



**RELACIÓN DE LA AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD BUCAL
CON LA SEVERIDAD DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES DE LAS CLÍNICAS
DE UNICOC BOGOTÁ: Estudio transversal**

**RELATIONSHIP BETWEEN SELF-EFFICACY AND ORAL HEALTH BEHAVIORS WITH THE
SEVERITY OF PERIODONTAL DISEASE IN PATIENTS AT UNICOC CLINICS IN BOGOTÁ: Cross-
sectional study**

ESTUDIANTES

**PEDRO JOSE MEDINA ZUÑIGA
JUAN SEBASTIAN GARCIA DELGADO**

INTRODUCCIÓN

La autoeficacia es la creencia de un individuo en su capacidad para organizar y ejecutar acciones necesarias para alcanzar ciertos objetivos.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria multifactorial causada por una disbiosis de la biopelícula, que destruye el tejido periodontal y, sin tratamiento, puede llevar a la pérdida dental, afectando la función masticatoria y la estética.

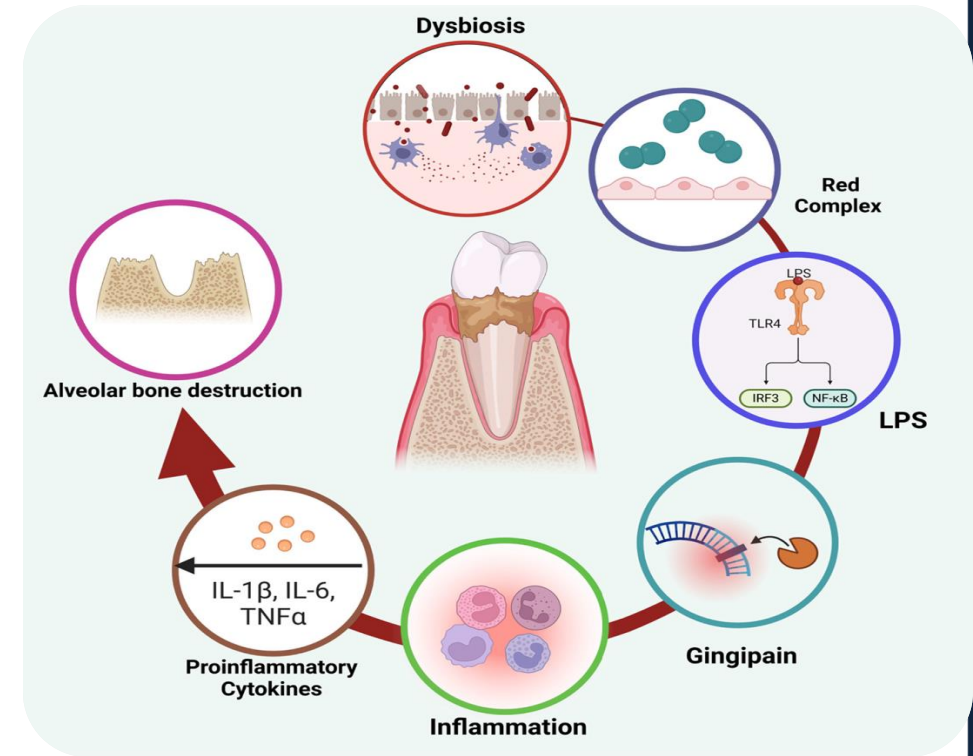


Figura 4. Modelo de asociación entre alfabetización en salud y salud mental [tomado de Choi YJ, et al. (2022)]

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La periodontitis es una enfermedad prevalente a nivel mundial y representa un problema de salud pública, ya que afecta a cerca de 1.100 millones de personas según estimaciones del 2019.



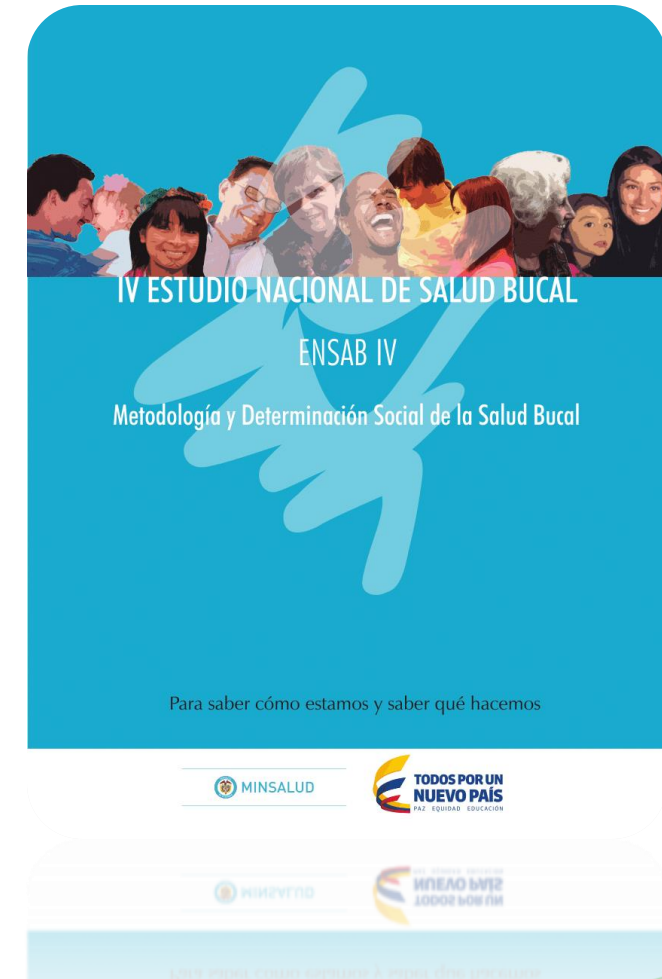
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tratamiento de la periodontitis puede ser quirúrgico o no quirúrgico. La terapia no quirúrgica, como la instrumentación subgingival, busca eliminar mecánicamente la placa y el cálculo para reducir la inflamación y la carga bacteriana.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el último estudio epidemiológico que se realizó en Colombia ENSAV IV donde la prevalencia de enfermedad periodontal moderada está entre 43% en adultos mayores.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La periodontitis puede disminuirse e incluso resolverse fortaleciendo en los pacientes la habilidad de la autoeficacia.



La autoeficacia es un factor ampliamente aceptado y relevante. Se describe en la teoría sociocognitiva de Bandura como la confianza que uno tiene para ejecutar con éxito una conducta exigente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Segun Miller y Rollnick (2012), una mayor autoeficacia se asocia con mejor higiene oral y mejores resultados clinicos.

Mejora significativa en autoeficacia de 18 a 28 puntos en escala OHSES, esto refleja avance en confianza para el paciente para realizar prácticas efectivas de higiene bucal.

La autoeficacia en higiene bucal mejora con educación continua y apoyo clínico facilitando hábitos saludables.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mantener la salud oral requiere hábitos saludables y trabajo en conjunto entre paciente y odontólogo.

El odontólogo debe orientar sobre dieta saludable y correcta higiene oral.

El paciente debe reconocer que cualquier cambio en la boca, por pequeño que sea, debe ser evaluado de inmediato por un profesional.



JUSTIFICACIÓN

La autoeficacia impacta la salud bucal y la periodontitis.

Mayor autoeficacia mejora la salud periodontal; menor la empeora.

Buena higiene y control dental previenen la periodontitis y pérdida dental.

En UNICOC Bogotá, este estudio permitió fortalecer la autoeficacia y el control periodontal.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Autoeficacia en Salud Oral

Fundamentos teóricos y evaluación

Definitción

01



Concepto de Bandura

La autoeficacia es la creencia en la propia capacidad para alcanzar objetivos. Es el fundamento psicológico del comportamiento en salud oral.

Woelber et al., Front. Psychol., 2016

Rol en Tratamientos

02



Rol en el Tratamiento

- Adopción de hábitos de higiene oral
- Mantenimiento a largo plazo
- Adherencia efectiva al tratamiento

**Alta autoeficacia =
mejor pronóstico**

Woelber et al., Front. Psychol., 2016

Medición / OHSES

03



Herramientas de Medición

La escala OHSES (Oral Health Self-Efficacy Scale) evalúa las prácticas de higiene del paciente en odontología.

OHSES

Espinosa & Riquelme, ResearchGate

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Oral Health Self-Efficacy Scale (OHSES)	
1	¿Hasta qué punto confía en su capacidad para elegir los alimentos que debe evitar comer para prevenir la pérdida dental
2	¿Hasta qué punto confía en su capacidad para prevenir la pérdida de dientes?
3	¿Hasta qué punto confía en su capacidad para actuar en caso de que una restauración se agriete o se caiga?
4	¿En qué medida confía en su capacidad para actuar si le duele un diente, haría algo más que tomar analgésico?
5	¿En qué medida confía en su capacidad para utilizar la seda dental?
6	¿En qué medida confía en su capacidad para cepillarse bien todas las superficies de los dientes?
7	¿Hasta qué punto confía en su capacidad para preguntar a su médico si tiene dudas o preocupaciones sobre su medicación?
8	¿Hasta qué punto confía en su capacidad para identificar los efectos secundarios potencialmente peligrosos de la medicación que está tomando?

Adaptado de: Thiemann L. et al, 2024 (24).

Interna (alfa de Cronbach = 0,821) y una fiabilidad test-retest aceptable (CCI = 0,411)

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Importancia de la autoeficacia en la adherencia y el éxito de la terapia periodontal.

Una alta autoeficacia mejora la higiene oral y reduce la progresión de la periodontitis.

Se asoció con mejores resultados clínicos (menor CAL).

Puede fortalecerse con intervenciones educativas como entrevistas motivacionales.



Puntaje de autoeficacia	% de reducción de placa bacteriana	CAL promedio (mm)
20 (baja)	15%	4.0 mm
23	25%	3.5 mm
26	35%	3.0 mm
28	45%	2.7 mm
30 (alta)	55%	2.3 mm

OBJETIVOS

General

Evaluar la relación entre la autoeficacia y conductas de salud bucal con la severidad de afectación periodontal en pacientes de las clínicas de UNICOC Bogotá.

Específicos

1, Describir las características socioeconómicas, demográficas y clínicas de los pacientes con enfermedad periodontal de las clínicas de UNICOC Bogotá.

2. Establecer la severidad de la enfermedad periodontal de los pacientes de las clínicas de UNICOC Bogotá.

3. Establecer el nivel autoeficacia de los pacientes con enfermedad periodontal de las clínicas de UNICOC Bogotá.

4. Analizar el nivel autoeficacia de acuerdo con la severidad de la enfermedad periodontal de los pacientes de las clínicas de UNICOC Bogotá.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.

Cualitativas: Se presentarán Frecuencias absolutas y relativas

Cuantitativas: Se describirán Medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos, según los resultados de la prueba de shapiro-Francia.

ANÁLISIS INFERENCIAL.

Relación entre severidad periodontal y autoeficacia Distribución normal:
Prueba ANOVA.
Sin normalidad: Prueba de Jonckheere-terpstra.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

ESTUDIO: Enfoque cuantitativo, de tipo observacional y diseño transversal con alcance relacional.

La población de estudio está conformada por pacientes con enfermedad periodontal de las clínicas de periodoncia de UNICOC Bogotá que presenten algún grado de afectación, ya sea gingivitis o periodontitis.

OBJETO DE ESTUDIO

Nivel de autoeficacia según el grado de afectación periodontal.



Muestreo: Se plantea un muestreo aleatorio estratificado teniendo como criterio la severidad de la enfermedad periodontal, esto es cada nivel de enfermedad periodontal aportará el mismo número de pacientes a la muestra.

METODOLOGÍA

CÁLCULO DE TAMAÑO MUESTRAL Y MUESTRA

Se calculo un tamaño muestral de 133 participantes, utilizando una fórmula para la comparación de dos medias independientes. Se considera una diferencia esperada de 5 puntos en las medias, una desviación estándar entre 5,1 y 7,1, un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 90%.



MUESTRA



POBLACIÓN



METODOLOGÍA

- Criterios de inclusión
- -Pacientes estables con o sin historia de enfermedad periodontal
- - Pacientes con gingivitis .
- - Pacientes con periodontitis estadio I-II-III-IV .
- - Pacientes mayores de edad.
- - Pacientes tratados en las clínicas de UNICOC Bogotá.
- - Pacientes que asistan a consulta odontológica por primera vez.

- Criterios de exclusión
- - Pacientes que no tengan el español como idioma nativo.
- - Pacientes con condiciones orales sintomáticas que impidan la adecuada higiene oral. (prótesis fijas destapadas, aparatología ortodóntica, coronas desadaptadas).
- - Pacientes con limitaciones físicas incapacitantes que le impidan autónomamente realizar su higiene oral.
- - Pacientes con limitaciones cognitivas graves que le impidan contestar las preguntas de los cuestionarios.
- - Pacientes que no firmen consentimiento informado.

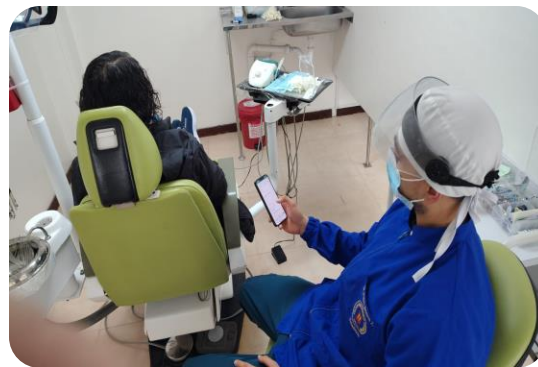
PROCEDIMIENTO

Lugar: Clínicas de
periodoncia de
UNICOC

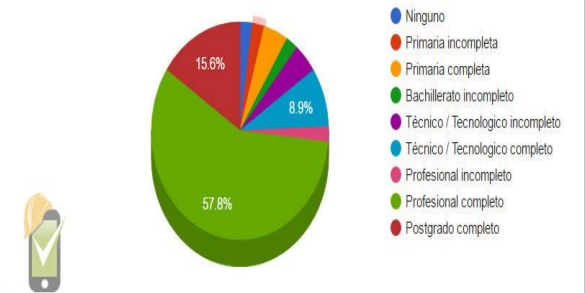
Participantes:
pacientes
atendidos por
estudiantes de
postgrado
supervisados por
docentes
especialistas

Datos clínicos
extraídos de la
historia clínica

Datos
sociodemográficos



Nivel educativo



PROCEDIMIENTO



Instrumento:
Escala OHSES-8(8
ítems, tipo Likert
0-4).



Puntaje: 0 - 32.

Dimensiones 8
areas de impacto(
funcional, físico,
psicológico).



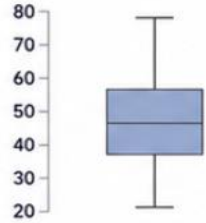
RESULTADOS

1 EDAD

Mediana:

51
años

(RIC: 36-57)



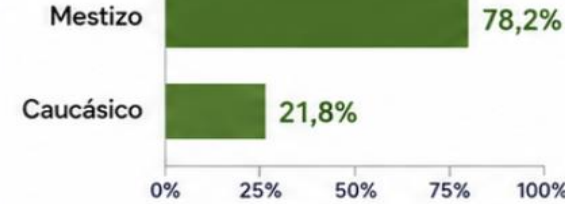
2 SEXO

Femenino
55,6%



Masculino
44,4%

3 ETNIA



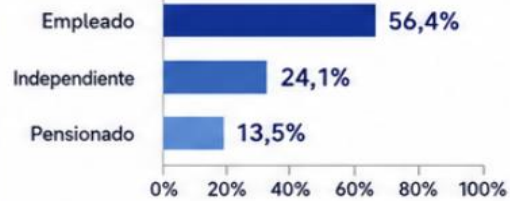
4 ASEGURAMIENTO

Contributivo
75,9%

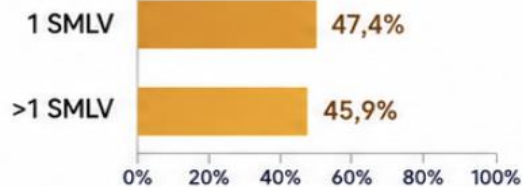


Subsidiado
24,1%

5 OCUPACIÓN



6 INGRESO ECONÓMICO



7 ENFERMEDAD SISTÉMICA



8 TRATAMIENTO PERIODONTAL PREVIO



9 ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA



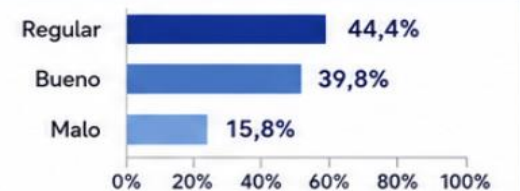
10 FRECUENCIA DE CEPILLADO



11 USO DE ELEMENTOS AUXILIARES



12 AUTOVALORACIÓN CUIDADO ORAL



13 INFLUENCIA DE SALUD ORAL EN VIDA DIARIA

Mucho
57,9%



Poco
28,1%

Nada
14,0%



Más de la mitad de los adultos considera que su salud oral **influye mucho** en su vida diaria.

Estadísticos descriptivos del puntaje total y dimensiones de autoeficacia en salud oral en la población de estudio

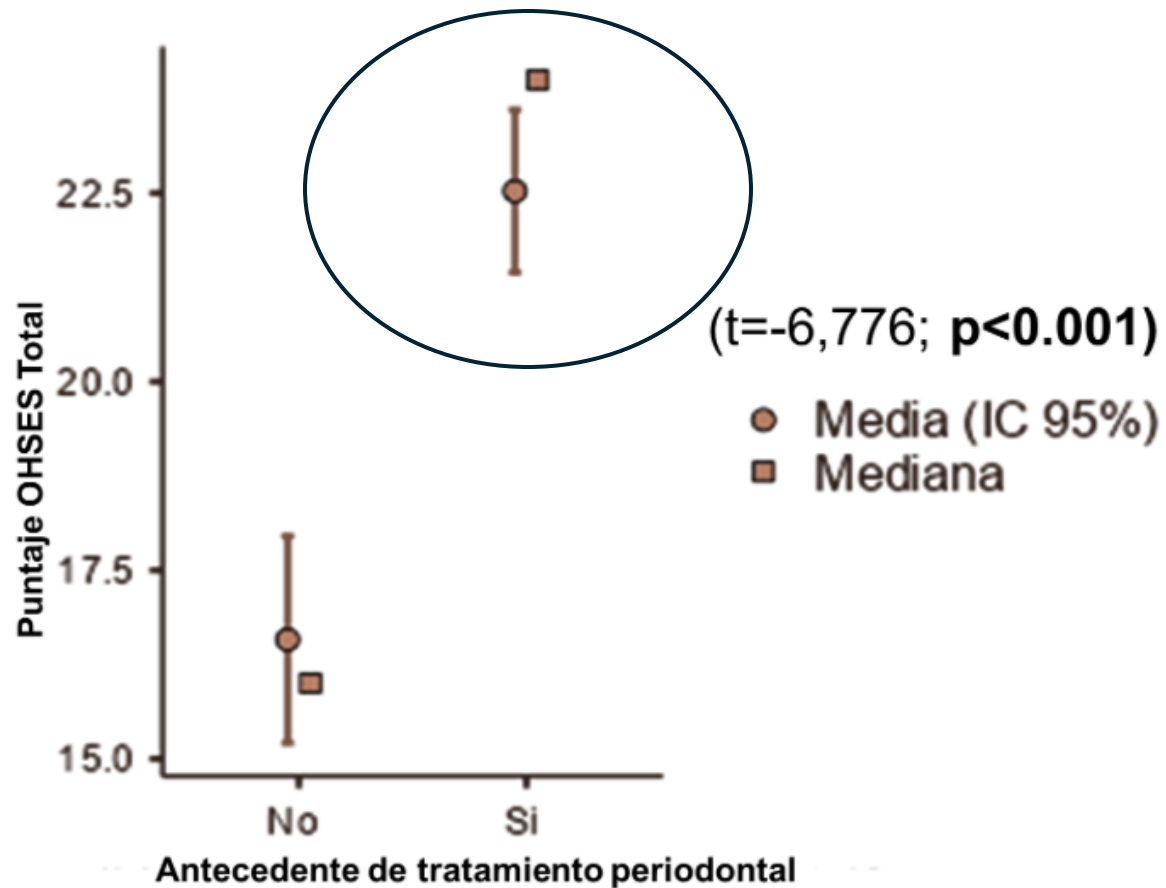
Variable	Mediana (RIC)	Mín-Máx
Puntaje total de autoeficacia en salud oral	21 (16–24)	4–32
Evitar alimentos que causan pérdida dental	2 (2–3)	0–4
Confianza en prevenir pérdida dental	2 (2–3)	0–4
Actuar ante daño o pérdida de restauración	3 (2–3)	0–4
Actuar ante dolor dental	3 (2–3)	0–4
Uso correcto de seda dental	3 (2–3)	0–4
Cepillado dental adecuado	3 (2–3)	0–4
Consultar al odontólogo ante dudas	3 (2–3)	0–4
Identificar problemas en terapia periodontal	3 (2–3)	0–4

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

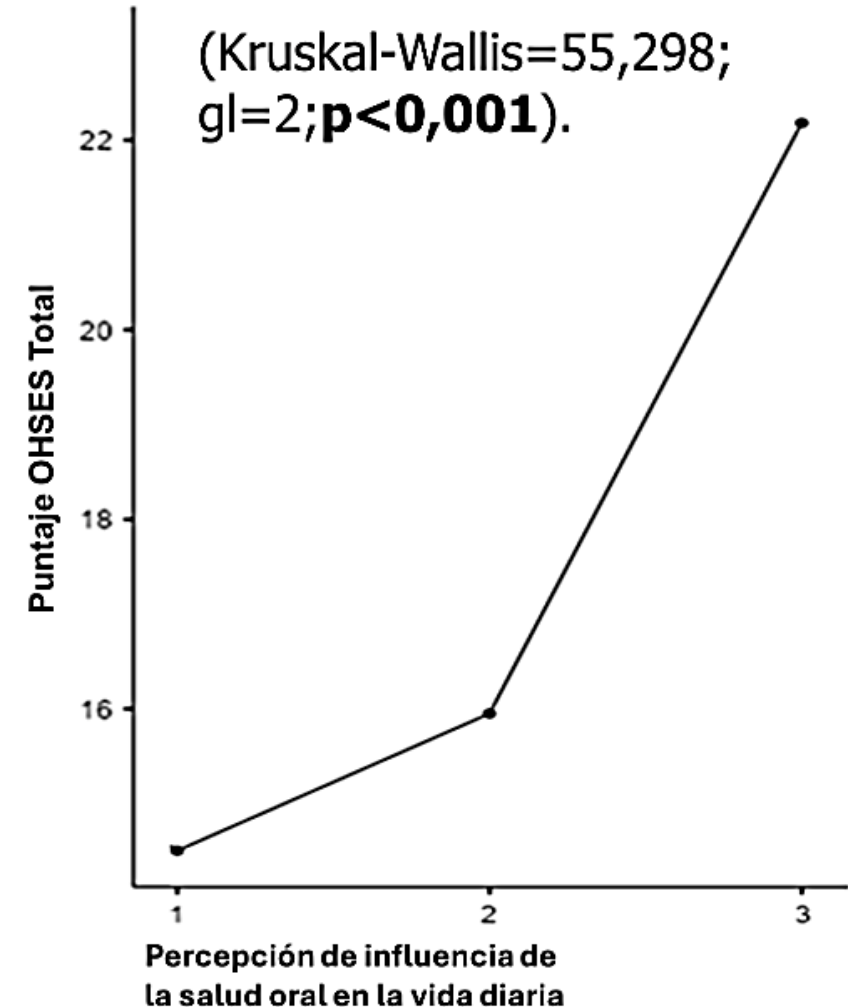
Estado periodontal	N	Media	DE	ANOVA	p valor
Periodontitis estadio I grado A	13	18.1	5.57	1.30	0.273
Periodontitis estadio II grado B	17	18.4	6.97		
Periodontitis estadio III grado B	18	18.7	6.79		
Periodontitis estadio III grado C	20	19.9	6.36		
Salud periodontal	19	20.3	5.36		
Periodontitis estadio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

RESULTADOS

Comparación del puntaje de autoeficacia según antecedente de tratamiento periodontal



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



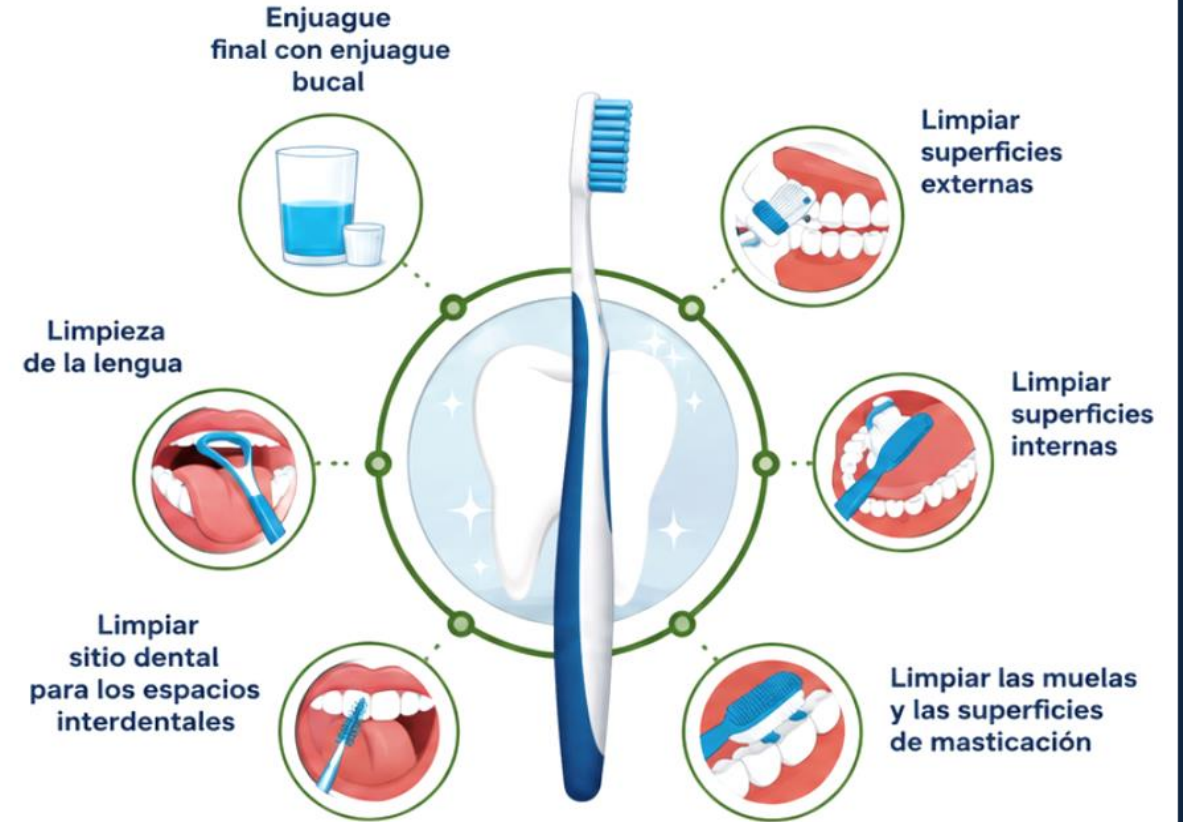
Distribución de respuestas de autoeficacia en salud oral según dimensiones evaluadas

Dimensión evaluada	Resultado principal (%)
Evitar alimentos que ocasionan pérdida dental	De acuerdo: 40,9% • Neutral: 38,6%
Prevenir la pérdida dental	De acuerdo: 41,4% • Neutral: 36,1%
Actuar frente al dolor dental	De acuerdo: 43,8%
Utilizar seda dental	De acuerdo: 44,4%
Cepillarse adecuadamente	De acuerdo: 48,9%
Preguntar dudas al odontólogo	De acuerdo: 43,6%
Identificar problemas de terapia periodontal	De acuerdo: 48,1%

DISCUSIÓN



Los resultados evidenciaron que la autoeficacia en salud bucal tiene un papel importante en los comportamientos preventivos y en el manejo periodontal. La mediana de 21 puntos indicó un nivel moderado de autoeficacia, similar a lo reportado por **Bantel et al. (2023)** y **Thomson et al. (2013)**, quienes relacionan una mejor percepción de salud oral con mejores hábitos y estado periodontal.



DISCUSIÓN



Aproximadamente la mitad de los participantes reportó cepillado dos veces al día y uso regular de ayudas de higiene oral. Estos resultados coinciden con lo descrito por **Sarsilmazer et al. en 2020**, quienes encontraron que los pacientes con mayor autoeficacia presentaban menores índices de placa y mejores hábitos de higiene oral tras intervenciones motivacionales.

2020



De igual forma, **Chapple et al. en 2015** resaltaron la importancia del control de placa mediante el uso de ayudas interdetales como parte fundamental de la terapia periodontal moderna, favoreciendo el mantenimiento de la salud periodontal y la prevención de la progresión de la enfermedad.

2015



DISCUSIÓN

- Aproximadamente la mitad de los participantes, afirmo que podrían prevenir la perdida dental. Estos resultados tienen similitud con lo que describe Mizutani et al. (2015) donde se encontró que a una menor auto eficacia era un predictor para la progresión de la enfermedad periodontal



(OR: 1.516; IC del 95%: 1,010–2,275; $p < 0,05$)

DISCUSIÓN

- Uno de los hallazgos más relevantes fue la correlación positiva entre apoyo y autoeficacia ($p=0.638$; $p<0.001$). Bandura (2012) fortalece la motivación y la capacidad para mantener conductas saludables. Además, Asimakopoulou et al. (2015) demostraron que la comunicación individualizada mejora la percepción de eficacia y la adherencia al tratamiento periodontal.

Finalmente, aunque el diseño transversal no permite establecer causalidad, los hallazgos destacan la importancia de incorporar estrategias educativas, motivacionales y apoyo psicosocial en el manejo periodontal para fortalecer la autoeficacia y mejorar la adherencia al tratamiento.



CONCLUSIONES

La autoeficacia en salud bucal se relacionó con los hábitos de higiene oral, el apoyo y el estado periodontal.

Las puntuaciones más altas de autoeficacia en estadios avanzados podrían asociarse con una mayor conciencia de la enfermedad periodontal.

Los participantes presentaron niveles moderados de autoeficacia, aunque esto no siempre se reflejó en conductas adecuadas de autocuidado.

Las estrategias educativas y conductuales pueden fortalecer la autoeficacia, mejorar el autocuidado y favorecer la adherencia al tratamiento periodontal.

1. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. 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;89(Suppl 1):S173-S182.
2. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17038.
3. Nanci A, Bosshardt DD. Structure of periodontal tissues in health and disease. *Periodontol 2000*. 2006;40:11-28.
4. Könönen E, Gursoy M, Gursoy UK. Periodontitis: A multifaceted disease of tooth-supporting tissues. *J Clin Med*. 2019;8(8):1135.
5. Teles R, Wang CY. Mechanisms involved in the association between periodontal diseases and cardiovascular disease. *Oral Dis*. 2011;17(5):450-461.
6. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman; 2012.
7. Kakudate N, Morita M, Kawanami M. Oral health care-specific self-efficacy assessment predicts patient compliance with periodontal treatment. *J Clin Periodontol*. 2010;37(3):276-282.
8. Bantel M, et al. Association between oral health perception and oral health self-efficacy. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2023;51(4):542-550.
9. Mizutani S, Ekuni D, Furuta M, Tomofuji T, Irie K, Azuma T, et al. Oral self-efficacy as a predictor of periodontal disease progression. *J Clin Periodontol*. 2015;42(6):533-541.
10. Woelber JP, Bremer K, Vach K, König D, Hellwig E, Ratka-Krüger P, et al. Motivational interviewing and behavioral strategies in periodontal therapy. *J Clin Periodontol*. 2016;43(11):993-1000.
11. Newton JT, Asimakopoulou K. Behavioral change and adherence in periodontal therapy. *Periodontol 2000*. 2015;68(1):37-46.
12. Fernández R, et al. Cross-cultural adaptation of the Oral Hygiene Self-Efficacy Scale into Spanish-speaking populations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2022;27(5):e451-e458.
13. Thomson WM, et al. Oral health perception and periodontal health-related behaviors. 2013.
14. Sarsilmazer G, et al. Relationship between oral health self-efficacy and periodontal outcomes in patients with gingivitis and chronic periodontitis. 2020.
15. Chapple ILC, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, et al. Primary prevention of periodontitis: Managing plaque control and interdental cleaning. *J Clin Periodontol*. 2015.
16. Thiemann C, et al. Interdental cleaning self-efficacy and periodontal clinical outcomes. 2020.
17. Asimakopoulou K, et al. Individualized periodontal risk communication and treatment adherence. 2015.
18. Gao X, et al. Oral health literacy, self-management, and periodontal treatment adherence. 2021.
19. Knowles S, et al. Adult education and development of oral health self-efficacy. 2015.
20. Costa FO, Santuchi CC, Cortelli JR, Costa JE. Compliance with periodontal maintenance therapy and tooth loss. 2014.
21. Mueller A, et al. Stress, oral health self-efficacy, and adherence to periodontal treatment. 2021.
22. Buunk-Werkhoven YAB, Dijkstra A, van der Schans CP. Validation of the Oral Hygiene Self-Efficacy Scale (OHSE). 2011.
23. Blicher B, et al. Self-reported oral health assessment tools and periodontal behavioral factors. 2014.
24. Fernández M, et al. Escala de Autoeficacia en Higiene Oral (OHSE): validación en población hispanohablante. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2022;27(5):e451-e458.