer año a quinto, se incluyeron estudiantes de nivelación y postgrado. El total de estudiantes encuestados fue 460, se encontró una tasa de respuesta de 87.47%, 256 (66,7%) mujeres y 128 (33,33%) hombres; la mayoría de procedencia urbana 96,3%. El número de índice HU-DBI fue, para los estudiantes preclínicos, de 8,89 con una DS de 1,542 y los estudiantes con experiencia clínica de 9,49 con una DS de 1,485. Se encontró que no hay diferencia en el índice entre hombres y mujeres y que aumenta con la educación de las materias teóricas y se incrementa aún más al entrar los estudiantes en contacto con pacientes, en condiciones en las que se mantiene. El valor del índice HU-DBI en los estudiantes de postgrado es menor que el de los estudiantes de 4to y 5to año, hallazgo que requiere un estudio posterior.

Palabras clave:

Actitudes, comportamiento, salud oral, estudiantes, inventario, dental.

ABSTRACT

The aim of this survey was the attitudes and behavior in dental students of the School of Dentistry at the University of Cuenca, and the use of Hiroshima dental behavior dental inventory (HU-DBI). This survey included students from first to fifth year and candidates for postgraduate programs and postgraduate students. A survey was conducted to freshmen to fifth year and included leveling students and graduate students, the total number of respondents was 460 students which included students from first to fifth, leveling and graduate students, a response rate found of 87.47%, where 256 (66.7%) were women, 128 (33.33%) were men, most urban origin 96.3%, the index number HU-DBI was for preclinical students with DS 8.89 and 1,542 students with clinical experience with DS 1.485 9.49. In this study we found no difference in rates between men and women, and the fact this rate increases with education of theoretical and increases further contact with patients, which is maintained, and that graduate students have lower rates of HU-DBI than students of 4th and 5th year, a finding that requires further study.

KEYWORDS:

Attitude, Behavior, oral health, Students, Dental, Inventory

* Artículo de [investigación](#) realizado con estudiantes matriculados de primero a quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, estudiantes de nivelación y de postgrado de Rehabilitación Oral y Endodoncia.

1 Profesor principal, Facultad de Odontología, Universidad de Cuenca, Ecuador

2 Profesor principal, Facultad de Odontología, Universidad de Cuenca, Ecuador.

3 Profesor accidental, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Ecuador.

4 Profesor accidental, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Ecuador.

5 Profesor Universidad del Azuay y del Hospital Santa Inés del Ecuador.

Citación sugerida

Lafebre-Carrasco F, Cobos-Carrera D, Arévalo C, Charry R, Torrachi-Carrasco AM. Actitudes y Conductas de Salud Oral de Estudiantes de Odontología de la Universidad de Cuenca 2014. *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2015, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 5(2): 47-58. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido	Julio 17 2015
Aprobado	Octubre 31 2015
Publicado	Diciembre 31 2015

Introducción

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

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

Conforme avanzan, los estudiantes tratan pacientes y tienen la oportunidad de transmitir la información obtenida, en los cursos previos, y educar en salud oral. Así, las actividades de prevención y motivación no son teóricas en la formación de la carrera, sino son aplicadas para enseñar al paciente con objetivo de educar para la salud; el ideal es que el paciente adquiriera buenas conductas y hábitos de higiene oral que permita el éxito del trabajo odontológico a corto y largo plazo. Pero, a su vez, esta acción educativa a los pacientes, debería reforzar, aún más, en el estudiante de odontología, las conductas saludables sobre sí mismo.

En la práctica docente se ha observado que los estudiantes de tercer año tienen buenos conocimientos teóricos en lo que respecta a placa bacteriana, fisiopatología y fundamentos preventivos; sin embargo, a pesar de lo que se podría suponer: que tienen buenos hábitos y conductas de control de placa bacteriana sobre sí mismos, no necesariamente esto es real porque, en la práctica profesional, sobre ellos se ha encontrado que mantienen altos índices de placa y tienen un grado variable de gingivitis, patología de mayor prevalencia Mundial (1) (2). Esto indicaría que, en sus conductas y hábitos, no hay aún un aprendizaje significativo y suficiente y que, además, existen diferencias entre género y otros factores que requieren ser investigados.

Existe un test, aceptado y validado, internacionalmente confiable para medir estas conductas en estudiantes de odontología, es el Hiroshima Dental Inventory (HU-DBI), que se ha validado y probado en idioma español (3). Es conocido ampliamente el papel de la placa bacteriana como el principal factor etiológico para gingivitis (4); por lo que, el conocimiento teórico, adquirido en la formación profesional de los estudiantes de odontología, no necesariamente se refleja en actitudes y conductas saludables. Posiblemente, la información, por sí sola, no genera cambio de actitudes y conductas saludables; en éstas, hay una serie de modificadores, entre los que mencionamos los hábitos, costumbres, creencias y género (3).

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de actitudes y conductas sobre oral de los estudiantes de primero a quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca durante el periodo marzo-julio del 2014.

Metodología

Se realizó un estudio, tipo encuesta; el universo estuvo constituido por 460 estudiantes, que incluye estudiantes matriculados de primero a quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, estudiantes de nivelación y de postgrado de Rehabilitación Oral y Endodoncia. Se entrevistó a 387 estudiantes, quienes firmaron y aceptaron el consentimiento correspondiente; sin embargo, tres de ellos no llenaron el test, dejándolo en blanco, por lo que se les excluyó de la base de datos. El porcentaje de respuesta fue de 83.47% de aplicación del test HU-DBI, lo que representa que se trabajó sobre la mayoría del universo.

Se incluyeron estudiantes matriculados de primero a quinto año en Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca (FOUC) y de nivelación y los de posgrados que participaron, libre y voluntariamente, en la aplicación de la encuesta y la valoración de conocimientos. Quienes no firmaron el consentimiento informado y no respondieron el cuestionario completamente, fueron excluidos.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, años que cursa, procedencia, nivel de actitud y conducta sobre salud oral, índice HU-DBIEI que consta de veinte preguntas dicotómicas, de acuerdo / desacuerdo, y que valora las actitudes y conductas. El máximo nivel de actitud y conducta es 12 y se valora según la siguiente escala: bueno de 8-12, regular 4-7 y malo 0-3. Las preguntas correctas de acierto (si) son 4, 9, 11, 12, 16 y 19 a las que se les asigna un punto, si la respuesta está de acuerdo. Las preguntas de desacuerdo son 2, 6, 8, 10,14 y 15 a las que se les asigna un punto, si se responden negativamente. La suma de acuerdos y desacuerdos configura el nivel del índice. El procedimiento investigativo incluyó la realización de una prueba piloto con 40 estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, para ajustar la comprensión de las preguntas.

Se aplicó un test, aceptado mundialmente, para la evaluación de actitudes y conductas en estudiantes de odontología Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI). El test se adaptó con un estudio piloto previo en una población similar, estudiantes en la Universidad de Cuenca; con el fin de resolver todos los problemas que tendrían las palabras del cuestionario Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI) al aplicarlas en el lenguaje local. Se usó la versión traducida al español por Jaramillo y cols. (3); una vez resueltos los problemas detectados en la experiencia piloto, se aplicó a los estudiantes de odontología.

La aplicación del test se inició con la explicación del objetivo y fines del trabajo, por parte de investigación por el investigador; el tiempo que tuvieron los participantes para diligenciar el test fue de 20 minutos, de manera que respondieran con tranquilidad. Una vez transcurrido el tiempo, se recogió y se estableció una base de datos de los participantes. Se verificó que estuviera libre de errores con dos personas independientes. Se detectaron errores que fueron causados por fallas en la escritura, y se procedió a codificarlos, depuración de base datos. La información se tabuló y analizó con el paquete estadístico SPSS V. 15 y se elaboraron los cuadros correspondientes.

El plan de análisis estadístico incluyó el cálculo de medidas de resumen, según la naturaleza de las variables. Para el análisis bivariado, se relacionó el nivel de actitudes y prácticas de acuerdo al cuestionario Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI) y al nivel de instrucción de los participantes. Este trabajo se sometió a la aprobación ética del comité de tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca. Los estudiantes firmaron un consentimiento informado.

RESULTADOS

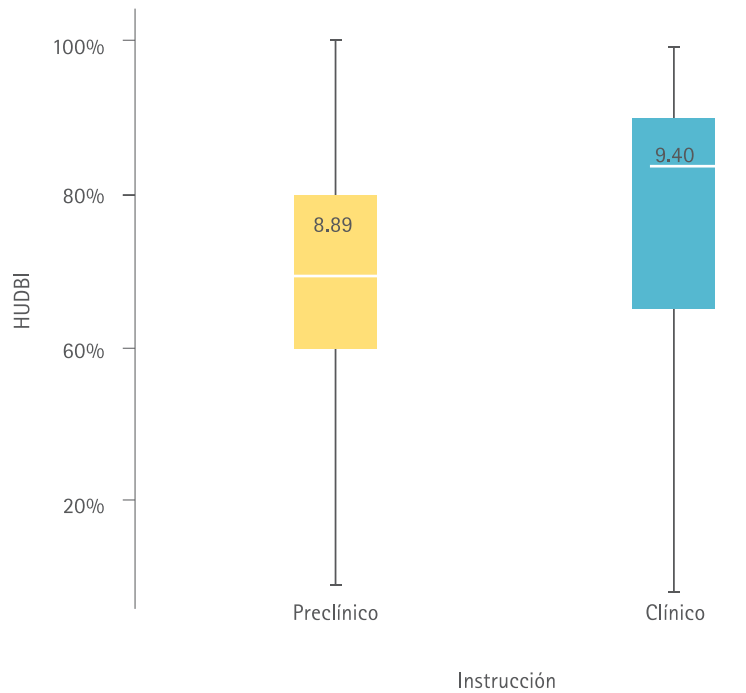
En la tabla número uno se aprecia la distribución de las variables socio-demográficas. El número de población encuestada de la Facultad de Odontología fue de 384 estudiantes, con una edad promedio de 21,04 años, con una DS de 2,66 y una varianza de 7,09; la razón hombre - mujer es 1:2. La mayoría de los estudiantes son de procedencia urbana con un 96.6% y la gran mayoría son solteros. 301 estudiantes (78,38%) no tienen contacto clínico con pacientes y 83 estudiantes (21,61%) ha tenido contacto clínico con pacientes; es decir, han realizado las prácticas clínicas. El promedio del índice HU-DBI es 8,97, con un DS de 1,58 y una varianza de 2,5.

Tabla N° 1. Descripción de las variables socio-demográficas de los estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad de Cuenca, 2014.

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

Fuente: Formulario de datos

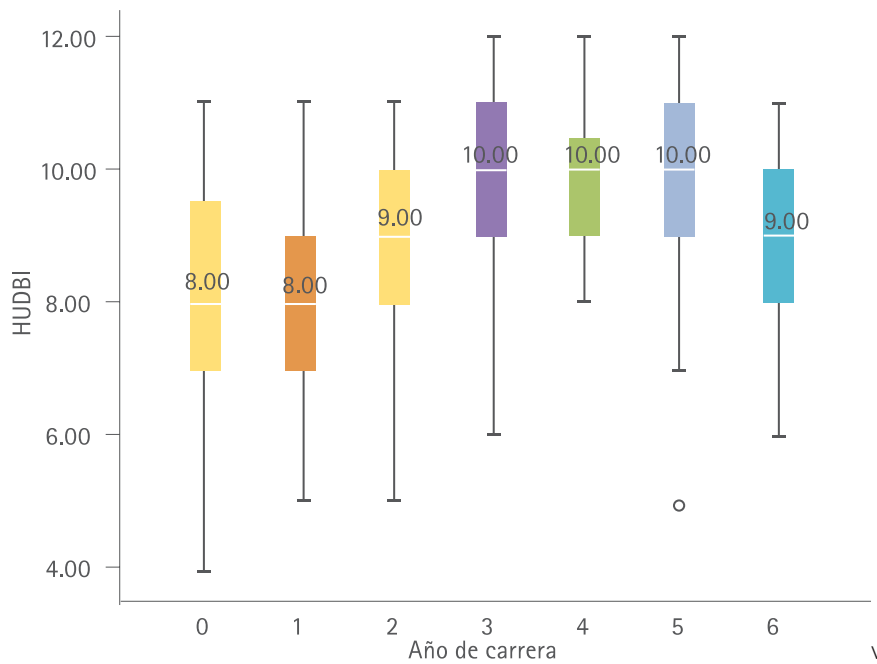
Gráfico N°1. Diferencia de medias de las actitudes y conductas, según el nivel de instrucción de los estudiantes de Odontología, Cuenca 2014



En este gráfico se observa la diferencia de Medias del índice HUDBI entre estudiantes sin experiencia clínica media 8,89, con una DS de 1.542 y con experiencia clínica media 9,49, con una DS de 1.485.

Fuente: Formulario de datos

Gráfico N°2. Diferencia de medias de las actitudes y conductas, según el curso de los estudiantes de Odontología, Cuenca 2014.



Fuente: Formulario de datos

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

No se encontraron diferencias en el índice HU-DBI por sexo: en el correspondiente a las mujeres el índice de HU-DBI fue de 9.05 con una DS de 1.55 y el de los hombres fue de 8.81 con una DS de 1.635. Por procedencia, el índice fue: Urbano 8.986 con una DS de 1,574 y Rural HU-DBI de 8.5338 con una DS de 1.8081. Por estado civil, el índice fue: Soltero con un HU-DBI de 8,99 con una DS de 1.57, Casado 8,57 con una DS de 1,64 y Viudo 8,5 con una DS de 0,707.

Tabla 2. Respuestas del índice HU-DBI de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, 2014.

Número de pregunta y Descripción	Nivelación	1ro n %	2do n %	3ro n %	4to n %	5to n %	6to n %
1. ¿Yo no me preocupo mucho de ir regularmente al dentista?	7 (23%)	49 (13.9%)	32 (9.1%)	20 (5.7%)	12 (3.4%)	4 (1.1%)	3 (0.8%)
2. ¿Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes? D	5 (16%)	91 (25.8%)	75 (21.2%)	79 (22.4%)	31 (8.8%)	39 (11.0%)	12 (3.4%)
3. ¿Me preocupa el color de mis dientes?	6 (19.35%)	89 (25.2%)	74 (21.0%)	82 (23.2%)	30 (8.5%)	38 (10.8%)	11 (3.1%)
4. ¿Me he dado cuenta de algunos depósitos pegajosos blancos en mis dientes? A	12 (38.71%)	62 (17.6%)	46 (13.0%)	36 (10.2%)	16 (4.5%)	23 (6.5%)	7 (2.0%)
5. Uso un cepillo pequeño que parece un diseño para niños	0 (0%)	100 (28.3%)	78 (22.1%)	75 (21.2%)	28 (7.9%)	36 (10.2%)	12 (3.4%)
6. ¿Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar usar prótesis al ser anciano"? D	6 (19,35%)	85 (24.1%)	77 (21.8%)	80 (22.7%)	29 (8.2%)	38 (10.8%)	11 (3.1%)
7. Estoy preocupado por el color de mis encías	24 (77,42%)	91 (25.8%)	75 (21.2%)	79 (22.4%)	31 (8.8%)	39 (11.0%)	12 (3.4%)
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario D	2 (6,52%)	32 (9.1%)	23 (6.5%)	21 (5.9%)	11 (3.1%)	17 (4.8%)	1 (0.3%)
9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado A	15 (48,39%)	78 (22.1%)	76 (21.5%)	80 (22.7%)	30 (8.5%)	39 (11.0%)	12 (3.4%)
10. Nunca me han enseñado profesionalmente cómo cepillarse bien D	17 (54,84%)	52 (14.7%)	42 (11.9%)	51 (14.4%)	21 (5.9%)	28 (7.9%)	8 (2.3%)
11. Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes A	4 (12,90%)	60 (17.0%)	68 (19.3%)	79 (22.4%)	30 (8.5%)	39 (11.0%)	10 (2.8%)
12. A menudo verifico mis dientes en un espejo después de cepillarme A	6 (19,35%)	87 (24.6%)	69 (19.5%)	58 (16.4%)	18 (5.1%)	25 (7.1%)	8 (2.3%)

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

Fuente: Formulario de datos

Tabla 2. Respuestas del índice HU-DBI de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, 2014.

Número de pregunta y Descripción	Nivelación	1ro n %	2do n %	3ro n %	4to n %	5to n %	6to n %
13. Me preocupo por tener mal aliento	0 (0%)	85 (24.1%)	72 (20.4%)	74 (21.0%)	25 (7.1%)	32 (9.1%)	10 (2.8%)
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con cepillado de dientes D	5 (16,13%)	91 (25.8%)	76 (21.5%)	78 (22.1%)	30 (8.5%)	38 (10.8%)	12 (3.4%)
15. Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista D	7 (22,58%)	88 (24.9%)	80 (22.7%)	71 (20.1%)	27 (7.6%)	31 (8.8%)	9 (2.5%)
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo A	24 (77,42%)	66 (18.7%)	70 (19.8%)	76 (21.5%)	29 (8.2%)	38 (10.8%)	10 (2.8%)
17. Uso cepillos con cerdas duras	12 (38,71%)	60 (17.0%)	68 (19.3%)	79 (22.4%)	30 (8.5%)	39 (11.0%)	10 (2.8%)
18. Siento limpios mis dientes sólo si es que los cepillo enérgicamente	14 (45,16%)	70 (19.8%)	67 (19.0%)	79 (22.4%)	30 (8.5%)	37 (10.5%)	12 (3.4%)
19. Siento que a veces me tomo mucho tiempo lavarme los dientes A	138 (41,94%)	47 (13.3%)	53 (15.0%)	68 (19.3%)	26 (7.4%)	35 (9.9%)	11 (3.1%)
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	12 (38,71%)	60 (17.0%)	38 (10.8%)	53 (15.0%)	20 (5.7%)	21 (5.9%)	4 (1.1%)

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

Fuente: Formulario de datos

Tabla 3. Diferencias del índice HU-DBI entre hombres y mujeres en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, 2014.

Variable	Hombres (n= 113)		Mujeres (n= 240)		OR	IC 95%	Valor X2	Valor P
	N.	%	N.	%				
1. ¿Yo no me preocupo mucho de ir regularmente al dentista?	71	20.1%	49	13.9%	0.549	0.345- 0.873	6.501	0.011
2. ¿Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes?	14	4.0%	12	3.4%	0.521	0.233- 1.167	2.579	0.108
3. ¿Me preocupa el color de mis dientes?	18	5.1%	11	3.1%	0.752	0.343- 1.650	0.509	0.476
4. ¿Me he dado cuenta de algunos depósitos pegajosos blancos en mis dientes?	109	30.9%	54	15.3%	0.909	0.581- 1.423	0.174	0.677
5. Uso un cepillo pequeño que parece un diseño para niños	16	4.5%	8	2.3%	0.938	0.389- 2.260	0.021	0.886
6. ¿Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar usar prótesis al ser anciano"?	22	6.2%	11	3.1%	0.936	0.437- 2.003	0.029	0.864
7. Estoy preocupado por el color de mis encías	169	47.9%	79	22.4%	1.024	0.629- 1.669	0.009	0.923
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	22	6.2%	16	4.5%	0.612	0.308- 1.216	1.994	0.158

Fuente: Formulario de datos

9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	112	31.7%	39	11.0%	1.660	1.045-2.639	4.636	0.031
10. Nunca me han enseñado profesionalmente cómo cepillarse bien	42	11.9%	25	7.1%	0.747	0.429-1.301	1.068	0.301
11. Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	52	14.7%	36	10.2%	0.592	0.359-0.976	4.264	0.039
12. A menudo verifico mis dientes en un espejo después de cepillarme	35	9.9%	20	5.7%	0.794	0.435-1.449	0.567	0.451
13. Me preocupo por tener mal aliento	15	4.2%	13	3.7%	0.513	0.235-1.118	2.905	0.088
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con cepillado de dientes	34	9.6%	13	3.7%	1.270	0.642-2.512	0.472	0.492
15. Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	42	11.9%	22	6.2%	0.877	0.495-1.555	0.201	0.654
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	108	30.6%	50	14.2%	1.031	0.657-1.617	0.018	0.895
17. Uso cepillos con cerdas duras	26	7.4%	32	9.1%	0.308	0.173-0.548	17.106	0.000
18. Siento limpios mis dientes sólo si es que los cepillo enérgicamente	82	23.2%	31	8.8%	1.373	0.839-2.245	1.600	0.206
19. Siento que a veces me tomo mucho tiempo lavarme los dientes	102	28.9%	55	15.6%	0.779	0.498-1.221	1.185	0.276
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	71	20.1%	41	11.6%	0.738	0.460-1.184	1.592	0.207

Fuente: Formulario de datos

DISCUSIÓN

Una tarea importante, que hace un profesional de salud, es educar en salud; es decir, enseña y estimula a adquirir actitudes y conductas favorables en sus pacientes (4) para que vivan sanos, actividad que genera resultados beneficiosos para ellos (5) (6). Ésta debería ser una competencia lograda al final de la educación (7).

La población de jóvenes que ingresa a la Facultad de Odontología de Universidad de Cuenca, por medio del curso denominado nivelación y luego a primer año, tiene un índice de Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI) de 8 con una DS de 1.80 y un HU-DBI de 8,26 con una DS de 1,55, respectivamente, que representa un buen nivel en cuanto a actitudes y conductas, en comparación con los índices de poblaciones similares de otros países como: Estudiantes Pre-clínicos en Arabia Saudita que tienen índice HU-DBI de 5.8 con una DS de 3 (8); R Neerajaa et. al. en Bangalore, India, reportan un índice HU-DBI inicial de 6.88 con una DS de 1.69 en estudiantes de primer año; así mismo, mencionan que los estudiantes mejoran su índice HU-DBI al entrar en contacto con pacientes con HU-DBI 7 con una DS de 2.45 $p= 0.019$ (9).

En la carrera de Odontología de la Universidad de Cuenca se imparte la cátedra teórica de preventiva en el segundo año y, en el tercer año, la cátedra de periodoncia en las que se realizan procedimientos de educación en salud oral, donde los mismos compañeros de aula son pacientes y tratantes; además, son supervisados por profesores, quienes se enfocan en las actividades de

educación en salud y técnicas de higiene oral. Esto podría explicar el comportamiento de los índices en tercero, cuarto y quinto año, en los que se aprecia un aumento del índice de actitudes y conductas HU-DBI: pasando de un índice de 8, en estudiantes de nivelación y primero; a los de segundo y tercero con un índice de 9; una vez pasan a cuarto año el índice sube a 10, que se mantiene en quinto año. Este aumento se explicaría por el trabajo educativo en sus pacientes y que actúa en los estudiantes, mejorando y manteniendo el índice elevado de actitudes y conductas de salud oral.

Estos hallazgos están en concordancia con los estudios internacionales que se reportan en estudiantes de Odontología japoneses, quienes atienden a pacientes, que presentan un buen índice de HU-DBI con una media de 10.04 una DS de 1.55 en el egreso de la carrera (10); a diferencia de los estudiantes griegos que presentan un índice regular de 7.44 con una DS de 2.55 en el egreso de la carrera (11).

En el presente estudio, el cambio HU-DBI de un estado preclínico a un estado clínico es de 8.89 con una DS de 1,54 a 9,49 con una DS de 1,48. (29). Con lo que se puede afirmar que el contacto clínico estimula a adquirir mejores actitudes y conductas en los estudiantes; estos hallazgos están en concordancia con varios estudios con diferentes poblaciones y culturas; al respecto, se mencionan los del estudio de Dumitrescu y colaboradores, en que se reporta un mejoramiento del índice de HU-DBI de los primeros a los últimos años (12).

El estudio de Rong, Wang, Yip, referencia un mejoramiento del índice HU-DBI entre los estudiantes que ingresan a la carrera versus los que salen de la misma. (13). Así mismo, R. Neerajaa, G. Kayalvizhia y P. Sangeethaa mencionan que existe un mejoramiento de los estudiantes de primer año y los que egresan de la carrera, en estudiantes de Banglarore India (14); además, comentan que los estudiantes deberían ser un ejemplo de actitudes y conductas positivas de salud oral y promotores tanto para sus familias, amigos y pacientes. Así mismo, Sinem et al mencionan que la motivación mantiene una buena salud oral (15); mostrando la mejoría en las conductas y actitudes de estudiantes de odontología de Turquía: los estudiantes preclínicos tienen HU-DBI de 6 con una DS de 1.86 y los clínicos 7.47 con una DS de 1.86 y con $p=0.001$ (15). Jaramillo, en su estudio, compara estudiantes de Ingeniería Civil con estudiantes de Odontología a partir del Índice de HU-DBI y muestra diferencias significativa entre ellos (3). Demostrando que los estudiantes de odontología tienen mejores valores según este índice.

Solo existe un reporte en la literatura, el de Dagli y colaboradores, que afirma que no hay diferencia entre estudiante hindúes en el índice HU-DBI que entran y salen de la carrera (16). En el presente estudio se encuentra una pequeña diferencia entre hombres y mujeres que se debe, posiblemente, a las actividades similares que realizan ambos géneros y que son influenciadas positivamente por la igualdad de conocimientos recibidos, por las creencias, valores y expectativas. También puede deberse al ambiente social en el que conviven durante la semana entre compañeros y compañeras; es decir, las relaciones interpersonales del grupo.

Estos hallazgos coinciden con el estudio de Rushabh J. y Dagli y Tadakamadla en 2008 (17), quienes tampoco encontraron diferencias significativas entre género; así mismo, Mohammad Abdul Baseer y Ghousia Rahman, en 2014 (18), quienes encuentran diferencias en género en estudiantes de Arabia Saudita en la que el 88% de estudiantes encuestadas fueron mujeres; del mismo modo, en población cultural similar de árabes en Palestina, E. Kateeb (19) reporta diferencias de género significativas de las mujeres en relación a los varones, esto quizá se explique por la cultura y

creencias de las poblaciones. Sin embargo, se ha reportado una mejor actitud y conducta de salud oral del género femenino frente al masculino en población adolescente en el estudio de Ostberg AL en 1999 en población nórdica (20); así mismo, en el mismo año, Fukai K. y colaboradores (21) reportaron diferencias de índice HU-DBI en población Japonesa, en el que tienen mejor índice las mujeres que los hombres, explican sus hallazgos como más positivos en las mujeres debido a que son las cuidan más su apariencia física y están más dispuestas a visitar al odontólogo para mantenerse atractivas y con buena presentación.

En el presente estudio se puede decir al respecto, que el contexto actual es diferente y que la apariencia física y preocupación por atractivo se mantienen como una preocupación valiosa para ambos géneros, siendo una explicación de los resultados. Coincidiendo con estudio de Dagli y Tadakamadla en 2008 (16).

Se encontró, al analizar los resultados de los estudiantes de postgrado, una disminución en el índice en relación con la media de 10, presente en los estudiantes de quinto año, siendo compatible con los resultados en los de tercer año, es decir 9. Esto podría explicarse porque no todos los estudiantes de postgrado son egresados de la Facultad, ni tuvieron el esquema de formación que actualmente se adelanta; sin embargo, éste es un hallazgo que debería explorarse en otro trabajo de investigación con el fin de determinar la veracidad de este hallazgo. En relación con la procedencia, no se encontró diferencia entre los estudiantes de procedencia rural y urbana.

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

Por último, se debe mencionar que el estudio de Jaramillo (3) compara a estudiantes de Ingeniería Civil y de Odontología con el índice de HU-DBI y demuestra diferencias significativas entre los dos grupos de estudiantes; lo que debería ser estímulo para hacer estudios comparativos entre las diferentes carreras de la Universidad de Cuenca.

BIBLIOGRAFIA

1. **Petersen PE.** The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31 (1): 3-23.
2. **Organización Panamericana de la Salud.** Nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales [Internet] Oficina de Información Pública, OMS. [acceso 19 de agosto 2014] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
3. **Jaramillo Jorge A, Jaramillo Fredy et al.** A comparative study of oral health attitudes and behavior using the Hiroshima University - Dental Behavioral Inventory (HU-DBI) between dental and civil engineering students in Colombia. *Journal of Oral Science* 2013; 55 (1): 23-28.
4. **Rojas V.** *Manual de higiene bucal.* Madrid, España. (ed). Panamericana. 2009.
5. **Fridus V, Dagmar E.** Oral hygiene in the prevention of periodontal diseases: the evidence. *Periodontology 2000* 2011; 55 (1): 104-123.
6. **Reynolds M.** Modifiable risk factors in periodontitis: at the intersection of aging and disease. *Periodontology 2000* 2013; 64 (1): 7-19.
7. **Cowpe J, Plasschaert A, et al.** Profile and competences for the graduating European dentist – update 2009. *European Journal of Denta.* 2010;14 (1): 193-202.
8. **Kawas S, Fakhruddin K, Rehman B.** A comparative study of oral health attitudes and behaviour between dental and medical students: the impact of dental education in united arab emirates. *J Int Dent Med Res* [en línea] 2010 [fecha de consulta: 29 de abril de 2014]; 3(1):6-10. Disponible en: <http://www.ektodermaldisplazi.com/journal.htm>
9. **Neerajaa R, Kayalvizhia G, Sangeethaa P.** Oral Health Attitudes and Behavior among a Group of Dental Students in Bangalore, India *European Journal of Dentistry* 2011; 5(2): 163-167.
10. **Kawamura M, Honkala E, Widström E, et al.** Cross-cultural differences of self-reported oral health behaviour in Japanese and Finnish dental students. *Int Dent J* 2000;50(1):46-50
11. **Polichronopoulou A, Kawamura M.** Oral self-behaviors: Comparing Greek and Japanese dental Students *Euro.J. Dent Educ* 2005; 9 (4) 164-170.
12. **Dumitrescu AL, Kawamura M, Sasahara H.** An assessment of oral self-care among Romanian dental students using the Hiroshima University-Dental Behavioural Inventory. *Oral Health Prev Dent* 2007; 5(2):95-100.

13. **Rong WS, Wang WJ, Yip HK.** Attitudes of dental and medical students in their first and final years of undergraduate study to oral health behavior. *Eur J Dent Educ* 2006; 10(3):178-84.
14. **Neerajaa G, Kayalvizhia P, et al.** Oral Health Attitudes and Behavior among a Group of Dental Students in Bangalore, India. *European Journal of Dentistry* 2011; 5(2):163-7.
15. **Sinem Y, Başak D.** Self Reported Dental Health Attitudes and Behaviour of Dental Students in Turkey. *Eur J Dent* 2011; 5 (3):253-259.
16. **Dagli RJ, Tadakamadla S, Dhanni C, et al.** Self reported dental health attitude and behavior of dental students in India. *J Oral Sci* 2008;50 (3):267-272
17. **Mohammad A, Ghousia R, Zainab AK, et al.** Evaluation of Oral Health Behavior of Female Dental Hygiene Students and Interns of Saudi Arabia by Using Hiroshima University. Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) *Oral Health Dent Manag.* 2013; 12(4):255-61.
18. **Kateeb E.** Gender-specific oral health attitudes and behaviour among dental students in Palestine. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2010; 16 (3) 329- 333.
19. **Ostberg AL, Halling A, Lindblad U.** Gender differences in knowledge, attitude, behavior and perceived oral health among adolescents. *Acta Odontol Scand* 1999 ;57(4):231-6
20. **Fukai K, Takaesu Y, Maki Y.** Gender differences in oral health behavior and general health habits in an adult population. *Bulletin of Tokyo Dental College* 1999; 40(4):187-93.
21. **Dogan B.** Differences in Oral Health Behavior and Attitudes Between Dental and Nursing Students. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences* 2013; 3 (1) 34-40.