



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Centro de Estudios de Postgrado

Trabajo Fin de Máster

RELACIÓN ENTRE SENTIDO DE COHERENCIA Y COMPORTAMIENTOS DE SALUD BUCODENTAL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

Alumno/a: Blarasin, Ornella

Tutores: Prof. D. Antonio Frías Osuna
D. Henrique da Silva Domingues

Dpto.: Enfermería

RESUMEN

Objetivo: Describir los comportamientos en salud bucodental y analizar la relación de los mismos con el sentido de coherencia en estudiantes de primer curso del Grado en Enfermería de la Universidad de Jaén, Andalucía, España.

Método: Estudio descriptivo transversal realizado en 131 estudiantes. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de estudios de los padres), sentido de coherencia (escala OLQ-13) y comportamientos de salud bucodental (cepillado dentario, uso de seda dental, consumo de alimentos azucarados, asistencia al dentista y consumo de cigarrillos) mediante cuestionarios autoinformados. Se realizaron análisis descriptivo, bivariado con pruebas de Chi cuadrado y multivariante mediante regresión logística binaria múltiple.

Resultados: La mayoría de los sujetos informaron cepillarse los dientes 2 veces o más al día (80,2%), y ser no fumadores (86,3%), sin embargo solo el 4,6% de los sujetos refirieron usar seda dental al menos una vez al día, un 42,7% informaron consumir “Nunca o casi nunca” alimentos azucarados entre las comidas principales y un 23,7% asisten al dentista cada 6 meses a realizarse una revisión. Un sentido de coherencia alto podría ser un factor protector frente a un comportamiento inadecuado respecto al cepillado dentario, uso de seda dental, consumo de alimentos azucarados, asistencia al dentista y consumo de cigarrillos, con Odds Ratio inferiores a 1 en todos los casos, aunque no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables.

Conclusión: Los resultados de este estudio podrían apoyar la evidencia disponible sobre la existencia de una relación positiva entre SOC y comportamientos de salud bucodental adecuados en jóvenes, si bien nuestros

resultados no son estadísticamente significativos debido posiblemente al escaso tamaño muestral. Los comportamientos de salud bucodental más presentes en la muestra fueron el cepillado dentario adecuado y la ausencia de tabaquismo. Es importante establecer estrategias que fomenten el uso de seda dental, la disminución del consumo de alimentos azucarados entre comidas principales y la asistencia al dentista en la población estudiada o similar.

ABSTRACT

Objective: Describe oral health behaviors and analyze their relationship with sense of coherence in first-year students of the Degree in Nursing at the University of Jaen, Andalusia, Spain.

Method: Descriptive cross-sectional study carried out in 131 students. A non-probabilistic convenience sampling was used. Sociodemographic variables (age, sex and educational level of the parents), sense of coherence (OLQ-13 scale) and oral health behaviors (tooth brushing, use of dental floss, consumption of sugary foods, dental assistance and consumption of cigarettes) were collected using self-reported questionnaires. Descriptive analysis, bivariate analysis were performed with Chi-cuadrado tests and multivariate analysis by using multiple binary logistic regression.

Results: Most of the subjects reported brushing their teeth twice or more a day (80.2%), and being non-smokers (86.3%), however only 4.6% of the subjects reported using dental floss at least once a day, 42.7% reported consuming "never or rarely" sugary foods between main meals and 23.7% go to the dentist every 6 months for a checkup. A high sense of coherence could be a protective factor against inappropriate behavior regarding tooth brushing, flossing, consumption of sugary foods, attending the dentist and smoking, with an Odds Ratio lower

than 1 in all cases, although not statistically significant associations were found between the variables.

Conclusion: The results of this study could support the available evidence on the existence of a positive relationship between SOC and adequate oral health behaviors in young people, although our results are not statistically significant, possibly due to the small sample size. The most present oral health behaviors in the sample were adequate tooth brushing and the absence of smoking. It is important to establish strategies that promote the use of dental floss, the reduction of the consumption of sugary foods between main meals and the assistance to the dentist in the population studied or similar.

INTRODUCCIÓN

Los comportamientos de salud bucodental son todas aquellas conductas o acciones destinadas a la preservación de las estructuras blandas y duras que comprenden la cavidad oral, entre ellas el periodonto de inserción (hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento dental), periodonto de protección (encía y unión dentogingival), dientes y mucosas de revestimiento. El cumplimiento adecuado de los comportamientos de salud bucodental permite controlar parcialmente la caries dental y la enfermedad periodontal, enfermedades que fueron consideradas, en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas de 2011 (1), como los eventos de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial (2). Ambas enfermedades son causadas por la presencia de una biopelícula producto de la organización estructural de distintos tipos bacterianos dentro de un hábitat propicio, facilitado por una higiene bucal deficiente y la disponibilidad frecuente de azúcares en el medio (3). Su distribución y severidad varían según zonas geográficas y su aparición está fuertemente asociada con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento (2). Entre los diversos comportamientos de salud bucodental se destacan: una correcta higiene bucal, hábitos alimentarios saludables, ausencia de hábito tabáquico y visitas regulares al odontólogo.

Específicamente, una correcta higiene bucodental consta de dos acciones fundamentales: el cepillado dental y el uso de seda o hilo dental. El cepillado dentario no es más que la desorganización mecánica de la biopelícula bacteriana que recubre las superficies dentarias y encías, evitando que esta evolucione a comunidades bacterianas más complejas. Actualmente, cepillarse dos veces al día con dentífrico fluorado es una práctica de autocuidado recomendada

universalmente para promover la salud bucodental (4) y representa el método más eficaz para la prevención de la enfermedad periodontal y la caries dental (5). Además, el uso de seda o hilo dental una vez al día completa la higiene diaria ya que asegura la eliminación de placa bacteriana de aquellas zonas donde el cepillo dental no tiene acceso. Su uso se ha asociado a una menor presencia de cálculos interproximales y enfermedad periodontal (6).

Un comportamiento de salud bucodental adecuado consiste también en limitar el consumo de alimentos azucarados a cuatro momentos diarios, idealmente durante las comidas principales: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Diversos estudios han señalado que más de cuatro momentos de azúcar al día son suficientes para producir desmineralización del esmalte dentario (7-9). Esto ocurre debido a que los hidratos de carbono presentes en nuestra dieta (principalmente la sacarosa) son los responsables de la producción de ácidos por parte de la biopelícula bacteriana que recubre las superficies dentarias. La saliva presente en el medio tiene capacidad amortiguadora del pH y de este modo contribuye al equilibrio. Sin embargo en los períodos de menor salivación (durante el sueño o entre comidas) la dieta puede sobrepasar la capacidad amortiguadora de la saliva, rompiendo ese equilibrio e iniciando el proceso de caries (9).

El hábito de fumar es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de periodontitis (10) además de favorecer la halitosis, pigmentación de dientes y restauraciones, abrasión de superficies dentales, caries, estomatitis nicotínica, y estados preneoplásicos (11). Es por ello que la ausencia del hábito tabáquico es considerada un comportamiento que preserva la salud bucodental.

Si las conductas preventivas domiciliarias mencionadas anteriormente se complementan con visitas periódicas al dentista, es posible la detección precoz y el tratamiento de las enfermedades bucodentales (12). Realizarse controles odontológicos cada seis meses es considerado un comportamiento de salud bucodental adecuado (4).

La teoría salutogénica, que está relacionada con la salud social, explica las correlaciones entre salud y afrontamiento, y enfatiza el papel de los determinantes psicosociales en el mantenimiento del bienestar humano (13). El concepto de sentido de coherencia (SOC, Sense of coherence) es el componente principal de la teoría salutogénica y fue desarrollado por Aaron Antonovsky en 1979 que lo definió como “una orientación global que expresa la medida en que uno tiene un sentimiento generalizado, duradero aunque dinámico de confianza en que los estímulos derivados de los propios entornos internos y externos, en el curso de la vida son estructurados, predecibles y explicables; los recursos están disponibles para satisfacer las demandas planteadas por estos estímulos; y estas demandas son retos dignos de inversión y compromiso”(14).

Antonovsky (15) establece que las personas poseen recursos internos y externos a su disposición para superar las dificultades y hacer frente a los factores estresantes. El SOC se refiere a la capacidad del individuo para utilizar estos recursos de forma constructiva, que constan de tres componentes: Comprensibilidad, Manejabilidad y Significación. La Comprensibilidad se refiere a la capacidad de encontrar orden y conexiones lógicas en lo que sucede en el entorno, es la sensación de entender lo que pasa, confiar en la previsibilidad de la vida, comprender al otro y a los propios pensamientos o emociones. La

Manejabilidad es la medida en que el individuo actúa frente a las situaciones estresantes utilizando su potencial, y tiene los recursos disponibles para ello. Finalmente, Significación hace referencia a la motivación que el individuo encuentra para poner en marcha sus recursos y afrontar la situación. Es la sensación de que la vida tiene sentido y la persona considera que tiene un significado y un propósito en ella (15).

Además, Antonovsky señaló que la juventud y la etapa estudiantil son un período particularmente significativo para el desarrollo del SOC (16). El SOC se desarrolla en la edad adulta joven (17) y aumenta con la edad como resultado del aprendizaje y la experiencia más que de la herencia, estabilizándose aproximadamente a los 30 años (18,19). La adolescencia es un período de transición de la niñez a la adultez caracterizado por cambios biológicos, conductuales y psicológicos que están influenciados por las condiciones sociales y las características familiares (20). Durante este período, la independencia de los padres deriva en cambios en el comportamiento, incluidos los relacionados con los hábitos alimenticios, el tabaquismo y el estilo de vida. El desarrollo de estos comportamientos independientes puede afectar la salud bucodental y establecer patrones de comportamiento para toda la vida (21).

Por todo esto, se sugiere que el SOC puede promover la conciencia de una persona sobre la salud bucodental y que las personas con un SOC más alto pueden tener mejores comportamientos relacionados con la salud bucodental. Esta hipótesis está respaldada por varios estudios (22,23).

Se ha estudiado que las personas que tienen un SOC más alto tienen más intención de asistir a controles odontológicos regulares (4,22,24-26), cepillarse los dientes con más frecuencia o al menos dos veces al día para mantener la

salud bucal (25,27,28), y tener hábitos dietéticos más saludables (25), específicamente menos probabilidad de consumir azúcar entre comidas (29-31), en comparación con las que tienen niveles más bajos de SOC. El estudio de Peker Kadriye et al. en 2012 encontró que entre los diferentes comportamientos de salud bucal, la baja frecuencia de ingesta de azúcar entre comidas era el indicador más importante de un SOC alto (31). Además, un SOC alto se ha asociado también con un menor riesgo de tabaquismo en adolescentes (4,25, 31,32). Sin embargo, una revisión sistemática realizada por Elyasi M et al. en 2015 concluyó que después de investigar la correlación entre el SOC y el comportamiento de uso de hilo dental, no se encontró una asociación significativa entre estas variables (23,30, 31).

El objetivo de este estudio es, por lo tanto, describir los comportamientos en salud bucodental y analizar la relación de los mismos con el sentido de coherencia en estudiantes de primer curso del Grado en Enfermería de la Universidad de Jaén, Andalucía, España. El conocimiento de la relación de estos factores nos permitiría justificar el establecimiento de medidas preventivas en la población joven con un bajo nivel de sentido de coherencia, considerando el SOC como un potencial factor protector frente a comportamientos poco saludables relacionados con la salud bucodental.

Hipótesis

Los jóvenes universitarios con un SOC alto tienen mayor probabilidad de presentar una frecuencia adecuada de cepillado dentario que aquellos con un SOC bajo.

Los jóvenes universitarios con un SOC alto tienen mayor probabilidad de presentar una frecuencia adecuada de uso de hilo o seda dental que aquellos con un SOC bajo.

Los jóvenes universitarios con un SOC alto tienen mayor probabilidad de presentar una frecuencia adecuada de consumo de alimentos azucarados entre comidas principales que aquellos con un SOC bajo.

Los jóvenes universitarios con un SOC alto tienen mayor probabilidad de presentar una frecuencia adecuada de asistencia al dentista que aquellos con un SOC bajo.

Los jóvenes universitarios con un SOC alto tienen mayor probabilidad de presentar un menor consumo de cigarrillos que aquellos con un SOC bajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Esta investigación se realizó utilizando un diseño descriptivo transversal.

Participantes

Los sujetos que participaron en este estudio son jóvenes universitarios, estudiantes de primer curso de Grado de Enfermería de la Universidad de Jaén, España. La selección de la muestra fue a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se ofreció la participación en el estudio a 137 estudiantes, y todos aceptaron participar en la investigación. El tamaño muestral no se calculó previamente.

Recogida de datos

La recogida de datos se realizó durante el mes de Abril de 2021 en las aulas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén durante la realización de las prácticas de la asignatura de Enfermería Familiar y Comunitaria I. En primer lugar se les proporcionó a los sujetos la información correspondiente a la investigación a realizar, así como sobre la libertad de participación y se les solicitó por escrito su consentimiento a participar.

La investigación cuenta con el informe favorable del Comité de Ética de la Investigación Humana (CEIH) de la Universidad de Jaén. Los cuestionarios fueron aportados en formato papel por la investigadora principal por no presentar ningún vínculo con los participantes. Los cuestionarios fueron autocumplimentados y toda la información fue registrada de forma anónima garantizando la confidencialidad de los datos.

Definición de variables

Variables sociodemográficas: edad (en años), sexo (masculino, femenino, otro) y nivel de estudios de los padres. Estas variables se utilizaron como variables de control.

El nivel de estudios de los padres se obtuvo a partir de la sumatoria del nivel de estudios de la madre y del padre, considerando en cada uno de ellos el valor 0 para “No sabe / No contesta”, 1 para “Sin estudios”, 2 para “Estudios primarios”, 3 para “Estudios secundarios” y 4 para “Estudios universitarios”. Esta variable fue analizada como cuantitativa, pudiendo abarcar valores de 2 a 8, donde valores más altos indican mayor nivel de estudios de los padres.

Variable independiente: Sentido de coherencia. Se utilizó la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky OLQ-13 (Orientation to Life Questionnaire-13), versión en español con validación transcultural para estudiantes de grado de enfermería de universidades españolas realizada por Vega Martínez et al. en 2019 (33) revelando una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.809, fiabilidad test-retest con coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0.91 y validez de constructo aceptable.

La escala OLQ-13 es ampliamente utilizada en varios países y validada en múltiples idiomas (34). Es de carácter multidimensional y está compuesta por 13 ítems tipo Likert con posibilidad de respuesta de 1 a 7, valores que reflejan la frecuencia con la que ocurren los comportamientos, sentimientos o posicionamientos planteados por las preguntas, pudiendo obtener un rango de puntuación global entre 13 y 91 puntos, donde una puntuación más alta indica un SOC más alto. Se estableció como punto de corte la mediana de los valores obtenidos en la muestra para clasificar a los sujetos con SOC Bajo (≤ 57) y SOC Alto (>57). El estudio de Vega Martínez et al.(33) propone una estructura en tres factores: Externo (Comprensibilidad y Manejabilidad respecto del mundo exterior) que engloba los ítems 2 y 3; Interno (Comprensibilidad y Manejabilidad respecto al mundo interior) que engloba los ítems 5, 6, 8, 9, 10, 11 y 13; y el factor Significación que coincide con la estructura propuesta por Antonovsky (ítems 1, 4, 7 y 12). Los ítems 1, 2, 3, 5, 7 y 10 contienen un sentido negativo por lo que deben invertirse sus valores para el análisis estadístico posterior.

Variables dependientes: Comportamientos de salud bucodental. Se utilizó un cuestionario de elaboración propia debido a no contar con un cuestionario validado que mida el atributo específico para esta investigación. El cuestionario

está constituido por 5 ítems que evalúan los principales comportamientos de salud bucodental. El ítem N°1 bajo la pregunta “¿Con qué frecuencia acostumbras a cepillarte los dientes?” evalúa el cepillado dentario como Comportamiento Inadecuado: “Nunca”, “Cuando me acuerdo, no a diario” o “Una vez al día”; y Comportamiento Adecuado: “Dos o tres veces al día” o “Cada vez que como algo, o más de 4 veces al día”. Fue obtenido de la validación de un cuestionario de autocuidados de salud bucodental en el medio laboral realizado por Peña Salguero et al. en 2012 (35). El ítem N°2 bajo la pregunta “¿Con qué frecuencia utilizas seda / hilo dental?” evalúa el uso del mismo como Comportamiento Inadecuado: “Nunca” o “De vez en cuando, no todos los días”; y Comportamiento Adecuado: “Una vez al día” o “Dos o más veces al día”. El ítem N°3 bajo la pregunta “¿Con qué frecuencia tomas alimentos azucarados entre las comidas principales?” evalúa el consumo de azúcar como Comportamiento Inadecuado: “Varias veces a la semana” o “Todos los días”; y Comportamiento Adecuado: “Nunca o casi nunca”. Los ítems N°2 y 3 fueron obtenidos y adaptados de la Encuesta de Salud Bucodental en Escolares en Aragón realizada por el Gobierno de Aragón en 2009 (36). El ítem N° 4 bajo la pregunta “¿Con qué frecuencia asistes al dentista a realizarte una revisión?” evalúa la asistencia al dentista como Comportamiento Inadecuado: “Cada 1 año”, “Cada 2 o más años”, “Sólo cuando siento dolor o tengo un problema”; y Comportamiento Adecuado: “Cada 6 meses”. Fue obtenido y adaptado de la Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (37). El ítem N° 5 bajo la pregunta “¿Cuántos cigarrillos (tabaco) consumes al día?” evalúa el hábito tabáquico como Comportamiento Inadecuado: “1 a 5 cigarrillos diarios”, “6 a 10 cigarrillos diarios”, “Más de 10 cigarrillos diarios”; y Comportamiento Adecuado: “Ninguno,

no fumo”. Fue obtenido a partir de un estudio sobre tabaquismo realizado por Traviesas Herrera et al. en 2007 (38). Cada ítem evalúa una variable diferente, por lo que no se obtiene una puntuación global del cuestionario. Las variables dependientes se analizaron como cualitativas dicotómicas: comportamiento adecuado / comportamiento inadecuado.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo en el que se calcularon, para las variables cuantitativas, medias, intervalos de confianza al 95% y desviaciones estándar; y para las variables cualitativas, frecuencias absolutas, proporciones y sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Si bien la muestra estudiada está formada por una gran proporción de mujeres, se hicieron algunas diferenciaciones por sexo. Luego se realizó un análisis bivariado utilizando test de Chi cuadrado para la comparación de proporciones de los distintos comportamientos de salud bucodental en los grupos dados por SOC alto o bajo. Para determinar la fuerza de la asociación entre cada variable dependiente y SOC se calculó la Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95%. Para el análisis multivariante, se construyó un modelo de regresión logística binaria múltiple de manera independiente para la relación del SOC con cada uno de los comportamientos de salud bucodental, controlando por sexo, edad y nivel de estudios de los padres. La significación estadística se estableció en 0,05. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 25 para Windows, excepto el cálculo de intervalos de confianza de las proporciones que se realizó con Epidat 3.1.

RESULTADOS

De los 137 participantes se eliminaron 6 casos por ser mayores de 30 años. La muestra final fue de 131 sujetos, 103 mujeres (78,6%), y 26 hombres (19,8%); 2 sujetos no respondieron ese ítem (1,5%), con edades entre 18 y 29 años (Media= 19,5; DE= 2,2). El nivel de estudios medio de los padres fue de 5,78, DE= 1,5; IC95%= (5,51–6,04). Estas variables no siguen una distribución normal en la muestra.

La media del SOC fue de 57,67, DE= 10,9; IC95%= (55,79–59,56) con distribución normal en la muestra (Kolmogorov-Smirnov= 0,2). Los datos que describen la muestra se recogen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas y SOC de la muestra estudiada

VARIABLE	FREC.ABSOLUTA (N)	FREC.RELATIVA (%)	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	IC 95%*
MUJERES	103	78,6%			(71,2 – 86)
HOMBRES	26	19,8%			(12,6 – 27)
EDAD	131		19,5	2,2	(19,16 - 19,93)
NIVEL DE ESTUDIOS PADRES	131		5,78	1,5	(5,51 – 6,04)
SOC	131		57,67	10,9	(55,79 – 59,56)
SOC BAJO	66	50,4%			(41,4 – 59,3)
SOC ALTO	65	49,6%			(40,7 – 58,6)

*IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

La mayoría de los sujetos informaron cepillarse los dientes 2 veces o más al día (80,2%), y ser no fumadores (86,3%), sin embargo solo el 4,6% de los sujetos refirieron usar seda dental al menos una vez al día, un 42,7% informaron consumir “Nunca o casi nunca” alimentos azucarados entre las comidas

principales y un 23,7% asisten al dentista cada 6 meses a realizarse una revisión (Tabla 2).

Tabla 2. Comportamientos de salud bucodental en la muestra estudiada.

COMPORTAMIENTO		FREC.ABSOLUTA (N)	FREC.RELATIVA (%)	IC 95%*
CEPILLADO DENTARIO	Inadecuado	26	19,8%	(12,6 – 27)
	Adecuado	105	80,2%	(72,9 – 87,4)
USO DE SEDA DENTAL	Inadecuado	125	95,4%	(91,5 – 99,4)
	Adecuado	6	4,6%	(0,6 – 8,5)
CONSUMO DE ALIMENTOS AZUCARADOS	Inadecuado	75	57,3%	(48,4 – 66,1)
	Adecuado	56	42,7%	(33,9 – 51,6)
ASISTENCIA AL DENTISTA	Inadecuada	100	76,3%	(68,7 – 83,9)
	Adecuada	31	23,7%	(16 – 31,3)
CONSUMO DE CIGARRILLOS (TABACO)	Inadecuado	18	13,7%	(7,5 – 20)
	Adecuado	113	86,3%	(79,9 – 92,5)

*IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

La media en la escala OLQ-13 en los hombres fue mayor que en las mujeres (59,42 y 57,31 respectivamente) y el 61.5% de los hombres (versus el 46.6% de las mujeres) presentaron SOC alto, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas puntuaciones ($p>0.05$). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$) de los comportamientos de salud bucodentales entre los hombres y las mujeres, si bien las mujeres refirieron tener mayor frecuencia de comportamiento adecuado que los hombres de cepillado dentario (81.6% y 73.1% respectivamente) y de asistencia al dentista (66% y 53.8%); y los hombres refirieron tener mayor frecuencia de comportamiento adecuado de uso de seda dental que las mujeres (7.7% y 3.9%). Las diferencias porcentuales de comportamiento adecuado de consumo de alimentos azucarados y tabaco entre hombres y mujeres fueron inferiores a un punto porcentual, y también sin diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$).

Los resultados del análisis bivariado muestran que tener un SOC alto podría ser un factor protector frente a un comportamiento inadecuado respecto al uso de seda dental, consumo de alimentos azucarados, asistencia al dentista y consumo de cigarrillos, con OR inferior a 1 en todos estos casos. Sin embargo para el cepillado dentario podría ser un factor de riesgo, aunque, en ningún caso, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($p>0.05$) entre SOC y los diferentes comportamientos de salud bucodental (Tabla 3).

Tabla 3. Relación entre SOC y cada comportamiento de salud bucodental. Análisis bivariado.

COMPORTAMIENTO		SOC BAJO N (%)	SOC ALTO N (%)	OR*	IC 95%*	P
CEPILLADO DENTARIO	Inadecuado	13 (50)	13 (50)	1,019	(0,43 – 2,40)	0,96
	Adecuado	53 (50,5)	52 (49,5)			
USO DE SEDA DENTAL	Inadecuado	64 (51,2)	61 (48,8)	0,477	(0,08 – 2,69)	0,44
	Adecuado	2 (33,3)	4 (66,7)			
CONSUMO DE ALIMENTOS AZUCARADOS	Inadecuado	39 (52)	36 (48)	0,859	(0,43 – 1,72)	0,66
	Adecuado	27 (48,2)	29 (51,8)			
ASISTENCIA AL DENTISTA	Inadecuado	52 (52)	48 (48)	0,760	(0,34 – 1,71)	0,50
	Adecuado	14 (45,2)	17 (54,8)			
CONSUMO DE CIGARRILLOS (TABACO)	Inadecuado	12 (66,7)	6 (33,3)	0,458	(0,16 – 1,3)	0,13
	Adecuado	54 (47,8)	59 (52,2)			

*OR: Odds Ratio.

*IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

En cuanto al análisis multivariante, los resultados ajustados por las variables de control, edad, sexo y nivel de estudios de los padres, muestran que tener un SOC alto podría ser un factor protector frente a un comportamiento inadecuado respecto al cepillado dentario, uso de seda dental, consumo de alimentos azucarados, asistencia al dentista y consumo de cigarrillos, con OR inferiores a 1 en todos los casos, aunque no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables (Tabla 4).

Tabla 4. Relación entre SOC y cada comportamiento de salud bucodental, ajustando por edad, sexo y nivel de estudios de los padres.

COMPORTAMIENTO	OR PARCIAL*	IC 95%*	P
CEPILLADO DENTARIO	0,978	(0,4 – 2,391)	0,961
USO DE SEDA DENTAL	0,563	(0,095 – 3,336)	0,527
CONSUMO DE ALIMENTOS AZUCARADOS	0,884	(0,435 – 1,797)	0,734
ASISTENCIA AL DENTISTA	0,680	(0,294 – 1,570)	0,366
CONSUMO DE CIGARRILLOS (TABACO)	0,448	(0,147 – 1,363)	0,157

*Odds Ratio ajustada por variables de control.

*IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

DISCUSIÓN

En este estudio, la mayoría de los sujetos mostraron tener comportamientos adecuados respecto al cepillado dentario y al consumo de cigarrillos. Sin embargo, los comportamientos adecuados de uso de seda dental, consumo de alimentos azucarados entre comidas principales y asistencia al dentista, se observaron en una menor proporción. Además, el análisis diferenciado por sexo indicó que las mujeres refirieron tener mayor frecuencia de comportamientos adecuados en relación al cepillado dentario y asistencia al dentista que los hombres, y los hombres mayor frecuencia de comportamiento adecuado en relación al uso de seda dental que las mujeres, si bien estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Por otro lado, la media de SOC fue más elevada en hombres que en mujeres y el porcentaje de hombres que presentan un SOC alto es mayor que el porcentaje de mujeres con SOC alto, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Estos resultados podrían apoyar la evidencia científica disponible

hasta el momento ya que coinciden con otros estudios similares que no encontraron asociación estadística entre SOC y sexo, aunque los hombres tenían un SOC más alto que las mujeres (28,31).

Los datos obtenidos en nuestro estudio muestran que, si bien no se encontraron significaciones estadísticas en el análisis y no fue posible aceptar las hipótesis de investigación planteadas según las cuales los jóvenes universitarios con un SOC alto tienen mayor probabilidad de presentar comportamientos de salud bucodental adecuados que aquellos con un SOC bajo, el tener un SOC alto podría ser un factor protector frente a los comportamientos inadecuados de cepillado dentario, uso de seda dental, consumo de alimentos azucarados, asistencia al dentista y consumo de cigarrillos en la población estudiada.

Estos hallazgos podrían apoyar la evidencia científica disponible hasta el momento y se asemejan a los de otros estudios similares que encontraron que un SOC alto podría influir favorablemente en la frecuencia de cepillado dentario (4,25,28,31,39), asistencia al dentista (24,25,39), consumo de alimentos azucarados (25,30,31) y tabaquismo (25,31). Sin embargo, la evidencia científica disponible no es consistente para la asociación entre SOC y uso de seda / hilo dental (30,31).

Es de resaltar que si bien hay comportamientos que parecen formar parte de los hábitos de salud bucodental cotidianos en la población estudiada, aún resultaría necesario fomentar en jóvenes universitarios conductas como el uso de seda dental una vez al día, el consumo regulado de alimentos azucarados y la asistencia al dentista cada seis meses, así como informar de los beneficios bucodentales que conllevan y concientizar acerca del carácter preventivo de las mismas.

Creemos que el estado de salud bucodental adulto está relacionado con los comportamientos de salud bucodental aprendidos durante las primeras fases de la vida, por lo tanto toda investigación dirigida a esclarecer los factores determinantes, de prevención y de riesgo que impactan sobre tales comportamientos, estará contribuyendo a disminuir la alta prevalencia a nivel mundial de enfermedades bucodentales y a la innovación en estrategias de prevención.

Además, el conocimiento acerca de cómo la utilización de los propios recursos internos y externos por parte de las personas para enfrentar situaciones estresantes influye sobre sus comportamientos de salud bucodental, permitiría al profesional odontólogo hacer promoción de la salud bucodental con mayor énfasis en aquellos pacientes que presenten bajo SOC.

Una de las limitaciones del estudio es que se realizó con un diseño transversal y no es posible establecer relación causal entre variables. Otra limitación que ha sido determinante en la obtención de resultados radica en el escaso tamaño muestral empleado y en que la baja potencia estadística del estudio no permite demostrar que las diferencias encontradas sean reales y no debidas al azar. Probablemente un tamaño muestral más extenso permitiría confirmar las asociaciones entre SOC y comportamientos de salud bucodental, puesto que entre la bibliografía científica consultada que refiere haber encontrado dichas asociaciones, hay estudios que incluyen muestras de 566 a 5399 sujetos (4,23-25,28,30,31,39,40).

Por último, este estudio se realizó en estudiantes de grado de Enfermería, por tanto al tratarse de una investigación en ciencias de la salud puede existir un sesgo relacionado con la deseabilidad social. Además, el muestreo por

conveniencia supone un método no probabilístico que implica la extrapolación de resultados sólo a la muestra estudiada o similar, teniendo en cuenta que la muestra está constituida por una gran proporción de mujeres, como es usual en profesiones como la Enfermería.

En conclusión, los resultados de este estudio podrían apoyar la evidencia disponible sobre la existencia de una relación positiva entre SOC y comportamientos de salud bucodental adecuados en jóvenes, si bien nuestros resultados no son estadísticamente significativos debido posiblemente al escaso tamaño muestral. Los comportamientos de salud bucodental más presentes en la muestra fueron el cepillado dentario adecuado y la ausencia de tabaquismo, sin embargo es importante establecer estrategias que fomenten el uso de seda dental, la disminución del consumo de alimentos azucarados entre comidas principales y la asistencia al dentista en la población estudiada o similar.

Son necesarios estudios de carácter longitudinal para establecer secuencia temporal e identificar al sentido de coherencia como un factor predictor de los comportamientos relacionados a la salud bucodental. Se sugieren estudios futuros de validación de algún instrumento de medida de comportamientos de salud bucodental para jóvenes, que permita una medición más objetiva de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Asamblea General de Naciones Unidas. Reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. [Internet]. 2011. [Accessed Mar 10, 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/>.
- (2) 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.
- (3) Arrieta Vergara KM, Díaz Caballero A, González Martínez F. Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en estudiantes de odontología. *Revista Cubana de estomatologia*. 2011; 48(1):6-13.
- (4) Ayo-Yusuf OA, Reddy PS, van den Borne, Bart W. Longitudinal association of adolescents' sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behaviour change model. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009; 37(1):68-77.
- (5) Nguyen L, Häkkinen U, Knuuttila M, Järvelin M. Should we brush twice a day? Determinants of dental health among young adults in Finland. *Health Econ*. 2008; 17(2):267-286.
- (6) Lang WP, Ronis DL, Farghaly MM. Preventive behaviors as correlates of periodontal health status. *J Public Health Dent*. 1995; 55(1):10-17.
- (7) Jamel H, Plasschaert A, Sheiham A. Dental caries experience and availability of sugars in Iraqi children before and after the United Nations sanctions. *Int Dent J*. 2004; 54(1):21-25.

- (8) Sreebny LM. Sugar availability, sugar consumption and dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1982; 10(1):1-7.
- (9) Touger-Decker R, van Loveren C. Sugars and dental caries. *Am J Clin Nutr.* 2003; 78(4):881S-892S.
- (10) Rojas JP, Rojas LA, Hidalgo R. Tabaquismo y su efecto en los tejidos periodontales. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* 2014;7(2):108-113.
- (11) Traviesas Herrera EM, Rodríguez Ortega J, Bordón Barrios D, Guerra Sevilla ME, Martínez Abreu J. Condición periodontal en relación con la práctica del tabaquismo Boquerón Monagas, Venezuela 2009. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2012; 11(1):65-75.
- (12) Elyasi M, Lai H, Major PW, Baker SR, Amin M. Modeling the Theory of Planned Behaviour to predict adherence to preventive dental visits in preschool children. *PLoS One.* 2020; 15(1):e0227233.
- (13) Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 1987.
- (14) Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion¹. *Health Promotion International.* 1996; 11(1):11-18.
- (15) Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine (1982).* 1993; 36(6):725-733.

- (16) Kuuppelomäki M, Utriainen P. A 3 year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. *International journal of nursing studies*. 2003; 40(4):383-388.
- (17) Välimäki TH, Vehviläinen-Julkunen KM, Pietilä AK, Pirttilä TA. Caregiver depression is associated with a low sense of coherence and health-related quality of life. *Aging & Mental Health*. 2009; 13(6):799-807.
- (18) Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2006; 60(5):376-381.
- (19) del-Pino-Casado R, Espinosa-Medina A, López-Martínez C, Orgeta V. Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders* 2019; 242:14-21.
- (20) Gomes AC, Rebelo MAB, de Queiroz AC, de Queiroz Herkrath, Ana Paula Correa, Herkrath FJ, Rebelo Vieira JM, et al. Socioeconomic status, social support, oral health beliefs, psychosocial factors, health behaviours and health-related quality of life in adolescents. *Qual Life Res*. 2020; 29(1):141-151.
- (21) Pohjola V, Nurkkala M, Virtanen JI. Psychological distress, oral health behaviour and related factors among adolescents: Finnish School Health Promotion Study. *BMC Oral Health*. 2021; 21(1):6.
- (22) Qiu RM, Wong MCM, Lo ECM, Lin HC. Relationship between children's oral health-related behaviors and their caregiver's sense of coherence. *BMC Public Health*. 2013; 13:239.

- (23) Elyasi M, Abreu LG, Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Impact of Sense of Coherence on Oral Health Behaviors: A Systematic Review. *PLoS One*. 2015; 10(8):e0133918.
- (24) Freire MC, Sheiham A, Hardy R. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29(3):204-212.
- (25) Bernabé E, Kivimäki M, Tsakos G, Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Savolainen J, et al. The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health-related behaviours among Finnish dentate adults. *Eur J Oral Sci*. 2009; 117(4):413-418.
- (26) Freire M, Hardy R, Sheiham A. Mothers' sense of coherence and their adolescent children's oral health status and behaviours. *Community Dent Health*. 2002; 19(1):24-31.
- (27) Savolainen JJ, Suominen-Taipale A, Uutela AK, Martelin TP, Niskanen MC, Knuuttila MLE. Sense of coherence as a determinant of toothbrushing frequency and level of oral hygiene. *J Periodontol*. 2005; 76(6):1006-1012.
- (28) Dorri M, Sheiham A, Watt RG. Modelling the factors influencing general and oral hygiene behaviours in adolescents. *Int J Paediatr Dent*. 2010; 20(4):261-269.
- (29) Lindmark U, Stegmayr B, Nilsson B, Lindahl B, Johansson I. Food selection associated with sense of coherence in adults. *Nutr J*. 2005; 4:9.

- (30) Lindmark U, Hakeberg M, Hugoson A. Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011; 39(6):542-553.
- (31) Peker K, Bermek G, Uysal O. Factors related to sense of coherence among dental students at Istanbul University. *J Dent Educ.* 2012; 76(6):774-782.
- (32) Glanz K, Maskarinec G, Carlin L. Ethnicity, sense of coherence, and tobacco use among adolescents. *Ann Behav Med.* 2005; 29(3):192-199.
- (33) Vega Martínez MC, Frías Osuna A, Del Pino Casado R. Validez y confiabilidad de la escala de sentido de coherencia en estudiantes de grado de enfermería de una universidad española. *Gac Sanit.* 2019; 33:310-316.
- (34) Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health.* 2005; 59(6):460-466.
- (35) Salguero PMP, Mora MO. Validación de un cuestionario de autocuidados de salud bucodental en el medio laboral- ASBLA. *Revista Enfermería del Trabajo.* 2012; 2(4):254-262.
- (36) Gobierno de Aragón. Encuesta de salud bucodental en escolares de Aragón 04. [Internet]. 2009. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-42621>
- (37) Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España. Cuestionario de adultos. [Internet]. 2017. Disponible en:

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

(38) Traviesas Herrera EM, Rodríguez Llanes R. Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inmunoinflamatorias crónicas en adultos del municipio Guanajay. Revista Cubana de Estomatología. 2007; 44(1):0-0.

(39) Nagpal R, Gupta A, Marya CM, Mushtaq I, Tandon S. Association of sense of coherence with oral health behaviors and gingival bleeding among adolescents. J Indian Soc Periodontol. 2021; 25(2):150-155.

(40) Scheerman JFM, van Loveren C, van Meijel B, Dusseldorp E, Wartewig E, Verrips GHW, et al. Psychosocial correlates of oral hygiene behaviour in people aged 9 to 19 - a systematic review with meta-analysis. Community Dent Oral Epidemiol. 2016; 44(4):331-341.