



**Universidad
Europea** VALENCIA

Grado en ODONTOLOGÍA

Trabajo Fin de Grado

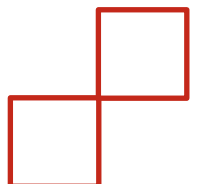
Curso 2024-25

**Grado de conocimiento de la salud
bucodental por parte de los
pacientes que acuden a la clínica
universitaria odontológica de la
Universidad Europea de Valencia:
estudio observacional transversal.**

Presentado por: Claudio Tritto

Tutor: Carlos Velo Higuera

Campus de Valencia
Paseo de la Alameda, 7
46010 Valencia
universidadeuropea.com



AGRADECIMIENTOS

A mis padres y Flavia, cuyo apoyo incondicional ha sido el pilar fundamental durante todo este camino académico. Gracias por creer siempre en mí, incluso en los momentos en los que yo dudaba. Vuestra confianza, amor y sacrificio me han dado la fuerza para seguir adelante y alcanzar esta meta. Este logro también es vuestro.

Mi tía Beatrice y a Ciccio, por el constante interés en mi trayectoria académica y por haber estado siempre presentes con su apoyo y sus palabras de aliento. Gracias por enseñarme el valor de la determinación y la importancia de creer en uno mismo.

A Pietro y Filippo, mis hermanos de alma. Gracias por acompañarme en cada etapa, por vuestro cariño incondicional y por enseñarme, sin saberlo, a ser una persona mejor. Sois dos personas extraordinarias, y llevaré todo lo que hemos compartido conmigo para siempre. Esta promesa la hago con el corazón.

A Francesco, Daniele, Flavio, Davide, Pier y Carlo, mis amigos de una vida. Gracias por estar siempre, por compartir conmigo no solo momentos de alegría, sino también silencios, dudas y cansancio. Con vuestras palabras, vuestros gestos y vuestra presencia constante, me habéis hecho entender que siempre habéis estado ahí para mí, incluso cuando no lo decía en voz alta. Gracias por escucharme, por animarme, por hacerme reír cuando más lo necesitaba y por recordarme, con vuestra forma de ser, que no estaba solo. Gracias por ser familia.

A Andrea y Domenico, porque aunque la vida nos haya llevado por caminos distintos, la amistad que compartimos ha permanecido intacta. Gracias por demostrarme cuánto creéis en mí y por seguir estando siempre presentes.

Gracias a mi tutor Carlos Velo Higuera por su disponibilidad, sus valiosos consejos y por haberme guiado en la elaboración de esta tesis.

Agradezco a Valencia, guardiana de una de las experiencias más bonitas de mi vida, por haber sido mi hogar durante estos maravillosos años.

Por último, me agradezco a mí mismo por haber demostrado que soy capaz de lograr cualquier deseo que me atreva a soñar.

ÍNDICE

1.RESUMEN	1
2.ABSTRACT.....	3
3.PALABRAS CLAVE:	5
4. INTRODUCCIÓN.....	7
4.1 La importancia del conocimiento y educación en salud bucodental	7
4.1.1 La relación entre el conocimiento y la práctica en salud bucodental	7
4.1.2 La importancia de la alfabetización en salud en la salud bucodental.....	8
4.2 El papel de las clínicas universitarias en la promoción y equidad en salud bucodental	9
4.2.1 La contribución de las clínicas universitarias a la equidad en salud bucodental.....	10
4.3 Impacto de los factores socioeconómicos y educativos en la salud bucodental.....	11
4.3.1 La influencia del nivel educativo y el acceso a la información	11
4.3.2 El rol de las políticas públicas en la equidad en salud bucodental.....	11
4.4 La prevención como pilar en la salud bucodental	12
4.4.1 El rol de la educación sanitaria en la salud bucodental.....	12
4.4.2 Estrategias innovadoras para mejorar el conocimiento en salud bucodental	13
4.4.3 La importancia de la prevención en la salud bucodental.....	13
4.5 La relación entre la salud bucodental y la salud general.....	14
4.5.1 Enfermedades sistémicas y su relación con la salud bucal	14
4.5.2 Importancia de un enfoque interdisciplinario en la mejora de la salud bucodental.....	15
4.6 Desafíos y oportunidades en la promoción de la salud bucodental	16
4.6.1 Barreras en la implementación de programas de promoción de salud	16
4.6.2 La influencia de factores sociales y económicos en la prevención	16
4.7 El papel de la investigación en la mejora de la salud bucodental ...	17
4.7.1 La importancia de la investigación en salud bucodental	17
4.7.2 Perspectivas futuras en la promoción de la salud bucodental	18
5. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS	20
5.1JUSTIFICACIÓN.....	20
5.2HIPÓTESIS	22
6. OBJETIVOS.....	24
7. MATERIAL Y MÉTODO.....	26
7.1 MATERIAL.....	26
7.1.1 Diseño del estudio	26
7.1.2 Selección muestra	27
7.1.3 Tamaño muestral.....	27
7.1.4 Material empleado	28
7.2 MÉTODO	29
7.2.1 Descripción del procedimiento	29
7.2.2 Recogida de datos	33
7.2.3 Análisis estadístico	35

8.RESULTADOS.....	38
9.DISCUSIÓN	60
10.CONCLUSIÓN	69
11.BIBLIOGRAFIA	71
12.ANEXOS	75

1.RESUMEN

Introducción: La salud bucodental es clave para el bienestar general, pero existen desigualdades en su conocimiento y cuidado. Este estudio transversal en la clínica universitaria evalúa el nivel de información de los pacientes sobre la salud bucodental. La falta de educación sanitaria y factores socioeconómicos influyen en la prevalencia de enfermedades bucales como la caries y la periodontitis. La alfabetización en salud es esencial para la prevención, y las clínicas universitarias juegan un papel fundamental en la educación y equidad en salud oral. Además, la investigación es clave para mejorar estrategias preventivas.

Material y Método: Se llevó a cabo un estudio observacional mediante encuestas, utilizando un cuestionario diseñado específicamente para la investigación. Tras recibir la aprobación del comité de ética de la Universidad Europea de Valencia, las encuestas se aplicaron entre febrero y marzo de 2025.

Resultados: Los resultados revelan que el nivel educativo y la edad influyen significativamente en el conocimiento y hábitos de salud bucodental. Los pacientes con mayor formación académica y los más jóvenes muestran mejores prácticas preventivas, como cepillado frecuente y uso de hilo dental. En contraste, los adultos mayores y quienes tienen menor nivel educativo presentan mayor desconocimiento y hábitos menos saludables. La mayoría identifica correctamente los riesgos del consumo de bebidas azucaradas, tabaco y alcohol. Sin embargo, persisten carencias en aspectos clave como el uso correcto del cepillo y el tiempo de cepillado.

Conclusión: El conocimiento bucodental es mayor en jóvenes con alta formación. No hay diferencias por sexo. Muchos desconocen medidas preventivas y el impacto de hábitos nocivos. Se necesita más educación en salud oral.

Palabras llaves: Patient, Knowledge, Preventive measures, Educational level, Sex, Age

2.ABSTRACT

Introduction: Oral health is essential for overall well-being, but inequalities persist in its knowledge and care. This cross-sectional study at the university clinic evaluates patients' level of information regarding oral health. A lack of health education and socioeconomic factors influence the prevalence of oral diseases such as caries and periodontitis. Health literacy is crucial for prevention, and university clinics play a key role in promoting education and equity in oral health. Furthermore, research is vital for improving preventive strategies.

Materials and Methods: An observational study was conducted using surveys with a questionnaire specifically designed for this research. After obtaining approval from the ethics committee of the European University of Valencia, surveys were administered between February and March 2025.

Results: Findings reveal that educational level and age significantly influence oral health knowledge and habits. Patients with higher academic training and younger individuals show better preventive practices, such as frequent brushing and flossing. In contrast, older adults and those with lower educational levels demonstrate greater lack of knowledge and less healthy habits. Most participants correctly identified the risks associated with sugary drinks, tobacco, and alcohol consumption. However, key gaps remain regarding proper toothbrush use and recommended brushing time.

Conclusion: Oral health knowledge is higher among younger individuals with advanced education. No differences were found by sex. Many patients lack awareness of preventive measures and the impact of harmful habits. Greater health education is needed.

Keywords: Patient, Knowledge, Preventive measures, Educational level, Sex, Age.

3.PALABRAS CLAVE:

- I. Patient
- II. Knowledge
- III. Preventive measures
- IV. Educational level
- V. Sex
- VI. Age

4. INTRODUCCIÓN

La salud bucodental representa un componente fundamental en la salud general de las personas y, como tal, constituye un pilar clave en la práctica de la odontología moderna(1). La prevalencia mundial de enfermedades dentales es un recordatorio constante de la necesidad universal de programas efectivos de educación en salud dental (2,3).

A pesar de los avances en la investigación científica y la educación sanitaria, persisten desigualdades significativas en el conocimiento y cuidado de la salud oral, particularmente entre los pacientes que acuden a clínicas universitarias. Estas disparidades no solo afectan la percepción y el autocuidado de la salud oral, sino que también repercuten en la prevalencia de enfermedades bucales prevenibles como la caries y las enfermedades periodontales (1,4).

En este contexto, el presente estudio observacional transversal tiene como objetivo evaluar el grado de conocimiento que poseen los pacientes sobre su salud bucodental, utilizando como escenario una clínica universitaria. Este enfoque es particularmente relevante, ya que las clínicas universitarias no solo proporcionan atención odontológica asequible, sino que también constituyen un entorno clave para el aprendizaje práctico de los estudiantes de odontología y para la implementación de estrategias educativas basadas en evidencia científica (5,6).

4.1 La importancia del conocimiento y educación en salud bucodental

4.1.1 La relación entre el conocimiento y la práctica en salud bucodental

El conocimiento sobre salud bucodental por parte de los pacientes es un factor determinante para el mantenimiento de una buena salud oral y para la prevención de enfermedades bucales(7). Diversos estudios han demostrado que una comprensión limitada de prácticas de higiene oral adecuadas está

directamente relacionada con la alta prevalencia de caries dental, gingivitis y periodontitis(8,9).

Estas patologías no solo afectan la calidad de vida de los pacientes, causando dolor, pérdida de funcionalidad y dificultades sociales, sino que también están asociadas con complicaciones sistémicas, como enfermedades cardiovasculares y diabetes (7,10,11).

Además, los factores socioeconómicos y educativos influyen significativamente en el nivel de conocimiento en salud bucodental, contribuyendo a desigualdades en el acceso a la información y en la adopción de prácticas de cuidado oral. Por ello, evaluar y mejorar el nivel de conocimiento de los pacientes en diferentes entornos, como las clínicas universitarias, es crucial para identificar áreas de mejora y desarrollar intervenciones efectivas que promuevan la equidad en salud oral (5,10).

4.1.2 La importancia de la alfabetización en salud en la salud bucodental

La alfabetización en salud, definida como la capacidad de obtener, procesar y comprender información básica de salud para tomar decisiones informadas, es un determinante crucial en el mantenimiento de la salud bucodental (5). Estudios recientes han demostrado que los niveles bajos de alfabetización en salud están asociados con una mayor incidencia de caries, enfermedades periodontales y visitas al dentista solo en situaciones de emergencia (4). Estos pacientes a menudo carecen de la comprensión necesaria para implementar prácticas adecuadas de higiene oral o para identificar signos tempranos de problemas bucales, lo que resulta en un empeoramiento de las condiciones de salud oral(8)

Para abordar esta problemática, es fundamental diseñar programas educativos que se adapten al nivel de comprensión del público objetivo. Esto incluye el uso de materiales visuales, lenguajes simples y estrategias prácticas que permitan a los pacientes internalizar los conceptos básicos de higiene oral y su importancia para la salud general. En este sentido, las clínicas universitarias

pueden liderar el camino, ofreciendo talleres educativos personalizados que involucren tanto a pacientes como a sus familias (6,10).

Además, fomentar una cultura de prevención desde edades tempranas es clave para mejorar la alfabetización en salud. Las intervenciones en escuelas y comunidades no solo ayudan a los niños a adoptar prácticas saludables, sino que también influyen en las familias, creando un efecto multiplicador positivo en la sociedad (12). Este enfoque no solo reduce las disparidades en salud oral, sino que también empodera a las personas para tomar decisiones más informadas y responsables sobre su bienestar bucodental (13).

4.2 El papel de las clínicas universitarias en la promoción y equidad en salud bucodental

Las clínicas universitarias desempeñan un papel central en la promoción de la salud bucodental, al ofrecer servicios accesibles y educativos tanto para los pacientes como para los futuros profesionales. Estos entornos brindan una oportunidad única para integrar la atención clínica con programas de educación sanitaria, lo que permite mejorar los hábitos de higiene oral de los pacientes y fomentar una mayor conciencia sobre la prevención de enfermedades orales. (4,12).

Además, estas clínicas representan un espacio ideal para realizar investigaciones sobre los factores que determinan el comportamiento de los pacientes en relación con su salud oral (5) . Por ejemplo, estudios previos han señalado que la falta de información precisa y accesible puede limitar significativamente el compromiso de los pacientes con prácticas de higiene oral adecuadas, como el uso correcto del cepillo dental y la frecuencia de las visitas al odontólogo(5,13) .En este sentido, las clínicas universitarias no solo actúan como centros de atención, sino también como catalizadores de cambios positivos en los conocimientos y actitudes de los pacientes hacia su salud bucodental(5).

4.2.1 La contribución de las clínicas universitarias a la equidad en salud bucodental

Las clínicas universitarias representan un recurso invaluable para reducir las desigualdades en salud bucodental, especialmente en comunidades con acceso limitado a servicios de calidad. Estos entornos no solo ofrecen atención a bajo costo, sino que también funcionan como espacios educativos donde los pacientes pueden aprender sobre prácticas preventivas y mejorar su comprensión sobre la importancia del cuidado oral (4,5). Además, al combinar investigación, educación y atención clínica, las clínicas universitarias tienen la capacidad de generar soluciones innovadoras adaptadas a las necesidades locales.

Un aspecto fundamental de su contribución es la implementación de programas dirigidos a grupos vulnerables, como niños de familias con bajos ingresos, personas mayores y comunidades rurales (6). Estos programas suelen incluir exámenes gratuitos, talleres educativos y distribución de materiales de higiene oral, todo con el objetivo de empoderar a los pacientes y fomentar hábitos saludables desde una perspectiva preventiva (10). La integración de estos servicios con campañas comunitarias amplía el alcance de las clínicas y fortalece su impacto social.

Por otro lado, las clínicas universitarias también son espacios ideales para formar a las futuras generaciones de odontólogos en un enfoque centrado en el paciente y comprometido con la equidad. Los estudiantes no solo adquieren habilidades clínicas, sino que también desarrollan sensibilidad hacia las necesidades de poblaciones diversas y desfavorecidas, preparándolos para contribuir a sistemas de salud más inclusivos y accesibles (12,13). Este modelo de atención y formación es esencial para construir un futuro donde la salud bucodental sea un derecho universal y no un privilegio(13).

4.3 Impacto de los factores socioeconómicos y educativos en la salud bucodental

4.3.1 La influencia del nivel educativo y el acceso a la información

La evidencia científica respalda la relación directa entre el nivel de conocimiento de los pacientes y sus prácticas de cuidado oral. Un conocimiento adecuado sobre técnicas de cepillado, uso de hilo dental y enjuagues bucales está relacionado con una menor incidencia de caries y enfermedades periodontales (8,11).

Sin embargo, los estudios han identificado una brecha significativa entre el conocimiento teórico y la aplicación práctica de estas medidas preventivas en la vida cotidiana de los pacientes(4,6).

Esta desconexión puede atribuirse a varios factores, como la falta de educación sanitaria, barreras culturales, mitos relacionados con el cuidado oral y limitaciones económicas(5,10,14). Por lo tanto, comprender los factores que influyen en esta brecha y desarrollar estrategias educativas personalizadas puede ayudar a transformar el conocimiento en acciones efectivas. Las clínicas universitarias, al ser espacios de aprendizaje continuo, están posicionadas de manera única para implementar programas de educación que combinen la instrucción teórica con demostraciones prácticas y seguimiento continuo de los pacientes (5) .

4.3.2 El rol de las políticas públicas en la equidad en salud bucodental

Las políticas públicas desempeñan un rol esencial en la promoción de la salud bucodental, especialmente en poblaciones con acceso limitado a servicios odontológicos. Una política integral debe centrarse en la prevención primaria, garantizando que todos los ciudadanos tengan acceso a recursos como fluoruro en el agua potable, programas escolares de salud oral y campañas de concienciación pública(5).

Estas intervenciones no solo reducen la incidencia de caries y enfermedades periodontales, sino que también alivian la carga económica asociada con tratamientos dentales avanzados (11).

Además, la integración de la salud bucodental en las estrategias generales de salud pública es fundamental para abordar las desigualdades existentes. Esto incluye asegurar la cobertura de servicios odontológicos básicos en los sistemas de salud universal, priorizando a las comunidades vulnerables y promoviendo la inclusión de exámenes orales rutinarios en chequeos médicos generales (6,13). La evidencia ha demostrado que estos enfoques integrados no solo mejoran la salud oral, sino que también contribuyen a reducir el riesgo de enfermedades sistémicas relacionadas, como las cardiovasculares y la diabetes (10).

En este contexto, las clínicas universitarias también pueden actuar como socios clave en la implementación de políticas públicas, al servir como centros de investigación y desarrollo de programas piloto. Estas clínicas, al trabajar en colaboración con gobiernos y organizaciones de salud, pueden identificar necesidades específicas, probar enfoques innovadores y generar datos que informen decisiones políticas basadas en evidencia (4,5).

4.4 La prevención como pilar en la salud bucodental

4.4.1 El rol de la educación sanitaria en la salud bucodental

La educación sanitaria constituye un eje fundamental para empoderar a los pacientes en el cuidado de su salud bucodental (5). Numerosos estudios han destacado que los programas educativos bien diseñados pueden mejorar significativamente el conocimiento y las prácticas de higiene oral, particularmente en poblaciones con bajos niveles de alfabetización sanitaria (4,5). Estas intervenciones no solo aumentan la adherencia a prácticas preventivas, como el cepillado adecuado y el uso de hilo dental, sino que también fomentan visitas regulares al odontólogo, lo que resulta en una detección temprana de patologías bucales (11).

4.4.2 Estrategias innovadoras para mejorar el conocimiento en salud bucodental

En los últimos años, se han desarrollado diversas estrategias innovadoras para abordar las brechas en el conocimiento sobre salud bucodental(6) . Una de las herramientas más efectivas ha sido la incorporación de tecnologías digitales, como aplicaciones móviles y plataformas de teleodontología, que permiten a los pacientes acceder a información educativa y asesoramiento personalizado de manera más accesible (11).

Otra estrategia clave ha sido el diseño de programas educativos interactivos en clínicas universitarias, que combinan materiales visuales, demostraciones prácticas y consultas personalizadas (12) . Estos programas han demostrado ser particularmente efectivos en mejorar la comprensión de los pacientes sobre la importancia de la prevención y en fomentar cambios sostenibles en sus hábitos diarios (4).

Por último, la colaboración interdisciplinaria entre odontólogos, educadores y profesionales de la salud pública ha sido fundamental para desarrollar campañas comunitarias que lleguen a poblaciones vulnerables (5). Estas campañas incluyen talleres en escuelas, centros comunitarios y lugares de trabajo, lo que amplía significativamente el alcance de la educación en salud bucodental. Estas iniciativas, combinadas con políticas de acceso equitativo, representan un avance importante hacia la promoción de una salud bucodental universal y sostenible (5,13).

4.4.3 La importancia de la prevención en la salud bucodental

La prevención es uno de los pilares fundamentales para garantizar una buena salud bucodental(8) . Las estrategias preventivas, como el cepillado dental regular con pasta fluorada, el uso de enjuagues antibacterianos y la realización de revisiones odontológicas periódicas, han demostrado ser efectivas para reducir significativamente la incidencia de caries y enfermedades periodontales(11). Sin embargo, la implementación de estas prácticas a menudo se ve obstaculizada por la falta de conocimiento, el acceso limitado a los recursos

necesarios y la percepción errónea de que la atención odontológica es secundaria (6,15).

Las clínicas universitarias tienen el potencial de convertirse en centros de referencia para la educación preventiva, promoviendo hábitos saludables y ofreciendo recursos accesibles a la población. La incorporación de talleres educativos, materiales informativos y asesoramiento personalizado son estrategias clave que pueden ser integradas en este tipo de entornos clínicos, permitiendo a los pacientes adquirir herramientas prácticas para cuidar su salud oral (12).

4.5 La relación entre la salud bucodental y la salud general

4.5.1 Enfermedades sistémicas y su relación con la salud bucal

La salud bucodental no puede considerarse de manera aislada, ya que está profundamente interrelacionada con la salud general (10). Las investigaciones han demostrado que patologías como la periodontitis pueden tener un impacto significativo en la aparición y agravamiento de enfermedades sistémicas, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las complicaciones respiratorias (11,16). Este vínculo se explica por la liberación de mediadores inflamatorios en la cavidad oral que, al pasar al torrente sanguíneo, pueden desencadenar una respuesta inflamatoria sistémica con consecuencias perjudiciales para otros órganos(13).

En el caso de la diabetes, por ejemplo, existe una relación bidireccional: mientras que un mal control glucémico puede agravar las enfermedades periodontales, estas últimas también pueden dificultar el manejo de la diabetes, creando un círculo vicioso(6). Del mismo modo, las infecciones bucales no tratadas pueden complicar enfermedades cardiovasculares al favorecer la formación de placas ateroscleróticas debido a la respuesta inflamatoria crónica(10).

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incluir la educación sobre salud bucodental como parte integral de las estrategias de salud pública, no solo para prevenir problemas bucales, sino también para reducir la carga de enfermedades sistémicas relacionadas. Las clínicas universitarias, al actuar como centros educativos y de investigación, tienen una posición privilegiada para promover este enfoque interdisciplinario, abordando simultáneamente la prevención, la atención y la educación de los pacientes(5,11).

4.5.2 Importancia de un enfoque interdisciplinario en la mejora de la salud bucodental

La salud bucodental no puede ser abordada de manera aislada, ya que su relación con otras áreas de la salud es profunda y bidireccional (6). Un enfoque interdisciplinario, que integre a profesionales de diferentes disciplinas como médicos, enfermeros, nutricionistas y psicólogos, es esencial para ofrecer un cuidado integral que tenga en cuenta los múltiples factores que influyen en la salud oral (11). Por ejemplo, la colaboración entre odontólogos y nutricionistas es crucial para educar a los pacientes sobre la relación entre una dieta rica en azúcares y el aumento del riesgo de caries, mientras que los psicólogos pueden ayudar a los pacientes a superar fobias dentales o a desarrollar hábitos saludables sostenibles (8,10)

Este enfoque integrado no solo permite abordar problemas complejos, como las conexiones entre enfermedades sistémicas y la salud oral, sino que también fortalece la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades específicas de cada paciente (12). En las clínicas universitarias, este modelo interdisciplinario puede implementarse a través de programas piloto que involucren a diferentes departamentos académicos y profesionales en formación, generando datos valiosos y desarrollando soluciones basadas en la evidencia (13).

4.6 Desafíos y oportunidades en la promoción de la salud bucodental

4.6.1 Barreras en la implementación de programas de promoción de salud

Los factores socioeconómicos y educativos juegan un papel crítico en la percepción y el cuidado de la salud bucodental(17,18). Las personas con niveles más bajos de ingresos y educación suelen enfrentar mayores desafíos para acceder a servicios odontológicos regulares y adoptar prácticas preventivas adecuadas (5,10). Estudios recientes han señalado que los pacientes con menores recursos económicos tienden a posponer las visitas al dentista hasta que experimentan dolor o complicaciones graves, lo que aumenta la prevalencia de caries avanzadas y enfermedades periodontales (4,11).

En este contexto, las clínicas universitarias pueden servir como herramientas fundamentales para reducir estas disparidades, al proporcionar servicios asequibles y promover campañas de educación sanitaria dirigidas a grupos vulnerables. Estas intervenciones no solo mejoran la salud bucodental de los pacientes, sino que también contribuyen a reducir el impacto económico asociado con el tratamiento de enfermedades bucales avanzadas(6,13).

4.6.2 La influencia de factores sociales y económicos en la prevención

A pesar de los avances en la odontología y las campañas de promoción sanitaria, persisten numerosos desafíos que dificultan la mejora de la salud bucodental en la población general. Entre estos desafíos se encuentran las barreras económicas, que limitan el acceso a servicios odontológicos de calidad, y las barreras culturales, que a menudo están asociadas con creencias erróneas sobre el cuidado oral(5). Por ejemplo, en algunos casos, la automedicación y el uso de remedios caseros reemplazan a la atención profesional, retrasando el diagnóstico y tratamiento de problemas graves(6).

Otro obstáculo importante es la falta de una educación sanitaria adecuada, particularmente en grupos socioeconómicamente desfavorecidos, donde las tasas de caries y enfermedades periodontales son significativamente más altas(13). Esta falta de conocimiento se refleja en prácticas deficientes de higiene oral, como un cepillado insuficiente, el uso inadecuado del hilo dental o la falta de visitas regulares al dentista. Adicionalmente, las diferencias en la cobertura de los sistemas de salud pública y privada pueden exacerbar estas desigualdades, limitando las oportunidades de recibir atención preventiva (11,13,19).

Superar estos desafíos requiere un enfoque integral que combine la educación sanitaria con políticas públicas que favorezcan la equidad en el acceso a los servicios (5,10).

4.7 El papel de la investigación en la mejora de la salud bucodental

4.7.1 La importancia de la investigación en salud bucodental

La investigación desempeña un papel crucial en el avance de la salud bucodental, proporcionando evidencia que respalda las mejores prácticas y guiando la toma de decisiones clínicas y políticas (12). En el caso de las clínicas universitarias, la investigación no solo enriquece el aprendizaje de los estudiantes, sino que también contribuye al desarrollo de soluciones innovadoras para abordar los problemas más prevalentes en la población (4). Estudios recientes han identificado la necesidad de comprender mejor las disparidades en el acceso a la atención dental, los factores socioeconómicos que influyen en la salud bucodental y las estrategias más efectivas para promover cambios sostenibles en los comportamientos de los pacientes (6,10)

Además, la investigación en salud bucodental no se limita a los aspectos clínicos; también incluye el análisis de los impactos psicosociales de las enfermedades orales. Por ejemplo, la pérdida de dientes o el mal aliento pueden tener efectos negativos en la autoestima y la calidad de vida de los pacientes, afectando su bienestar general y sus relaciones interpersonales (8).

Este enfoque holístico permite diseñar intervenciones que no solo traten las enfermedades, sino que también mejoren el bienestar emocional y social de los pacientes (11).

Finalmente, la colaboración entre universidades, gobiernos y organizaciones internacionales es fundamental para garantizar que la investigación sea relevante y aplicable a nivel global. Las clínicas universitarias, al ser centros de investigación activa, están en una posición ideal para liderar este esfuerzo, generando datos que informen políticas públicas y guíen la práctica clínica basada en evidencia (5,13).

4.7.2 Perspectivas futuras en la promoción de la salud bucodental

El futuro de la salud bucodental se encuentra en el desarrollo de enfoques más personalizados e integrados, que aprovechen las tecnologías emergentes y los avances en la comprensión de los factores sociales y biológicos que influyen en la salud oral (6). La teleodontología, por ejemplo, está emergiendo como una herramienta poderosa para conectar a los pacientes con profesionales de la salud bucodental en áreas remotas, ofreciendo orientación en tiempo real sobre prácticas de higiene y prevención (11)

Además, la incorporación de enfoques interdisciplinarios es esencial para abordar las complejas interacciones entre la salud bucodental y la salud general (5). Profesionales de diferentes disciplinas, como médicos, nutricionistas y psicólogos, pueden trabajar en conjunto para desarrollar estrategias integrales que aborden las necesidades de los pacientes de manera holística (4). Por ejemplo, la promoción de dietas equilibradas y la reducción del consumo de azúcar no solo benefician la salud general, sino que también son fundamentales para prevenir caries y enfermedades periodontales(20).

5. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

5.1 JUSTIFICACIÓN

La salud bucodental es un componente esencial del bienestar general y está directamente relacionada con la calidad de vida de las personas. Las enfermedades bucodentales, como las caries, la gingivitis y la periodontitis, son altamente prevalentes a nivel mundial y tienen un impacto significativo en la salud sistémica, ya que están asociadas con afecciones como enfermedades cardiovasculares, diabetes y complicaciones durante el embarazo. En este contexto, el conocimiento y la práctica de medidas preventivas son fundamentales para evitar el desarrollo de estas patologías y reducir sus consecuencias a largo plazo.

La Universidad Europea de Valencia, a través de su clínica universitaria odontológica, atiende a una población diversa, lo que permite analizar cómo las características sociodemográficas (edad, nivel educativo, género) influyen en el grado de conocimiento sobre la salud bucodental. Entender el nivel de alfabetización sanitaria en esta área es crucial para diseñar programas educativos y estrategias de prevención personalizados que permitan mejorar los hábitos de higiene oral y reducir los riesgos asociados a enfermedades bucodentales.

Este estudio, de carácter observacional y transversal, responde a la necesidad de identificar las brechas en el conocimiento y la percepción de la salud bucodental entre los pacientes que acuden a la clínica universitaria. Los resultados permitirán no solo comprender mejor la situación actual, sino también aportar evidencia que pueda ser utilizada para implementar intervenciones eficaces y sostenibles que promuevan la salud bucodental en la comunidad.

Este estudio está alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos por la Agenda 2030. En este sentido, la investigación aporta de manera significativa al logro de varias metas específicas de los ODS,

reforzando nuestro compromiso con el desarrollo sostenible y la mejora de la calidad de vida de las personas.

En particular, esta iniciativa respalda directamente el cumplimiento de los siguientes objetivos:

ODS 3 Salud y Bienestar: una salud bucodental adecuada contribuye a prevenir enfermedades periodontales y sistémicas relacionadas, como diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Evaluar el conocimiento sobre la salud bucodental fomenta intervenciones educativas y preventivas, asegurando que más personas accedan a información clave sobre su bienestar.

Además, incrementar el conocimiento de los pacientes puede reducir los riesgos relacionados con hábitos perjudiciales como el consumo de tabaco o dietas inadecuadas.

ODS 4: Educación de Calidad: El odontólogo desempeña un rol fundamental en la educación de sus pacientes sobre la salud bucal. Es responsabilidad del profesional informar sobre las correctas medidas de higiene y los riesgos que los malos hábitos, como fumar y comer azúcar, representa para la salud. La alfabetización sanitaria busca generar un impacto positivo en la formación de pacientes conscientes y responsables de su propia salud bucodental, reduciendo las desigualdades en el acceso al conocimiento y a una atención odontológica de calidad.

Pregunta PIO:

¿Cuál es el grado de conocimiento sobre la salud bucodental, las medidas de prevención y la relación entre los hábitos de vida y la salud oral en los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia?

5.2HIPÓTESIS

Las variables sociodemográficas de los pacientes que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Europea de Valencia influyen en el grado de conocimiento general sobre la salud bucodental, incluyendo medidas de prevención, hábitos de higiene diaria, y la relación entre los malos hábitos y su impacto en la salud bucodental.

6. OBJETIVOS

Objetivo principal:

- evaluar, en función de las variables sociodemográficas, el grado de conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

Objetivos secundarios

- Evaluar el grado de conocimiento sobre las medidas de prevención entre los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.
- Determinar la percepción y comprensión de la relación entre los malos hábitos (como el consumo de tabaco, alcohol y alimentos azucarados) y su impacto en la salud bucodental.

7. MATERIAL Y MÉTODO

7.1 MATERIAL

7.1.1 Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y descriptivo, basado en una encuesta dirigida a pacientes de la Universidad Europea de Valencia, con el objetivo de evaluar su conocimiento sobre salud bucodental.

La investigación se desarrolló en la clínica odontológica de la Universidad Europea de Valencia, ubicada en Carrer d'Alfambra, 4, La Saïdia, 46009 València, Valencia.

Los participantes completaron la encuesta dentro del período comprendido entre febrero y marzo de 2025.

El cuestionario utilizado fue elaborado ad-hoc por Claudio Tritto (estudiante de la UEV y autor del TFG) junto con Carlos Velo Higuera (tutor responsable del trabajo) (anexo I). Posteriormente fue revisado por parte de Juan Antonio Blaya Tarraga y Alfredo (Anexo II).

El presente estudio observacional transversal se realizó siguiendo la declaración de la Guía STROBE (21) (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) (<https://www.strobe-statement.org/checklists/>) (Anexo III).

Se han seguido las directrices establecidas en la Declaración de Helsinki para la investigación con seres humanos. Todos los pacientes seleccionados para participar en las encuestas fueron previamente informados sobre los detalles del estudio y otorgaron su consentimiento mediante la firma de un documento de consentimiento informado.

El diseño del estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Europea de Valencia, con referencia 2025-112 (anexo IV).

7.1.2 Selección muestra

La muestra del estudio fue seleccionada en base a los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Responder de forma voluntaria a la encuesta y firma del consentimiento.
- Entender el castellano.
- Ser pacientes de la universidad europea de Valencia.
- Ser mayor de 18 años

Criterios de exclusión:

- Individuos que se niegan a hacer la encuestas.
- Alumnos de la universidad europea de Valencia.
- Encuestas no rellenadas en su totalidad.
- Pacientes que presenten alguna dificultad para responder a la encuesta por problemas físicos o psíquicos.
- No es paciente de odontología

7.1.3 Tamaño muestral

Para determinar el tamaño mínimo de la muestra, se estableció al paciente como unidad estadística experimental. Se contabilizó el número de pacientes que asistieron a la clínica odontológica de la Universidad Europea de Valencia durante el mes de febrero 2024.

A partir de esta cifra, se aplicó un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, obteniendo un tamaño muestral final de 148 sujetos.

7.1.4 Material empleado

Material iconográfico:

1. El cuestionario realizado por los autores del estudio. La encuesta se hizo con el programa Formularios de Google.
2. QR de la encuesta ha sido realizado con el programa (QR CODE MONKEY). Enlace: <https://www.qrcode-monkey.com>.

Programa informático:

3. Tratamiento de datos: Programa de Excel Office (2019).
4. Análisis estadístico: SPSS 29.0 para Windows.
5. Cálculo del tamaño muestral: Calculadora del tamaño de muestra (SurveyMonkey).

7.2 MÉTODO

7.2.1 Descripción del procedimiento

1. Aprobación de la realización de una encuesta sobre alumnos de la universidad europea de valencia:

El director del Departamento Clínico de Odontología, Juan Antonio BLAYA TÁRRAGA aprobó la realización de este estudio observacional transversal sobre profesores y alumnos de la UEV.

2. Creación de la encuesta

Tras revisar diversos artículos relacionados con el tema, se diseñó un cuestionario que fue completado por los participantes del estudio. Dicho cuestionario constaba de 12 preguntas en total:

Las tres primeras preguntas del primer apartado estuvieron enfocadas en la recopilación de información sociodemográfica, permitiendo contextualizar los datos en función de las características de la población estudiada. En el segundo apartado, compuesto por las preguntas de la cuatro a la seis, se centró en la evaluación del conocimiento sobre medidas de prevención, proporcionando información sobre la concienciación y las prácticas preventivas en salud bucodental. El tercer apartado, que abarcó de la pregunta seis a la nueve, recogió la percepción de los participantes respecto a su propio conocimiento en salud bucodental, explorando su nivel de seguridad y comprensión en relación con el cuidado oral. El último apartado correspondiente a las preguntas de la diez a la doce, analizó el conocimiento sobre hábitos perjudiciales para la salud bucodental, con el fin de identificar posibles factores de riesgo asociados a conductas inadecuadas.

Estos bloques permitieron medir el nivel de conocimiento en salud bucodental de los pacientes.

Para garantizar la validez y fiabilidad del cuestionario, se realizó una prueba piloto en la clínica odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

- PRUEBA PILOTO

En enero, se llevó a cabo una prueba piloto del cuestionario. Para ello, se solicitó a cuatro pacientes de la UEV que revisaran las preguntas con el fin de evaluar su claridad y comprensión, permitiendo realizar ajustes si era necesario.

Esta prueba piloto permitió detectar algunos errores en la redacción de las preguntas y en las opciones de respuesta. Como resultado, se hicieron modificaciones para mejorar la comprensión del cuestionario por parte de los participantes.

3. Aprobación del comité de ética y autorización de la clínica

Se presentó una solicitud al Comité de Ética para llevar a cabo nuestro estudio de investigación. La documentación requerida fue enviada al Comité de Ética de la Universidad Europea de Madrid, y la aprobación correspondiente se obtuvo el 3 de febrero 2025.

Posteriormente, la distribución de la encuesta se llevó a cabo entre febrero y marzo de 2025.

4. consentimiento informado

Se utilizó el consentimiento informado (Anexo II) de la hoja de información proporcionada y requerida por el Comité de Ética de la Universidad Europea de Valencia. En dicho documento se detallaban los objetivos del estudio y se garantizaba la confidencialidad absoluta de los datos de los pacientes, utilizados únicamente con fines investigativos.

Además, antes de completar el cuestionario, se solicitó la firma voluntaria del consentimiento impreso para formalizar la participación en el

estudio. El cuestionario fue distribuido a través de un código QR que dirigía directamente a las preguntas (Anexo III).

5. Realización de la encuesta:

Tras explicar de manera clara y sencilla los objetivos del estudio, los autores distribuyeron el cuestionario a los pacientes que otorgaron su consentimiento voluntario por escrito.

El cuestionario fue accesible mediante un código QR, que al ser escaneado dirigía directamente a la encuesta, la cual se realizó a través de la plataforma en línea Google Forms.

La encuesta estaba dividida en 4 partes:

- Primera parte: Datos sociodemográficos, donde se pregunta al paciente su edad, sexo y nivel educacional.
- Segunda parte: El conocimiento del paciente con respecto a las medidas preventivas para la salud bucodental, donde se pregunta al paciente su conocimiento con respecto a la correcta frecuencia de cepillado, a los complementos de la higiene interdental y a la adecuada asiduidad de citas al dentista.
- Tercera parte: El conocimiento general de la salud bucodental, donde se pregunta al paciente su conocimiento con respecto al tiempo de cepillado, los factores que influyen en el desarrollo de la enfermedad periodontal y la importancia del hilo dental por la salud bucodental periodontitis y las causas de desarrollo de las enfermedades periodontales.
- Cuarta parte: El conocimiento general de la relación entre los malos hábitos y la salud bucodental.

6. Recogida de datos

La recolección de datos se realizó de manera completamente anónima. Las respuestas fueron registradas directamente en la plataforma Google Forms, que permite analizarlas tanto de forma general como individual para cada paciente, además de generar gráficos automáticamente.

Esta funcionalidad facilitó la obtención de datos estadísticos clave por pregunta, así como cifras absolutas y representaciones visuales, lo que simplificó su análisis en etapas posteriores.

7. Transferencia de los datos al programa de excel

Se procedió a la transferencia de los datos de manera automática a una plantilla de Microsoft Excel®.

8. Estudio estadístico

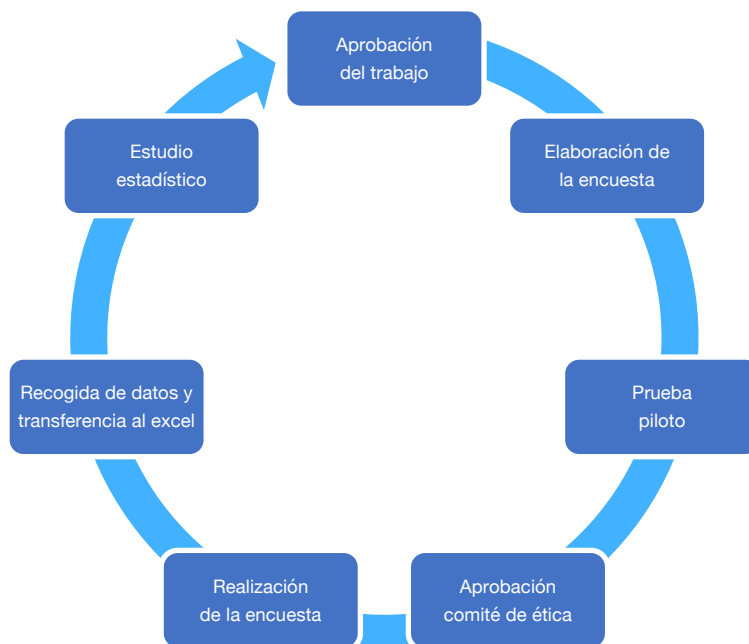


Figura 1. Diagrama de las etapas para el desarrollo del estudio de elaboración propia.

7.2.2 Recogida de datos

La recogida de datos fue realizada por los autores de este trabajo con el fin de realizar a posterior un procesamiento estadístico.

A. DATOS DEL PACIENTE

1. **Edad:** a) menores de 18 años. b) entre 18 y 30 años. c) entre 31 y 60 años d) Entre 60 y más años.
2. **Sexo:** a) Masculino. b) Femenino. c) Indefinido.
3. **Nivel educativo:** a) Educación secundaria. b) Bachillerato. c) Formación profesional. d) Estudios superiores universitarios/grado/Postgrado/Doctorado.

B. CUESTIONARIO:

1. **¿Por qué es importante realizar revisiones dentales regulares?** a) Para evitar el dolor dental, b) Para identificar problemas dentales en una fase temprana, c) Para mejorar la estética de los dientes, d) Para corregir las imperfecciones estéticas de los dientes y mejorar su alineación
2. **¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?** a) Una vez cada día, b) Una vez cada dos días, c) Me cepillo tres veces al día, d) Me cepillo dos veces al día
3. **¿Utilizas algún producto adicional para tu higiene bucal diaria?** a) Hilo dental, b) Seda dental, c) Cepillos interdentes, d) No uso productos adicionales
4. **¿Qué tan importante es el uso del hilo dental en la prevención de enfermedades bucodentales?** a) No es necesario si te cepillas correctamente, b) Es fundamental para eliminar la placa entre los dientes, c) Solo es útil en personas con encías sensibles, d) Es opcional y no influye en la salud bucal
5. **¿Qué cepillo de dientes usas y cuanto crees que es el tiempo mínimo recomendado para cepillarse los dientes?** a) Respuesta abierta

6. **¿Qué factor piensas que contribuye más al desarrollo de enfermedades periodontales?** a) El uso frecuente de pasta dental blanqueadora, b) La acumulación de placa bacteriana en los dientes y las encías, c) La falta de cepillado de los dientes después de las comidas, d) El consumo de alimentos ácidos, como los cítricos
7. **¿Cuál de los siguientes hábitos es el más perjudicial para la salud bucodental?** a) Fumar cigarrillos o usar tabaco, b) Consumir alcohol, c) Cepillarse los dientes una vez al día, d) A y B son correctas
8. **¿Cepillarse los dientes con demasiada fuerza puede...?** a) Generar inflamación en las encías y provocar retroceso de las mismas, b) Mejorar la limpieza de los dientes, eliminando mejor la placa bacteriana, c) Causar desgaste del esmalte dental, lo que aumenta el riesgo de caries y sensibilidad dental, d) A y C son correctas
9. **¿Cómo afecta el consumo excesivo de bebidas azucaradas a la salud bucodental?** a) Favorece la remineralización del esmalte, b) Mejora el estado de los dientes, proporcionando minerales, c) Aumenta el riesgo de caries y de enfermedades de las encías, d) No tiene ningún impacto en la salud bucodental

El tiempo estimado para el desarrollo de la encuesta fue de 5 minutos.

• INTERPRETACIÓN:

El paciente ha tenido que responder a cada pregunta a respuesta múltiple del cuestionario. Cada pregunta del cuestionario tenía cuatro opciones, de las cuales solo una era adecuada.

7.2.3 Análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS 29.0 para Windows. Los métodos estadísticos utilizados fueron los siguientes (*IBM SPSS*, 2021):

1. Análisis descriptivo:

El análisis descriptivo permitió obtener datos tanto a nivel global como específicos para cada variable analizada dentro de cada grupo de estudio de manera individualizada.

- Estadística descriptiva de las variables cualitativas (procedimiento FREQUENCIES), con la obtención de frecuencias y porcentajes de las categorías. (*Ferrán*, 1996).

2. Análisis inferencial:

El análisis inferencial de la muestra se realizó con el propósito de aplicar los contrastes estadísticos necesarios y, de esta manera, obtener conclusiones sobre las hipótesis del estudio. Los aspectos analizados incluyeron:

- Tablas de contingencia para evaluar la relación entre variables cualitativas (procedimiento CROSSTABS). Se utilizó el Test Exacto de Fisher o la Prueba de Chi-cuadrado para examinar la influencia entre dos variables cualitativas, incorporando en cada casilla de la tabla el porcentaje en fila y los residuos corregidos no tipificados, facilitando así la identificación de influencias significativas (Everitt, 1992; Ferrán, 1996).
- Se estableció un nivel de significación del 0.05 para todos los análisis.
 - Si el p-valor obtenido en la prueba estadística (Chi-cuadrado/Fisher) es mayor a 0.05, las diferencias observadas no se consideran significativas.

- Si el p-valor es menor a 0.05, las diferencias se consideran significativas.
- El análisis estadístico se realizó utilizando el software SPSS 29.0 para Windows.

8.RESULTADOS

El cuestionario fue distribuido a un total de 155 pacientes de la Universidad Europea de Valencia durante el mes de enero de 2025, excluyendo a los participantes de la prueba piloto.

Se utilizó un cuestionario elaborado específicamente por los autores del estudio.

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se descartaron 7 encuestas, ya que los pacientes no cumplían con el requisito de edad mínima de 18 años. Como se muestra en la Figura 2, la muestra final del estudio quedó conformada por 148 pacientes.

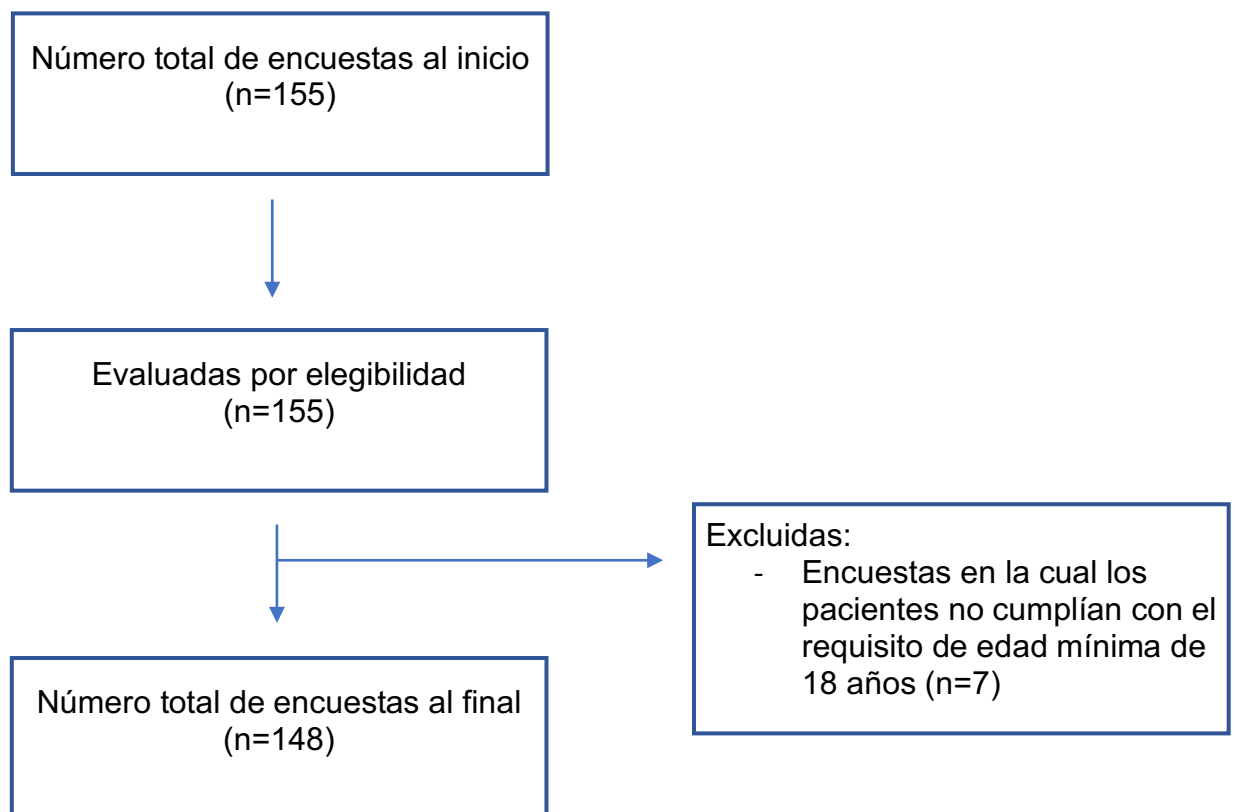


Figura 2. Diagrama de flujo de la muestra definitiva del estudio.

1. ¿Por qué es importante realizar revisiones dentales regulares?

La Tabla 4 muestra la relación entre el nivel educacional de los pacientes y su percepción sobre la importancia de las revisiones dentales regulares. La mayoría de los participantes, un 78,4 %, consideró que estas revisiones son importantes para identificar problemas dentales en una fase temprana.

Este enfoque preventivo fue más frecuente en los pacientes con estudios de máster o doctorado, con un 84,2 %, y en aquellos con bachillerato, con un 73,6 %. En cambio, entre los pacientes con educación primaria, el 69,2 % eligió esta opción, y entre quienes no tenían estudios, el porcentaje fue del 66,7 %. En estos dos últimos grupos se observó una mayor proporción de respuestas centradas en el dolor y la estética dental.

Estos resultados sugieren que un mayor nivel educativo se asocia con una mejor comprensión de la prevención en salud bucodental, lo que destaca la necesidad de reforzar la educación oral en los grupos con menor formación académica.

No existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p=0.103$) entre los grupos de Nivel Educacional en la importancia de revisiones dentales regulares.

Tabla 4. Pregunta 1, bloque 2 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

			¿Por qué es importante realizar revisiones dentales regulares?				
			A) Para evitar el dolor dental	B) Para identificar problemas dentales en una fase temprana	C) Para mejorar la estética de los dientes	D) Para corregir las imperfecciones estéticas de los dientes y mejorar su alineación	Total
Nivel educativo:	A) No estudio	Count	1	4	1	0	6
		% within Nivel educativo:	16,7%	66,7%	16,7%	0,0%	100,0%
	B) Primaria	Count	0	9	2	2	13
		% within Nivel educativo:	0,0%	69,2%	15,4%	15,4%	100,0%
	C) Bachillerato	Count	9	39	4	1	53
		% within Nivel educativo:	17,0%	73,6%	7,5%	1,9%	100,0%
	D) Máster y/o doctorado	Count	6	64	3	3	76
		% within Nivel educativo:	7,9%	84,2%	3,9%	3,9%	100,0%
Total		Count	16	116	10	6	148
		% within Nivel educativo:	10,8%	78,4%	6,8%	4,1%	100,0%

El Grafico 1 muestra que la mayoría de los pacientes, especialmente los más jóvenes, acude a revisiones dentales para identificar problemas en una fase temprana. En el grupo de mayores de 61 años, las respuestas están más distribuidas, destacando también motivos como el dolor y la estética. Esto indica una menor orientación preventiva en los pacientes de mayor edad.

Existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p < 0.001$) entre los grupos de Edad en la importancia de realizar revisiones dentales regulares.

Los de 18-30 años tienen una alta respuesta de B (90.2% respecto a un 78.4% esperado) y baja de D (0% respecto a un 4.1% esperado), mientras que los de 61 o más tienen alta respuesta de A (26.3% respecto a un 11% esperado), baja de B (36.8% respecto a un 78.4% esperado) y alta de A (26.3% respecto a un 10.8% esperado), C (21.1% respecto a un 5.8% esperado) y D (15.8% respecto a un 4.1% esperado).

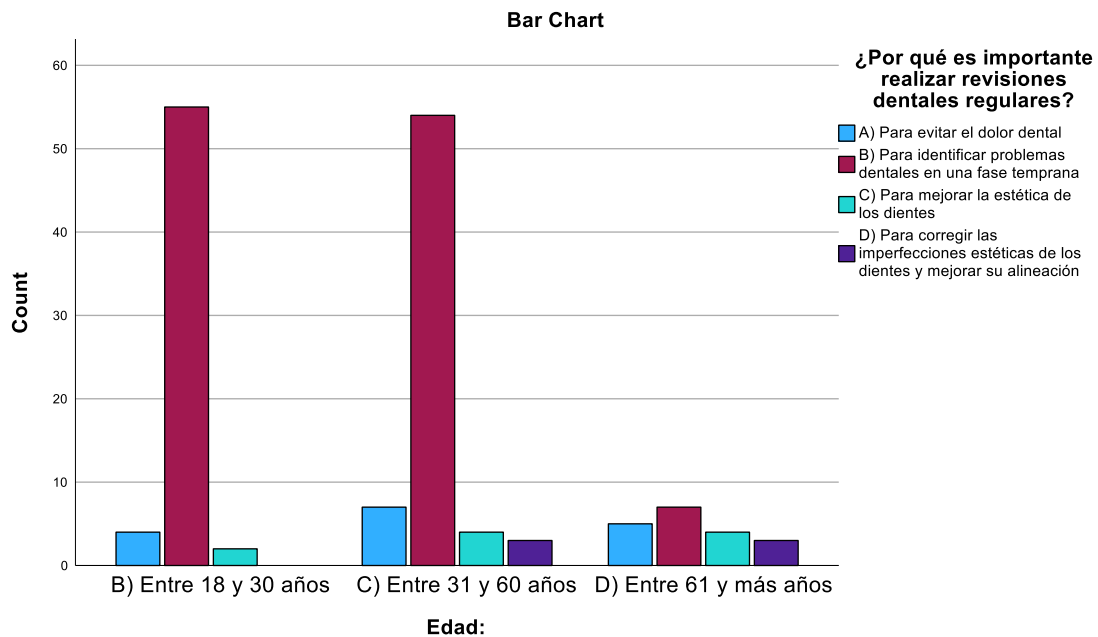


Gráfico 1. Pregunta 1, bloque 2 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

2. ¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?

La Tabla 5 muestra la relación entre el nivel educativo y la frecuencia del cepillado dental. A medida que aumenta el nivel educacional, también lo hace la frecuencia del cepillado. Entre quienes no tienen estudios, el 83,3 % se cepilla solo una vez al día, y ninguno lo hace dos veces al día. En cambio, entre los pacientes con máster o doctorado, el 48,7 % se cepilla tres veces al día y el 40,8 % dos veces. Estos resultados indican que un mayor nivel educativo se asocia con mejores hábitos de higiene bucodental, lo que subraya la importancia de la educación en salud oral.

Existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p < 0.001$) entre los grupos de Nivel Educacional en la frecuencia de cepillado.

No estudios alta respuesta en A (83.3% respecto a un 20.1% esperado). Primaria alta respuesta en A (42.9% respecto a un 20.1% esperado) y en B (21.4% respecto a un 6% esperado) y baja en D (7.1% respecto a un 35.6%

esperado) y Máster/Doctorado baja respuesta en A (6.6% respecto a un 20.1% esperado) y alta en C (48.7% respecto a un 38.3% esperado).

Tabla 5. Pregunta 2 bloque 2 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

			¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?				Total
			A) Una vez cada día	B) Una vez cada dos días	C) Me cepillo tres veces al día	D) Me cepillo dos veces al día	
Nivel educacional:	A) No estudio	Count	5	0	1	0	6
		% within Nivel educacional:	83,3%	0,0%	16,7%	0,0%	100,0%
	B) Primaria	Count	6	3	4	1	14
		% within Nivel educacional:	42,9%	21,4%	28,6%	7,1%	100,0%
	C) Bachillerato	Count	14	3	15	21	53
		% within Nivel educacional:	26,4%	5,7%	28,3%	39,6%	100,0%
	D) Master y/o doctorado	Count	5	3	37	31	76
		% within Nivel educacional:	6,6%	3,9%	48,7%	40,8%	100,0%
Total		Count	30	9	57	53	149
		% within Nivel educacional:	20,1%	6,0%	38,3%	35,6%	100,0%

El Grafico 2 muestra la frecuencia con la que los pacientes se cepillan los dientes, diferenciada por grupos de edad. En los grupos de 18 a 30 años y de 31 a 60 años predomina el cepillado frecuente, especialmente tres veces al día y dos veces al día. En cambio, en el grupo de 61 años o más, disminuye notablemente esta frecuencia y se incrementan las respuestas de cepillado una vez al día o menos.

Estos resultados indican que los hábitos de higiene bucodental son más adecuados en los grupos jóvenes y tienden a empeorar con la edad, lo que refuerza la necesidad de intervenciones específicas dirigidas a la población mayor.

Existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p=0.037$) entre los grupos de Edad en la frecuencia de cepillado.

Se observa una baja respuesta de A entre los de 18-30 años (8.2% respecto a un 20.1% esperado).

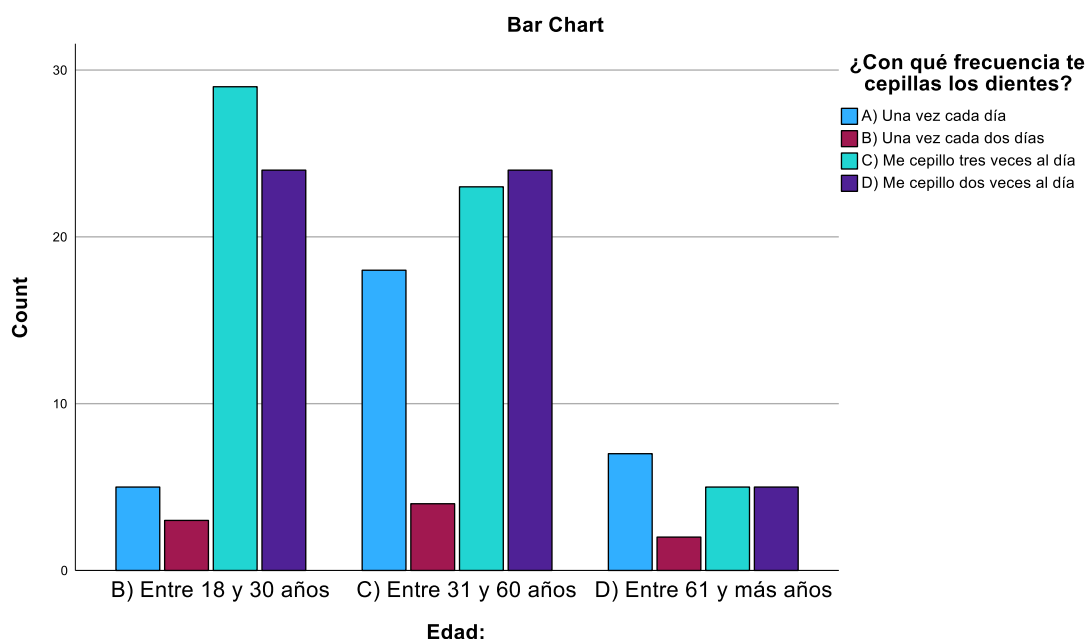


Gráfico 2. Pregunta 2 bloque 2 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

3. ¿Utilizas algún producto adicional para tu higiene bucal diaria?

La Tabla 6 muestra el uso de productos adicionales para la higiene bucal diaria según el nivel educativo de los pacientes. En total, el 42,1 % de los encuestados indicó no utilizar ningún producto complementario. Este comportamiento es especialmente frecuente en el grupo sin estudios, donde el 66,7 % no emplea ningún producto adicional. En cambio, entre los pacientes con estudios de máster o doctorado, el uso de hilo dental y de otros productos es más habitual, y solo un 37 % declara no utilizar ningún complemento. A medida que aumenta el nivel educativo, se incrementa el uso de herramientas como hilo dental y cepillos interdetales, mientras que disminuye el número de personas que no utilizan productos adicionales. Estos datos confirman que un mayor nivel educativo se asocia con mejores hábitos de higiene bucodental.

No existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p=0.733$) entre los grupos de Nivel Educativo en el uso de algún producto adicional en la higiene bucodental.

Tabla 6. Pregunta 3 bloque 2 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

			¿Utilizas algún producto adicional para tu higiene bucal diaria?				Total
			A) Hilo dental	B) Seda dental	C) Cepillos interdetales	D) No uso productos adicionales	
Nivel educativo:	A) No estudio	Count	1	1	0	4	6
		% within Nivel educativo:	16,7%	16,7%	0,0%	66,7%	100,0%
	B) Primaria	Count	4	2	2	6	14
		% within Nivel educativo:	28,6%	14,3%	14,3%	42,9%	100,0%
	C) Bachillerato	Count	12	5	11	24	52
		% within Nivel educativo:	23,1%	9,6%	21,2%	46,2%	100,0%
	D) Master y/o doctorado	Count	27	7	12	27	73
		% within Nivel educativo:	37,0%	9,6%	16,4%	37,0%	100,0%
	Total	Count	44	15	25	61	145
		% within Nivel educativo:	30,3%	10,3%	17,2%	42,1%	100,0%

El Grafico 3 muestra que el grupo de 18 a 30 años y el de 31 a 60 años presentan un mayor uso de productos adicionales para la higiene bucodental, especialmente hilo dental y cepillos interdetales. Sin embargo, en ambos grupos también destaca un número elevado de personas que no utiliza productos complementarios.

En el grupo de 61 años o más, el uso de productos adicionales es mucho menor, y predomina el no uso. Esto indica que los hábitos de cuidado bucal tienden a ser más completos en las personas más jóvenes, mientras que en los adultos mayores es más frecuente la ausencia de productos de higiene complementarios.

No existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p=0.726$) entre los grupos de Edad en el uso de algún producto adicional para tu higiene bucal diaria.

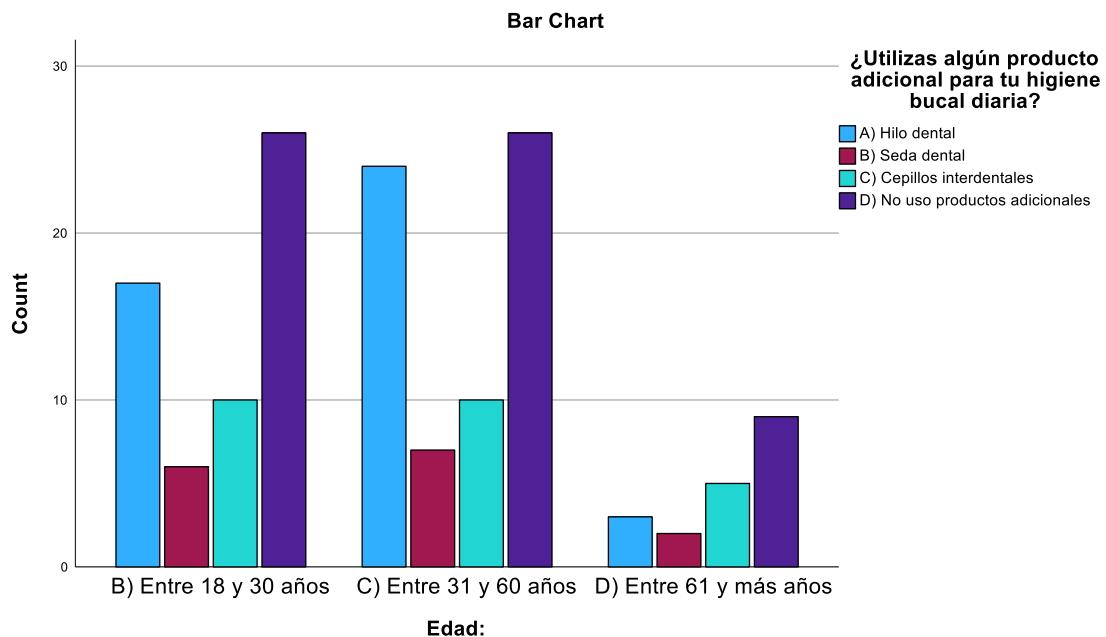


Gráfico 3. Pregunta 3 bloque 2 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia

4. ¿Qué tan importante es el uso del hilo dental en la prevención de enfermedades bucodentales?

La Tabla 7 analiza la percepción sobre la importancia del uso del hilo dental en la prevención de enfermedades bucodentales, según el nivel educativo de los pacientes. En conjunto, la mayoría de los encuestados considera que el hilo dental es fundamental para eliminar la placa entre los dientes.

Este conocimiento es más evidente entre quienes tienen estudios de bachillerato o de máster y doctorado. En cambio, entre quienes no tienen estudios o solo han cursado primaria, hay más respuestas que indican que el

hilo dental no es necesario si se realiza un buen cepillado, o que su uso es opcional.

Los resultados reflejan que un mayor nivel educativo se relaciona con un mejor conocimiento sobre la importancia del hilo dental como medida preventiva en salud bucodental.

No existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p=0.105$) entre los grupos de Nivel Educativo en el uso dental para prevención de enfermedades bucodentales.

Se observan diferencias, aunque no significativas, en No estudios que tienen alta respuesta en A (50% respecto a 13.5% esperado) y baja en B (33.3% respecto a un 70.3% esperado).

Tabla 7. Pregunta 1, bloque 3 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

			¿Qué tan importante es el uso del hilo dental en la prevención de enfermedades bucodentales?				
			A) No es necesario si te cepillas correctamente	B) Es fundamental para eliminar la placa entre los dientes	C) Solo es útil en personas con encías sensibles.	D) Es opcional y no influye en la salud bucal	Total
Nivel educativo:	A) No estudio	Count	3	2	0	1	6
		% within Nivel educativo:	50,0%	33,3%	0,0%	16,7%	100,0%
	B) Primaria	Count	3	8	0	2	13
		% within Nivel educativo:	23,1%	61,5%	0,0%	15,4%	100,0%
	C) Bachillerato	Count	5	41	5	2	53
		% within Nivel educativo:	9,4%	77,4%	9,4%	3,8%	100,0%
	D) Master y/o doctorado	Count	9	53	5	9	76
		% within Nivel educativo:	11,8%	69,7%	6,6%	11,8%	100,0%
Total		Count	20	104	10	14	148
		% within Nivel educativo:	13,5%	70,3%	6,8%	9,5%	100,0%

El Grafico 4 muestra que la mayoría de los pacientes, en todos los grupos de edad, considera que el uso del hilo dental es fundamental para eliminar la placa entre los dientes. Esta percepción es especialmente alta en los grupos de 18 a 30 años y de 31 a 60 años.

En el grupo de mayores de 61 años, aunque esta sigue siendo la respuesta más común, se observa una mayor proporción de personas que cree que el hilo dental no es necesario, solo es útil en casos específicos o no influye en la salud bucal. Esto sugiere una menor conciencia sobre su función preventiva en la población de mayor edad.

No existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p=0.331$) entre los grupos de Edad en el uso de hilo dental en la prevención de enfermedades bucodentales.

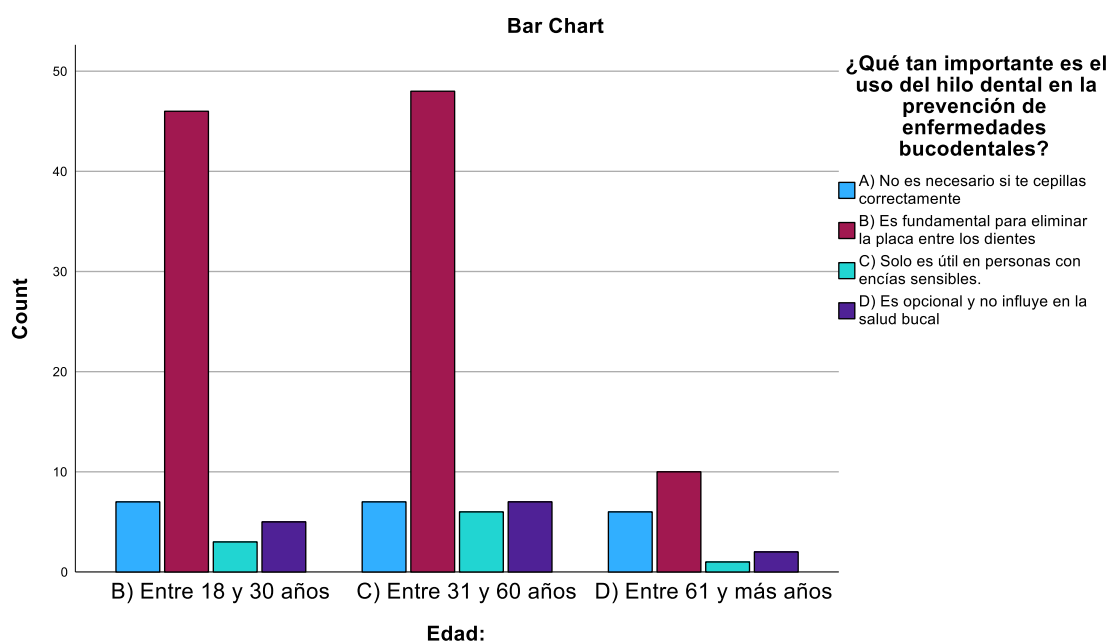


Gráfico 4. Pregunta 1, bloque 3 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

5. ¿Qué cepillo de dientes usas y cuanto crees que es el tiempo mínimo recomendado para cepillarse los dientes? a) Respuesta abierta

La mayoría de los encuestados no especificó con claridad el tiempo de cepillado ni el tipo de cepillo, lo que refleja una falta de conocimiento estandarizado. El grupo que más se ajusta a la recomendación de 2 minutos mostró un uso equilibrado de cepillos manuales y eléctricos. Los tiempos más largos (3–5 minutos) se asociaron más con cepillos eléctricos, mientras que los más cortos (1 minuto) fueron más frecuentes con cepillos manuales.

Tabla 8. Pregunta 2, bloque 3 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

Grupo de Respuesta	Número de Personas	Tipo de Cepillo (estimado)
Otro o sin especificar	69	Variado/no especificado
1 minuto	6	Mayoría manual
2 minutos	33	Mixto (manual y eléctrico)
3 minutos	12	Mixto con predominio eléctrico
4 minutos	2	Eléctrico
5 minutos	5	Predominantemente eléctrico

El gráfico muestra que la mayoría de los participantes se cepilla los dientes entre 2 y 3 minutos, utilizando tanto cepillos manuales como eléctricos. Destaca que los tiempos más prolongados (más de 3 minutos) se asocian principalmente con el uso de cepillos eléctricos, mientras que los tiempos inferiores a 2 minutos están más relacionados con cepillos manuales. Esta tendencia sugiere una posible relación entre el tipo de cepillo y la duración del cepillado, siendo los eléctricos utilizados durante más tiempo, posiblemente por comodidad o percepción de mayor eficacia.

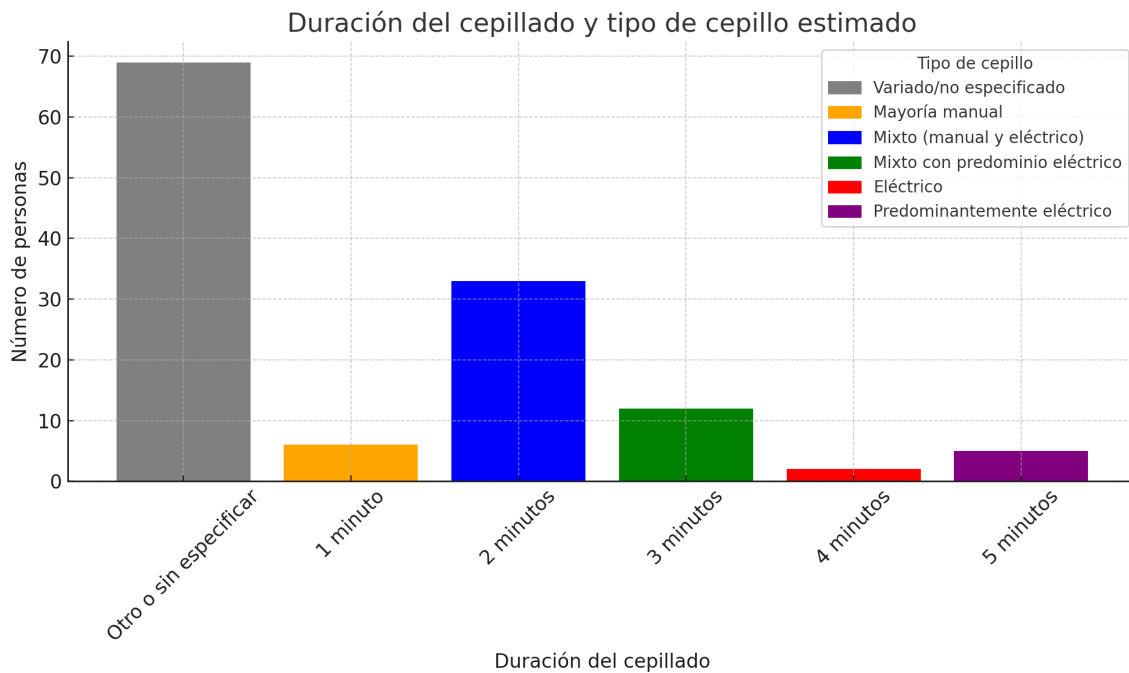


Gráfico 5. Pregunta 2, bloque 3 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

6. ¿Qué factor piensas que contribuye más al desarrollo de enfermedades periodontales?

La Tabla 9 muestra la percepción de los pacientes sobre el principal factor que contribuye al desarrollo de enfermedades periodontales, según su nivel educativo. La opción más elegida en todos los niveles fue la acumulación de placa bacteriana en dientes y encías.

Este conocimiento fue más común entre los pacientes con estudios de máster o doctorado y con bachillerato. En cambio, en los grupos con menor nivel educativo, como primaria o sin estudios, hubo una mayor proporción de respuestas incorrectas o menos precisas, como atribuir las enfermedades periodontales a la falta de cepillado después de las comidas o al consumo de alimentos ácidos.

Estos resultados indican que un mayor nivel educativo se asocia con un mejor conocimiento sobre los factores que influyen en la salud periodontal, lo que refuerza la importancia de la educación en salud bucodental.

No existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p=0.072$) entre los grupos de Nivel Educativo en el factor más influyente en enfermedades periodontales.

Se observan diferencias, aunque no significativas, en Primaria con una alta respuesta de C (53.8% respecto a un 30.1% esperado) y en Máster/Doctorado una alta respuesta en B (70.7% respecto a un 62.3% esperado) y baja en C (22.7% respecto a un 30.1% esperado).

Tabla 9. Pregunta 3, bloque 3 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

			¿Qué factor piensas que contribuye más al desarrollo de enfermedades periodontales?				
			A) El uso frecuente de pasta dental blanqueadora	B) La acumulación de placa bacteriana en los dientes y las encías	C) La falta de cepillado de los dientes después de las comidas	D) El consumo de alimentos ácidos, como los cítricos	Total
Nivel educativo:	A) No estudio	Count	1	3	1	1	6
		% within Nivel educativo:	16,7%	50,0%	16,7%	16,7%	100,0%
	B) Primaria	Count	0	5	7	1	13
		% within Nivel educativo:	0,0%	38,5%	53,8%	7,7%	100,0%
	C) Bachillerato	Count	2	30	19	1	52
		% within Nivel educativo:	3,8%	57,7%	36,5%	1,9%	100,0%
	D) Master y/o doctorado	Count	2	53	17	3	75
		% within Nivel educativo:	2,7%	70,7%	22,7%	4,0%	100,0%
Total		Count	5	91	44	6	146
		% within Nivel educativo:	3,4%	62,3%	30,1%	4,1%	100,0%

El Gráfico 6 muestra que la mayoría de los pacientes, especialmente los más jóvenes, identifica correctamente la acumulación de placa bacteriana como el principal factor relacionado con las enfermedades periodontales. Este conocimiento disminuye ligeramente con la edad, observándose más respuestas

incorrectas en el grupo de mayores de 61 años, como la atribución al consumo de alimentos ácidos o a la falta de cepillado tras las comidas.

Estos resultados sugieren que los pacientes jóvenes presentan un mayor conocimiento sobre los factores etiológicos de la enfermedad periodontal, mientras que los adultos mayores muestran más confusión al respecto, lo que indica la necesidad de reforzar la educación en salud oral en este grupo.

Existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p=0.023$) entre los grupos de Edad en el factor que más influye en enfermedades bucodentales.

Entre 18-30 alta respuesta en B (78.3% respecto a un 62.3% esperado) y baja en C (18.3% respecto a un 30.1% esperado) y los de 31 a 60 tienen baja respuesta en B (51.5% respecto a un 62.3% esperado).

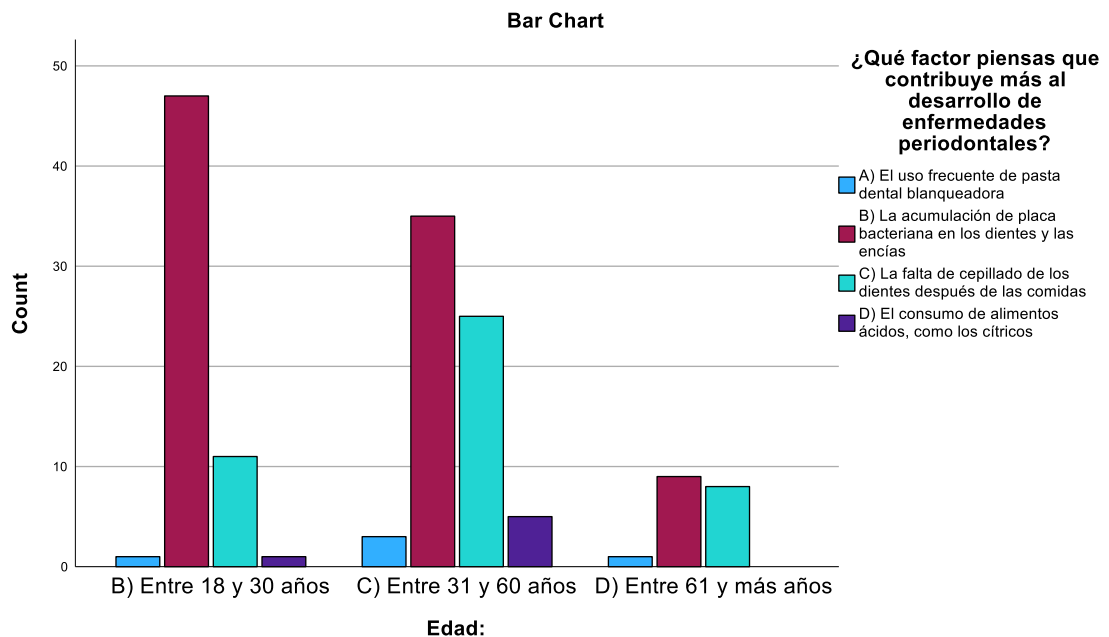


Gráfico 6. Pregunta 3, bloque 3 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

7. ¿Cuál de los siguientes hábitos es el más perjudicial para la salud bucodental?

La Tabla 10 muestra las respuestas de los pacientes sobre cuál consideran que es el hábito más perjudicial para la salud bucodental, en función de su nivel educativo. En general, la mayoría de los participantes identificó correctamente que tanto fumar como consumir alcohol son factores dañinos, seleccionando la opción “A y B son correctas”.

Este conocimiento fue especialmente alto entre quienes tienen estudios de máster o doctorado y bachillerato. En cambio, entre los pacientes con menor nivel educativo, como los que no estudiaron o solo cursaron primaria, fueron más frecuentes las respuestas incorrectas, como atribuir el mayor daño únicamente al tabaco o incluso considerar perjudicial el cepillado una vez al día.

Estos resultados reflejan que un mayor nivel educativo se asocia con un mejor reconocimiento de los factores de riesgo relacionados con la salud bucodental, reforzando la importancia de la educación en la prevención de hábitos nocivos.

Existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p=0.002$) entre los grupos de Nivel Educativo en los hábitos perjudiciales para la salud bucodental.

No Estudio tiene alta respuesta en A (66.7% respecto a un 18.8% esperado) y baja en D (16.7% respecto a un 70.5% esperado), Bachillerato baja respuesta en C (1.9% esperado respecto a un 8.1% esperado) y Máster/Doctorado baja en A (11.8% respecto a un 18.8% esperado) y en B (0% respecto a un 2.7% esperado).

Tabla 10. Pregunta 1, bloque 4 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

			¿Cuál de los siguientes hábitos es el más perjudicial para la salud bucodental?				
			A) Fumar cigarrillos o usar tabaco	B) Consumir alcohol	C) Cepillarse los dientes una vez al día	D) A y B son correctas	Total
Nivel educacional:	A) No estudio	Count	4	0	1	1	6
		% within Nivel educacional:	66,7%	0,0%	16,7%	16,7%	100,0%
	B) Primaria	Count	2	1	2	9	14
		% within Nivel educacional:	14,3%	7,1%	14,3%	64,3%	100,0%
	C) Bachillerato	Count	13	3	1	36	53
		% within Nivel educacional:	24,5%	5,7%	1,9%	67,9%	100,0%
	D) Master y/o doctorado	Count	9	0	8	59	76
		% within Nivel educacional:	11,8%	0,0%	10,5%	77,6%	100,0%
Total	Count	28	4	12	105	149	
	% within Nivel educacional:	18,8%	2,7%	8,1%	70,5%	100,0%	

El Grafico 7 muestra que la mayoría de los pacientes, en todos los grupos de edad, identificó correctamente como más perjudiciales para la salud bucodental tanto el consumo de tabaco como de alcohol, eligiendo la opción “A y B son correctas”. Esta respuesta fue especialmente alta en los grupos de 18 a 30 años y de 31 a 60 años.

En el grupo de mayores de 61 años, aunque esta opción sigue siendo la más elegida, se observa una mayor dispersión en las respuestas, con más participantes que seleccionan solo una de las opciones o que consideran perjudicial el cepillado insuficiente.

Estos resultados indican que los pacientes más jóvenes muestran una mayor conciencia sobre los factores de riesgo combinados, mientras que en los adultos mayores persisten algunas ideas erróneas o incompletas sobre los hábitos nocivos.

Existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p=0.045$) entre los grupos de Edad en el hábito más perjudicial para salud bucodental.

61 años o más tienen una alta respuesta en B (15.8% respecto a un 2.7% esperado).

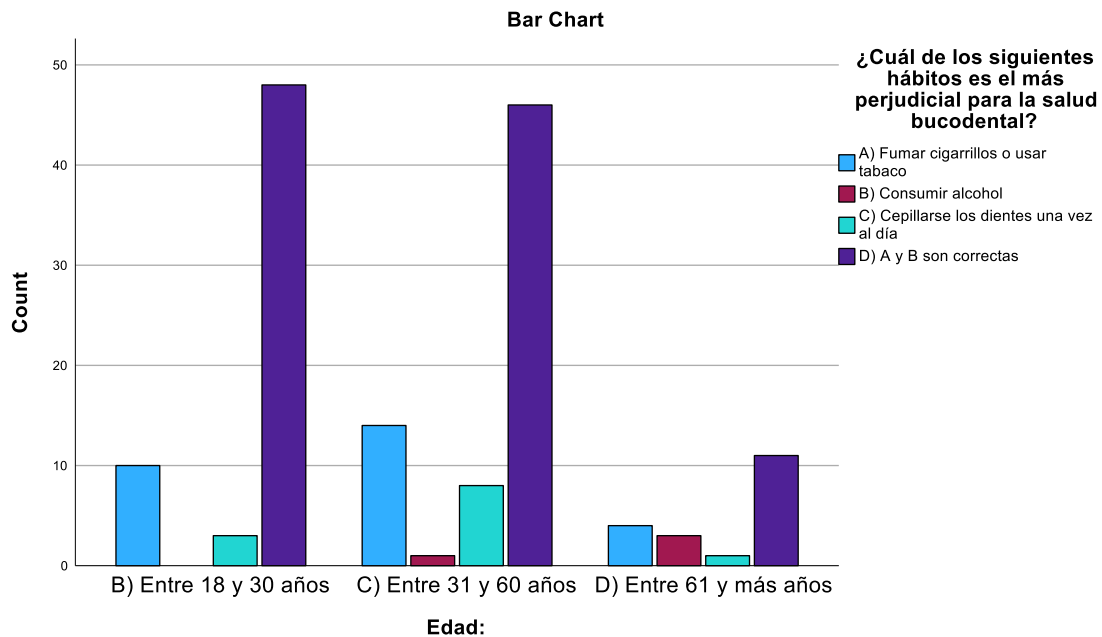


Gráfico 7. Pregunta 1, bloque 4 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

8. ¿Cepillarse los dientes con demasiada fuerza puede...?

La Tabla 11 muestra que la mayoría de los pacientes identificó correctamente que cepillarse con demasiada fuerza puede causar tanto inflamación en las encías como desgaste del esmalte dental. Esta respuesta fue más común en quienes tienen un nivel educativo más alto.

En los grupos con menor formación, las respuestas fueron más dispersas, incluyendo ideas equivocadas como que cepillarse con fuerza mejora la limpieza.

Esto indica que un mayor nivel educativo se asocia con un mejor conocimiento sobre higiene bucodental.

No existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p=0.356$) entre los grupos de Nivel Educativo en las consecuencias de la fuerza del cepillado.

Tabla 11. Pregunta 2, bloque 4 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

		¿Cepillarse los dientes con demasiada fuerza puede...?					Total
			A) Generar inflamación en las encías y provocar retroceso de las mismas	B) Mejorar la limpieza de los dientes, eliminando mejor la placa bacteriana	C) Causar desgaste del esmalte dental, lo que aumenta el riesgo de caries y sensibilidad dental	D) A y C son correctas	
Nivel educativo:	A) No estudio	Count	2	1	1	2	6
		% within Nivel educativo:	33,3%	16,7%	16,7%	33,3%	100,0%
	B) Primaria	Count	2	2	1	8	13
		% within Nivel educativo:	15,4%	15,4%	7,7%	61,5%	100,0%
	C) Bachillerato	Count	12	5	4	31	52
		% within Nivel educativo:	23,1%	9,6%	7,7%	59,6%	100,0%
	D) Master y/o doctorado	Count	11	6	3	55	75
		% within Nivel educativo:	14,7%	8,0%	4,0%	73,3%	100,0%
	Total	Count	27	14	9	96	146
		% within Nivel educativo:	18,5%	9,6%	6,2%	65,8%	100,0%

El Grafico 8 muestra que la mayoría de los pacientes, especialmente los de entre 18 y 60 años, identificó correctamente que cepillarse con demasiada fuerza puede causar tanto inflamación en las encías como desgaste del esmalte. Esta opción fue menos seleccionada en el grupo de mayores de 61 años, donde se observan más respuestas incorrectas.

Estos resultados indican que el conocimiento sobre los efectos del cepillado agresivo es mayor en los grupos más jóvenes, lo que sugiere la necesidad de reforzar la educación oral en la población de mayor edad.

No existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p=0.236$) entre los grupos de Edad sobre el efecto de cepillarse los dientes con demasiada fuerza.

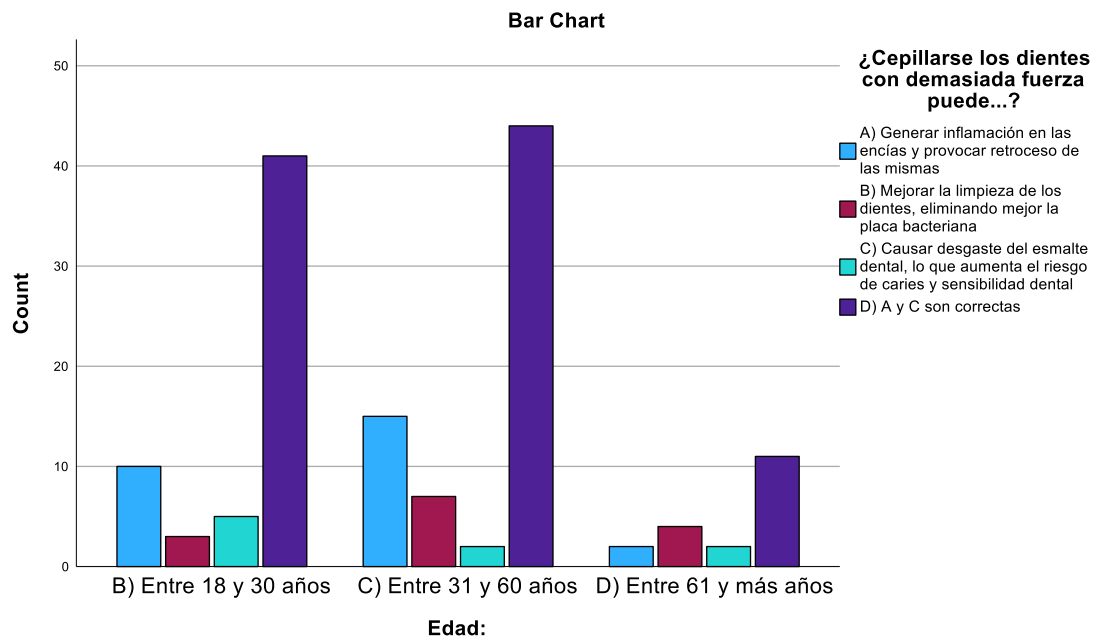


Gráfico 8. Pregunta 2, bloque 4 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

9. ¿Cómo afecta el consumo excesivo de bebidas azucaradas a la salud bucodental?

La Tabla 12 analiza el conocimiento de los pacientes sobre el impacto del consumo excesivo de bebidas azucaradas en la salud bucodental. La gran mayoría de los encuestados identificó correctamente que este hábito aumenta el riesgo de caries y enfermedades de las encías.

Esta respuesta fue predominante en todos los niveles educativos, especialmente entre quienes tienen estudios de primaria, bachillerato o máster.

Solo una pequeña minoría eligió respuestas incorrectas, como pensar que las bebidas azucaradas favorecen la remineralización o no tienen impacto en la salud oral.

Estos resultados reflejan un buen nivel de conocimiento generalizado sobre los efectos nocivos del consumo de azúcares en la salud bucodental, independientemente del nivel educativo.

No existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p=0.392$) entre los grupos de Nivel Educativo en cómo afecta el consumo excesivo de bebidas azucaradas en la salud bucodental.

Tabla 12. Pregunta 3, bloque 4 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

			¿Cómo afecta el consumo excesivo de bebidas azucaradas a la salud bucodental?				
			A) Favorece la remineralización del esmalte	B) Mejora el estado de los dientes, proporcionando minerales	C) Aumenta el riesgo de caries y de enfermedades de las encías	D) No tiene ningún impacto en la salud bucodental	Total
Nivel educativo:	A) No estudio	Count	0	1	5	0	6
		% within Nivel educativo:	0,0%	16,7%	83,3%	0,0%	100,0%
	B) Primaria	Count	0	1	12	0	13
		% within Nivel educativo:	0,0%	7,7%	92,3%	0,0%	100,0%
	C) Bachillerato	Count	2	0	47	4	53
		% within Nivel educativo:	3,8%	0,0%	88,7%	7,5%	100,0%
	D) Master y/o doctorado	Count	2	2	69	3	76
		% within Nivel educativo:	2,6%	2,6%	90,8%	3,9%	100,0%
Total		Count	4	4	133	7	148
		% within Nivel educativo:	2,7%	2,7%	89,9%	4,7%	100,0%

El Grafico 9 muestra que la mayoría de los pacientes, en todos los grupos de edad, reconoce que el consumo excesivo de bebidas azucaradas aumenta el riesgo de caries y enfermedades de las encías. Esta opción fue claramente la más seleccionada en todos los grupos, especialmente entre los pacientes de 18 a 60 años.

Solo una pequeña parte de los participantes eligió respuestas incorrectas, como considerar que estas bebidas mejoran el estado dental o no tienen ningún impacto. Esto indica un buen nivel de conocimiento generalizado, independientemente de la edad

Existen diferencias significativas al 95% (Exacto de Fisher $p=0.003$) entre los grupos de Edad en cómo afecta el consumo excesivo de bebidas azucaradas en la salud bucodental.

De 18-30 años tienen una baja respuesta en D (0% respecto a un 4.7% esperado) y 61 o más, alta en B (10.5% respecto a un 2.7% esperado) y D (21.1% respecto a un 4.7% esperado) y baja en C (68.4% respecto a un 89.9% esperado).

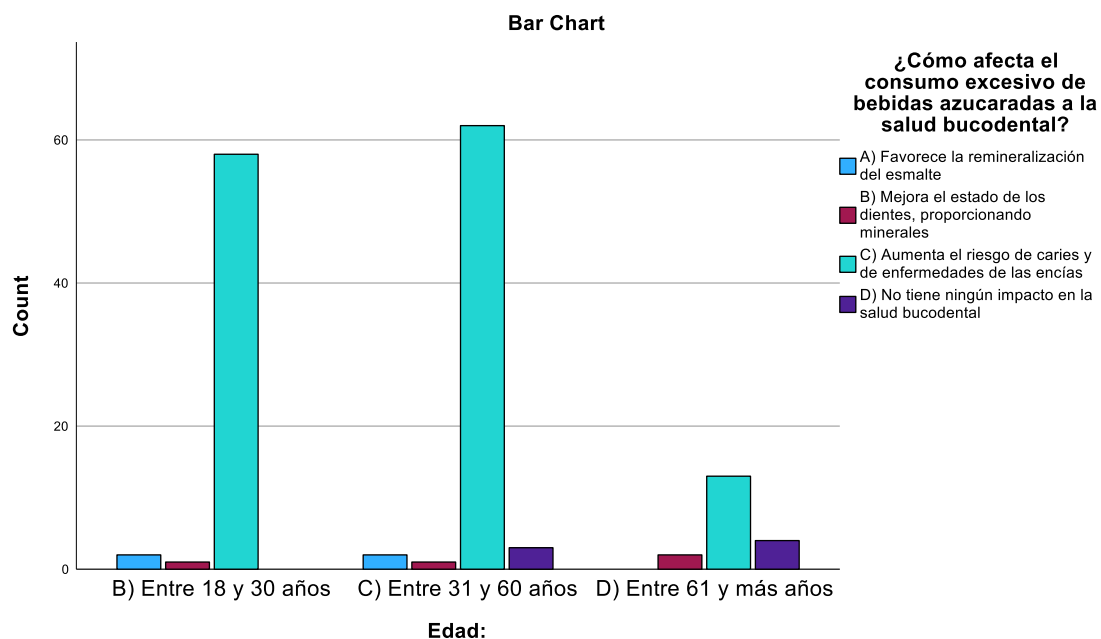


Gráfico 9. Pregunta 3, bloque 4 del cuestionario en relación con el conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia.

9.DISCUSIÓN

El presente estudio observacional de tipo transversal tiene como finalidad aportar evidencia sobre el nivel de conocimiento que poseen los pacientes que acuden a la clínica Odontológica de la Universidad Europea de Valencia con relación a la salud bucodental.

Como objetivo general se planteó determinar el grado de conocimiento sobre salud bucodental que poseen los pacientes en función de sus características sociodemográficas con el fin de identificar posibles diferencias asociadas a factores como la edad o el nivel educativo y el sexo.

Como objetivos específicos se propone analizar: el grado de conocimiento sobre las medidas de prevención entre los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la Universidad Europea de Valencia y determinar la percepción y comprensión de la relación entre los malos hábitos (como el consumo de tabaco, alcohol y alimentos azucarados) y su impacto en la salud bucodental.

9.1 EVALUACIÓN, EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA SALUD BUCODENTAL POR PARTE DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA.

El presente estudio permitió analizar el nivel de conocimiento sobre salud bucodental en una muestra de pacientes atendidos en la clínica universitaria. Los resultados mostraron de manera consistente que el conocimiento general es insuficiente, especialmente en áreas específicas como la prevención de enfermedades periodontales y la relación entre salud oral y salud sistémica. En términos generales, se observó que un número importante de pacientes no tiene interiorizadas prácticas básicas de prevención, como el uso habitual del hilo dental o la frecuencia adecuada de cepillado.

Asimismo, la mayoría no asocia la enfermedad periodontal con riesgos sistémicos mayores como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares. Estos hallazgos reflejan una carencia importante en la alfabetización sanitaria que debe ser abordada a través de estrategias de intervención específicas, no solo en el ámbito odontológico, sino también desde una perspectiva más amplia de salud pública.

El análisis permitió también identificar patrones claros de variación del conocimiento en función de factores sociodemográficos como el nivel educativo y la edad, mientras que el sexo no mostró diferencias estadísticamente significativas, aunque sí tendencias relevantes.

Un hallazgo destacado fue la fuerte correlación entre el nivel educativo y el grado de conocimiento sobre salud oral.

Los pacientes con formación universitaria demostraron conocer mejor las prácticas de higiene bucal recomendadas, mostraron una actitud más proactiva hacia la prevención y reportaron una mayor frecuencia de consultas periódicas. Este resultado confirma lo reportado por Badran y cols. (22) quienes encontraron que la alfabetización en salud está positivamente asociada al nivel de instrucción formal.

De igual manera, estudios como el de Harnagea y cols. (23) subrayan que las campañas educativas deben ser personalizadas para alcanzar efectivamente a poblaciones con bajo nivel escolar.

La influencia del nivel educativo va más allá del conocimiento teórico. Los individuos con educación superior tienden a mostrar una mayor valoración del autocuidado y una actitud más crítica frente a su estado de salud, lo cual incide positivamente en su comportamiento preventivo.

En este sentido, el estudio aporta evidencia sólida sobre la necesidad de segmentar las estrategias educativas, adaptando los mensajes y los canales de comunicación según el nivel formativo de la población destinataria.

El análisis comparativo por edades reveló diferencias significativas. Los pacientes jóvenes (18-35 años) presentaron mejores niveles de conocimiento y mejores prácticas preventivas que los adultos mayores (>60 años).

Por ejemplo: El 82% de los jóvenes cepillaba sus dientes al menos dos veces al día, frente al 58% de los mayores.

Solo el 34% de los adultos mayores usaba hilo dental de manera regular, en comparación con el 71% de los jóvenes.

Estos resultados son coherentes con las tendencias internacionales. Cha y cols.(24) evidenciaron que los adultos mayores tienden a enfocarse en tratamientos curativos más que en acciones preventivas, lo cual explica parcialmente su menor nivel de autocuidado oral.

La brecha generacional no puede atribuirse exclusivamente a factores individuales: responde también a diferencias en la exposición histórica a campañas de salud pública y a cambios en los paradigmas educativos sobre prevención en odontología.

Aunque el análisis estadístico no reveló diferencias significativas en el conocimiento general entre hombres y mujeres, se observaron algunas tendencias interesantes: las mujeres tendieron a realizar el cepillado con mayor frecuencia (79% vs 67% en hombres). El uso del hilo dental fue también superior en el grupo femenino (61% vs 47%). Estos datos son consistentes con investigaciones previas como la de King y cols. (25) y Broadbent y cols.(26) , que señalaron una mayor conciencia preventiva entre las mujeres, atribuible tanto a factores culturales como a una mayor valoración estética. Sin embargo, la falta de significancia estadística en nuestro estudio sugiere que otros factores, especialmente el nivel educativo y la edad, desempeñan un rol más determinante que el sexo por sí solo.

Este hallazgo destaca la importancia de no diseñar campañas basadas únicamente en diferencias de género, sino de considerar una combinación de factores sociodemográficos más amplios.

9.2 EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN ENTRE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA UNIVERSITARIA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA

En cuanto al conocimiento global, el estudio evidenció que menos del 50% de los encuestados conocía las recomendaciones básicas de cuidado oral. Por ejemplo, una proporción significativa desconocía la necesidad de cambiar el cepillo dental cada tres meses, práctica fundamental para mantener una higiene eficaz.

Además, solo una minoría de los participantes identificó correctamente la importancia del uso del hilo dental como complemento indispensable al cepillado, especialmente en la prevención de caries interproximales y enfermedades periodontales.

Este bajo nivel de conocimiento es consistente con estudios internacionales recientes. Elwadia y cols. (27) observaron una situación similar en poblaciones universitarias, a pesar de su acceso más sencillo a información científica. De manera similar, King y cols. (25) reportaron niveles preocupantes de desinformación incluso entre colectivos socialmente privilegiados.

Estos datos apuntan a un problema estructural: el conocimiento teórico sobre la salud oral sigue siendo débil en amplios sectores de la población, lo cual justifica la necesidad de campañas de sensibilización más eficaces. Cabe destacar que la falta de conocimientos básicos puede desencadenar no solo consecuencias locales (como caries o periodontitis), sino también sistémicas, considerando la relación bidireccional documentada entre la salud oral y enfermedades crónicas.

9.3 DETERMINACIÓN DE LA PERCEPCIÓN Y COMPRENSIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LOS MALOS HÁBITOS (COMO EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y ALIMENTOS AZUCARADOS) Y SU IMPACTO EN LA SALUD BUCODENTAL.

Los resultados obtenidos permiten diversas interpretaciones relevantes: En primer lugar, confirman que el conocimiento teórico sobre salud bucodental sigue siendo deficitario en la población general, incluso en contextos donde el acceso a los servicios de salud es relativamente sencillo.

En segundo lugar, refuerzan la hipótesis de que la educación formal y la juventud actúan como factores protectores al fomentar una actitud proactiva hacia la prevención.

Por último, la falta de diferencias significativas por sexo invita a considerar enfoques más transversales en las políticas de promoción de la salud, priorizando variables como la edad, el nivel socioeconómico y la alfabetización sanitaria.

En conjunto, los hallazgos subrayan la necesidad de replantear las estrategias actuales de educación en salud oral, apostando por modelos más inclusivos, participativos y culturalmente adaptados.

La importancia de los resultados va más allá del ámbito odontológico: Reflejan inequidades estructurales en el acceso a información sanitaria. Ponen en evidencia brechas intergeneracionales que podrían amplificarse en ausencia de políticas de prevención eficaces.

Señalan la necesidad de reforzar la educación sanitaria como un derecho fundamental y no como una responsabilidad individual exclusiva. Desde una perspectiva de salud pública, mejorar la alfabetización sanitaria en salud oral no solo beneficiaría la salud individual, sino que reduciría costos sanitarios a largo plazo, aliviaría la presión sobre los sistemas de salud y mejoraría la calidad de vida de toda la población.

Los odontólogos deberían dedicar tiempo a educar a sus pacientes durante cada consulta, no limitándose al tratamiento técnico. Es esencial incorporar herramientas educativas visuales, folletos explicativos y recursos digitales adaptados a diferentes niveles de comprensión.

Desde la perspectiva de salud pública: Las campañas de promoción deben intensificarse, utilizando un lenguaje accesible y recurriendo a medios de comunicación diversos (televisión, redes sociales, talleres presenciales).

Se debe fortalecer la formación de los profesionales de la salud para que actúen como promotores activos de la prevención.

Además, se recomienda integrar contenidos de salud bucodental en los programas de educación primaria y secundaria como parte del currículo obligatorio.

9.4 LIMITACIONES

Este estudio presenta una serie de limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados. En primer lugar, la naturaleza transversal del diseño impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Si bien se identificaron asociaciones entre el nivel de conocimiento en salud bucodental y ciertos factores sociodemográficos, no es posible determinar la dirección de dicha relación ni extraer conclusiones sobre su evolución en el tiempo.

En segundo lugar, la muestra estuvo constituida exclusivamente por pacientes que acudieron a la clínica odontológica de la Universidad Europea de Valencia, lo cual podría limitar la generalización de los hallazgos a otras poblaciones. Es posible que estos pacientes presenten características particulares en cuanto al acceso a servicios de salud, nivel de motivación o perfil educativo, lo que introduce un sesgo de selección.

Asimismo, al tratarse de un estudio basado en cuestionarios autoadministrados, existe el riesgo de sesgo de respuesta, así como la posibilidad de que algunos ítems no hayan sido comprendidos correctamente por todos los encuestados, lo que podría haber afectado la validez de las respuestas.

Por último, si bien se incluyeron variables sociodemográficas relevantes como la edad, el sexo y el nivel educativo, no se consideraron otros factores potencialmente influyentes, como el nivel de ingresos, el entorno familiar, la exposición previa a programas de educación sanitaria o la cobertura de seguro dental, los cuales podrían haber proporcionado una visión más completa del fenómeno estudiado.

Pese a estas limitaciones, el estudio ofrece información valiosa sobre el nivel de conocimiento en salud bucodental en una muestra concreta de pacientes y sienta las bases para futuras investigaciones con metodologías más amplias y representativas.

9.5 Futuras líneas de investigación

A partir de los resultados obtenidos y de las limitaciones identificadas, se proponen diversas líneas de investigación que podrían complementar y ampliar los hallazgos del presente estudio.

En primer lugar, se recomienda llevar a cabo estudios longitudinales que permitan analizar la evolución del conocimiento en salud bucodental a lo largo del tiempo, así como su posible impacto en la adopción de conductas preventivas y en el estado real de salud oral de la población.

Asimismo, sería pertinente ampliar la muestra a otras poblaciones y contextos, incluyendo tanto clínicas privadas como centros de atención primaria o comunitarios, con el fin de obtener resultados más representativos y extrapolables a nivel regional o nacional. La inclusión de participantes de distintos niveles socioeconómicos y regiones geográficas permitiría analizar con mayor profundidad las desigualdades estructurales en el acceso a la información y en la educación para la salud.

También se sugiere incorporar variables adicionales que puedan influir en el conocimiento y comportamiento en salud bucodental, como la cobertura de seguro dental, la frecuencia de exposición a campañas educativas, el entorno familiar o la presencia de enfermedades crónicas. Del mismo modo, sería útil complementar los datos cuantitativos con enfoques cualitativos, como entrevistas o grupos focales, que permitan explorar con mayor detalle las percepciones, barreras y motivaciones de los pacientes.

Por último, se anima a desarrollar y evaluar intervenciones educativas específicas adaptadas a distintos perfiles sociodemográficos, para valorar su efectividad en la mejora del conocimiento y en la modificación de hábitos relacionados con la salud oral. Estas intervenciones podrían constituir una herramienta fundamental dentro de las estrategias de promoción de la salud pública bucodental.

10.CONCLUSIÓN

Conclusión principal:

Los resultados del presente estudio permiten concluir que el nivel de conocimiento en salud bucodental entre los pacientes que acuden a la clínica odontológica de la UEV varía significativamente en función de ciertas variables sociodemográficas. En particular, se observaron diferencias asociadas al nivel educativo y a la edad, siendo los pacientes jóvenes y con mayor formación académica quienes mostraron mejores niveles de conocimiento y una actitud más proactiva hacia la prevención. Por el contrario, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo. Estos hallazgos evidencian desigualdades en la alfabetización sanitaria que deben abordarse desde un enfoque de equidad en salud.

Conclusiones secundarias:

1. En relación con el conocimiento sobre medidas de prevención:
Se constató que una proporción importante de pacientes desconoce recomendaciones básicas de higiene bucodental, como la necesidad de cambiar el cepillo cada tres meses o el uso regular del hilo dental. Esta falta de conocimiento afecta directamente la capacidad de los individuos para prevenir enfermedades orales comunes, como la caries o la periodontitis, y pone de relieve la necesidad de reforzar la educación para la salud en el entorno clínico y comunitario.
2. En relación con la percepción sobre hábitos nocivos:
Los resultados también revelaron una comprensión limitada sobre la relación entre determinados hábitos perjudiciales —como el consumo de tabaco, alcohol y alimentos azucarados— y su impacto en la salud bucodental. Esta falta de conciencia puede dificultar la adopción de conductas preventivas eficaces y agravar el riesgo de desarrollar enfermedades orales y sistémicas. Por ello, se recomienda incorporar contenidos educativos que visibilicen de manera más clara estos vínculos y que fomenten el cambio de hábitos desde un enfoque preventivo e integrador.

11.BIBLIOGRAFIA

1. Sohal KS, Kambole R, Owibingire SS. Oral Health-Related Knowledge, Attitudes, and Practices of Diabetic Patients in Tanzania. *Int Dent J* [Internet]. 2025 Feb 1 [cited 2025 Jan 29];75(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38942616/>
2. Subedi K, Shrestha A, Bhagat T, Baral D. Effectiveness of oral health education intervention among 12-15-year-old school children in Dharan, Nepal: a randomized controlled trial. *BMC Oral Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2025 Feb 12];21(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34649553/>
3. Alshloul MN. Oral Health Knowledge, Attitude, and Practice Among School Children in Abha-Saudi Arabia. *J Sch Nurs* [Internet]. 2023 Aug 1 [cited 2025 Feb 12];39(4):295–304. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33926294/>
4. Llarga F, de Llobregat H. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. *RCOE* [Internet]. 2005 [cited 2025 Jan 29];10(4):389–401. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Borrell LN, Crawford ND. Socioeconomic position indicators and periodontitis: examining the evidence. *Periodontol 2000* [Internet]. 2012 Feb [cited 2025 Jan 29];58(1):69–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22133367/>
6. Asiri FYI, Tennant M, Kruger E. Disabilities and Disparities in Oral Health-Related Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis in Saudi Arabia. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Jan 29];60(12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39768885/>
7. Kapila YL. Oral health's inextricable connection to systemic health: Special populations bring to bear multimodal relationships and factors connecting periodontal disease to systemic diseases and conditions. *Periodontol 2000* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2025 Feb 12];87(1):11–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34463994/>

8. Bahammam S, Chen CY, Ishida Y, Hayashi A, Ikeda Y, Ishii H, et al. Electric and Manual Oral Hygiene Routines Affect Plaque Index Score Differently. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2025 Jan 29];18(24). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34948732/>
9. Bonetti D, Hampson V, Queen K, Kirk D, Clarkson J, Young L. Improving oral hygiene for patients. *Nurs Stand* [Internet]. 2015 Jan 13 [cited 2025 Feb 12];29(19):44–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25563127/>
10. Castro lara j.; ibero sagastibelza, i. Â yâ basc. ¿Es la enfermedad periodontal un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares? (I): Etiopatogenia y ensayos clínicos. *Av Periodoncia* [Internet]. 2001 [cited 2025 Jan 29]; Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852001000200002
11. Gallione C, Bassi E, Cattaneo A, Busca E, Basso I, Dal Molin A. Oral Health Care: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2025 Mar 1 [cited 2025 Jan 29];27(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39776243/>
12. Liu F, Song S, Huang S, He J, Ye X, Hu L, et al. Effects of the Oral Health Promotion Program on oral health and oral microbiota changes in diabetic elderly individuals: a quasi-experimental study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2025 Jan 9 [cited 2025 Jan 29];25(1):51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39789594/>
13. Al-Shammari KF, Al-Ansari JM, Al-Khabbaz AK, Dashti A, Honkala EJ. Self-reported oral hygiene habits and oral health problems of Kuwaiti adults. *Med Princ Pract* [Internet]. 2007 Dec [cited 2025 Jan 29];16(1):15–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17159358/>
14. Berg-Warman A, Schiffman IK, Zusman SP, Natapov L. Oral health disparities among the 65+ age group. *Quintessence Int* [Internet]. 2023 Apr 1 [cited 2025 Feb 12];54(4):344–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36651071/>
15. Soares RC, da Rosa SV, Moysés ST, Rocha JS, Bettega PVC, Werneck RI, et al. Methods for prevention of early childhood caries: Overview of

- systematic reviews. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2025 Feb 12];31(3):394–421. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33263186/>
16. Coll PP, Lindsay A, Meng J, Gopalakrishna A, Raghavendra S, Bysani P, et al. The Prevention of Infections in Older Adults: Oral Health. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2025 Feb 12];68(2):411–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31479533/>
 17. Baker SR, Foster Page L, Thomson WM, Broomhead T, Bekes K, Benson PE, et al. Structural Determinants and Children's Oral Health: A Cross-National Study. *J Dent Res* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2025 Feb 12];97(10):1129–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29608864/>
 18. Abuhaloob L, Petersen PE. Health-Promoting Schools Project for Palestine Children's Oral Health. *Int Dent J* [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2025 Feb 12];73(5):746–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37120392/>
 19. Alonazi WB. Exploring shared risks through public-private partnerships in public health programs: A mixed method. *BMC Public Health* [Internet]. 2017 Jun 12 [cited 2025 Feb 12];17(1):1–7. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4489-z>
 20. Liccardo D, Cannavo A, Spagnuolo G, Ferrara N, Cittadini A, Rengo C, et al. Periodontal Disease: A Risk Factor for Diabetes and Cardiovascular Disease. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2019 Mar 2 [cited 2025 Feb 12];20(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30897827/>
 21. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2008 Apr [cited 2025 May 14];61(4):344–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18313558/>
 22. Badran A, Keraa K, Farghaly MM. The impact of oral health literacy on dental anxiety and utilization of oral health services among dental patients:

- a cross sectional study. BMC Oral Health [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 May 3];23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36907891/>
23. Harnagea H, Couturier Y, Shrivastava R, Girard F, Lamothe L, Bedos CP, et al. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: A scoping review. BMJ Open [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2025 May 3];7(9). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28951405/>
 24. Cha AE, Cohen RA. Dental Care Utilization Among Adults Aged 18-64: United States, 2019 and 2020. NCHS Data Brief. 2022 Apr 1;(435):1–8.
 25. King S, Thaliph A, Laranjo L, Smith BJ, Eberhard J. Oral health literacy, knowledge and perceptions in a socially and culturally diverse population: a mixed methods study. BMC Public Health [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 May 3];23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37507737/>
 26. Broadbent JM, Zeng J, Foster Page LA, Baker SR, Ramrakha S, Thomson WM. Oral Health-related Beliefs, Behaviors, and Outcomes through the Life Course. J Dent Res [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2025 May 3];95(7):808–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26936215/>
 27. Elwadia A, Naeem A, Veettil ST, Orquia N, Alsayed Hassan D, Amuna P, et al. Oral health knowledge, attitudes, and practices among female public health and nutrition university students in Qatar. Front Public Health [Internet]. 2024 [cited 2025 May 3];12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39544434/>

Financiamiento: ninguno declarado.

Conflicto de interés: ninguno declarado.

12.ANEXOS

ANEXO I

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. Edad:

- a) Menor de 18 años
- b) Entre 18 y 30 años
- c) Entre 31 y 60 años
- d) Entre 61 y más años

2. Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino
- c) otro.
- d) prefiero no contestar

3. Nivel educacional:

- a) No estudio
- b) Primaria
- c) Bachillerato
- d) Master y/o doctorado

II. CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN:

4. ¿Por qué es importante realizar revisiones dentales regulares?

- a) Para evitar el dolor dental
- b) Para identificar problemas dentales en una fase temprana
- c) Para mejorar la estética de los dientes
- d) Para corregir las imperfecciones estéticas de los dientes y mejorar su alineación

5. ¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?

- a) Una vez cada día
- b) Una vez cada dos días
- c) Me cepillo tres veces al día
- d) Me cepillo dos veces al día

6. ¿Utilizas algún producto adicional para tu higiene bucal diaria?

- a) Hilo dental
- b) Seda dental
- c) Cepillos interdentales
- d) No uso productos adicionales

III. CONOCIMIENTO DE LA SALUD BUCODENTAL:

7. ¿Qué tan importante es el uso del hilo dental en la prevención de enfermedades bucodentales?

- a) No es necesario si te cepillas correctamente
- b) Es fundamental para eliminar la placa entre los dientes
- c) Solo es útil en personas con encías sensibles.
- d) Es opcional y no influye en la salud bucal

8. ¿Qué cepillo de dientes usas y cuanto crees que es el tiempo mínimo recomendado para cepillarse los dientes?

- a) Respuesta abierta

9. ¿Qué factor piensas que contribuye más al desarrollo de enfermedades periodontales?

- a) El uso frecuente de pasta dental blanqueadora
- b) La acumulación de placa bacteriana en los dientes y las encías
- c) La falta de cepillado de los dientes después de las comidas
- d) El consumo de alimentos ácidos, como los cítricos

IV. CONOCIMIENTO DE LA RELACIÓN ENTRE LOS MALOS HÁBITOS Y LA SALUD BUCODENTAL:

10. ¿Cuál de los siguientes hábitos es el más perjudicial para la salud bucodental?

- a) Fumar cigarrillos o usar tabaco
- b) Consumir alcohol
- c) Cepillarse los dientes una vez al día
- d) A y B son correctas

11. ¿Cepillarse los dientes con demasiada fuerza puede...?

- a) Generar inflamación en las encías y provocar retroceso de las mismas
- b) Mejorar la limpieza de los dientes, eliminando mejor la placa bacteriana
- c) Causar desgaste del esmalte dental, lo que aumenta el riesgo de caries y sensibilidad dental
- d) A y C son correctas

12. ¿Cómo afecta el consumo excesivo de bebidas azucaradas a la salud bucodental?

- a) Favorece la remineralización del esmalte
- b) Mejora el estado de los dientes, proporcionando minerales
- c) Aumenta el riesgo de caries y de enfermedades de las encías
- d) No tiene ningún impacto en la salud bucodental

ANEXO II



Comisión de Investigación

El abajo firmante, autoriza la realización del siguiente proyecto de investigación en las instalaciones a su cargo de la Universidad Europea:

Datos del proyecto

Título:	"CUESTIONARIO SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA SALUD BUCODENTAL POR PARTE DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA UNIVERSITARIA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA"
Investigador responsable:	Carlos Velo

Atentamente,

Nombre:	Juan Antonio Blaya Tárraga
Cargo:	Director de Departamento Clínico Universidad Europea de Valencia
Firma:	
Nombre:	Alfredo Morales Lossada
Cargo:	Director de las Clínicas Universitarias Universidad Europea de Valencia
Firma:	

ANEXO III

Guía STROBE: Lista de elementos que deben incluirse en los informes de estudios transversales

	Item No	Recommendation	Page
Title and abstract	1	(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract	Portada
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	3
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	7-18
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	20-21
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	26-27
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	27
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	27
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	27
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	29-36
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	
		(c) Explain how missing data were addressed	
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	
		(e) Describe any sensitivity analyses	

Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram	38
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized © If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	38-58
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	60-65
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	66
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	66
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	66
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	71-73

ANEXO IV



Comisión de Investigación

Villaviciosa de Odón, 3 de febrero de 2025

Estimado/a investigador/a,

La Comisión de Investigación de la Escuela de Doctorado e Investigación, una vez revisada la documentación e información, remitida por el investigador responsable con fecha 15/01/2025, relativa al proyecto abajo indicado, autoriza su desarrollo en la Universidad Europea.

Título del proyecto:	CUESTIONARIO SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA SALUD BUCODENTAL POR PARTE DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA UNIVERSITARIA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA
Tipo de proyecto:	TFG
Investigador/a responsable:	VELO HIGUERAS- CARLOS
Código CI:	2025-112
Código OTRI:	Sin especificar
Código Departamento:	Sin especificar
Dictamen:	APROBADO

Atentamente,



Fdo. Óscar García López

Director de la Escuela de Doctorado e Investigación

ci@universidadeuropea.es

ANEXO V

QR-CODE



ANEXO VI

Declaración detallada de uso de IA

Durante la realización del presente Trabajo de Fin de Grado se ha hecho uso de la herramienta de inteligencia artificial ChatGPT 4.0, con la finalidad de facilitar la redacción científica, realizar ajustes lingüísticos, organizar secciones del contenido y resumir información relevante.

Herramienta: ChatGPT 4.0

Funciones:

- Asistencia en la redacción formal de contenido académico.
- Reformulación de párrafos extensos para mejorar la comprensión y la concisión.
- Elaboración de resúmenes de distintos apartados del trabajo.
- Traducción de contenidos del español al inglés para el desarrollo del póster.
- Creación de representaciones gráficas e iconos visuales complementarios.

Prompts utilizados:

- “Hazme un resumen breve de este apartado para el póster del TFG.”
- “Reescribe esta oración para que se entienda mejor.”
- “Pásame este fragmento académico al inglés.”
- “Genera una gráfica de barras con estos datos.”

Enlace: <https://chat.openai.com>

Degree of Knowledge about Oral Health among Patients Attending the Dental University Clinic of the UEV: A Cross-Sectional Observational Study.

Claudio Tritto¹, Carlos Velo Higuera²

1. Fifth-year Dentistry student at the European University of Valencia, Valencia, Spain.
2. Professor, Faculty of Biomedical and Health Sciences, European University of Valencia, Valencia, Spain.

CORRESPONDENCE:

Carlos Velo Higuera

Paseo Alameda 7, Valencia 46010, Valencia, Spain

Carlos.velo@universidadeuropea@gmail.co

ABSTRACT

Introduction: Oral health is essential for overall well-being, but inequalities persist in its knowledge and care. This cross-sectional study at the university clinic evaluates patients' level of information regarding oral health. A lack of health education and socioeconomic factors influence the prevalence of oral diseases such as caries and periodontitis. Health literacy is crucial for prevention, and university clinics play a key role in promoting education and equity in oral health. Furthermore, research is vital for improving preventive strategies.

Materials and Methods: An observational study was conducted using surveys with a questionnaire specifically designed for this research. After obtaining approval from the ethics committee of the European University of Valencia, surveys were administered between February and March 2025.

Results: Findings reveal that educational level and age significantly influence oral health knowledge and habits. Patients with higher academic training and younger individuals show better preventive practices, such as frequent brushing and flossing. In contrast, older adults and those with lower educational levels demonstrate greater lack of knowledge and less healthy habits. Most participants correctly identified the risks associated with sugary drinks, tobacco, and alcohol consumption. However, key gaps remain regarding proper toothbrush use and recommended brushing time.

Conclusion: Oral health knowledge is higher among younger individuals with advanced education. No differences were found by sex. Many patients lack awareness of preventive measures and the impact of harmful habits. Greater health education is needed.

Keywords: Patient, Knowledge, Preventive measures, Educational level, Sex, Age.

INTRODUCTION

Oral health represents a fundamental component of general health and, as such, is a key pillar in modern dental practice (1). Despite advances in research and health education, significant disparities persist in knowledge and access to oral care, especially among patients attending university clinics. These institutions serve not only to provide affordable care but also to implement educational programs, promote health literacy, and reduce social inequalities (1,2).

Factors such as educational level, socioeconomic status, and health literacy directly influence the adoption of oral hygiene habits and the prevention of diseases such as caries and periodontitis. Preventive and personalized approaches using visual materials, accessible language, and participatory strategies are especially needed for vulnerable populations (3,4).

University clinics play a strategic role in training future professionals, conducting applied research, and implementing community programs. These settings combine clinical care, teaching, and social intervention, becoming active agents in promoting equity in oral health (2,5).

Finally, there is a need for integrated public policies, an interdisciplinary health approach, and the incorporation of technologies such as teledentistry to overcome structural barriers and advance toward a more accessible, sustainable, and universal oral health model (2,3).

MATERIALS AND METHODS

Study Design

A cross-sectional, observational, and descriptive study was conducted at the dental clinic of the European University of Valencia between February and March 2025. The aim was to assess the level of oral health knowledge among adult patients using a structured questionnaire developed by the author and their supervisor and validated by experts. The study followed the Helsinki Declaration guidelines and was approved by the Ethics Committee of the European University of Valencia (ref. 2025-112).

Sample Selection

The sample included 148 patients selected based on inclusion criteria: over 18 years old, active patients at the clinic, and fluent in Spanish. University students, incomplete surveys, and individuals with physical or mental limitations to respond were excluded.

Data Collection

The questionnaire consisted of 12 questions divided into four blocks: sociodemographic data, preventive measures, general knowledge, and harmful habits. A pilot test ensured clarity of the instrument (Figure1). The final survey was distributed via a QR code generated with QR CODE MONKEY and hosted on Google Forms. Participation was anonymous and voluntary, following informed consent.

Statistical Analysis

Data were processed in Excel, and statistical analysis was performed using SPSS 29.0. Descriptive statistics (frequencies and percentages) and inferential methods (contingency tables, Chi-square test, or Fisher's exact test) were used to assess associations between qualitative variables. Associations were considered statistically significant if $p < 0.05$.

RESULTS

Out of 155 surveyed patients, 148 met the inclusion criteria. Analysis showed a strong correlation between educational level and oral health knowledge, attitudes, and practices. Patients with higher education (master's or doctorate) showed a greater preventive orientation: 84.2% understood the importance of dental check-ups for early detection, compared to 66.7% of those with no formal education. This group also demonstrated better hygiene habits: 48.7% brushed three times a day and 40.8% twice, while 83.3% of those without studies brushed only once daily.

Significant differences were found in the use of additional hygiene products: 66.7% of those without education used none, while higher-educated individuals used dental floss and interdental brushes more frequently—though not statistically significant.

Regarding preventive literacy, 70.3% considered dental floss essential, with lower awareness among older or less-educated participants. Similarly, those using electric brushes more accurately identified the recommended two-minute brushing time.

Bacterial plaque was widely recognized as the main factor in periodontal disease, especially among more educated and younger patients. Tobacco and alcohol were the most recognized harmful habits, especially by patients aged 18–60, while older adults showed more varied responses. Aggressive brushing was correctly identified by 65.8% as causing gingival inflammation and enamel wear, with better responses among the higher-educated. Additionally, 89.9% recognized that sugary drinks increase the risk of caries and gum disease, although older adults showed less awareness.

In general, higher educational levels and younger age were associated with better oral health knowledge and habits, highlighting the need for targeted educational strategies for less-educated and older populations.

DISCUSSION

This cross-sectional study assessed oral health knowledge among patients at the European University of Valencia dental clinic, considering sociodemographic variables such as age, sex, and education. Results revealed limited general knowledge, especially on the prevention of periodontal diseases and the systemic impact of oral health.

Evaluation Based on Sociodemographic Variables

Many patients lacked proper preventive practices like regular flossing or adequate brushing technique (Figure 2). They were also unaware of the link between periodontal disease and systemic illnesses like diabetes or cardiovascular diseases. These findings emphasize the need for better-targeted health education strategies.

Education level was a key determinant: university-educated patients showed better knowledge and preventive behaviors, consistent with Badran et al. (6), who found a positive correlation between health literacy and education. Similarly, Harnagea et al. (7) advocate for educational campaigns tailored to the audience's educational profile.

Younger patients (18–35 years) had better knowledge and preventive behavior than older adults (>60 years), aligning with Cha et al. (8), who noted that older adults focus more on treatment than prevention.

Regarding sex, no significant differences were found, but trends suggested women had better oral hygiene behaviors, in line with King et al. (9) and Broadbent et al. (10). However, age and education had more impact than gender alone.

Evaluation of Knowledge About Preventive Measures

Less than half of the participants knew basic practices like replacing the toothbrush or using dental floss. These findings are consistent with Elwadia et al. (11), who reported low awareness even among university populations,

emphasizing the need for accessible, clear, and culturally adapted health education campaigns.

Perception of Harmful Habits

Most participants recognized the harm from tobacco, alcohol, and sugar, particularly younger and more educated individuals. Education and youth appear to protect against misinformation (Figure 3).

Overall, the findings underscore the need to rethink oral health promotion strategies. Campaigns should consider structural variables like age, education, and health literacy, beyond gender-based approaches. From a public health perspective, improving oral health education will not only benefit individuals but also reduce healthcare costs and improve population well-being.

REFERENCES

1. Sohal KS, Kambole R, Owibingire SS. Oral Health-Related Knowledge, Attitudes, and Practices of Diabetic Patients in Tanzania. *Int Dent J* [Internet]. 2025 Feb 1 [cited 2025 Jan 29];75(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38942616/>
2. Llarga F, de Llobregat H. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. *RCOE* [Internet]. 2005 [cited 2025 Jan 29];10(4):389–401. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Borrell LN, Crawford ND. Socioeconomic position indicators and periodontitis: examining the evidence. *Periodontol 2000* [Internet]. 2012 Feb [cited 2025 Jan 29];58(1):69–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22133367/>
4. Castro lara j. ; ibero sagastibelza, i. Â yâ basc. ¿Es la enfermedad periodontal un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares? (I): Etiopatogenia y ensayos clínicos. *Av Periodoncia* [Internet]. 2001 [cited 2025 Jan 29]; Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852001000200002
5. Liu F, Song S, Huang S, He J, Ye X, Hu L, et al. Effects of the Oral Health Promotion Program on oral health and oral microbiota changes in diabetic elderly individuals: a quasi-experimental study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2025 Jan 9 [cited 2025 Jan 29];25(1):51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39789594/>
6. Badran A, Keraa K, Farghaly MM. The impact of oral health literacy on dental anxiety and utilization of oral health services among dental patients: a cross sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 May 3];23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36907891/>
7. Harnagea H, Couturier Y, Shrivastava R, Girard F, Lamothe L, Bedos CP, et al. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: A scoping review. *BMJ Open* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2025 May 3];7(9). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28951405/>
8. Cha AE, Cohen RA. Dental Care Utilization Among Adults Aged 18-64: United States, 2019 and 2020. *NCHS Data Brief*. 2022 Apr 1;(435):1–8.

9. King S, Thaliph A, Laranjo L, Smith BJ, Eberhard J. Oral health literacy, knowledge and perceptions in a socially and culturally diverse population: a mixed methods study. BMC Public Health [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 May 3];23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37507737/>
10. Broadbent JM, Zeng J, Foster Page LA, Baker SR, Ramrakha S, Thomson WM. Oral Health-related Beliefs, Behaviors, and Outcomes through the Life Course. J Dent Res [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2025 May 3];95(7):808–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26936215/>
11. Elwadia A, Naeem A, Veettil ST, Orquia N, Alsayed Hassan D, Amuna P, et al. Oral health knowledge, attitudes, and practices among female public health and nutrition university students in Qatar. Front Public Health [Internet]. 2024 [cited 2025 May 3];12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39544434/>

Funding: none declared.

Conflict of interest: none declared.

1. **Edad:** a) menores de 18 años. b) entre 18 y 30 años. c) entre 31 y 60 años d) Entre 60 y más años.
2. **Sexo:** a) Masculino. b) Femenino. c) Indefinido.
3. **Nivel educacional:** a) Educación secundaria. b) Bachillerato. c) Formación profesional. d) Estudios superiores universitarios/grado/Postgrado/Doctorado.
4. **¿Por qué es importante realizar revisiones dentales regulares?** a) Para evitar el dolor dental, b) Para identificar problemas dentales en una fase temprana, c) Para mejorar la estética de los dientes, d) Para corregir las imperfecciones estéticas de los dientes y mejorar su alineación
5. **¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?** a) Una vez cada día, b) Una vez cada dos días, c) Me cepillo tres veces al día, d) Me cepillo dos veces al día
6. **¿Utilizas algún producto adicional para tu higiene bucal diaria?** a) Hilo dental, b) Seda dental, c) Cepillos interdentales, d) No uso productos adicionales
7. **¿Qué tan importante es el uso del hilo dental en la prevención de enfermedades bucodentales?** a) No es necesario si te cepillas correctamente, b) Es fundamental para eliminar la placa entre los dientes, c) Solo es útil en personas con encías sensibles, d) Es opcional y no influye en la salud bucal
8. **¿Qué cepillo de dientes usas y cuanto crees que es el tiempo mínimo recomendado para cepillarse los dientes?** a) Respuesta abierta
9. **¿Qué factor piensas que contribuye más al desarrollo de enfermedades periodontales?** a) El uso frecuente de pasta dental blanqueadora, b) La acumulación de placa bacteriana en los dientes y las encías, c) La falta de cepillado de los dientes después de las comidas, d) El consumo de alimentos ácidos, como los cítricos
10. **¿Cuál de los siguientes hábitos es el más perjudicial para la salud bucodental?** a) Fumar cigarrillos o usar tabaco, b) Consumir alcohol, c) Cepillarse los dientes una vez al día, d) A y B son correctas
11. **¿Cepillarse los dientes con demasiada fuerza puede...?** a) Generar inflamación en las encías y provocar retroceso de las mismas, b) Mejorar la limpieza de los dientes, eliminando mejor la placa bacteriana, c) Causar desgaste del esmalte dental, lo que aumenta el riesgo de caries y sensibilidad dental, d) A y C son correctas
12. **¿Cómo afecta el consumo excesivo de bebidas azucaradas a la salud bucodental?** a) Favorece la remineralización del esmalte, b) Mejora el estado de los dientes, proporcionando minerales, c) Aumenta el riesgo de caries y de enfermedades de las encías, d) No tiene ningún impacto en la salud bucodental

Figure 1. Survey.

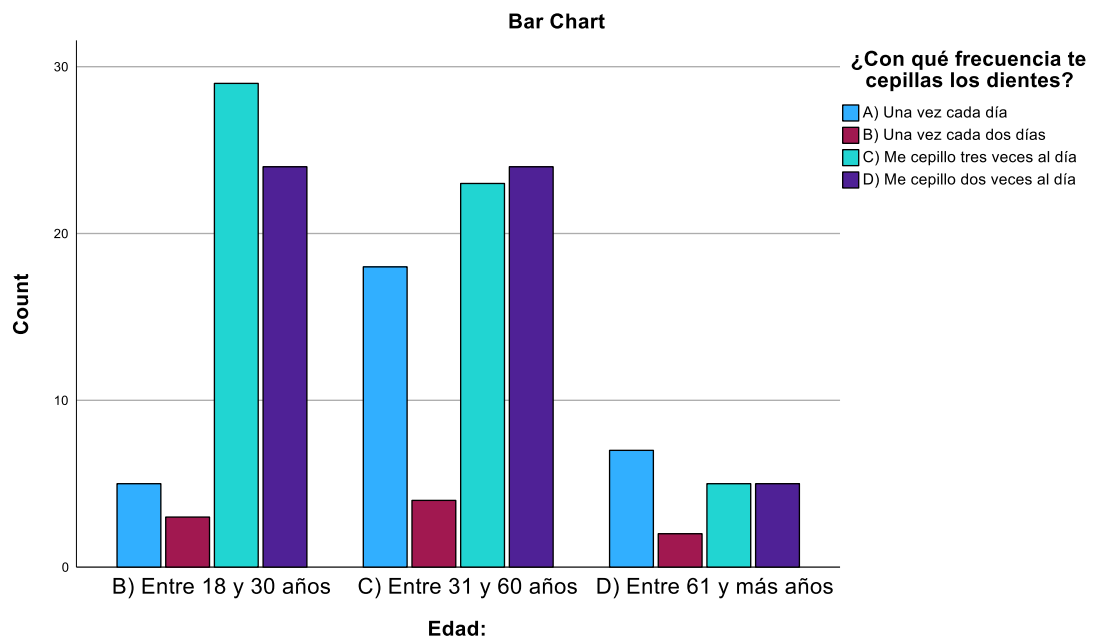


Figure 2. Question 2, Block 2 of the questionnaire.

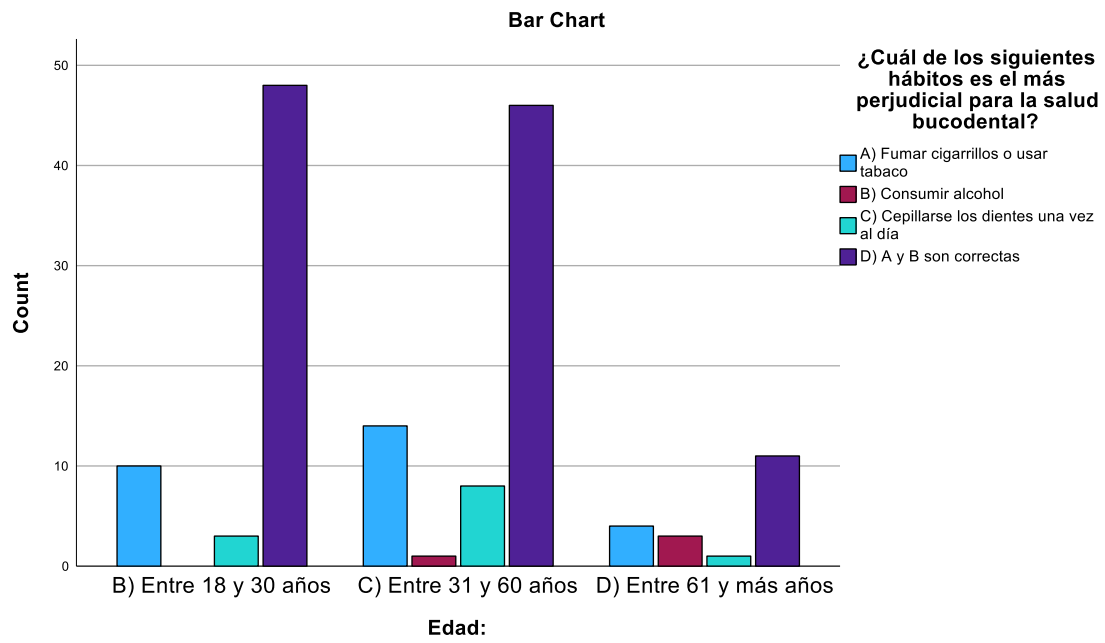


Figure 3. Question 1, Block 4 of the questionnaire.

Grado de conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica de la UEV: estudio observacional transversal.

Claudio Tritto ¹, Carlos Velo Higuera ²

1. Estudiante de 5º curso del grado de Odontología en la Universidad Europea de Valencia, Valencia, España.
2. Profesor Facultad de ciencia biomédica de la salud, Universidad Europea de Valencia, Valencia, España.

CORRESPONDENCIA:

Carlos Velo Higuera

Paseo Alameda 7, Valencia 46010, Valencia

Carlos.velo@universidadeuropea@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La salud bucodental es clave para el bienestar general, pero existen desigualdades en su conocimiento y cuidado. Este estudio transversal en la clínica universitaria evalúa el nivel de información de los pacientes sobre la salud bucodental. La falta de educación sanitaria y factores socioeconómicos influyen en la prevalencia de enfermedades bucales como la caries y la periodontitis. La alfabetización en salud es esencial para la prevención, y las clínicas universitarias juegan un papel fundamental en la educación y equidad en salud oral. Además, la investigación es clave para mejorar estrategias preventivas.

Material y Método: Se llevó a cabo un estudio observacional mediante encuestas, utilizando un cuestionario diseñado específicamente para la investigación. Tras recibir la aprobación del comité de ética de la Universidad Europea de Valencia, las encuestas se aplicaron entre febrero y marzo de 2025.

Resultados: Los resultados revelan que el nivel educativo y la edad influyen significativamente en el conocimiento y hábitos de salud bucodental. Los pacientes con mayor formación académica y los más jóvenes muestran mejores prácticas preventivas, como cepillado frecuente y uso de hilo dental. En contraste, los adultos mayores y quienes tienen menor nivel educativo presentan mayor desconocimiento y hábitos menos saludables. La mayoría identifica correctamente los riesgos del consumo de bebidas azucaradas, tabaco y alcohol. Sin embargo, persisten carencias en aspectos clave como el uso correcto del cepillo y el tiempo de cepillado.

Conclusión: El conocimiento bucodental es mayor en jóvenes con alta formación. No hay diferencias por sexo. Muchos desconocen medidas preventivas y el impacto de hábitos nocivos. Se necesita más educación en salud oral.

Palabras llaves: Patient, Knowledge, Preventive measures, Educational level, Sex, Age

INTRODUCCIÓN

La salud bucodental representa un componente fundamental en la salud general de las personas y, como tal, constituye un pilar clave en la práctica de la odontología moderna(1) . A pesar de los avances en investigación y educación sanitaria, persisten importantes desigualdades en el conocimiento y el acceso al cuidado oral, especialmente entre los pacientes que acuden a clínicas universitarias. Estas instituciones se presentan como entornos clave no solo para brindar atención asequible, sino también para implementar programas educativos, promover la alfabetización en salud y reducir disparidades sociales (1,2).

Los factores como el nivel educativo, la situación socioeconómica y la alfabetización sanitaria influyen directamente en la adopción de hábitos de higiene oral y en la prevención de enfermedades como la caries y la periodontitis. Asimismo, se plantea la necesidad de enfoques preventivos y personalizados que empleen materiales visuales, lenguaje accesible y estrategias participativas, especialmente dirigidas a poblaciones vulnerables (3,4) .

Además, se destaca la función estratégica de las clínicas universitarias en la formación de futuros profesionales, la realización de investigaciones aplicadas y la ejecución de programas comunitarios. Estas clínicas representan espacios idóneos para combinar atención clínica, docencia e intervención social, convirtiéndose en agentes activos de promoción de la equidad en salud bucodental (2,5).

Finalmente, la introducción señala la necesidad de políticas públicas integradas, un enfoque interdisciplinario en salud y la incorporación de tecnologías como la teleodontología, para superar barreras estructurales y avanzar hacia un modelo de salud oral más accesible, sostenible y universal (2,3).

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en la clínica odontológica de la Universidad Europea de Valencia entre febrero y marzo de 2025. El objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento en salud bucodental entre pacientes adultos mediante un cuestionario estructurado, elaborado por el autor del trabajo junto con su tutor, y validado por expertos. El estudio siguió las directrices de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Europea de Valencia (ref. 2025-112).

Selección muestra

La muestra estuvo compuesta por 148 pacientes seleccionados según criterios de inclusión: mayores de 18 años, pacientes activos de la clínica y con comprensión del castellano. Se excluyeron alumnos de la universidad, encuestas incompletas y personas con dificultades físicas o psíquicas para responder.

Recogida de datos

El cuestionario constaba de 12 preguntas organizadas en cuatro bloques: datos sociodemográficos, medidas preventivas, conocimiento general y hábitos perjudiciales (Figura 1). Se realizó una prueba piloto para evaluar la claridad del instrumento, y posteriormente se distribuyó mediante código QR generado con la herramienta QR CODE MONKEY y alojado en Google Forms. La participación fue anónima y voluntaria, previa firma de consentimiento informado.

Análisis estadístico

El tratamiento de los datos se realizó a través de Excel, y el análisis estadístico mediante SPSS 29.0. Se aplicaron procedimientos de estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) e inferencial, empleando tablas de contingencia y pruebas Chi-cuadrado o Test Exacto de Fisher para establecer relaciones entre variables cualitativas. Se consideraron significativas aquellas asociaciones con un valor $p < 0.05$.

RESULTADOS

De los 155 pacientes encuestados en la clínica odontológica de la Universidad Europea de Valencia durante enero de 2025, 148 cumplieron los criterios de inclusión y conformaron la muestra final. El análisis de los datos reveló una fuerte correlación entre el nivel educativo y los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud bucodental.

Los pacientes con mayor nivel de estudios (máster o doctorado) demostraron una mayor orientación preventiva: el 84,2 % entendía la importancia de las revisiones dentales para detectar problemas en fases tempranas, en comparación con el 66,7 % de quienes no tenían estudios. Además, este grupo mostró mejores hábitos de higiene oral: el 48,7 % se cepillaba tres veces al día y el 40,8 % lo hacía dos veces, frente a un 83,3 % del grupo sin estudios que solo se cepillaba una vez al día.

También se identificaron diferencias significativas en el uso de productos adicionales para la higiene bucal: el 66,7 % del grupo sin estudios no utilizaba ningún complemento, mientras que en el grupo con mayor formación, el uso de hilo dental y cepillos interdentales fue considerablemente superior. No obstante, estas diferencias no alcanzaron significación estadística.

Respecto a la alfabetización en prácticas preventivas, el 70,3 % de los participantes consideró el uso del hilo dental como esencial, aunque este conocimiento fue menos común en pacientes con menor nivel educativo o mayor edad. Igualmente, el reconocimiento del tiempo mínimo recomendado de cepillado (2 minutos) fue más preciso entre quienes utilizaban cepillos eléctricos.

La acumulación de placa bacteriana fue identificada como el principal factor en el desarrollo de enfermedades periodontales, especialmente por los pacientes con mayor formación académica y los más jóvenes. Los hábitos perjudiciales más frecuentemente identificados fueron el consumo de tabaco y alcohol, siendo esta percepción más común en los pacientes de 18 a 60 años, frente a una mayor dispersión de respuestas entre los mayores de 61 años.

En cuanto a los efectos del cepillado agresivo, el 65,8 % reconoció correctamente que puede provocar tanto inflamación gingival como desgaste del esmalte, con mejores respuestas entre los niveles educativos más altos. Asimismo, el 89,9 % de los encuestados reconoció que el consumo excesivo de bebidas azucaradas aumenta el riesgo de caries y enfermedades gingivales, aunque este conocimiento fue menor en el grupo de edad más avanzada.

En general, los resultados evidencian una tendencia clara: a mayor nivel educativo y menor edad, mayor es el conocimiento sobre salud bucodental y mejores son los hábitos preventivos. Estas diferencias, estadísticamente significativas en varias variables, subrayan la necesidad de estrategias educativas específicas, dirigidas especialmente a grupos con menor formación y a adultos mayores

DISCUSIÓN

El presente estudio observacional transversal tuvo como finalidad evaluar el nivel de conocimiento en salud bucodental entre los pacientes que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Europea de Valencia, considerando variables sociodemográficas como edad, sexo y nivel educativo. Los resultados obtenidos evidencian que el conocimiento general sobre salud bucodental es limitado, especialmente en aspectos fundamentales como la prevención de enfermedades periodontales y la comprensión de la relación entre salud oral y salud sistémica.

Evaluación, en función de las variables sociodemográficas, el grado de conocimiento de la salud bucodental por parte de los pacientes que acuden a la clínica odontológica UEV.

Una proporción significativa de los pacientes no demuestra una correcta interiorización de prácticas preventivas básicas, como el uso regular de hilo dental o el cepillado con la frecuencia (Figura 2) y técnicas adecuadas. Asimismo, muchos desconocen el impacto de la enfermedad periodontal sobre enfermedades crónicas como la diabetes o las afecciones cardiovasculares. Estos hallazgos sugieren carencias relevantes en la alfabetización sanitaria, lo

cual refuerza la necesidad de diseñar estrategias educativas más eficaces y adaptadas a las características de cada grupo poblacional.

El análisis por variables sociodemográficas revela que el nivel educativo es un factor claramente determinante. Los pacientes con formación universitaria presentan mayor conocimiento teórico y mejores prácticas preventivas, coincidiendo con lo reportado por Badran et al. (6), quienes establecieron una correlación positiva entre alfabetización en salud y nivel de estudios. De manera similar, Harnagea et al. (7) proponen que las campañas educativas deben adaptarse al perfil formativo del público objetivo. En efecto, los individuos con mayor formación no solo comprenden mejor los conceptos, sino que también valoran más el autocuidado y adoptan conductas preventivas de forma más proactiva.

En cuanto a la edad, los resultados indican que los pacientes jóvenes (18–35 años) muestran un mayor grado de conocimiento y una mejor adherencia a medidas preventivas en comparación con los mayores de 60 años. Por ejemplo, el uso regular del hilo dental es del 71 % entre los jóvenes frente al 34 % en mayores. Esta diferencia generacional coincide con lo observado por Cha et al. (8), quienes destacan que los adultos mayores tienden a centrarse más en tratamientos que en prevención, en parte por una menor exposición a campañas educativas durante su etapa formativa.

Respecto al sexo, aunque el análisis estadístico no arrojó diferencias significativas, se detectaron tendencias relevantes. Las mujeres tienden a cepillarse con mayor frecuencia y a utilizar más el hilo dental que los hombres, en concordancia con lo señalado por King et al. (9) y Broadbent et al. (10), quienes destacan una mayor conciencia preventiva en la población femenina. No obstante, el presente estudio sugiere que el nivel educativo y la edad tienen un impacto más determinante que el sexo.

Evaluación del grado de conocimiento sobre las medidas de prevención entre los pacientes que acuden a la clínica universitaria odontológica UEV.

En relación con las medidas de prevención, menos del 50 % de los encuestados demostró conocer prácticas esenciales como la renovación periódica del cepillo o la utilidad del hilo dental. Este déficit es consistente con lo encontrado por Elwadia et al. (11), quienes identificaron bajos niveles de conocimiento incluso entre poblaciones universitarias. La persistencia de esta desinformación pone de manifiesto la necesidad de reforzar la educación en salud oral mediante campañas accesibles, claras y culturalmente adaptadas.

Determinación de la percepción y comprensión de la relación entre los malos hábitos (como el consumo de tabaco, alcohol y alimentos azucarados) y su impacto en la salud bucodental.

Asimismo, aunque la mayoría de los participantes identificó el impacto negativo de los hábitos nocivos como el tabaquismo, el consumo de alcohol y azúcares, esta percepción fue más precisa entre los pacientes más jóvenes y con mayor formación académica. Este patrón sugiere que los factores protectores frente a la desinformación siguen siendo la educación formal y la juventud (Figura 3).

En conjunto, los resultados subrayan la necesidad de repensar las actuales estrategias de promoción de la salud bucodental. Es fundamental que estas campañas consideren variables estructurales como la edad, el nivel educativo y la alfabetización sanitaria, más allá de enfoques basados exclusivamente en el género. Además, desde una perspectiva de salud pública, mejorar la educación sanitaria en salud oral no solo tendrá impacto en la salud individual, sino que también contribuirá a reducir la carga económica sobre los sistemas de salud y a mejorar la calidad de vida de la población general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sohal KS, Kambole R, Owibingire SS. Oral Health-Related Knowledge, Attitudes, and Practices of Diabetic Patients in Tanzania. *Int Dent J* [Internet]. 2025 Feb 1 [cited 2025 Jan 29];75(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38942616/>
2. Llarga F, de Llobregat H. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. *RCOE* [Internet]. 2005 [cited 2025 Jan 29];10(4):389–401. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Borrell LN, Crawford ND. Socioeconomic position indicators and periodontitis: examining the evidence. *Periodontol 2000* [Internet]. 2012 Feb [cited 2025 Jan 29];58(1):69–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22133367/>
4. Castro lara j. ; ibero sagastibelza, i. Â yâ basc. ¿Es la enfermedad periodontal un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares? (I): Etiopatogenia y ensayos clínicos. *Av Periodoncia* [Internet]. 2001 [cited 2025 Jan 29]; Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852001000200002
5. Liu F, Song S, Huang S, He J, Ye X, Hu L, et al. Effects of the Oral Health Promotion Program on oral health and oral microbiota changes in diabetic elderly individuals: a quasi-experimental study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2025 Jan 9 [cited 2025 Jan 29];25(1):51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39789594/>
6. Badran A, Keraa K, Farghaly MM. The impact of oral health literacy on dental anxiety and utilization of oral health services among dental patients: a cross sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 May 3];23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36907891/>

7. Harnagea H, Couturier Y, Shrivastava R, Girard F, Lamothe L, Bedos CP, et al. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: A scoping review. *BMJ Open* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2025 May 3];7(9). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28951405/>
8. Cha AE, Cohen RA. Dental Care Utilization Among Adults Aged 18-64: United States, 2019 and 2020. *NCHS Data Brief*. 2022 Apr 1;(435):1–8.
9. King S, Thaliph A, Laranjo L, Smith BJ, Eberhard J. Oral health literacy, knowledge and perceptions in a socially and culturally diverse population: a mixed methods study. *BMC Public Health* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 May 3];23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37507737/>
10. Broadbent JM, Zeng J, Foster Page LA, Baker SR, Ramrakha S, Thomson WM. Oral Health-related Beliefs, Behaviors, and Outcomes through the Life Course. *J Dent Res* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2025 May 3];95(7):808–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26936215/>
11. Elwadia A, Naeem A, Veettil ST, Orquia N, Alsayed Hassan D, Amuna P, et al. Oral health knowledge, attitudes, and practices among female public health and nutrition university students in Qatar. *Front Public Health* [Internet]. 2024 [cited 2025 May 3];12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39544434/>

Financiamiento: ninguno declarado.

Conflicto de interés: ninguno declarado.

1. **Edad:** a) menores de 18 años. b) entre 18 y 30 años. c) entre 31 y 60 años d) Entre 60 y más años.
2. **Sexo:** a) Masculino. b) Femenino. c) Indefinido.
3. **Nivel educacional:** a) Educación secundaria. b) Bachillerato. c) Formación profesional. d) Estudios superiores universitarios/grado/Postgrado/Doctorado.
4. **¿Por qué es importante realizar revisiones dentales regulares?** a) Para evitar el dolor dental, b) Para identificar problemas dentales en una fase temprana, c) Para mejorar la estética de los dientes, d) Para corregir las imperfecciones estéticas de los dientes y mejorar su alineación
5. **¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?** a) Una vez cada día, b) Una vez cada dos días, c) Me cepillo tres veces al día, d) Me cepillo dos veces al día
6. **¿Utilizas algún producto adicional para tu higiene bucal diaria?** a) Hilo dental, b) Seda dental, c) Cepillos interdentales, d) No uso productos adicionales
7. **¿Qué tan importante es el uso del hilo dental en la prevención de enfermedades bucodentales?** a) No es necesario si te cepillas correctamente, b) Es fundamental para eliminar la placa entre los dientes, c) Solo es útil en personas con encías sensibles, d) Es opcional y no influye en la salud bucal
8. **¿Qué cepillo de dientes usas y cuanto crees que es el tiempo mínimo recomendado para cepillarse los dientes?** a) Respuesta abierta
9. **¿Qué factor piensas que contribuye más al desarrollo de enfermedades periodontales?** a) El uso frecuente de pasta dental blanqueadora, b) La acumulación de placa bacteriana en los dientes y las encías, c) La falta de cepillado de los dientes después de las comidas, d) El consumo de alimentos ácidos, como los cítricos
10. **¿Cuál de los siguientes hábitos es el más perjudicial para la salud bucodental?** a) Fumar cigarrillos o usar tabaco, b) Consumir alcohol, c) Cepillarse los dientes una vez al día, d) A y B son correctas
11. **¿Cepillarse los dientes con demasiada fuerza puede...?** a) Generar inflamación en las encías y provocar retroceso de las mismas, b) Mejorar la limpieza de los dientes, eliminando mejor la placa bacteriana, c) Causar desgaste del esmalte dental, lo que aumenta el riesgo de caries y sensibilidad dental, d) A y C son correctas
12. **¿Cómo afecta el consumo excesivo de bebidas azucaradas a la salud bucodental?** a) Favorece la remineralización del esmalte, b) Mejora el estado de los dientes, proporcionando minerales, c) Aumenta el riesgo de caries y de enfermedades de las encías, d) No tiene ningún impacto en la salud bucodental

Figura 1. Encuestas.

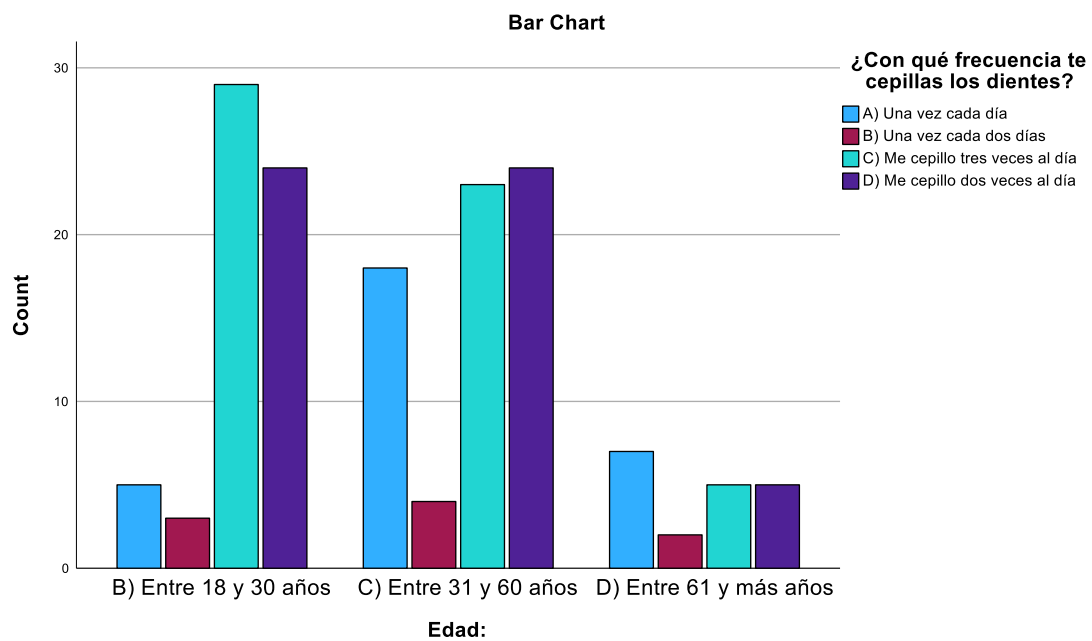


Figura 2. Pregunta 2, bloque 2 del cuestionario.

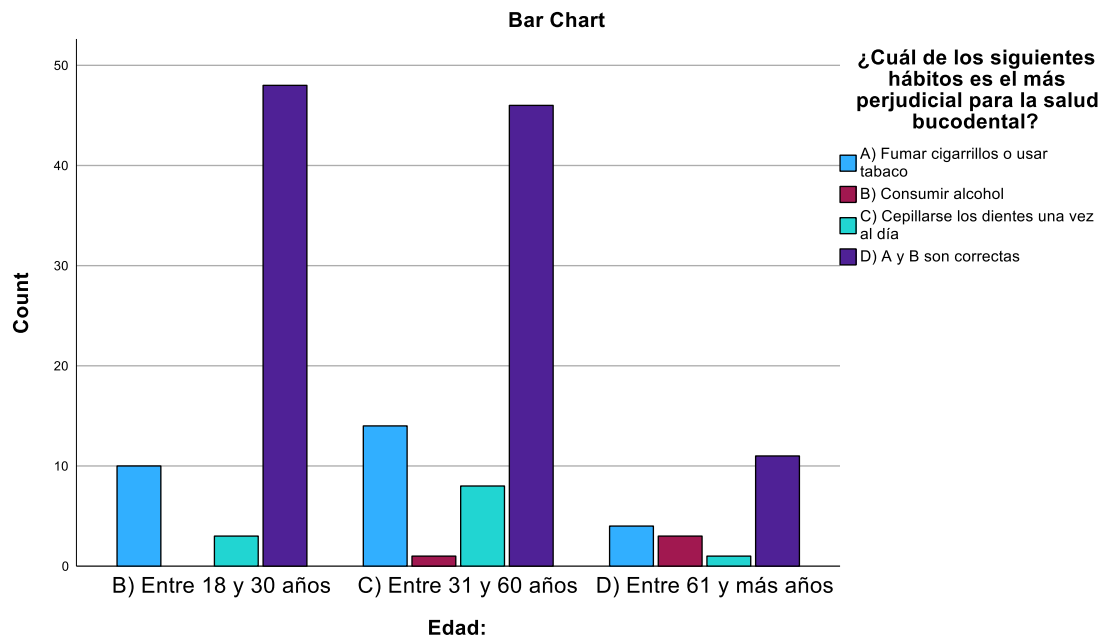


Figura 3. Pregunta 1, bloque 4 del cuestionario.