

# Factores sociodemográficos y culturales asociados a los hábitos de salud bucal en individuos adultos

Sociodemographic and cultural factors associated with the oral health habits of adults

María Silvina Dho<sup>1,a,b</sup>

## RESUMEN

**Objetivos:** Describir los hábitos de higiene bucal de personas adultas (35 a 44 años) de la ciudad de Corrientes y determinar la influencia de variables sociodemográficas y culturales en dichos hábitos. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal de base poblacional. La información sobre las variables de estudio se recopiló mediante una encuesta domiciliaria (2013). Se estableció el tamaño de la muestra con un nivel de confianza del 95% (381 individuos). Se aplicó un diseño muestral polietápico. **Resultados:** El nivel de conocimientos de salud bucodental resultó ser un predictor significativo del hábito de cepillado dental después de cada comida y junto con el nivel socioeconómico son un predictor significativo de la práctica de renovar el cepillo dental cada 3 meses. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo. **Conclusiones:** Los resultados de este trabajo pueden ser utilizados en el diseño de programas de salud oral que contemplen los determinantes socioculturales del proceso salud-enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** Salud bucal, encuestas de salud bucal, factores socioeconómicos (Fuente: DeCS, BIREME).

## SUMMARY

**Objectives:** To describe the habits of oral hygiene presented the adult population (35- 44 years) of the City of Corrientes and to establish the influence of sociodemographic and cultural variables on these habits. **Material and Methods:** A descriptive cross-sectional population-based study was conducted. Information concerning the study variables was collected through an in-home survey (2013). The sample size was determined by establishing a confidence level of 95% (381 subjects). A simple random sampling design was applied, which was complemented with a non-probability quota sampling. **Results:** The level of oral health knowledge proved to be a significant predictor of the dental brushing habit after each meal and along with the socioeconomic level are significant predictors of the practice of renewing the toothbrush every 3 months. No statistically significant

<sup>1</sup> Facultad de Odontología. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes; Argentina.

<sup>a</sup> Docente de la Cátedra Práctica Clínica Preventiva I.

<sup>b</sup> Doctora en Odontología.

differences were found in relation to sex. **Conclusions:** the results of this work can be used for the design and implementation of oral health programs that contemplate the socio-cultural determinants of the health-disease process.

**KEY WORDS:** Oral health, dental health surveys, socioeconomic factors. (Source: MeSH, NLM).

## INTRODUCCIÓN

Un “hábito” se define como un “acto, respuesta conductual, práctica o costumbre establecido en el comportamiento de una persona por la repetición frecuente del mismo acto” (1). Las variables del comportamiento, tales como el hábito de cepillado oral, intervienen en la aparición y desarrollo de las principales patologías bucales y su modificación es una estrategia fundamental para la prevención y el control de alteraciones de la salud bucal (2).

Estudios epidemiológicos realizados en distintos países de América Latina (3) y particularmente en algunas ciudades de Argentina: Rosario (4), La Rioja (5), Corrientes (6), evidencian la elevada prevalencia de cáries dental dentales y enfermedades gingivoperiodontales. No obstante, son poco frecuentes los trabajos que consideren los hábitos de higiene bucal que presenta la población (7). Los mismos deberían ser considerados durante la planificación de programas de salud oral tendientes a mejorar la calidad de los destinatarios.

Este estudio se propone describir los hábitos de higiene bucal de individuos adultos que viven en la ciudad de Corrientes (Argentina) y determinar la influencia de variables sociodemográficas (sexo, nivel socioeconómico) y culturales (nivel de conocimientos) en dichos hábitos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio transversal de base poblacional en la Ciudad de Corrientes (Argentina) (8); en habitantes de 35 a 44 años de edad (9).

Se consideró como criterio de inclusión a personas que aceptaron de forma voluntaria responder los interrogantes planteados en la encuesta y se excluyeron a personas con incapacidades físicas y /o mentales para contestar las preguntas y con patologías que imposibilitaran el auto-cuidado bucal.

El trabajo de campo fue realizado por entrevistadores instruidos en la técnica de observación directa “cara a cara”.

Se diseñó y aplicó una encuesta para recabar información sobre variables sociodemográficas, conocimientos, actitudes y hábitos de salud bucal (10); en la misma figuran las variables que se consideran en esta investigación.

Previo a la realización del trabajo de campo, se realizó una prueba piloto a 50 individuos. Esta instancia, permitió identificar y reformular algunas interrogantes para mejorar su comprensión.

Para estimar el universo de estudio, se consultaron los datos del censo de población y vivienda (11). Se estableció un universo de 42,242 individuos. Para calcular el tamaño muestral, se trabajó con un nivel de confianza del 95%. El tamaño de la muestra se fijó en 381 adultos.

Para seleccionar las viviendas que los encuestadores debían visitar se empleó un diseño muestral aleatorio simple. Se eligieron las personas a entrevistar utilizando un muestreo no probabilístico por cuotas definidas según la variable sexo, en la franja etaria considerada (35-44 años).

Se realizó la supervisión del estudio piloto y del trabajo de campo definitivo (2013). En el 20% de la muestra, se repitieron varias preguntas que se hicieron durante la entrevista.

Las variables consideradas en el trabajo fueron: *Hábitos de higiene bucal:* 1) “*Cepillado dental*”: Esta variable comprendió el hábito de cepillado dental después de cada comida y antes de dormir. Para evaluar el hábito se consideraron dos preguntas indicadoras: “¿Se cepilla los dientes después de cada comida?”; “¿Se cepilla los dientes antes de dormir?” con opciones de respuesta dicotómica, donde un valor de 0 se consideró un hábito no adecuado y un valor de 1 se consideró un hábito adecuado; 2) “*Regularidad*

con la que se renueva el cepillo dental”: se preguntó: “¿Cada cuánto tiempo aproximadamente cambia su cepillo de dientes?”, las posibles opciones de respuesta consideradas fueron: “Cada 3 meses”; “Cada 4 a 6 meses”; “Más de 6 meses”, “No utiliza cepillo dental”. Para el análisis de los datos las respuestas se agruparon en las siguientes categorías: “cada 3 meses o menos”, “más de 3 meses”; 3) “Utilización diaria del hilo dental”: se preguntó: “¿Utiliza diariamente hilo dental?”; con opciones de respuesta dicotómica, donde un valor de 0 se consideró un hábito no adecuado y un valor de 1 se consideró a un hábito adecuado.

**Conocimientos de Salud Oral:** Esta variable comprendió las dimensiones: “conocimientos sobre caries dental”; “conocimientos sobre inflamación gingival”, “conocimientos sobre higiene bucodental”, “conocimientos sobre la persistencia de los dientes en boca”; “conocimientos sobre alimentos carigenicos” y “conocimientos sobre el uso del flúor”. Se redactaron 28 preguntas de carácter estructurado y a cada respuesta correcta se dio un punto.

Se aplicó el coeficiente KR-20 para valorar la consistencia interna de la escala (KR-20 = 0,604)

**Variables Sociodemográficas:** 1) “Sexo”: Variable dicotómica, se consideró femenino-masculino según corresponda; 2) “Nivel socioeconómico” (NSE): se aplicó un índice (7) que comprende dos aspectos: la educación y la ocupación y abarca cinco categorías: bajo, medio-bajo, medio-medio, medio-alto, alto.

Para el análisis de los datos se analizaron en forma descriptiva las variables de estudio y luego se realizaron análisis de regresión logística binaria para evaluar el efecto de las variables conocimiento de salud bucal, sexo y nivel socioeconómico sobre los hábitos de salud bucal. Se utilizó el programa estadístico SPSS 21.0.

El análisis de regresión logística permite determinar la probabilidad de presentar un determinado hábito para valores determinados de variables predictoras (12).

Las variables sociodemográficas (sexo y NSE) se incorporaron en el bloque 1 con el método condicional hacia atrás; el NSE se consideró como variable continua con valores que oscilan del 2 al 10. La variable Conocimientos de salud bucodental se incorporó en el bloque 2 con el método introducir.

El estudio cuenta con el aval del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste (Expediente N° 04533).

## RESULTADOS

La mayor parte de los encuestados declararon que se cepillan los dientes antes de dormir y en menor medida que lo hacen después de cada comida. Dos tercios afirmaron que renuevan su cepillo dental en un período de uno a tres meses. Solo una minoría utiliza diariamente el hilo dental para completar su higiene bucal (tabla 1).

El análisis descriptivo de los conocimientos de salud bucal, mostró un valor mínimo de respuestas correctas de 15 y un valor máximo de 28. El promedio de respuestas correctas fue de 24,5 (desviación estándar 2,5).

En el análisis de regresión logística para cada una de las variables de hábitos de salud bucal, la categoría que implica un hábito más adecuado se consideró como target. En todos los casos, se ingresaron en un primer bloque las variables sexo y NSE con método condicional hacia atrás, y en un segundo bloque la variable conocimientos de salud bucodental con el método introducir.

**Cepillado dental después de cada comida:** (¿Ud. se cepilla los dientes después de cada comida?).

En esta variable, 1 = sí (hábito adecuado), y 0 = no (hábito no adecuado). El modelo presenta un buen ajuste, con  $\chi^2_{(1)} = 5,432$ ;  $p < 0,02$ . La proporción de clasificación correcta es del 67.2%. No se observaron casos con valores influyentes ni atípicos.

Se consideraron las pruebas ómnibus para los distintos bloques, y se observó que las variables sociodemográficas (sexo y nivel socioeconómico) incorporadas en el primer bloque no aportaban a la predicción del hábito bajo estudio, por lo cual no fueron retenidas en el modelo. No obstante, la variable conocimientos de salud bucodental sí predijo el hábito de cepillado dental.

La inspección de las estimaciones de los parámetros permite apreciar el rol de esta variable. Por cada incremento en una unidad de la variable conocimientos

**Tabla 1.** Análisis descriptivo de las variables de estudio. En porcentajes (n=381). Individuos de 35 a 44 años. Ciudad de Corrientes; Argentina. 2013.

---

| <b>Variables Sociodemográficas</b>                                |      |
|---|------|
| <b>Sexo</b>   |      |
| Femenino  | 53,5 |
| Masculino   | 46,5 |
| <b>Nivel Socioeconómico</b>                                       |      |
| Bajo  | 15,7 |
| Medio-bajo  | 36,7 |
| Medio-medio   | 35,2 |
| Medio-alto  | 10,8 |
| Alto  | 1,6  |
| <b>Hábitos de higiene oral</b>                                    |      |
| ¿Se cepilla los dientes después de cada comida?                   |      |
| Sí  | 66,7 |
| No  | 33,3 |
| ¿Se cepilla los dientes antes de dormir?                          |      |
| Sí  | 87,4 |
| No  | 12,6 |
| ¿Cada cuánto tiempo aproximadamente cambia su cepillo de dientes? |      |
| Cada 3 meses  | 64,6 |
| Cada 4 a 6 meses  | 32,3 |
| Más de 6 meses  | 1,8  |
| No utiliza cepillo dental   | 1,3  |
| ¿Utiliza diariamente hilo dental?                                 |      |
| Sí  | 29,4 |
| No  | 70,6 |

---

de salud bucal se incrementa un 9.2% la probabilidad de presentar un hábito adecuado de cepillado dental (tabla 2).

**Cepillado dental antes de dormir:** (*¿Ud. se cepilla los dientes antes de dormir?*)

En esta variable, 1 = sí (hábito adecuado), y 0 = no (hábito no adecuado). El modelo no presenta un ajuste aceptable ( $\chi^2_{(1)} = 1.205$ ,  $p < 0.272$ ). Ello indica que las variables incorporadas al modelo no contribuyen

a la predicción del hábito de cepillado dental antes de dormir. Las variables sociodemográficas (sexo y nivel socioeconómico) no son retenidas en el bloque 1, y la variable conocimientos de salud bucodental se asocia a un coeficiente  $\beta$  resulta igual a 0.058, siendo el test de Wald no significativo (test de Wald = 1.222,  $p < 0,269$ ) (tabla 3).

**Regularidad con la que se renueva el cepillo dental:** (*¿Cada cuánto tiempo aproximadamente cambia su cepillo de dientes?*)

**Tabla 2.** Covariables del hábito de cepillado dental después de cada comida, categoría target: hábito adecuado

|  | $\beta$ | E.T.  | Wald  | Gl | p     | OR (IC 95%)         |
|--|---------|-------|-------|----|-------|---------------------|
| <b>Bloque 2</b>                          |         |       |       |    |       |                     |
| <b>Conocimientos de salud bucodental</b> | 0,088   | 0,038 | 5,397 | 1  | 0,020 | 1,092 (1,014-1,175) |

**Tabla 3.** Covariables del hábito de cepillado dental antes de dormir, categoría target: hábito adecuado

|  | $\beta$ | E.T.  | Wald | Gl | p     | OR (IC 95%)     |
|--|---------|-------|------|----|-------|-----------------|
| <b>Bloque 2</b>                          |         |       |      |    |       |                 |
| <b>Conocimientos de salud bucodental</b> | 0,058   | 0,052 | 1,22 | 1  | 0,020 | 1,06(0,96-1,17) |

Para la presente variable, 1 = 3 meses o menos (hábito adecuado), y 0 = más de 3 meses (hábito inadecuado). El modelo presenta un buen ajuste, con  $\chi^2_{(2)} = 17,667$ ,  $p < 0,000$ . La proporción de clasificación correcta es del 66,4%.

Para determinar posibles problemas de multicolinealidad se inspeccionó el error estándar (EE) de las variables incluidas en el análisis, sin apreciarse valores mayores a 2. Además, no se observaron casos con valores influyentes ni atípicos.

Se consideraron las pruebas ómnibus para los distintos bloques, y se observó que ambos contribuían de manera significativa a la explicación del hábito de regularidad con la que se renueva el cepillo dental (bloque 1:  $\chi^2_{(1)} = 13,102$ ,  $p < 0,000$ ; bloque 2:  $\chi^2_{(1)} = 4.565$ ,  $p < 0,033$ ).

La inspección de las estimaciones de los parámetros permite apreciar el rol de cada variable predictor sobre el hábito en estudio. El hábito adecuado de cambio de cepillo dental se consideró como target (tabla 4).

La variable sexo no contribuyó de manera significativa a la predicción del hábito de cambio de cepillo dental por lo que fue eliminada del primer bloque.

En cuanto al NSE, se observa que por cada incremento en una unidad de NSE y de conocimientos de salud bucal se incrementa un 24% y un 8%, respectivamente, la probabilidad de presentar el hábito de cambiar el cepillo dental cada 3 meses o menos.

**Utilización diaria del hilo dental:** (*¿Ud. utiliza diariamente hilo dental?*)

**Tabla 4.** Covariables de la periodicidad con la que se renueva el cepillo dental, categoría target: hábito adecuado

|                                   | $\beta$ | E.T. | Wald  | Gl | p     | OR (IC 95%)      |
|-----------------------------------|---------|------|-------|----|-------|------------------|
| <b>Bloque 1</b>                   |         |      |       |    |       |                  |
| NSE                               | 0,22    | 0,06 | 12,35 | 1  | 0,000 | 1,25 (1,10-1,42) |
| <b>Bloque 2</b>                   |         |      |       |    |       |                  |
| NSE                               | 0,22    | 0,06 | 11,12 | 1  | 0,001 | 1,24 (1,09-1,41) |
| Conocimientos de salud bucodental | 0,08    | 0,04 | 4,54  | 1  | 0,033 | 1,08 (1,01-1,17) |

**Tabla 5.** Covariables del uso diario del hilo dental, categoría target: hábito adecuado

|                                   | $\beta$ | E.T.  | Wald  | Gl | p     | OR (IC 95%)      |
|-----------------------------------|---------|-------|-------|----|-------|------------------|
| <b>Bloque 1</b>                   |         |       |       |    |       |                  |
| NSE                               | 0,125   | 0,062 | 4,025 | 1  | 0,045 | 1,13 (1,0-1,28)  |
| <b>Bloque 2</b>                   |         |       |       |    |       |                  |
| NSE                               | 0,117   | 0,063 | 3,464 | 1  | 0,063 | 1,24 (0,99-1,27) |
| Conocimientos de salud bucodental | 0,05    | 0,04  | 1,542 | 1  | 0,214 | 1,05 (0,97-1,14) |

En esta variable, 1 = sí (hábito adecuado), y 0 = no (hábito no adecuado). El modelo final presenta un ajuste no adecuado ( $\chi^2_{(2)} = 5,603$ ,  $p < 0,061$ ), lo cual indica que las variables comprendidas en el modelo final no contribuyen de manera significativa a la predicción del hábito de uso del hilo dental. No obstante, vale señalar que en el bloque 1, la variable NSE evidenció aportar significativamente a la predicción del hábito de uso de hilo dental (test de Wald = 4,025;  $p < 0,045$ ); aporte que perdió significación al ser incluida en el siguiente bloque (test de Wald = 3,464,  $p < 0,063$ ). La variable conocimientos de salud bucodental se asoció a un coeficiente  $\beta$  igual a 0.05, siendo el test de Wald no significativo (test de Wald = 1,364,  $p < 0,214$ ) (tabla 5).

## DISCUSIÓN

Para el tratamiento de las patologías orales, además de conocer los indicadores clínicos bucodentales antes de realizar la intervención correspondiente, es fundamental desde el punto de vista de la prevención de nuevas patologías, conocer el nivel de conocimientos que los pacientes tienen sobre la etiología y prevención de las principales patologías orales, así como sus prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma (13).

El presente estudio documenta información sobre los hábitos de higiene bucal de individuos adultos que viven en la Ciudad de Corrientes y muestra la influencia de variables como el sexo, el nivel socioeconómico y los conocimientos de salud bucal en dichos hábitos.

El sexo no resultó ser un predictor significativo de los hábitos de higiene oral, a diferencia de otros estudios que hallaron que las mujeres presentan mejores hábitos que los hombres (14,15). Esto indicaría que, en la población de estudio, no existe un mayor interés por parte de mujeres y hombres en lo referente al auto-cuidado de la salud bucal.

El 87,4% del total de los participantes declararon que se cepillan los dientes antes de dormir y el 66,7% que lo hacen después de las comidas. El elevado porcentaje de individuos que tienen un hábito correcto, podría deberse a que el cepillado dental es una práctica socialmente aceptada. Por otro lado, estos resultados podrían explicarse por el hecho de que, en los últimos años el Ministerio de Salud Pública desarrolla en la Ciudad de Corrientes un programa de salud oral que contempla la rehabilitación protésica; y desde la Facultad de Odontología se llevan a cabo tareas de extensión universitaria en las que se promueve la atención y el auto-cuidado bucodental.

El nivel socioeconómico no resultó relevante en relación a la predicción del hábito de cepillado dental después de cada comida y antes de dormir, en contraste con los resultados hallados en otros trabajos (16,17) en los cuales un NSE más alto se asoció a mayor frecuencia de cepillado dental.

Por otro lado, un nivel socioeconómico más elevado resultó ser un predictor significativo de la práctica de renovar periódicamente, cada 3 meses, el cepillo dental. Estos resultados marcan la existencia de inequidad en el acceso a productos de limpieza bucodental. En cuanto al nivel de conocimientos de salud bucal, la variable resultó ser un predictor significativo de la práctica de renovar el cepillo dental periódicamente, este comportamiento podría ser la consecuencia de las recomendaciones de los odontólogos y de la publicidad televisiva de los fabricantes de cepillos dentales. En una investigación realizada previamente en Corrientes se registró una mayor proporción de individuos (80,9%) que renuevan el cepillo dental cada 3 meses aproximadamente (7). El porcentaje superior podría deberse a que los datos se obtuvieron de pacientes ambulatorios que asistieron para atención a las clínicas de la facultad de Odontología.

El conocimiento de salud bucal también resultó ser un predictor significativo de otros hábitos referentes a la higiene bucal, en tal sentido se halló que a medida que el nivel de conocimiento de salud bucal es mayor, aumenta la probabilidad del cepillado dental después de cada comida. Estos resultados son coherentes con los hallados por Dumitrescu y col. (18) quienes concluyeron que los conocimientos de la salud oral son predictores de la intención de mejorar las conductas de salud oral. Otros trabajos encontraron resultados similares en lo que respecta a la asociación existente entre un mayor conocimiento de salud oral y el hábito de cepillado dental (19).

Con respecto al hilo dental, se registró baja utilización, estos resultados podrían deberse a que es una práctica poco difundida y socialmente menos aceptada que el cepillado dental. Para su correcta utilización, además de conocimiento, se requiere destreza manual, de lo contrario se pueden producir lesiones en los tejidos gingivales, provocando sangrado gingival, lo cual podría llevar al rechazo de su utilización (20).

Limitaciones del estudio: por su metodología, el tra-

bajo presenta las limitaciones propias de las encuestas auto-administradas, en especial el informe de respuestas socialmente deseables (ej. Afirmar que se realiza el cepillado dental después de cada comida).

A pesar de ello, se lograron identificar asociaciones estadísticamente significativas entre las variables de estudio. Se concluye que el nivel de conocimientos de salud oral influye en el hábito de cepillado dental después de las comidas y en la periodicidad con la que se renueva el cepillo dental. Las personas de nivel socioeconómico bajo presentan hábitos de salud bucodental menos adecuados, específicamente en lo referente a la regularidad con la que se renueva el cepillo dental. El sexo no resultó ser una variable predictora de los hábitos de salud oral

Se sugiere que los programas de salud oral se focalicen en:

Promover el autocuidado de salud bucal tanto a nivel individual como en el ámbito comunitario. Sin hacer distinción entre ambos sexos.

Mejorar los conocimientos sobre la salud bucal. Superar barreras socioeconómicas para el autocuidado de la salud oral, contemplando la posibilidad de distribuir gratuitamente en forma regular y continua productos para la higiene oral tales como cepillos dentales, hilo dental, pasta dental. Especialmente a los sectores más desfavorecidos de la población, acompañado con las instrucciones necesarias para una correcta higiene oral.

Fomentar la utilización del hilo dental para completar la higiene bucodental.

#### **Correspondencia:**

María Silvina Dho

Correo electrónico: silvinadho@gmail.com

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Stedman T. Diccionario de Ciencias Médicas. 25ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1993.p.663.
2. Henostroza G. Caries dental principios y procedimientos para el diagnóstico. Lima: Editorial Medica Ripano; 2007.
3. Contreras A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2016; 9(2): 193-202.

4. Kohli AN, Poletto LC, Pezzotto SM. Hábitos alimentarios y experiencia de caries en adultos jóvenes en Rosario, Argentina. *Anuario Fundación Dr JR Villavicencio*. 2007; 15: 29.
5. Pautasso R, Fonseca C, Córdoba P. La caries dental y factores relacionados con una población de adultos de la Ciudad de La Rioja, Argentina. *Acta Odontol Venez*. 2014; 52(2):1-14.
6. Buffil CE, López MJ, Cardozo ME. Causas más frecuentes que provocan la extracción dentaria en la población de Corrientes. *Rev de la Facultad de Odontología UNNE*. 2009; 2 (3): 20-24.
7. Dhó MS, Vila VG, Palladino AC. Situación de salud bucal de pacientes mayores de 18 años. *Cátedra Práctica Clínica Preventiva I, Facultad de Odontología UNNE, Argentina*, 2010. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2013; 24(2): 214-231.
8. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2013 Argentina en un mundo incierto: Asegurar el desarrollo humano en el siglo XXI. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2013 (Fecha de acceso 20 de julio del 2015]. Disponible en: <http://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/ARGentina-PNUD-INDH%202013.pdf>
9. World Health Organization. Oral Health Surveys. Basic Methods. 5th Edition Geneva: World Health Organization. 2013.
10. Dho, MS. Aspectos considerados para valorar los conocimientos, actitudes y hábitos de salud bucodental. Diseño de un cuestionario. *Rev Electrónica de PortalesMédicos.com*. 2015; 10(7):0-0 . Fecha de acceso 04 de marzo de 2016) Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/valorar-los-conocimientos-actitudes-y-habitos-de-salud-bucodental/>
11. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Cuadro P2-D. Provincia de Corrientes, departamento Capital. Población total por sexo e índice de masculinidad, según edad en años simples y grupos quinquenales de edad. Año 2010. Lima: Instituto Nacional de Estadística y Censo; 2011.
12. Campo-Arias A, Oviedo H. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev salud pública*. 2008; 10 (5):831-839.
13. Loewenthal KM. An introduction to psychological tests and scales. 2nd ed. London: Psychology Press; 2001.
14. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.
15. Cupé-Araujo AC, García-Rupaya CR. Parental knowledges of preschool children's oral health: development and validation of the instrument. *Rev Estomatol Herdiana*. 2015; 25(2):112-121.
16. Skorupka W, Żurek K, Kokot T, et al. Assessment of oral hygiene in adults. *Cent Eur J Public Health*. 2012; 20 (3): 233-236.
17. Asgari F, Majidi A, Koohpayehzadeh J, Etemad K, Rafei A. Oral hygiene status in a general population of Iran, 2011: a key lifestyle marker in relation to common risk factors of non-communicable diseases. *Int J Health Policy Manag*. 2015; 4: 343-352.
18. Chandra Shekar BR, Reddy C, Manjunath B C, Suma S. Dental health awareness, attitude, oral health-related habits, and behaviors in relation to socio-economic factors among the municipal employees of Mysore city. *Ann Trop Med Public Health*. 2011; 4: 99-106.
19. Olusile AO, Adeniyi AA, Orebanjo O. Self-rated oral health status, oral health service utilization, and oral hygiene practices among adult Nigerians. *BMC Oral Health*. 2014;14:140. doi: 10.1186/1472-6831-14-140.
20. Secretaria de Gobierno de Salud. Programa de Salud para los Pueblos Indígenas. Buenos Aires: Ministerio de Salud República Argentina; 2016. (Fecha de acceso 04 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-plan/478-programa-nacional-argentina-sonrie>
21. Dumitrescu AL, Wagle M, Dogaru BC, Manolescu B. Modeling the theory of planned behavior for intention to improve oral health behaviors: the impact of attitudes, knowledge, and current behavior. *J Oral Sci*. 2011; 53(3):369-77.
22. Gathece LW, Wang'ombe JK, Ng'ang'a PM, Wanzala PN. Effect of health education on knowledge and oral hygiene practices of persons living with HIV in Nairobi, Kenya. *East Afr J Public Health*. 2011; 8(3):207-11.
23. Salinas M, Yuni J, Millán I, Ronald E, León M, Juan C. Lesiones traumáticas: Conducta odontológica. *Acta odontol. venez*. 2008; 46(4): 543-546.

Recibido: 21-05-2018

Aceptado: 09-10-2018