

Inserción social y autopercepción del impacto de la caries en adultos de una población de la sierra ecuatoriana. Un estudio descriptivo

Social insertion and self-perception of the impact of caries in adults from a population in the Ecuadorian highlands. A descriptive study

Pedro Andrés Sánchez Orellana ^{1a}
Ebingen Villavicencio Caparó ^{2bc}

<https://orcid.org/0009-0001-3590-8567>
<https://orcid.org/0000-0003-4411-4221>

Correspondencia: pedroandresso@hotmail.com

Resumen

Objetivo: Establecer la relación entre la inserción social y la autopercepción del impacto de la caries en adultos de una población de la sierra ecuatoriana. **Métodos:** El estudio observacional y transversal en Bellavista, Cuenca, Ecuador, evaluó la autopercepción de caries y la inserción social mediante encuestas, cumpliendo normas de bioética y usando Epi Info para analizar 210 encuestas. **Resultados:** En un estudio realizado con 210 encuestados se encontró que el 57.62 % eran mujeres; y el 42.38 %, hombres. En cuanto a los malestares reportados, los empleados administrativos presentaban una media de 1.41, siendo el grupo con más quejas, mientras que los campesinos no reportaron ningún malestar. **Conclusión:** El estudio muestra que las personas más afectadas por caries no siempre evidencian mayores malestares debido a la urgencia de priorizar otras necesidades. En contraste, aquellos con mejores recursos pueden atender su salud dental de inmediato, notando y respondiendo más rápidamente a las molestias.

Palabras clave: autopercepción, caries, salud pública

¹ Universidad Católica de Cuenca. Carrera de Odontología. Cuenca, Ecuador

² Universidad Andina Simón Bolívar (sede Ecuador). Quito, Ecuador

^a Estudiante de Odontología

^b Magíster en estomatología, Doctor en Ciencias de la Salud y Docente

^c Estudiante del Doctorado en Salud Colectiva Ambiente y Sociedad

Fecha de recepción: 12/08/2024

Fecha de aceptación: 30/09/2024

Abstract

Objective: To establish the relationship between social insertion and self-perception of the impact of caries in adults from a population in the Ecuadorian highlands. **Methods:** The observational and cross-sectional study in Bellavista, Cuenca, Ecuador, assessed self-perception of caries and social insertion through surveys, complying with bioethical standards and using Epi Info to analyze 210 surveys. **Results:** In a study of 210 respondents, 57.62% were women and 42.38% were men. In terms of discomfort reported, administrative employees had a mean of 1.41, being the group with the most complaints, while farmers did not report any discomfort. **Conclusion:** The study shows that the people most affected by caries do not always show greater discomfort due to the urgency of prioritizing other needs. In contrast, those with better resources can attend to their dental health immediately, noticing and responding more quickly to discomfort.

Keywords: self-perception, caries, public health

Introducción

La autopercepción en salud se define como la evaluación que las personas hacen de sí mismos en relación con su salud-bienestar y sus efectos en la vida cotidiana, con el fin de encontrar necesidades de una población en concreto y planificar estrategias que las resuelvan.^{1,2} Este concepto forma parte de un paradigma social actual que promueve el compromiso con los métodos para medir la percepción, los sentimientos y los comportamientos de las personas. Resulta una medida apropiada como predictor de la salud, ya que mantiene un vínculo con las manifestaciones clínicas y otros índices de mortalidad y morbilidad.^{3,4}

Los instrumentos para medir la autopercepción, basados en cuestionarios, permiten evaluar dimensiones como el bienestar social y emocional, esenciales para comprender cómo la apariencia de los dientes puede generar inseguridad en las personas, afectando su disposición a sonreír y socializar. Estas dimensiones influyen significativamente en la calidad de vida, ya que las investigaciones actuales demuestran que la percepción subjetiva de la salud bucodental, junto con parámetros clínicos objetivos, ofrece una visión más completa del bienestar individual.^{3,5-7} Estudios han demostrado una asociación entre factores como la desigualdad socioeconómica y el capital social con la autopercepción de la salud, lo que refuerza la relevancia de la teoría de la determinación social de la salud.^{3,8}

La comprensión de las culturas se enriquece al reconocer sus características particulares, lo cual demanda el empleo de herramientas específicas adaptadas a cada contexto.^{9,10} Sin embargo, la subjetividad inherente a las culturas presenta un desafío, ya que dificulta la evaluación precisa mediante herramientas como las encuestas. Este obstáculo se manifiesta de manera notable en los estudios epidemiológicos donde se utiliza herramientas no ajustadas al contexto social, por ello la autopercepción de caries es un indicador fidedigno.^{8,11}

Las diferencias en la percepción de la salud bucal están profundamente influenciadas por factores culturales, económicos y sociales que varían significativamente de una región a otra.^{12,13} En el caso de Ecuador, los estudios epidemiológicos detallados permiten entender mejor cómo los habitantes perciben su salud bucal y cómo esta percepción se relaciona con factores específicos de su entorno, proporcionando datos cruciales para la formulación de políticas de salud dental más contextualizadas y eficientes.¹⁴⁻¹⁹

Para comprender la desigualdad en la salud, es esencial reformular el punto de vista social, reconociendo la politicidad implícita y la vinculación con sectores estratégicos que, a través de una epidemiología clásica, pueden presentar escenarios que no concuerden con la realidad.²⁰ La epidemiología crítica ha intentado visualizar las raíces socioambientales de los problemas de salud, el nexo con el sistema social o la vulnerabilidad de los colectivos situados en inserciones sociales, evitando prácticas que invisibilizan las relaciones de dominación

subyacente.²¹ Este enfoque considera la salud como un elemento complejo y multidimensional, evidenciando tres dimensiones: una general, otra particular e individual, con una dialéctica bidireccional entre ellas. La dimensión general reproduce y conserva condiciones preexistentes dominadas por el capital y las restricciones político-culturales, por su parte la dimensión particular denota los modos de vida de las clases sociales, mientras que la dimensión individual crea condiciones desde un ámbito familiar y personal, manteniendo una autonomía relativa que permite formular ideas opuestas a la lógica dominante.^{22,23}

La inserción social puede entenderse como un proceso complejo y multifacético que implica la integración de individuos en el tejido social, mediante la participación activa en las diferentes dimensiones, que también incluye la integración en el mercado laboral, lo cual es esencial para la estabilidad económica y la autonomía individual.²⁴ El índice de inserción social, también conocido como INSOC (Breilh, 2017), es un instrumento diseñado desde la epidemiología crítica, que utiliza datos de fuentes secundarias para analizar las variaciones en función de la clase social. Esta herramienta facilita el estudio de las desigualdades sociales y su efecto en diferentes áreas, proporcionando una visión más clara de cómo las diferencias de clase afectan los resultados y condiciones de vida.²⁵

En la actualidad, existen diversas hipótesis en las que se plantea si la presencia de malestares causados por la caries está influenciada por la inserción social del individuo; es decir, se investiga si las condiciones laborales afectan la percepción y el impacto de esta afección dental. Por tal motivo, el siguiente estudio tiene el objetivo de establecer una relación entre ambas variables, en adultos de una población de la sierra ecuatoriana.

Materiales y métodos

El estudio se trata de un diseño observacional y transversal que formó parte de un macroproyecto titulado “Barreras para el acceso a servicios de salud bucal en Bellavista 2024”, donde los datos están recopilados mediante encuestas realizadas durante el mes de agosto a residentes entre los 18 y 64 años, de la parroquia Bellavista en la Ciudad de Cuenca, Ecuador. La presente investigación cumplió con los requisitos de bioética establecidos en la declaración de Helsinki y con la normativa de protección de datos. El directorio aprobó el estudio en la resolución 112-2024, emitida el 15 de agosto del 2024.

Las encuestas fueron validadas mediante artículos publicados y respaldadas por su eficacia al valorar la autopercepción de la salud bucal.^{26,27} Las encuestas fueron examinadas varias veces y leídas por todos los integrantes para conseguir una interpretación correcta por parte de la población en general; se cambiaron tecnicismos por palabras simples con el fin de facilitar las encuestas. Después se realizaron pruebas de encuestas en la Universidad Católica de Cuenca con el fin de valorar la capacidad de los encuestadores al momento de la toma de datos.

Se realizó un mapeo del sitio de interés para dividir el lugar por sectores y proceder, de forma organizada, a encuestar a los adultos que se encontraban en las viviendas señaladas. Según las variables establecidas, Inserción social y Autopercepción de malestares relacionados a la caries, se realizaban preguntas para reconocer la incomodidad relacionada a las caries al realizar diferentes acciones: comer, hablar, cepillarse los dientes, descansar, mantener un buen estado de ánimo, mostrar sus dientes, realizar labores, o al contactarse con otras personas. Si existía malestar se preguntaba el grado de severidad. Después, según el oficio que tenía el participante se clasificaba en los diferentes grupos de la sección INSOC.

El tamaño de la muestra se determinó mediante el número total de personas que viven en esta parroquia; un total de 260 365 habitantes, según el INEC;²⁸ el cual, mediante el cálculo de tamaño muestral y el número de personas que accedieron a participar, resultó en 210 datos. Para analizar los datos obtenidos se utilizó el software Epi Info, versión 7.2.6; donde se registraron las encuestas, y, posteriormente, se realizaron los gráficos y tablas mediante el programa estadístico informático SPSS.

Resultados

Dada la menor aceptación de los residentes de la parroquia Bellavista y la negativa por firmar el consentimiento informado, se redujo la muestra a un total de 210 participantes. Posiblemente esto se debe a un número alto de jubilados que residen en la zona, los cuales superaban el rango de edad de interés, y a un aumento de la inseguridad generalizada en el país.

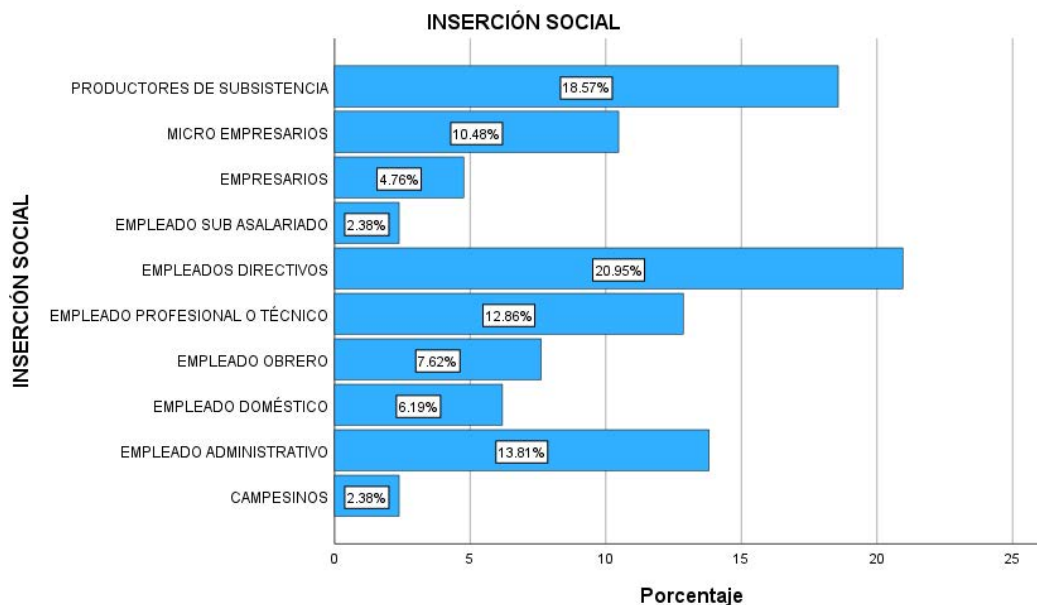
La muestra estuvo constituida, mayoritariamente, por mujeres; sin embargo, la diferencia con el otro sexo no fue estadísticamente significativa. En cuanto a la edad predominaron los pacientes más jóvenes.

Tabla 1
Distribución de datos según género y edad

	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
de 18 a 44 años	79	65.3 %	61	68.5 %	140	66.7 %
de 45 a 64 años	42	34.7 %	28	31.5 %	70	33.3 %
TOTAL	121	57.62 %	89	42.38 %	210	100.0 %

Los datos obtenidos muestran que los empleados directivos tienen la mayor representación en la inserción social con un 20.95 %. Por otro lado, los empleados subasalariados y campesinos tienen la menor representación, ambos con un 2.38 %. Las categorías muestran una distribución diversa, con porcentajes que varían considerablemente, indicando una variedad de formas de inserción social en el grupo analizado. Pero, fundamentalmente, esta muestra está constituida por personas de clase media acomodada.

Figura 1



El análisis de los malestares relacionados a la caries revela que los empleados administrativos presentan la media más alta de malestares con 1.4 (± 2.3), y las medias más bajas correspondían a los microempresarios y a los empleados directivos con valores de 0.6 y 0.7, respectivamente (± 1.3 y 1.5). Los campesinos no reportaron malestares relacionados a la caries, teniendo una media de 0. De esta manera existe una relación inversamente proporcional entre la inserción social dada por el trabajo y molestias causadas por la caries.

Distribución de datos según la inserción social

Tabla 2

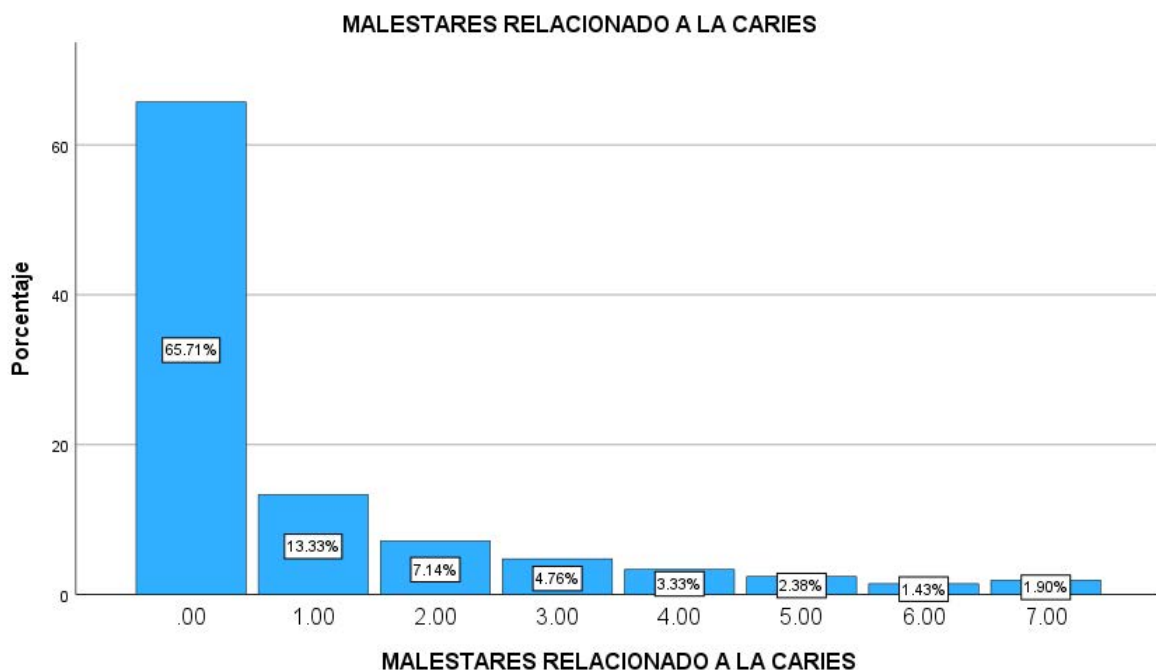
Distribución de datos según los malestares relacionados a la caries dental y la inserción social

MALESTARES RELACIONADOS A LA CARIES					
	Recuento	Media	D.E.	Mínimo	Máximo
EMPRESARIOS	10	1.1	1.5	0	4
MICRO EMPRESARIOS	22	0.6	1.3	0	5
PRODUCORES DE SUBSISTENCIA	39	0.9	1.6	0	7
CAMPESINOS	5	0	0	0	0
EMPLEADOS DIRECTIVOS	44	0.7	1.5	0	6
EMPLEADO PROFESIONAL O TÉCNICO	27	0.8	1.6	0	7
EMPLEADO ADMINISTRATIVO	29	1.4	2.3	0	7
EMPLEADO OBRERO	16	0.9	1.5	0	5
EMPLEADO DOMÉSTICO	13	1.2	1.6	0	5
EMPLEADO SUB ASALARIADO	5	0.8	1.1	0	2
DESEMPLEADO	0				
MIGRANTE	0				

La Figura 2 muestra que el 65.71 % de la población no reporta molestias relacionadas con la caries dental, mientras que el 34.29 % restante experimenta algún nivel de malestar que varía desde leve (13.33 %) a muy alto (1.90 %). La mayoría de los casos de malestar son leves a moderados, destacando la importancia de intervenciones tempranas para reducir el impacto de las caries en la calidad de vida.

Figura 2

Reporte de malestares relacionados a la caries



El estudio se realizó en un ámbito urbano del sur de Ecuador, específicamente en la ciudad de Cuenca. En esta región existen estudios posteriores que investigan los malestares dados por la caries y qué población es más vulnerable a dicha enfermedad, pero se utilizan otras herramientas que determinan un análisis de datos diferente. El presente estudio estableció que las personas con más malestares, respecto a la caries, eran los empleados administrativos seguidos de los empleados domésticos y empresarios; es decir, personas con empleos que se encuentran

favorecidos respecto a la remuneración recibida.

En Machángara, Ecuador, se realizó un estudio para determinar cómo influía la experiencia de caries en la calidad de vida de las personas, lo cual se midió con los índices de experiencia de caries, conocido como caridadas, perdidas, obturadas (CPOD), y de calidad de vida relacionada a la salud bucal, conocido como Child-OIDP. Se estableció una relación inversa entre la experiencia de caries y la calidad de vida relacionada a la salud bucal; es decir, cuanto más alto era el índice CPOD afectaba poco en la calidad de vida, mientras que un índice bajo se corresponde a un alto impacto en la calidad de vida.¹⁸ Lo que concuerda con nuestro estudio donde existe una alta percepción en empleados mejor asalariados.

En otra ciudad de Ecuador, Cañar, donde el estudio se enfocaba en medir los malestares causados por la caries, se encontró diferencia entre los niños rurales y urbanos siendo los segundos los más afectados con un 42.3 %, con por lo menos un malestar reportado; en la zona rural se reducía al 31.7 % de personas afectadas.¹⁷ Estos datos representan un resultado significativo, dado que los residentes en las zonas rurales se encuentran en desventaja, en cuanto a la repartición de la riqueza social, según el empleo que desempeñan los padres o cuidadores de los niños materia de estudio.

Por otro lado, en un estudio realizado en Ponce Enríquez, en Ecuador, se obtuvo que el 85 % de los participantes que tenían algún malestar, lo cual afectaba a su calidad de vida, se encontraban con un salario menor a 400 dólares.¹⁶ Lo cual representa una contradicción con nuestro estudio, donde la posesión de un empleo menos remunerado está asociada a menores molestias en cuanto a la experiencia de caries.

En Colombia se realizó el IV Estudio Nacional de Salud Bucal, donde se aplicaron encuestas para conocer el estado general de la población. En este documento, para facilitar la interpretación de datos, se aglomeraban diferentes grupos sociales según la actividad económica que realizaban en su vida diaria. El grupo menos afectado fue la clase media pudiente, correspondiente a los profesionales, técnicos y administrativos independientes o dentro de una empresa pública y privada.²⁹ Lo que no coincide con nuestros datos, donde los empleados administrativos son los que presentan mayores malestares respecto a la experiencia de caries.

En Brasil, un estudio sobre programas de salud bucal reveló que una mayor prevalencia de mala salud bucodental se correlaciona con mayores ingresos, sugiriendo que personas con mejores trabajos tienden a buscar ayuda dental más temprano debido a la incomodidad.³⁰ En el grupo indígena Xukuru do Ororubá, se encontró que una mayor tasa de caries estaba asociada con una peor percepción de la salud bucal, lo que impacta negativamente en la salud dental.³¹ Además, en Limoeiro do Norte, una ciudad del noreste de Brasil, se verificó que personas con un alto índice CPOD tenían una baja percepción de su salud dental, llevándolas a buscar menos servicios dentales.³²

Esto concuerda con nuestro estudio, ya que una persona con mayores ingresos y por ende un mejor trabajo, tiende a percibir la incomodidad y el malestar relacionados a la caries y a buscar ayuda más temprano. El malestar respecto a las caries se ve disminuido cuando existe una experiencia previa de caries. Dado lo mencionado, se evidencia la importancia de centrar políticas de salud pública en los sectores más desfavorecidos de la sociedad.

Asimismo, en el artículo *Estudio transversal sobre nivel de severidad de caries dental en adultos* realizado por Clarisse Díaz et al., en Asunción (Paraguay), mencionan que los pacientes provenientes de un barrio cuyo nivel socioeconómico es bajo, presentaron, en su mayoría, elevados índices de caries dental a pesar de su autopercepción positiva de salud bucal. Esto se explica por la infravaloración de su estado de salud y bienestar, ya que, al tener otras necesidades básicas insatisfechas, las personas tienden a reducir la importancia de recibir un tratamiento dental, dejando de considerar las caries como un problema;³³ lo que coincide con lo ya mencionado, los inconvenientes que produce la caries dental son disminuidos cuando existe una experiencia de caries anterior y bajos niveles socioeconómicos.

Un estudio reveló que en personas, de diferentes edades, que acudían al departamento de Odontología Restauradora en la Universidad de Estambul, no existía una diferencia significativa en cuanto a cómo percibían la caries; pero sí existía diferencia en cuanto a la percepción cuando se analizaba por género o nivel educativo, siendo

que la significancia era mayor en mujeres con estudios superiores.³⁴ En el presente estudio coincidimos con el hallazgo mencionado, dado que también se encuentra un mayor nivel de percepción de malestares por caries en las mujeres.

Conclusión

Los hallazgos de esta investigación son particularmente interesantes, ya que revelan una realidad contraria a lo esperado: las personas más afectadas por las caries no son necesariamente las que perciben mayores malestares o incomodidades. Esto podría deberse a la obligación de priorizar entre diferentes necesidades, lo que lleva a posponer la atención de algunas de ellas, incluyendo la salud dental. En contraste, aquellos con mejores condiciones laborales y mayores recursos económicos pueden permitirse cuidar su salud dental de manera más inmediata, lo que les hace percibir y responder más rápidamente a cualquier molestia.

Referencias

1. Sheiham A. Principles dental public health. *Community Oral Health*. 2007;59–79.
2. Bernabé E, Flores-Mir C, Sheiham A. Prevalence, intensity and extent of Oral Impacts on Daily Performances associated with self-perceived malocclusion in 11-12-year-old children. *BMC Oral Health*. 2007;7.
3. da Silva JV, da Costa Oliveira AGR. Individual and contextual factors associated to the self-perception of oral health in Brazilian adults. *Rev Saude Publica*. 2018;52.
4. Moreno X, Huerta M, Albala C. Autopercepción de salud general y mortalidad en adultos mayores. Vol. 28, *Gaceta Sanitaria*. Ediciones Doyma, S.L.; 2014. p. 246–52.
5. Fuentes MR, Yunier I, Peña A, Bárbara I, López H, Milay I, et al. Self-perception of oral health in elderly with acrylic removable partial acrylic prosthesis [Internet]. Vol. 53, *Revista Cubana de Estomatología*. 2016. Available from: <http://scielo.sld.cu>
6. Yáñez Haro D, López-Alegría F. Influencia de la salud oral en la calidad de vida de los adultos mayores: una revisión sistemática. *International journal of interdisciplinary dentistry*. 2023 Apr;16(1):62–70.
7. Muñoz P, Aguilar F del C, Hernandez J de la F. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños. *Salud i Ciencia* [Internet]. 2014;20:846–51. Available from: www.saludpublica.
8. Cummins RA. Objective and subjective quality of life: an interactive model. Vol. 52, *Social Indicators Research*. 2000.
9. Garcia Ubaque JC. Aspectos culturales en salud publica. *Rev salud publica*. 2013;15(4):649–54.
10. Claudia Duque-Páramo M. Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades *. Vol. 9. 2007.
11. Locker D, Jokovic A. Three-year Changes in Self-perceived Oral Health Status in an Older Canadian Population. Vol. 76, *J Dent Res*. 1997.
12. Su N, van Wijk A, Visscher CM. Psychosocial oral health-related quality of life impact: A systematic review. *J Oral Rehabil*. 2021 Mar 1;48(3):282–92.

13. Bukhari OM. Dental Caries Experience and Oral Health Related Quality of Life in Working Adults. *Saudi Dental Journal*. 2020 Dec 1;32(8):382–9.
14. Rosales Bermeo Lourdes, Encalada Verdugo Liliana. Principales malestares bucodentales provocados por caries dental en niños, Cuenca-Ecuador, 2016. *OACTIVA UC Cuenca*. 2018;3:15–20.
15. Muñoz Torres TF, Pulgarín Fernández CM, Ortega López MF, Ramos Montiel RR. Quality of life related to oral health in adults in the city of Quito – Ecuador. *Sapienza*. 2021 Dec 5;2(4):9–17.
16. Pesántez Delgado AK, Villavicencio Caparó E. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en Ponce Enriquez. *Revista Killkana Salud y Bienestar [Internet]*. 2022;6(1):1–12. Available from: <https://doi.org/10.26871/killcanasalud.v6i1.816>
17. Encalada Verdugo L, Garcia-Rupaya CR, Del Castillo López CE. Calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares del sector urbano y rural. Cañar, Ecuador. *Revista Estomatológica Herediana*. 2018 Jul 4;28(2):105.
18. Vélez-Vásquez VA, Villavicencio-Caparó E, Cevallos-Romero S, Del Castillo-López C. Impacto de la experiencia de caries en la calidad de vida relacionada a la salud bucal; Machángara, Ecuador. *Revista Estomatológica Herediana*. 2019 Nov 4;29(3):203–12.
19. Reinoso-Vintimilla N, Del Castillo-López C. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de Sayausi, Cuenca Ecuador. *Rev Estomatol Herediana*. 2017;27(4):227–61.
20. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. In: *Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México, y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES. Xochimilco; 2011. p. 28–49.*
21. Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda JC, Concha-Sánchez SC. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas Conceptual differences and praxiological implications concerning social determination or social determinants. Vol. 15, *Rev. salud pública*. 2013.
22. Breilh J. El debate determinantes-determinación: aportes del análisis teórico, epistemológico y político. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013 Apr 4;31:13–27.
23. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colect*. 2010 Apr;6.
24. Herrera D, Leopold L. Inserción social en adolescentes: Un estudio sociopsicologico. *Redalyc*. 2002;5:167–90.
25. Breilh J. *Critical Epidemiology and the People’s Health*. Critical Epidemiology and the People’s Health. Oxford University Press; 2021.
26. Otálvaro G, Ospina D, Espinosa V, Fresneda O, Breilh ; Jaime, Ins D. Propuesta de clasificación de la clase social a partir de encuestas nacionales en Colombia. En prensa.
27. Cedillo I, Jiménez M, Lima M, Molina; Magdalena. Autopercepción de salud bucal y calidad de vida. *Memorias VII: Congreso internacional de especialidades odontológicas e investigación*. 2021;
28. INEC. Resultado del censo 2022: Fascículo provincial Azuay. 2022.
29. Gaviria Uribe A, Muñoz Muñoz NJ, Ruiz Gomez F. *IV Estudio nacional de salud bucal*. Colombia; 2011.

30. da Silva JV, da Costa Oliveira AGR. Individual and contextual factors associated to the self-perception of oral health in Brazilian adults. *Rev Saude Publica*. 2018;52.
31. Mauricio H de A, Moreira R da S. Self-perception of oral health by indigenous people: An analysis of latent classes. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2020 Oct 1;25(10):3765–72.
32. Moreira Chaves Lima A, Giovana Bavaresco Ulinski K, Célia Poli-Frederico R, Raquel Benetti A, Bombarda de Andrade F, de Lourdes Calvo Fracasso M, et al. Factors related to self-perceived need for dental treatment in adolescents, adults, and elders in a city in Northeastern Brazil Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico em adolescentes, adultos e idosos em um município do nordeste do Brasil.
33. Díaz-Reissner C, Roldán-Merino J, Casas-García I. A cross-sectional study on the level of severity of dental caries in adults. *Journal of Oral Research*. 2021 May 1;10(3).
34. Erdemir U, Ozan G, Güneysu LE, Yıldız E. Evaluation of adults' knowledge on dental caries and oral habits and perception on oral-systemic relationship. *Meandros Dent Med J*. 2021 Dec 1;22(3):214–23.

-
- **Conflicto de intereses:** La presente investigación no presenta conflicto de intereses entre los investigadores.
 - **Fuente de financiamiento:** La presente investigación fue financiada por el investigador.