

Relación de la autoeficacia y conductas de salud bucal con la severidad de la enfermedad periodontal en pacientes de las clínicas de UNICOC Bogotá: estudio transversal

Pedro J. Medina Zuñiga¹, Juan S. García Delgado¹, Hernán Santiago Garzón²,
Camilo A. Romo Pérez³

1. Especialización en Periodoncia, Institución Universitaria Colegios de Colombia – UNICOC, Bogotá D.C., Colombia.
2. Coordinador de Investigación de la especialización en Periodoncia, Institución Universitaria Colegios de Colombia – UNICOC, Bogotá D.C., Colombia.
3. Director del Centro de Investigación del Colegio Odontológico - Institución Universitaria Colegios de Colombia – UNICOC, Bogotá D.C., Colombia.

La enfermedad periodontal es una de las enfermedades inflamatorias crónicas más prevalentes a nivel mundial y constituye un problema de salud pública de gran relevancia por su impacto clínico, social y psicológico. La autoeficacia en salud bucal ha surgido como un determinante conductual clave asociado a la adopción y el mantenimiento de prácticas preventivas periodontales; sin embargo, la evidencia en contextos latinoamericanos es escasa. **Objetivo:** Analizar la relación entre la autoeficacia en salud bucal, las conductas de higiene oral y la severidad de la enfermedad periodontal en pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de UNICOC, Bogotá **Métodos:** Estudio observacional transversal de alcance relacional realizado en 133 pacientes adultos (≥ 18 años) atendidos en las clínicas de periodoncia de UNICOC Bogotá, entre enero de 2025 y febrero de 2026. El tamaño muestral se calculó para detectar una diferencia mínima de 5 puntos en la escala de autoeficacia (potencia 90 %, nivel de confianza 95 %) y se utilizó muestreo aleatorio estratificado por severidad periodontal. El diagnóstico y la clasificación de la enfermedad periodontal se establecieron conforme a los criterios de la AAP/EFP

2018 (estadios I–IV, grados A–C). La autoeficacia se evaluó mediante la Oral Health Self-Efficacy Scale (OHSES-8), un instrumento de Likert de 8 ítems (rango 0–32). El análisis estadístico incluyó pruebas de correlación de Spearman, T de Student, Kruskal-Wallis, Dwass-Steel-Critchlow-Fligner y la prueba de tendencia de Jonckheere-Terpstra, con un nivel de significancia de $p < 0,05$. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de UNICOC (acta N.º 48, código 21-08-2025-04).

Resultados: La mediana de edad fue de 51 años (RIC: 36–57); el 55,6 % eran mujeres y el 78,2 % se identificó como mestizo. El 57,1 % reportó antecedentes de tratamiento periodontal previo y el 48,1 % había asistido al odontólogo hace más de un año. La mediana de dientes remanentes fue de 20 (RIC: 16–23) y la de dientes perdidos por enfermedad periodontal fue de 4 (RIC: 2–7). Aunque las puntuaciones de autoeficacia tendieron a ser más altas en pacientes con gingivitis inducida por biofilm ($21,9 \pm 4,43$) y periodontitis estadio IV grado C ($21,0 \pm 5,07$), las diferencias entre grupos no alcanzaron significancia estadística (ANOVA = 1,30; $p = 0,273$). No obstante, los participantes con antecedente de tratamiento periodontal presentaron puntajes de autoeficacia significativamente más altos que quienes carecían de dicho antecedente ($22,5 \pm 4,80$ vs. $16,6 \pm 5,28$; $t = -6,776$; $p < 0,001$). Se observó una tendencia creciente y estadísticamente significativa de la autoeficacia conforme aumentó la percepción de influencia de la salud oral en la vida diaria (J-T = 31025; $p < 0,001$). Se identificó una correlación positiva de moderada a fuerte entre la autoeficacia y el apoyo social percibido ($p = 0,638$; $p < 0,001$). **Conclusión:** La autoeficacia en salud bucal se asocia de manera significativa con el antecedente de tratamiento periodontal, la percepción de la influencia de la salud oral en la vida diaria y diversas conductas de higiene oral. La experiencia previa en tratamiento periodontal parece fortalecer la percepción de competencia en el autocuidado, lo que sugiere una dimensión psicológica relevante en el manejo de la enfermedad.

Palabras clave: autoeficacia, periodontitis, salud bucal, comportamiento en salud, enfermedad periodontal, epidemiología oral.

Relationship between self-efficacy and oral health behaviors with the severity of periodontal disease in patients from UNICOC clinics in Bogotá: a cross-sectional study

Periodontal disease is one of the most prevalent chronic inflammatory diseases worldwide and constitutes a major public health concern due to its clinical, social, and psychological impact. Oral health self-efficacy has emerged as a key behavioral determinant associated with the adoption and maintenance of preventive periodontal practices; however, evidence from Latin American settings remains scarce.

Objective: To analyze the relationship between oral health self-efficacy, oral hygiene behaviors, and the severity of periodontal disease in patients treated at the dental clinics of UNICOC, Bogotá. **Methods:** A cross-sectional observational study with a relational scope was conducted in 133 adult patients (≥ 18 years) attending the periodontics clinics at UNICOC Bogotá between January 2025 and February 2026. The sample size was calculated to detect a minimum difference of 5 points on the self-efficacy scale (90% power, 95% confidence level), and stratified random sampling by periodontal severity was applied. Periodontal diagnosis and classification were established according to the 2018 AAP/EFP criteria (stages I–IV, grades A–C). Self-efficacy was assessed using the Oral Health Self-Efficacy Scale (OHSES-8), an 8-item Likert instrument (range 0–32). Statistical analysis included Spearman correlation, Student's t-test, Kruskal-Wallis, Dwass-Steel-Critchlow-Fligner, and the Jonckheere-Terpstra trend test, with a significance level of $p < 0.05$. The study was approved by the UNICOC Ethics Committee (No. 48, code 21-08-2025-04). **Results:** The median age was 51 years (IQR: 36–57); 55.6% were women and 78.2% identified as mestizo. 57.1% reported a history of prior periodontal treatment, and 48.1% had last visited a dentist more than one year ago. The median number of remaining teeth was 20 (IQR: 16–23), and the median number of teeth lost due to periodontal disease was 4 (IQR: 2–7). Although self-efficacy scores tended to be higher in patients with biofilm-induced gingivitis (21.9 ± 4.43) and stage IV grade C periodontitis (21.0 ± 5.07), differences between groups did not reach

statistical significance (ANOVA = 1.30; $p = 0.273$). However, participants with a history of periodontal treatment showed significantly higher self-efficacy scores than those without such history (22.5 ± 4.80 vs. 16.6 ± 5.28 ; $t = -6.776$; $p < 0.001$). A statistically significant increasing trend in self-efficacy was observed as the perceived influence of oral health on daily life increased (J-T = 31,025; $p < 0.001$). A moderate-to-strong positive correlation was identified between self-efficacy and perceived social support ($\rho = 0.638$; $p < 0.001$). **Conclusion:** Oral health self-efficacy is significantly associated with a history of periodontal treatment, the perceived influence of oral health on daily life, and various oral hygiene behaviors. Prior periodontal treatment experience appears to strengthen the perceived sense of competence in self-care, suggesting a relevant psychological dimension in disease management.

Keywords: self-efficacy, periodontitis, oral health, health behavior, periodontal disease, oral epidemiology.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es un conjunto de condiciones inflamatorias multifactoriales que afectan los tejidos que sostienen los dientes, y pueden causar daño tisular y pérdida dental. Estos tejidos comprenden las encías, el ligamento periodontal y el cemento radicular ¹. La periodontitis puede empeorar, afectando progresivamente el ligamento periodontal y destruyendo el hueso alveolar. Esta condición afecta la calidad de vida, incrementando la movilidad y pérdida dental, además de deteriorar la salud bucal ².

La enfermedad periodontal se ha convertido en un problema de salud pública importante debido a sus efectos extensos y debilitantes que afectan la función, la salud sistémica, la vida social y el bienestar mental de las personas. Según un estudio sobre la carga global de morbilidad, en 2019 se estimó que la periodontitis afectó a 1.100 mil millones de personas en todo el mundo ³.

En Colombia, el 43 % de los adultos y mayores presenta enfermedad periodontal moderada, según la Encuesta Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) ⁴. Además, condiciones como la diabetes mellitus tipo 2, la artritis reumatoide, las enfermedades cardiovasculares y el síndrome metabólico se relacionan con la enfermedad periodontal y otras enfermedades sistémicas ⁵. La pérdida de dientes por esta condición también afecta la función masticatoria, la estética facial y el bienestar psicosocial de las personas ⁶. Por ello, es crucial fortalecer las campañas y estrategias de autocuidado bucal para mejorar la prevención ⁷.

El entendimiento de los factores conductuales y psicosociales vinculados a la salud periodontal ha cobrado mayor importancia en la investigación actual. Entre estos, la autoeficacia ha sido objeto de numerosos estudios, especialmente desde la perspectiva de la teoría cognitivo-social de Bandura, quien la definió como la creencia del individuo en su capacidad para organizar y realizar las acciones necesarias para lograr determinados resultados ⁸.

En salud oral, la autoeficacia se vincula con la percepción de la propia capacidad para realizar conductas como higiene bucal, acudir regularmente a controles

dentales, seguir tratamientos periodontales y mantener hábitos preventivos. Diversos estudios han comprobado que las personas con niveles más altos de autoeficacia muestran mejores resultados en parámetros periodontales, como el índice gingival ⁹.

Scheerman et al. (2020) observaron que una intervención profesional produjo una reducción significativa del sangrado gingival a las seis semanas ($B = -3,74$; IC 95%: $-6,84$ a $-0,65$), junto con un incremento en el uso de enjuague bucal con flúor ($B = 1,93$; IC 95%: $0,36$ a $3,50$). A las doce semanas, se observó una disminución notable en la acumulación de placa dental ($B = -11,32$; IC 95%: $-20,57$ a $-2,07$) y en el número de sitios con placa ($B = -6,77$; IC 95%: $-11,67$ a $-1,87$), con resultados mejores en el grupo de intervención que en el grupo de control ¹⁰. Asimismo, estudios recientes muestran que la percepción de control sobre la salud oral favorece la adherencia terapéutica y el mantenimiento periodontal ¹¹⁻¹³.

Sin embargo, la mayor parte de la evidencia disponible proviene de poblaciones europeas y asiáticas, y hay poca información sobre estas asociaciones en contextos latinoamericanos. Específicamente en Colombia, pocos estudios evalúan de manera simultánea la autoeficacia, las conductas de salud bucal y la gravedad de la enfermedad periodontal en la población atendida en clínicas universitarias.

Identificar factores psicosociales vinculados al avance de la enfermedad periodontal puede ayudar a crear estrategias preventivas centradas en el paciente, reforzar las intervenciones educativas para el autocuidado y mejorar la adherencia al tratamiento, en línea con el modelo de una sola salud ¹⁴. Desde el punto de vista de la salud pública, comprender la importancia de la autoeficacia facilitaría la mejora de los programas de promoción y prevención destinados a poblaciones vulnerables ¹⁵.

Este estudio tuvo como objetivo relacionar la autoeficacia en salud oral con la gravedad de la enfermedad periodontal en pacientes de las clínicas de UNICOC Bogotá.

MÉTODOS

Diseño del estudio y participantes

Se realizó un estudio observacional transversal de alcance relacional en pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Institución Universitaria Colegios de Colombia (UNICOC), sede Bogotá, entre enero de 2025 y febrero de 2026. La población estuvo conformada por adultos que asistieron a consultas odontológicas en las clínicas de periodoncia.

El tamaño muestral se calculó mediante una fórmula para la comparación de medias independientes, considerando una desviación estándar estimada entre 5,1 y 7,1 puntos en la autoeficacia, una diferencia mínima a detectar de 5 puntos en la escala de autoeficacia entre los grupos con diagnóstico de enfermedad periodontal, un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 90%. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado según la severidad de la enfermedad periodontal para reclutar 133 participantes.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de salud periodontal, gingivitis inducida por biopelícula o periodontitis estadios I–IV y que aceptaron participar voluntariamente mediante consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con alteraciones cognitivas severas y con discapacidad motora que limitara la higiene oral autónoma, con aparatología ortodóntica fija, no hispanohablantes nativos e individuos con prótesis desadaptadas o con condiciones clínicas que dificultaran la evaluación periodontal.

Variables y mediciones

Definiciones de caso de salud periodontal, gingivitis y periodontitis

Salud periodontal: Para un periodonto intacto y un periodonto reducido y estable, la salud gingival se define como $< 10\%$ de sitios de sangrado con profundidades de sondeo ≤ 3 mm ¹⁶.

Gingivitis: La gingivitis en un periodonto intacto y la gingivitis en un periodonto reducido en un paciente sin antecedentes de periodontitis, se define como $\geq 10\%$ de sitios de sangrado con profundidades de sondeo ≤ 3 mm. La gingivitis localizada se define como $10\% - 30\%$ de sitios de sangrado; la gingivitis generalizada, como $> 30\%$ de sitios de sangrado ¹⁵.

Periodontitis: El estado periodontal se consignó de acuerdo con las definiciones de caso del informe de consenso de la AAP sobre la clasificación de enfermedades y afecciones periodontales y periimplantarias de 2018.

Un paciente se considera un caso de periodontitis en el contexto clínico si:

La pérdida de inserción clínica interdental es detectable en > 2 dientes adyacentes.

La pérdida de inserción clínica bucal > 3 mm con bolsa > 3 mm es detectable en 2 o más dientes ¹⁶.

La pérdida de inserción clínica no puede atribuirse a causas no relacionadas con la periodontitis, tales como: recesión gingival de origen traumático, caries dental que se extiende en el área cervical de los dientes, presencia de pérdida de niveles de inserción clínica en zona distal de un segundo molar y asociada a malposición o extracción de tercer molar, una lesión endodóntica que drena a través del periodonto marginal y ocurrencia de fractura vertical de la raíz ¹⁶.

La periodontitis en estadio I marca el tránsito de la gingivitis a la periodontitis, representando las primeras pérdidas de tejido de soporte. Los pacientes con esta

etapa desarrollan enfermedad por inflamación gingival persistente y disbiosis de la biopelícula. Más que un diagnóstico temprano, la pérdida clínica de inserción en edad temprana puede indicar mayor susceptibilidad. El diagnóstico precoz y la identificación de individuos susceptibles permiten intervenciones tempranas y un monitoreo más eficiente, con opciones de eliminación de biopelícula y de agentes farmacológicos ¹⁶.

La periodontitis en estadio II es la fase en que la enfermedad está establecida, y un examen clínico minucioso revela los daños característicos en el soporte dental causados por la enfermedad. En esta etapa, el manejo suele ser relativamente sencillo en muchos casos, ya que se espera que la aplicación de los principios de tratamiento estándar, que incluyen la eliminación de bacterias y un monitoreo regular, pueda detener la progresión. Es crucial evaluar cuidadosamente la respuesta del paciente a estos tratamientos, ya que el grado de la enfermedad y cómo responde pueden indicar si se requiere un manejo más intensivo para casos específicos ¹⁶.

La periodontitis en estadio III implica daños severos en los tejidos de soporte y, si no se trata, puede conducir a la pérdida de dientes. Se caracteriza por lesiones periodontales profundas que alcanzan la mitad de la raíz y que son difíciles de manejar por los defectos intraóseos profundos, afectación de las furcaciones, antecedentes de pérdida o exfoliación dental, y defectos en la cresta localizados, complicando así el reemplazo dental mediante implantes. A pesar de la posible pérdida dental, la función masticatoria generalmente se mantiene, y el tratamiento de la periodontitis en este estadio no requiere rehabilitaciones complejas para restaurar la función ¹⁶.

Periodontitis en estadio IV: En esta fase avanzada, la enfermedad provoca daños severos en el soporte periodontal y puede llevar a una pérdida significativa de dientes, lo que impacta la función masticatoria. Sin un control adecuado y una rehabilitación apropiada, existe el riesgo de perder la dentición. Se caracteriza por lesiones periodontales profundas que alcanzan la porción apical de la raíz y/o antecedentes de pérdida múltiple de dientes. Frecuentemente, se presenta con

hipermovilidad dental por trauma oclusal secundario y secuelas de la pérdida dental, como colapso de la mordida posterior y deriva. Muchas veces, el tratamiento requiere estabilización y restauración para recuperar la función masticatoria ¹⁶.

El número de dientes presentes y ausentes se obtuvo directamente del odontograma consignado en la historia clínica institucional.

Se recopilaron datos sociodemográficos mediante un cuestionario dirigido a los pacientes, en el que se preguntó por su edad, sexo, ocupación, etnia e ingresos mensuales. Además, se indagó sobre su asistencia a consultas odontológicas, antecedentes de tratamiento periodontal, hábitos relacionados con la salud oral, percepción de la influencia de la salud bucal en su vida diaria (1=muy poco, 2=poco, 3=mucho) y su autovaloración de la calidad de la higiene oral (Excelente, Buena, regular, mala).

La autoeficacia fue evaluada mediante una adaptación de la Oral Health Self-Efficacy Scale (OHSES-8), conformada por preguntas respondidas en una escala tipo Likert, relacionadas con la percepción de capacidad para utilizar seda dental, realizar un cepillado adecuado, controlar el dolor dental, prevenir la pérdida dental, identificar complicaciones del tratamiento periodontal y comunicarse con el odontólogo. Cada ítem tenía cinco opciones de respuesta donde "Nada seguro" = 0, "Algo inseguro"= 1, "Ni seguro ni inseguro"= 2, "Seguro"= 3 y "Muy seguro"= 4.

Procedimiento

La recolección de datos se realizó en las clínicas odontológicas de UNICOC Bogotá, donde los participantes recibieron inicialmente información sobre los objetivos del estudio y firmaron el consentimiento informado.

Los datos del estado periodontal y de las características dentales se obtuvieron de la historia clínica del paciente; finalmente, se le aplicó presencialmente el cuestionario de autoeficacia y conductas de salud oral.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas, y medianas con rangos intercuartílicos para variables cuantitativas. La normalidad de las variables cuantitativas se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Se evaluó la fuerza de la correlación entre el puntaje total de la OHSES y la autovaloración de la calidad de la higiene oral mediante un análisis de correlación punto-biserial, considerando coeficientes >0.60 como satisfactorios.

La relación entre el antecedente de tratamiento periodontal y la percepción de la influencia de la salud oral en su vida diaria con la autoeficacia se evaluó mediante las pruebas T de student, Kruskal-Wallis y Dwass-Steel-Critchlow-Fligner, con previa verificación de los supuestos de normalidad y homocedasticidad, con hipótesis contrastadas bilateralmente y aceptando valores de $p < 0,05$ como indicadores de diferencias estadísticamente significativas.

La información del cuestionario se consignó en un formulario en línea, posteriormente depurada y organizada en Microsoft Excel 2021 y analizada en el paquete estadístico STATA versión 14 para Windows.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de UNICOC mediante el código de aval 21-08-2025-04 del acta N° 48 del día 3 de septiembre de 2025. La investigación fue clasificada como de riesgo mínimo según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia al indagar sobre aspectos de la conducta de los participantes y que la OHSES es un cuestionario psicométrico. Se garantizaron los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y la confidencialidad de la información mediante anonimización de datos de identificación. Todos los participantes firmaron consentimiento informado antes de ingresar al estudio.

RESULTADOS

Se incluyeron 133 participantes con una mediana de edad de 51 años (RIC: 36–57). La muestra mostró una ligera mayoría de mujeres, 55,6% (n=74), mientras que el 44,4% (n=59) eran hombres. Respecto a la etnia, el 78,2% (n=104) se identificó como mestizo y el 21,8% (n=29) como caucásico. El 75,9% (n=101) pertenecía al régimen contributivo y el 24,1% (n=32) al régimen subsidiado. El 56,4% (n=75) de los participantes eran empleados, el 24,1% (n=32) realizaban trabajo independiente, el 13,5% (n=18) eran pensionados y el 6% (n=8) estaban desempleados. (Tabla 1).

El 39,8% (53) reportó antecedentes de enfermedad sistémica. La hipertensión arterial fue la condición más frecuente (16,5%) (n=22), seguida de la coexistencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 (9%) (n=12). El 48,1% (n=64) de los participantes manifestó haber asistido al odontólogo hace más de un año y el 57,1% (n=76) indicó antecedentes de tratamiento periodontal previo. En relación con los hábitos de higiene oral, el 51,1% (n=68) informó cepillarse dos veces al día, mientras que el 24,8% (n=33) reportó hacerlo tres veces al día. El 48,1% (n = 64) manifestó utilizar elementos auxiliares de higiene oral. (Tabla 1)

En la primera evaluación, la mediana del número de dientes remanentes fue de 20 (RIC: 16-23). La mediana del número de dientes perdidos por causas distintas a la enfermedad periodontal fue de 6 (RIC: 3-8). La mediana del número de dientes perdidos por enfermedad periodontal fue de 4 (RIC: 2-7).

Los procedimientos más frecuentes en el historial de tratamiento periodontal fueron la instrumentación supragingival y subgingival, con un 30,1 % (n = 40) de los sujetos. El 26,3 % (n = 35) de los participantes refirió haberse sometido a cirugía periodontal, mientras que el 22,6 % (n = 30) refirió mantenimiento periodontal. Por el contrario, el 21,1 % (n = 28) de los participantes refirieron no haber recibido ningún tratamiento periodontal previo. En general, la población estudiada presentaba un historial significativo de tratamiento periodontal y de pérdida de dientes por enfermedad periodontal (Tabla 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y periodontales de la población de estudio

Variables	Mediana	RIC
Edad	51 (Min-Max: 19-75)	(36-57)
Sexo	n	%
Femenino	74	55,6
Masculino	59	44,4
Etnia		
Caucásico	29	21,8
Mestizo	104	78,2
Aseguramiento en salud		
Contributivo	101	75,9
Subsidiado	32	24,1
Ocupación		
Desempleado	8	6
Empleado	75	56,4
Independiente	32	24,1
Pensionado	18	13,5
Ingreso económico		
Más de 1 SMLV	61	45,9
Menos de 1 SMLV	9	6,8
1 SMLV	63	47,4
Enfermedad sistémica	n	%
Sí	53	39,8
No	80	60,2
Antecedente de tratamiento periodontal		
No	57	42,9
Si	76	57,1
Última consulta odontológica		
1 mes	5	3,8
1 año	16	12
3 meses	10	7,5
6 meses	35	26,3
Mas de 1 año	64	48,1
Nunca	3	2,3

Frecuencia de cepillado		
1	24	18
2	68	51,1
3	33	24,8
3 o mas	8	6
Uso de elementos auxiliares		
Sí	64	48,1
No	69	51,9
Autovaloración de calidad del cuidado oral		
Regular	59	44,4
Bueno	53	39,8
Excelente	8	6
Malo	13	9,8
Percepción de influencia de la salud oral en la vida diaria		
Mucho	77	57,9
Muy poco	11	8,3
Poco	45	33,8
Dientes naturales en boca en evaluación inicial	20	(16–23)
Dientes extraídos por cualquier causa	6	(3–8)
Dientes extraídos por enfermedad periodontal	4	(2–7)
Cirugía periodontal	35	26,3
Mantenimiento periodontal.	30	22,6
Ninguno	28	21,1
Instrumentación supra y subgingival	40	30,1

A pesar de que la autoeficacia en salud oral, según el puntaje total de la OHSES, mostró variaciones entre los diferentes estados periodontales, estas no fueron estadísticamente significativas (ANOVA=1.30; $p=0.273$). Los puntajes promedio más bajos se observaron en pacientes con periodontitis estadio I grado A (18.1 ± 5.57), estadio II grado B (18.4 ± 6.97) y estadio III grado B (18.7 ± 6.79), mientras que los valores más altos se observaron en individuos con gingivitis inducida por biofilm (21.9 ± 4.43), periodontitis estadio IV grado C (21.0 ± 5.07) y salud

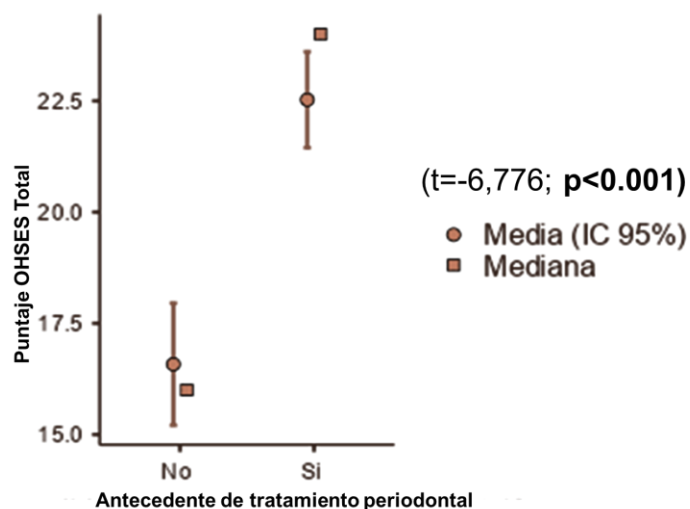
periodontal (20.3 ± 5.36). La similitud estadística entre la severidad periodontal y los niveles de autoeficacia, así como las amplias desviaciones estándar, demuestran una distribución heterogénea, lo que sugiere que la percepción de capacidad para mantener conductas adecuadas de cuidado oral podría estar influida no solo por el estado periodontal, sino también por factores conductuales, educativos y experiencias previas de tratamiento periodontal. (Tabla 2)

Tabla 2. Puntaje total de autoeficacia según el estado periodontal de los participantes.

Estado periodontal	N	Media	DE	ANOVA	p valor
Periodontitis estadio I grado A	13	18.1	5.57	1.30	0.273
Periodontitis estadio II grado B	17	18.4	6.97		
Periodontitis estadio III grado B	18	18.7	6.79		
Periodontitis estadio III grado C	20	19.9	6.36		
Salud periodontal	19	20.3	5.36		
Periodontitis estadio IV grado C	20	21.0	5.07		
Gingivitis inducida por biofilm	26	21.9	4.43		

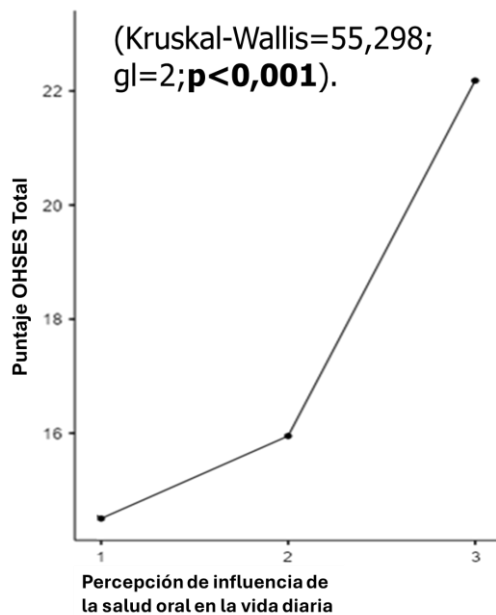
La comparación de los puntajes de autoeficacia en salud oral (OHSES) según el antecedente de tratamiento periodontal mostró valores significativamente más altos (22.5 ± 4.80) en los participantes con antecedente de tratamiento periodontal en comparación con aquellos sin dicho antecedente (16.6 ± 5.28), con una diferencia de 5.92 puntos entre los grupos ($t = -6,776$; $p < 0.001$) (Gráfica 1).

Gráfica 1. Comparación del puntaje de autoeficacia según antecedente de tratamiento periodontal



Los participantes que consideraron que la salud oral influía “muy poco” presentaron los puntajes más bajos de OHSES (14.8 ± 5.17), mientras que aquellos que reportaron una influencia “poca” (16.1 ± 5.06) y, especialmente, “much” evidenciaron valores progresivamente superiores (23 ± 4.25). De manera que la prueba de Jonckheere-Terpstra confirmó una tendencia creciente estadísticamente significativa de la puntuación de autoeficacia conforme aumentó la percepción de influencia de la salud oral en la vida diaria (J-T= 31025; $p < 0,001$). Este hallazgo, desde una perspectiva conductual, puede indicar que los individuos con mayor conciencia sobre la repercusión de la salud oral en sus actividades cotidianas podrían desarrollar niveles más altos de compromiso, adherencia y control percibido respecto de las prácticas de higiene oral (Gráfica 2).

Gráfica 2. Comparación del puntaje de autoeficacia según la percepción de influencia de la salud oral en la vida diaria.



DISCUSION

La investigación reveló que la autoeficacia en salud bucal juega un papel fundamental en ciertos comportamientos de prevención y manejo periodontal en los participantes del estudio. La puntuación media total de autoeficacia fue de 21 puntos, indicando un nivel moderado de percepción de autoeficacia. Estos resultados coinciden con los de Bantel et al. (2023) ¹⁷, quienes encontraron que las personas con una mejor percepción de su salud bucal tienden a tener niveles más altos de autoeficacia en salud bucal, y que un nivel moderado de autoeficacia está estrechamente relacionado con la percepción del estado de salud bucal y su calidad. En un estudio afín, Thomson et al. (2013) ¹⁸ sugirieron que quienes perciben su salud bucal como buena tienen mayor probabilidad de presentar una salud periodontal adecuada y conductas positivas en relación con la salud bucal.

En cuanto a los aspectos conductuales de la higiene bucal, aproximadamente la mitad de los participantes reportó cepillarse los dientes dos veces al día y usar regularmente elementos auxiliares de higiene bucal. Los resultados concuerdan con los de Sarsilmazer et al. (2020) ¹⁹, quienes evaluaron a 210 pacientes con gingivitis y periodontitis. Los pacientes con mayor autoeficacia mostraron menores niveles de placa y mejores puntuaciones en higiene bucal tras tres meses. Los autores de ese estudio señalaron que tanto la autoeficacia como la higiene bucal mejoraron significativamente tras intervenciones motivacionales e instructivas. De manera similar a Chapple et al. (2015) ²⁰, estos autores consideraron que el control de la placa mediante ayudas interdentales es un elemento clave en la gestión periodontal actual. Observaron que la motivación y la autoeficacia percibida influyen en la incorporación de estas ayudas a la rutina de higiene bucal de los pacientes.

Las percepciones sobre la capacidad para usar el hilo dental mostraron una respuesta positiva en el 51,9% de los participantes y una respuesta neutral en el 37,6%. Esto está en línea con Thiemann et al. (2020) ²¹, donde una mayor autoeficacia en la limpieza interdental se asoció con una disminución significativa en el número de bolsas periodontales que requerían tratamiento ($r_s=0,2349$;

$p=0,022$), y una disminución significativa en el área de superficie inflamada periodontal con la autoeficacia ($rs=0,2099$; $p=0,042$). Los autores del estudio concluyeron que la autoeficacia en la limpieza interdental influye positivamente en la autoevaluación de los resultados clínicos periodontales. Además, Woelber et al. (2016) ²² mostraron que los pacientes sometidos a la Entrevista Motivacional como método presentaron un aumento estadísticamente significativo en la autoeficacia para la limpieza interdental en comparación con los participantes en el grupo de control ($19,57 \pm 4,7$ vs. $17,38 \pm 6,01$; $p = 0,016$), y por lo tanto destacaron la importancia de las modificaciones conductuales para mejorar la autoeficacia en la salud bucal.

Aproximadamente la mitad de los participantes en este estudio también afirmó creer que podía prevenir la pérdida de dientes. Estos resultados están en línea con el estudio longitudinal de Mizutani et al. (2015) ²³, en el que se encontró que una baja autoeficacia para el cepillado dental en la línea de base era un predictor significativo de la progresión de la enfermedad periodontal durante un período de seguimiento de tres años (OR: 1.516; IC del 95%: 1,010–2,275; $p < 0,05$). Además, los autores reportaron que una mayor autoeficacia para realizar visitas al dentista se asociaba con un aumento de la frecuencia de estas visitas, lo que respalda la necesidad de potenciar el comportamiento preventivo lo antes posible en el curso de la enfermedad periodontal.

Los resultados del estudio mostraron una tendencia ascendente de la autoeficacia entre los pacientes con etapas periodontales más avanzadas, ya que los individuos con periodontitis de grado C en estadio IV presentaron una puntuación media de 22,5. El ajuste psicológico y la experiencia adquirida en una serie de tratamientos periodontales pueden explicar estos hallazgos. Thiemann et al. (2020) ²¹ también observaron mejoras considerables en las puntuaciones de OHSE en pacientes que recibieron tratamiento periodontal inicial, lo que indica que una experiencia de tratamiento prolongada construye autoeficacia y un sentido de control sobre la enfermedad.

Otro hallazgo relevante fue la correlación positiva, de moderada a fuerte, entre el apoyo y la autoeficacia general ($p=0.638$; $p<0.001$). Las correlaciones más elevadas se encontraron con el apoyo percibido ($p=0.607$) y con el apoyo del entorno ($p=0.590$). Bandura (2012) ²⁴ explica los efectos positivos de la percepción y la capacidad de la persona para relacionarse con el apoyo y mantener comportamientos saludables. Asimismo, en el estudio de Asimakopoulou et al., (2015) ²⁵, la comunicación individual sobre el riesgo periodontal mejoró la percepción de eficacia en el tratamiento periodontal ($p<0.001$), la autoeficacia en la adherencia al tratamiento ($p<0.05$) y la intención de seguir el tratamiento periodontal ($p<0.03$). Todo esto indica que las intervenciones psicoeducativas tienen efectos beneficiosos en el cambio de comportamiento relacionado con la salud periodontal.

En cuanto a la comunicación con el profesional de la salud, el 55.6% de los encuestados afirmó poder hacer preguntas sobre el tratamiento periodontal. Estos resultados coinciden con el estudio de Newton y Asimakopoulou (2015) ²⁶, quienes indicaron que una educación centrada en las necesidades individuales y el apoyo continuo en la clínica mejoran el compromiso con el tratamiento y fomentan la adherencia a largo plazo. Además, el estudio de Gao et al. (2021) ²⁷ resaltó que la percepción de control del tratamiento y la autogestión del tratamiento se fortalecen mediante la motivación hacia la mejora y la educación en salud. Asimismo, Knowles et al. (2015) ²⁸ argumentaron que los procesos de educación para adultos en un entorno formal y estructurado pueden potenciar el desarrollo de conductas relacionadas con la salud y aumentar la autoeficacia mediante experiencias de aprendizaje organizadas.

El estudio encontró una mediana de 6 dientes perdidos, lo cual coincide con otras investigaciones sobre mantenimiento periodontal en pacientes con periodontitis moderada a severa. Costa et al. (2014) ²⁹ argumentaron que quienes no seguían de manera constante el mantenimiento perdieron aproximadamente tres veces más dientes en un año, en comparación con quienes sí lo hacían (0.36 vs 0.12 dientes/año; $p<0.01$). Además, señalaron que factores como el tabaquismo/la enfermedad sistémica y las bolsas periodontales profundas son clave en la pérdida

de dientes. Uno de los enfoques principales del programa de mantenimiento periodontal es fomentar la adherencia al autocuidado terapéutico para prevenir la pérdida temprana de dientes.

El estudio encontró que muchos pacientes se ubicaban en una categoría neutral respecto a otras conductas preventivas, como el uso del hilo dental, la prevención de la pérdida de dientes y el control del dolor. Los factores potenciales que contribuyen a esas categorías conductuales neutrales son de naturaleza psicológica y pueden incluir el estrés y la ansiedad dental. Según Mueller et al. (2021) ³⁰, las personas que experimentan baja autoeficacia en su salud oral probablemente presenten altos niveles de estrés, un estado de salud oral autorreportado bajo y una baja adherencia a los tratamientos recomendados. Además, Gao et al. (2021) ²⁷ demostraron que las intervenciones educativas que promueven la alfabetización en salud bucal mejoran la autogestión de la salud en las personas y reducen las ideas erróneas sobre el manejo del dolor y la automedicación dental.

Este estudio destaca la importancia de evaluar la autoeficacia en el manejo de los factores conductuales asociados a la enfermedad periodontal. Es claro que los profesionales intentan mejorar la autoeficacia en la higiene oral mediante la Escala de Autoeficacia en la Higiene Oral (OHSE), con el fin de identificar a los pacientes en riesgo de incumplimiento y diseñar módulos educativos específicos. Según Buunk-Werkhoven et al. (2011) ³¹, la escala OHSE es válida y confiable en cierta medida. Esto también lo confirma Fernández et al. (2022) ³², quienes estudiaron la adaptación cultural de la escala al español y la evaluación del comportamiento de autocuidado oral en comunidades hispanohablantes. Además, Blicher et al. (2014) ³³ coinciden en que las herramientas de autoevaluación en salud oral, cuando se usan de forma sistemática, son válidas para medir los factores conductuales en la enfermedad periodontal.

Aunque existen relaciones estadísticamente significativas entre las variables, la naturaleza transversal del estudio impide establecer una relación causal directa entre la autoeficacia y la progresión de la enfermedad periodontal. Una limitación de la auto información es que los encuestados tienden a responder de acuerdo con lo

que consideran socialmente aceptable, conocido como sesgo de deseabilidad social. Sin embargo, los resultados son útiles para comprender los factores conductuales, psicológicos y sociales relacionados con el cuidado de las personas con enfermedad periodontal y resaltan la importancia de un modelo de manejo conductual que incluya técnicas educativas y motivacionales. Además, se refuerza el papel de la autoeficacia del paciente para promover un mayor apoyo psicológico.

CONCLUSIÓN

La percepción de autoeficacia en salud oral mostró una relación significativa tanto con la gravedad de la enfermedad periodontal como con varias conductas de cuidado bucal en pacientes atendidos en las clínicas de UNICOC Bogotá.

Los participantes con niveles más altos de autoeficacia tuvieron percepciones más favorables sobre su capacidad para realizar conductas preventivas, seguir el tratamiento periodontal y mantener hábitos adecuados de higiene oral.

Los resultados sugieren la necesidad de incorporar estrategias educativas y conductuales orientadas al fortalecimiento de la autoeficacia en los programas de prevención y de manejo integral de la enfermedad periodontal.

Asimismo, se recomienda realizar investigaciones longitudinales que permitan evaluar la relación causal entre la autoeficacia y la progresión periodontal.

REFERENCIAS

1. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, Flemmig TF, Garcia R, Giannobile WV, Graziani F, Greenwell H, Herrera D, Kao RT, Kebschull M, Kinane DF, Kirkwood KL, Kocher T, Kornman KS, Kumar PS, Loos BG, Machtei E, Meng H, Mombelli A, Needleman I, Offenbacher S, Seymour GJ, Teles R, Tonetti MS. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S173-S182. doi: 10.1002/JPER.17-0721. PMID: 29926951.
2. Kinane, D., Stathopoulou, P. & Papapanou, P. Periodontal diseases. *Nat Rev. Dis Primers* 3, 17038 (2017). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.38>
3. Bartold PM, Van Dyke TE. Periodontitis: a host-mediated disruption of microbial homeostasis. Unlearning learned concepts. *Periodontol* 2000. 2013 Jun;62(1):203-17. doi: 10.1111/j.1600-0757.2012.00450. x. PMID: 23574467; PMCID: PMC3692012.
4. IV Estudio Nacional De Salud Bucal - ENSAB IV. Metodología y determinación social de la salud bucal [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/306645169_IV_Estudio_Nacional_De_Salud_Bucal_-
5. Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. *J Clin Periodontol.* 2017 May;44(5):456-462. doi: 10.1111/jcpe.12732. Epub 2017 May 8. PMID: 28419559.
6. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, et al. Tooth loss and oral health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2010; 8:126. doi:10.1186/1477-7525-8-126
7. Sanz M, Marco Del Castillo A, Jepsen S, et al. Periodontitis and cardiovascular diseases. *J Clin Periodontol.* 2020;47(3):268-288. doi:10.1111/jcpe.13189

8. Bandura A. Self-efficacy: A unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
9. Buglar ME, White KM, Robinson NG. The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing. *Patient Educ Couns.* 2010;78(2):269-272. doi: 10.1016/j.pec.2009.06.014
10. Scheerman JFM, van Meijel B, van Empelen P, et al. Effect of a mobile application on oral hygiene. *Int J Dent Hyg.* 2020;18(1):73-83. doi:10.1111/idh.12415
11. Broadbent JM, Thomson WM, Poulton R. Oral health beliefs in adolescence and oral health in young adulthood. *J Dent Res.* 2006;85(4):339-343. doi:10.1177/154405910608500411
12. Newton JT, Asimakopoulou K. The social determinants of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2015;43(5):395-400. doi:10.1111/cdoe.12190
13. Freeman R. The psychology of dental patient care. *Br Dent J.* 2012;213(1):15-18. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.629
14. Moussa LG, Sonmez OF, Bedi R. Incorporating oral health into the One Health agenda: contributions and implications. *Sci One Health.* 2025 Apr 30;4:100111. doi: 10.1016/j.soh.2025.100111. PMID: 40487683; PMCID: PMC12145745.
15. Huang S, Li JW, Zheng LW, Qiao WW, McGrath C. One Health and Oral Health: A Scoping Review to Inform Research and Present Challenges. *JDR Clin Trans Res.* 2024 Oct;9(1_suppl):88S-98S. doi: 10.1177/23800844241273821. PMID: 39558733.
16. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of Workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018;89 Suppl 1:S74-S84. doi:10.1002/JPER.17-0719.
17. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J*

Periodontol. 2018;89(Suppl 1):S159– S172. <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0006>

17. Bantel M, et al. Oral health self-efficacy, oral health-related quality of life, and self-rated oral health in adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2023;51(4):542-550.

18. Thomson WM, Mejia GC, Broadbent JM, Poulton R. Construct validity of self-rated oral health and associations with clinical oral conditions in adults. *J Dent Res.* 2013;92(5):451-456.

19. Sarsilmazer G, Yilmaz HG, Aykol-Sahin G. Relationship between oral health self-efficacy and plaque control in periodontal patients. *Oral Health Prev Dent.* 2020;18(1):729-736.

20. Chapple ILC, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, et al. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. *J Clin Periodontol.* 2015;42(S16):S71-S76.

21. Thiemann C, Kolbe MF, Schmoedel J, Jockel-Schneider Y, Staufenbiel I, Noack B. Changes in oral hygiene self-efficacy and periodontal treatment outcomes following non-surgical periodontal therapy. *Clin Oral Investig.* 2020;24(11):3987-3995.

22. Woelber JP, Spann-Aloge N, Hanna G, Fabry G, Frick K, Brunner E, et al. Training of dental professionals in motivational interviewing can heighten interdental cleaning self-efficacy in periodontal patients. *J Clin Periodontol.* 2016;43(11):993-1000.

23. Mizutani S, Ekuni D, Furuta M, Tomofuji T, Irie K, Azuma T, et al. Effects of self-efficacy on oral health behaviours and periodontal disease progression among patients undergoing periodontal maintenance therapy. *J Clin Periodontol.* 2015;42(6):533-541.

24. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman; 2012.
25. Asimakopoulou K, Newton JT, Daly B, Kutkut A, Ide M. The effects of personalized periodontal risk communication on treatment adherence, self-efficacy and intention. *J Clin Periodontol*. 2015;42(1):90-96.
26. Newton JT, Asimakopoulou K. Managing oral hygiene as a risk factor for periodontal disease: a systematic review of psychological approaches to behavior change for improved plaque control in periodontal management. *Periodontol 2000*. 2015;68(1):37-46.
27. Gao X, Lo ECM, Kot SCC, Chan KCW. Oral health literacy, self-management and dental pain coping strategies in adults. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):56-64.
28. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. *The adult learner*. 8th ed. New York: Routledge; 2015.
29. Costa FO, Santuchi CC, Lages EJP, Cota LOM, Cortelli SC, Cortelli JR, et al. Prospective study in periodontal maintenance therapy: comparative analysis between regular and irregular compliers. *J Periodontol*. 2014;85(1):127-136.
30. Mueller A, Winter P, Schlueter N. Oral health literacy, self-efficacy and oral health outcomes in adults: a cross-sectional study. *Community Dent Health*. 2021;38(4):287-293.
31. Buunk-Werkhoven YAB, Dijkstra A, van der Schans CP. Determinants of oral hygiene behavior: a study based on the Theory of Planned Behavior. *Int Dent J*. 2011;61(2):83-89.

32.Fernández M, Roldán S, Herrera D, Sanz M. Cross-cultural adaptation and validation of the Oral Health Self-Efficacy Scale in Spanish adults. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2022;27(5):e451-e458.

33.Blicher B, Joshipura K, Eke P. Validation of self-reported periodontal disease: a systematic review. *J Dent Res*. 2014;84(10):881-890.