



Dra. Gema Mazarro Bodega
Licenciada en Odontología.
Universidad Complutense de Madrid

Lourdes Chocarro González
Enfermera
Doctora en Sociología

Análisis de las diferencias de género en el cuidado bucodental

Resumen

Objetivo: el objetivo del siguiente trabajo es determinar la importancia que le dan los hombres y las mujeres al cuidado y salud bucal, valorando si existen diferencias; observar los diferentes hábitos de higiene oral que tienen, además de la frecuencia y/o motivos de las revisiones o consultas odontológicas, para así establecer las necesidades de tratamiento.

Método: se realizó una encuesta a 205 personas: 91 hombres y 114 mujeres, junto con una exploración oral que permitió evaluar las condiciones orales. La muestra de estudio la conforman los sujetos (hombres y mujeres), que acuden a una consulta dental privada de un barrio de Toledo.

Resultados y conclusiones: las mujeres cuidan más su dentadura, ya que se cepillan con más frecuencia y utilizan más el hilo dental; ellas dan una mayor importancia a la estética y a la salud bucal que los hombres.

Palabras clave: Oral health and gender; cuidados/hábitos orales y género.

Introducción

En España, el estudio de las desigualdades en salud según el género es todavía muy incipiente, por lo que disponemos de pocas publicaciones sobre el tema. Aún así, en las últimas décadas se han publicado algunos trabajos que corroboran las desigualdades de salud entre mujeres y hombres y la influencia de los distintos roles asumidos (1). Actualmente hay un interés creciente en las cuestiones relacionadas con la salud y el género y, de hecho, son varios los artículos y la infor-

mación escrita sobre las diferencias en el impacto social de la salud oral entre ambos sexos.

El tema elegido para este trabajo hace referencia a la salud bucodental de hombres y mujeres y, en concreto, a la higiene o cuidados orales. El odontólogo no sólo se ha de dedicar a restaurar, sino que una parte importante de su trabajo supone educar en higiene oral, enseñar los cuidados necesarios y motivar a los pacientes para que conserven su salud y así evitar consecuencias negativas por «dejadez» o falta de conocimientos respecto al tema.

Pese a que es sabido por todos la importancia del cepillado después de las comidas y pese al mal rato que algunas personas pasamos sentadas en el sillón dental, o el esfuerzo económico que pueden suponer ciertos tratamientos dentales, no siempre se observa una actitud de cambio en las costumbres o hábitos de higiene en los pacientes.

La elección de este tema se basó en la necesidad de conocer y valorar si existen diferencias entre hombres y mujeres en el cuidado que dedican ellos mismos a su boca y la importancia que le dan no sólo a la salud, sino a la estética oral (son pocos los estudios que se han realizado en nuestro país sobre la salud bucodental de la población general), además de observar los diferentes hábitos de higiene oral que tienen, la frecuencia y/o motivos de las revisiones o consultas odontológicas. El fin de este trabajo es, por lo tanto, identificar y evaluar las diferencias de género en el comportamiento o hábitos de salud oral y cuidado bucodental, confirmando la hipótesis de que existen diferencias entre ambos sexos y el objetivo último

será esclarecer, a partir de los resultados obtenidos, si es necesario desarrollar programas de motivación de salud oral diferentes por género, puesto que las últimas publicaciones corroboran que existe una clara diferencia de género.

Se ha visto que los hombres tardan más en acudir a los servicios médicos (2), mientras que las mujeres no sólo acuden más a consulta, sino que se automedican con mayor frecuencia (3). Además, existen diferencias de sexo en la percepción del dolor (factor muy importante y determinante a la hora de la consulta odontológica) y la respuesta analgésica en el tratamiento del mismo puede ser diferente (4, 5). Es frecuente encontrar en la literatura que las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad (6), motivo éste, el miedo o la ansiedad, que lleva a evitar o retrasar la visita al dentista. En un estudio centrado de forma específica en la salud bucodental de la población trabajadora española, se observa que existe una diferencia estadísticamente significativa a favor de las féminas con lo que a cuidado e higiene bucodental se refiere (7): las mujeres se cepillan los dientes con más frecuencia que los hombres, usan el hilo dental y pasta con flúor más a menudo y tienen mayores conocimientos de salud oral (8, 9, 10). Ellas perciben, más que ellos, que la salud oral influye en la calidad de vida, lo que puede ayudar a comprender las diferencias en las necesidades y comportamiento con respecto a la salud oral entre ellos (11), pues se ha visto que son ellas las que más demandan y consultan al odontólogo (12).

Hipótesis y objetivos

I. Hipótesis

Existen diferencias entre hombres y mujeres en el cuidado e importancia que le dan a la salud e higiene bucodental.

II. Objetivo general

Valorar si existen diferencias entre hombres y mujeres en el cuidado que dedican ellos mismos a su boca y la importancia que le dan no sólo a la salud bucal, sino a la estética oral.

III. Objetivo específico

1. Determinar la importancia que le dan los hombres a su estado y cuidado bucal.
2. Determinar la importancia que le dan las mujeres a su estado y cuidado bucodental.
3. Diferencias de género en relación al motivo de la consulta y al uso de las diferentes medidas de higiene bucodental.
4. Diferencias de género entre la ausencia de dientes y el nivel de instrucción de higiene oral y nivel de estudio.
5. Identificar diferencias en la frecuencia de asistencia a la consulta odontológica por género.

Metodología

I. Diseño

Estudio de corte cuantitativo, no experimental, epidemiológico, observacional, descriptivo, transversal.

II. Ámbito, población y muestra de estudio

Ámbito: Toledo. Esta ciudad registra una población de 80.810

personas (datos del año 2008), siendo el barrio examinado el más poblado con un censo de 18.509 residentes, de los que 9.179 son hombres y 9.330 mujeres (14) (figura 1).

Población y muestra: Consulta dental privada situada en el barrio Santa María de Benquerencia. La población de este barrio es de 18.509 personas (14), de ellas, 9.525 acuden a esta consulta privada (datos del 10 de mayo de 2012), situada en el polígono residencial de Toledo, donde se realizó el estudio, así pues, ésta es la población de estudio en la que basamos el cálculo de la muestra. La muestra de estudio la conformaron 205 sujetos, hombres y mujeres, de edades comprendidas entre 16 y 90 años.

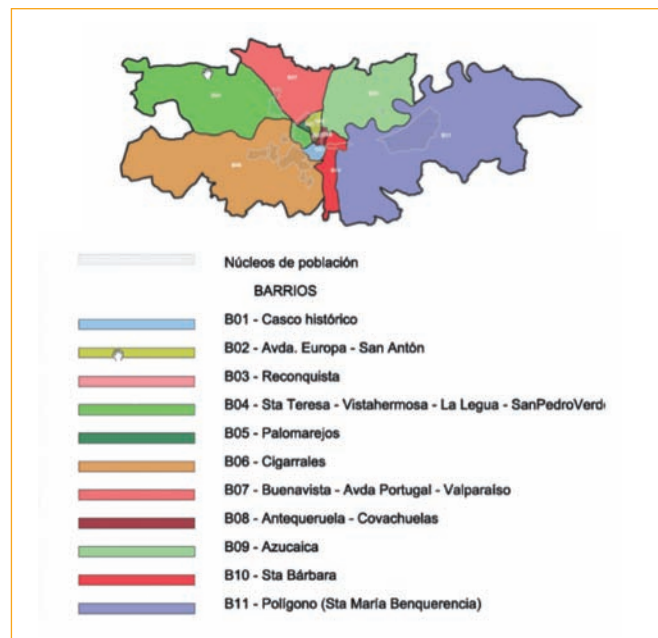


Figura 1. En la actualidad, por razones prácticas, se divide la ciudad de Toledo en 11 barrios. Su delimitación cartográfica se resume en el siguiente plano.

Criterios de inclusión: pacientes y acompañantes que acuden en horario de mañana o tarde de lunes a viernes.

Criterios de exclusión: niños y adolescentes menores de edad y aquellas personas con incapacidad que precisasen consentimiento informado por representación, según se desarrolla en la Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica del 14 de noviembre (15). Esto es, menores de 16 años, pacientes incapacitados legalmente, o aquellos que no sean capaces de tomar decisiones, siendo en tal caso su representante legal, quien lo tendría que hacer.

III. Muestreo

No probabilístico, consecutivo (ya que los cuestionarios se pasaron en un período concreto (meses abril y mayo del presente año), hasta completar el tamaño muestral.

La determinación del tamaño muestral fue de 201, se calculó a partir de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Siendo n el tamaño muestral.

N el total de la población.

P = 0,5 (1-P = 0,5 = q). Se coge el valor de la proporción, p= 0,5 para esa proporción, que es desconocida y así se maximiza el tamaño muestral. La proporción es el valor aproximado que queremos medir, 5%.

Se realizó con un nivel de confianza o de seguridad (1-α) del 95%.

Precisión (d), es la desviación típica 3%.

Nuestro estudio contiene cuatro pacientes más, así los cálculos son a partir de 205 pacientes (16).

IV. Recogida de datos

Previo consentimiento informado, se proporcionó a todos los participantes un cuestionario que consta de dos partes, ambas validadas: la primera está constituida por cinco preguntas, y una segunda que es la versión validada en español del cuestionario Nursing DCBS para medir las creencias en salud bucodental (13). Los datos obtenidos fueron introducidos en la base de datos del programa estadístico.

La estrategia de búsqueda bibliográfica incluye una combinación de vocabulario controlado (términos Mesh), junto con texto libre; se ha realizado una revisión de todos aquellos artículos y publicaciones escritas en inglés y castellano en la base científica PUBMED. En una primera fase se recopilaban artículos mediante lectura de títulos y abstracts y, posteriormente, fueron analizados en una segunda fase mediante lectura completa.

V. Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el editor de datos SPSS (versión 11.5) para Windows.

El análisis descriptivo pretende determinar asimetría y normalidad en la distribución de la muestra.

Para comprobar la significación de la diferencia en las muestras independientes (hombres y mujeres) y al ser los tamaños muestrales de ambos grupos mayores de 30, aunque la variable no siga una distribución normal, sabemos que el estimador sí lo va a seguir, por lo tanto, podemos aplicar test paramétricos (y no es preciso comprobar la normalidad de la variable que tratamos de controlar en cada uno de los grupos). Se ha utilizado la prueba T de Student para muestras independientes, aplicándolo en cada ítem del cuestionario.

Para la inferencia de proporciones, se realizan pruebas de homogeneidad para muestras independientes: test de ji-cuadrado.

Resultados

En la **tabla 1** y **figura 2** se resumen los resultados de la participación de nuestra investigación con 205 pacientes, de los

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HOMBRE	91	44,4	44,4	44,4
	MUJER	114	55,6	55,6	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

Tabla 1. Número total de personas encuestadas.

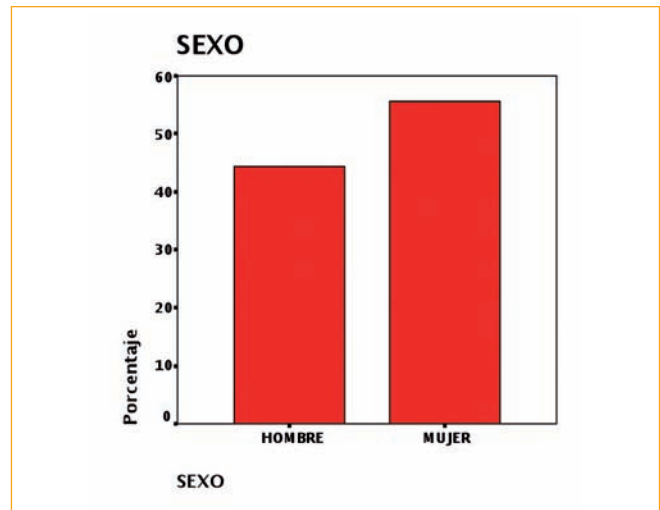
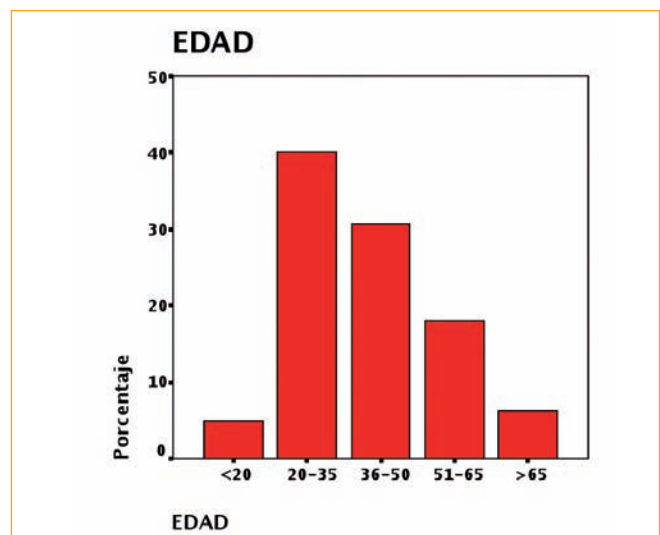


Figura 2. Distribución de participantes en la investigación según el sexo.

que 91 eran hombres, un 44,4% y 114 mujeres, esto es un 55,6 %; aquí se excluyen dos mujeres y un hombre que rechazaron rellenar el cuestionario.

Hubo una mayor participación entre personas con edades comprendidas entre 20 y 35 años con un 40%, seguido con un 30,7% por el grupo de 36 a 50 años, un 18% entre los de 51 a 65 y un 6,3 ó 4,9 entre los grupos de mayor y menor edad, respectivamente. Estos datos se muestran en el gráfico de barras de la **figura 3**.

Figura 3. Distribución por grupos de edad.



Al comparar las medias de muestras independientes y ser nuestra muestra mayor de 30 sujetos, podemos aplicar test paramétricos, con el cálculo del estadístico t-Student: el valor de $p=0,965$, es mayor de $0,05$, por lo que aceptamos la hipótesis nula y podemos concluir que las medias de edad de las personas incluidas en el estudio son iguales entre hombres y mujeres.

Sí encontramos diferencias (y podemos afirmarlo con una seguridad del 95%) en la frecuencia de cepillado dental, el uso de colutorio, cepillos interproximales y consumo de dulces entre ambos sexos ($p=0,001$ por lo que al ser $p<0,05$, rechazamos la hipótesis nula y podemos afirmar que hay diferencias entre hombres y mujeres) (figura 4).

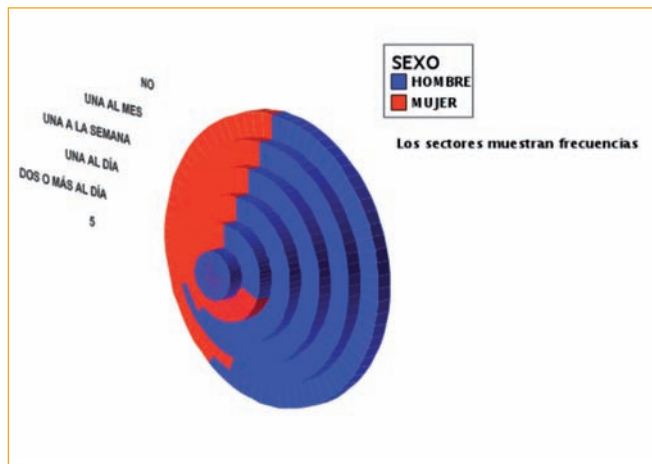


Figura 4. Diferencia de género en la frecuencia de cepillado.

Al comparar instrucciones de higiene oral en ambos grupos obtenemos $p=0,277$ y podemos aceptar que no hay diferencias entre hombres y mujeres en este aspecto.

Con el programa estadístico construimos tablas de contingencia y comparamos proporciones. Si analizamos la relación entre la ausencia de dientes y el haber recibido o no instrucciones de higiene oral, como Chi-cuadrado de Pearson nos dio mayor de $0,05$, podemos concluir que no encontramos relación entre ambos. Sin embargo, sí encontramos diferencias entre los niveles de estudio y la falta de dientes: los universitarios, con mayor nivel de estudios, conservan más la dentadura (tabla 2).

La diferencia entre las proporciones de una mala o buena percepción bucal no son suficientemente grandes como para establecer una clara diferencia entre ambos grupos (figura 5).

Estudiamos chi-cuadrado de Pearson en las tablas de contingencia que relacionan esos dos grupos independientes y la variable motivo de consulta. No se puede rechazar la hipótesis nula –el valor obtenido es $0,1$ –, por lo que afirmamos con una seguridad del 99% tras el análisis de los datos que no hay diferencias entre mujeres y hombres en los motivos que le llevan a acudir al dentista (figura 6).

Tabla de contingencia Estudios - Ausencia de dientes

		AUSENCIA DIENTES		Total	
		NO	SI		
ESTUDIOS	NO	Recuento	3	8	11
		Frecuencia esperada	4,4	6,6	11,0
		% de ESTUDIOS	27,3%	72,7%	100,0%
BÁSICO		% de AUSENCIA DIENTES	3,7%	6,6%	5,4%
		Recuento	14	48	62
		Frecuencia esperada	24,9	37,1	62,0
MEDIO		% de ESTUDIOS	22,6%	77,4%	100,0%
		% de AUSENCIA DIENTES	17,1%	39,3%	30,4%
		Recuento	28	43	71
UNIVERSITARIO		Frecuencia esperada	28,5	42,5	71,0
		% de ESTUDIOS	39,4%	60,6%	100,0%
		% de AUSENCIA DIENTES	34,1%	35,2%	34,8%
Total		Recuento	37	23	60
		Frecuencia esperada	24,1	35,9	60,0
		% de ESTUDIOS	61,7%	38,3%	100,0%
	% de AUSENCIA DIENTES	45,1%	18,9%	29,4%	
	Recuento	82	122	204	
	Frecuencia esperada	82,0	122,0	204,0	
	% de ESTUDIOS	40,2%	59,8%	100,0%	
	% de AUSENCIA DIENTES	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 2. Compara nivel de estudios con ausencia de dientes.

Figura 5. Gráfico de sectores que muestran los diferentes grados de percepción de salud entre hombres y mujeres.

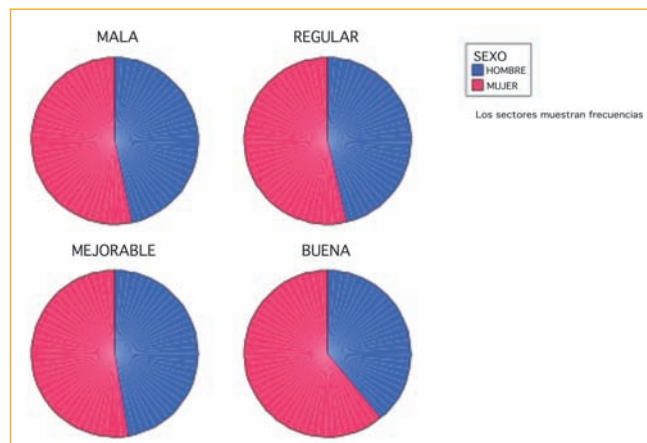
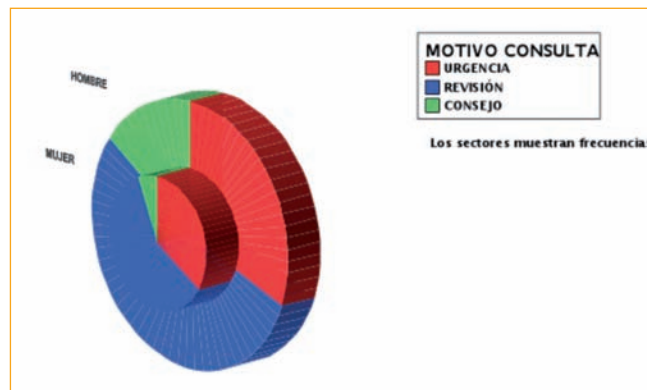


Figura 6. Gráfico de sectores que muestra las diferencias de género en los motivos de consulta dental.



Sin embargo, sí encontramos un valor de $p < 0,05$ (0,02), que nos permite recalcar la diferencia hallada en la mayor importancia que le dan a la salud oral las mujeres frente a los hombres. Así se muestra a continuación en la siguiente tabla de contingencia (**tabla 4**). Al hacer el test chi-cuadrado obtene-

		IMPORTANCIA SALUD			Total	
		POCA	REGULAR	MUCHA		
SEXO	HOMBRE	Recuento	3	32	56	91
		% de SEXO	3,3%	35,2%	61,5%	100,0%
		% de IMPORTANCIA SALUD	100,0%	61,5%	37,3%	44,4%
MUJER	Recuento	0	20	94	114	
	% de SEXO	,0%	17,5%	82,5%	100,0%	
	% de IMPORTANCIA SALUD	,0%	38,5%	62,7%	55,6%	
Total	Recuento	3	52	150	205	
	% de SEXO	1,5%	25,4%	73,2%	100,0%	
	% de IMPORTANCIA SALUD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 4. Muestra la mayor importancia que dan las mujeres a la salud oral.

mos un valor de $p < 0,05$, por lo que afirmamos que las mujeres dan mayor importancia a la estética bucodental que los hombres. Así se muestra a continuación en la siguiente tabla de contingencia (**tabla 5**).

Tabla de contingencia Sexo * Belleza sonrisa

		BELLEZA SONRISA			Total	
		POCA	REGULAR	MUCHA		
SEXO	HOMBRE	Recuento	8	28	55	91
		% de SEXO	8,8%	30,8%	60,4%	100,0%
		% de BELLEZA SONRISA	80,0%	66,7%	35,9%	44,4%
MUJER	Recuento	2	14	98	114	
	% de SEXO	1,8%	12,3%	86,0%	100,0%	
	% de BELLEZA SONRISA	20,0%	33,3%	64,1%	55,6%	
Total	Recuento	10	42	153	205	
	% de SEXO	4,9%	20,5%	74,6%	100,0%	
	% de BELLEZA SONRISA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 5. Muestra las diferencias en la importancia que le dan los hombres y las mujeres a una bonita sonrisa.

Otro de los puntos estudiados queda reflejado en el siguiente gráfico de sectores, que nos aclara que son más las mujeres que acudieron al dentista en los últimos doce meses y un porcentaje mayor de hombres no pudo recordar la fecha de su consulta anterior (**figura 7**).

Discusión

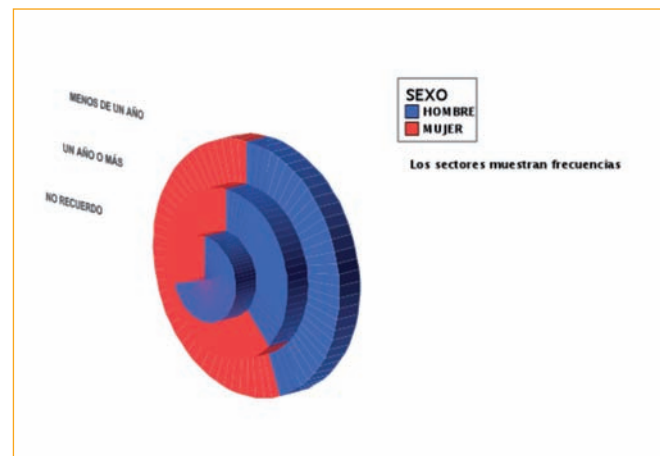
Conocer los hábitos reales de higiene oral de la población española no es tarea fácil. Podemos obtener información proyectando un posible escenario a partir de tres grandes grupos de datos: las encuestas de salud sobre hábitos de higiene oral, los datos provenientes de estudios de mercado sobre uso y venta de productos de higiene oral y la epidemiología de las

enfermedades orales. En nuestro caso, nos hemos servido de unos cuestionarios de salud sencillos y fáciles de responder. Son varios los estudios encontrados que comparan diversos aspectos entre hombres y mujeres.

En el ámbito dental, lo revisado en la bibliografía coincide con lo encontrado en nuestro trabajo, son las mujeres las que tienen más hábitos saludables de higiene y cuidado dental: se cepillan los dientes más frecuentemente (7) (**figura 8**), usan pasta dental fluorada más a menudo que los hombres, el hilo de seda dental (**figura 9**) y acuden con mayor regularidad al dentista, algo que coincide con la mayor importancia que le dan a una boca bonita y saludable (17, 18, 19).

Los odontólogos recomiendan visitar al dentista, al menos, una vez al año. Sin embargo, sólo el 64% de los españoles ha visitado al dentista en los últimos 13 meses. Ésta es una de las conclusiones que se extraen del II Estudio Internacional Bupa Health Pulse 2011, realizado por Bupa, la empresa matriz de Sanitas (20). Entre las cifras más llamativas destaca que el 32% de los encuestados afirma no haber acudido a la

Figura 7. Gráfico de sectores, que muestra la diferencia según el género en el tiempo transcurrido desde la última cita con el odontólogo.



consulta del odontólogo en el último año y, de ellos, un 11% hace cuatro años o más que no va. A este 32% se suma otro 4% que no sabe exactamente cuándo fue la última vez que visitó al dentista. Por género, las mujeres se preocupan más de su salud bucodental que los varones y un 68% de ellas ha ido al dentista en el último año, frente al 61% de los hombres que lo ha hecho; algo similar observamos en nuestro ejemplo, 71 mujeres frente a 56 varones.

De acuerdo a la evidencia científica existente, el control de placa bacteriana (mecánico y químico), acompañado del uso de fluoruros tópicos, se establece como la base en el mantenimiento de una dentadura sana. La Federación Dental Internacional (FDI) establece el cepillado dental con una pasta fluorada como el patrón básico de higiene dental personal, pudiendo ser mejorado con el uso de elementos adicionales de higiene interproximal (como la seda dental o los cepillos inter-

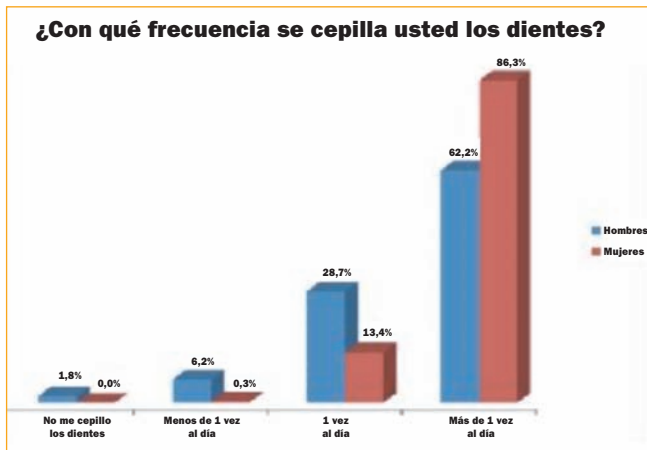


Figura 8. Frecuencia de cepillado dental en función del sexo de los trabajadores.

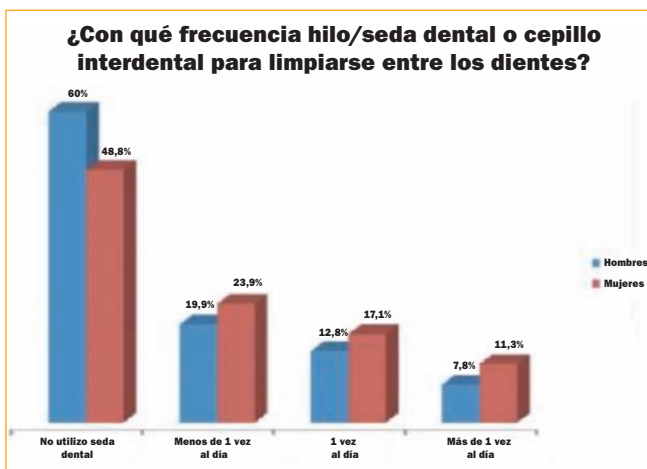


Figura 9. Frecuencia del uso de seda dental en función del sexo de los trabajadores.

proximales) o de colutorios (antisépticos o fluorados). Elías Casals-Peidró, doctor en Odontología, afirma que los hábitos de higiene dental personal en España, pese a una positiva evolución en los últimos años, aún se encuentran lejos del patrón de excelencia deseable y a la cola de los países desarrollados, por lo que para conseguir una mejor salud oral de la población española, deben mejorarse los hábitos de higiene oral (21). La salud bucodental es importante para los españoles, que admiten que mantener unos dientes sanos mejora la salud en general. Por sexos, ese porcentaje asciende al 93% en las mujeres, frente al 88% en el caso de los hombres (20); en nuestro estudio, el 82% de las mujeres le da una importancia alta a la salud bucal, frente al 61% de los hombres; estos resultados son extensibles también a otros países (22).

A diferencia de lo publicado por JM Al-Ansary y S. Hankala en 2007, nosotros no encontramos que los conocimientos sobre el cuidado bucodental sean mayores en uno u otro grupo (8). Hemos de añadir que en los cuestionarios había dos preguntas relacionadas con este punto: «¿Le han dado instruccio-

nes/nociones de higiene oral?», y una segunda en la misma hoja, «¿Ha recibido alguna vez formación sobre salud dental o cepillado dental?». Aquí encontré que las respuestas en ocasiones eran diferentes, al contrario de lo que cabría esperar, para lo que se suponía una misma pregunta formulada de dos maneras distintas, por lo que a la hora de analizar los resultados y pasar los datos, anulé la segunda opción y sólo tuve en cuenta las respuestas dadas a la primera pregunta.

En 2010 se publicó un trabajo donde los pacientes examinados no mostraban una correlación significativa entre el nivel de educación y el tipo de restauraciones dentales, pero sí se vio que las mujeres tenían menos dientes y más restauraciones (23), sin embargo, aquí nosotros no observamos diferencias de un grupo respecto a otro por una ausencia de dientes mayor.

Conclusiones

- En nuestro estudio, ambos sexos refieren los mismos niveles de formación en cuanto a cuidados bucodentales se refiere y no observamos diferencias de un grupo respecto a otro por una ausencia de dientes mayor.
- Aunque entrevistamos a más mujeres, las medias de edad no difieren entre ambos sexos en este trabajo.
- Sí encontramos diferencias, al igual que en la bibliografía consultada, en la frecuencia de cepillado dental, uso de seda y cepillos interproximales: las mujeres se cepillan los dientes más a menudo que los hombres y, por lo tanto, tienen más hábitos positivos de cuidado dental. Ellas usan más el hilo de seda dental y los cepillos interproximales, a la vez que no realizan con la misma frecuencia el enjuague con colutorios.
- No vimos diferencias de género en la percepción de su propia salud bucal, ni tampoco podemos establecerlas en el motivo que lleva a acudir a la consulta odontológica en uno u otro grupo. Sin embargo, sí observamos que las féminas dan mayor importancia que los varones a la salud y a la estética dental.
- Con respecto a quién pide cita para ir al dentista, la mayoría la solicita por sí mismo, aunque a la hora de recurrir a la pareja, son más los hombres que delegan esta tarea.
- Fueron más las mujeres que acudieron a consulta en el último año.

Con todos estos datos podemos aceptar la hipótesis inicial propuesta para este trabajo y concluir diciendo que sí existen diferencias entre hombres y mujeres en el cuidado e importancia que le dan a la salud e higiene bucodental. Por lo que sería interesante profundizar y establecer nuevas líneas de investigación en este campo.

Parece necesario buscar nuevas fórmulas de motivación del paciente en todos los métodos de eliminación de placa, especialmente en aquéllos más fáciles de cumplir por parte de la población, como el cepillado o los colutorios. Además, los profesionales podemos y debemos mejorar la información de nuestros pacientes. ●

BIBLIOGRAFÍA

1. **Borrel C, García Calvente MM, Marti Bosca JV.** La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 (1): 2-6.
2. **Oksuzyam A, Juel K, Vaupel JW, Christensen K.** Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Clin Exp Res* 2008; 20 (2): 91-102.
3. **Ruiz Cantero MT, Verdú Delgado M.** Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* 2004; 18 (1): 118-25.
4. **Fillingim RB, King KD, Ribeiro Dasilva MC, Rahim Williams B, Riley III JL.** Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain* 2009 May; 10 (5): 447-485.
5. **Paller CJ, Campbell CM, Edwards RR, Dobs AS.** Sex-based differences in pain perception and treatment. *Pain Med* 2009 March; 10 (2): 289-299.
6. **Liddel A, Locker D.** Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997 Aug; 24 (4): 314-8.
7. **Gelpi Méndez JA, Calvo Bonacho E, Armesto Prada Y, Aranza Esteban S, Fernández Mesenguer A, Álvarez Fernández FJ.** La salud bucodental de los trabajadores de la Comunidad de Madrid. *Gaceta Dental* [Internet] 2011 junio [acceso 11 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/noticia/9037/INFORMES/salud-bucodental-trabajadores-comunidad-madrid.html>
8. **Al-Ansari JM, Honkala S.** Gender differences in oral health knowledge and behaviour of the Health Science College students in Kuwait. *Journal of Applied Health* 2007; 36 (1): 41-46.
9. **Kakuhino F, Yushinori T, Yoshinobu M.** Gender differences in oral health behavior and general health habits in an adult population. *The Bulletin of Tokyo Dental College* 1999; 40 (4): 187-193.
10. **Sakalauskiene Z, Vehkalahti MM, Murtonaa H, Maciulskiene V.** Factors related to gender differences in toothbrushing among Lithuanian middle-aged university employees. *Medicina (kaunas)* 2001; 47 (3): 180-186.
11. **Mc Grath C, Bedi R.** Gender variations in the social impact of oral health. *J Ir Dent Assoc* 2000; 46 (3): 87-91.
12. **Mac Entee MI, Stolar Elaine, Glick N.** Influence of age and gender on oral health and related behavior in an independent elderly population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1993 August; 21 (4): 234-239.
13. **Garrido Urrutia C, Espinoza Santander I, Romo Ormazábal F.** Traducción al español y validación del cuestionario de creencias en salud bucal para cuidadores (DCBS-SP). *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84: 407-414.
14. **Análisis demográfico del municipio de Toledo.** Informe elaborado por el Instituto de Estadística de Castilla-La Mancha como documento para la elaboración del Plan de Servicios Sociales de Toledo. [Internet] [acceso 12 marzo 2012]. Disponible en: <http://www.ayto-toledo.org/ssoc/plan/EstudioDemografico.pdf>
15. **Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.** (BOE número 274, 12 noviembre 2002).
16. **Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web].** La Coruña: Fisterra.com; 1996- [actualizada el 1 de diciembre de 2010; acceso 1 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>
17. **Kawamura M, Takase N, Sasahara H, Okada M.** Teenagers' oral health attitudes and behaviour in Japan: comparison by Sex and age group. *J Oral Sci.* 2008 Jun; 50 (2): 167-74.
18. **Al-Omari QD, Hamasha AA.** Gender-specific oral health attitudes and behaviour among dental students in Jordan. *J Contemp Dent Pract.* 2005 feb; 6 (1): 107-14.
19. **Kateeb E.** Gender-specific oral health attitudes and behavior among dental students in Palestine. *East Mediterr Health J.* 2010 Mar; 16 (3): 329-33.
20. **Sanitas. Estudio Internacional Bupa Health Pulse 2011: Salud Dental.** *Gaceta Dental* [Internet] 2012 enero [acceso 11 marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/noticia/10175/ACTUALIDAD/32-espaa%C3%B1oles-asegura-ido-dentista-hace-a%C3%B1o.html>
21. **Casals-Peidró E.** Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. *RCOE.* 2005; 10 (4): 389-401.
22. **Ostberg A, Halling A, Lindblad U.** Gender differences in knowledge, attitude, behavior and perceived oral health among adolescents. *Acta Odontologica Scandinavica.* 1999; 57 (4): 231-236.
23. **Willershausen B, Witzel S, Schuster S, Kasaj A.** Influence of gender and social factors on oral health, treatment degree and choice of dental restorative materials in patients from a dental school. *Int J Dent Hyg.* 2010 May; 8 (2): 116-20.