

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

AUTORES

Juan Sebastián García Delgado

Pedro José Medina Zúñiga

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
UNICOC**

**ÁREA DE EDUCACIÓN AVANZADA Y CONTINUADA
POSTGRADO EN PERIODONCIA**

BOGOTÁ

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

AUTORES

Juan Sebastián García Delgado

Pedro José Medina Zúñiga

ASESOR METODOLÓGICO

OD, Esp, MSc. Camilo Romo

OD, MsC, PhD(c) Hernán Santiago Garzón

ASESOR ESTADÍSTICO

OD, Esp, MSc. Camilo Romo

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC
ÁREA DE EDUCACIÓN AVANZADA Y CONTINUADA**

POSTGRADO EN PERIODONCIA

BOGOTA

PAGINA DE ACEPTACIÓN

El Trabajo de grado “Relación de la autoeficacia y conductas de salud bucal con la enfermedad periodontal en pacientes de las clínicas de UNICOC Bogotá” Fue elaborado por Pedro Jose Medina Zuñiga- Juan Sebastián García Delgado, como requisito para optar por el título de especialista en **Periodoncia**.

La sustentación se llevará a cabo:

Dr. Santiago Garzon
Asesor Metodológico

Dr. Camilo Andrés Romo
Director Centro de Investigación
Colegio Odontológico – CICO (Bogotá)

Dra. Sandra Elizabeth Aguilera Rojas
Directora de Investigación y Gestión del Conocimiento
Institución Universitaria Colegios de Colombia - UNICOC

DEDICATORIA

Con profunda gratitud y afecto a todos los que colaboraron a realizar este tipo de trabajo, ya que conocen el rumbo en el que nosotros vamos a triunfar a nuestras familias y parejas que estuvieron colaborando, en este trabajo. También docentes que estuvieron pendientes al realizar este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a nuestras familias, parejas, amigos, y docentes que estuvieron cuando se nublaban las ideas y no había ideas concretas para idealizar el tipo de trabajo que llevábamos a cabo. Gracias a todo el que contribuyo en este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
1. ASPECTOS TEÓRICO CIENTÍFICOS.....	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2 JUSTIFICACIÓN	13
1.3 MARCO TEÓRICO	15
1.5 OBJETIVOS.....	18
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	19
PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y FUENTE DE LOS DATOS	20
Datos del tipo de tratamiento periodontal.....	20
Datos de la autoeficacia Relacionada con la Salud bucal	20
3.5 Operacionalización de las variables.....	25
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	28
4. RESULTADOS	29
5. DISCUSIÓN.....	30
6. CONCLUSIONES	30
7. RECOMENDACIONES	30
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

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).

Figura 1. Escala Personal de Eficacia en Salud Oral (OHSES), modificada por Thiemann et al. (2024). Incorpora 8 puntos valorados en una escala Likert de 5 puntos (1 = total desacuerdo, 5 = total conformidad). Las calificaciones destacadas demuestran una autoeficacia incrementada en el autocuidado de salud bucodental.

Glosario de términos.

Adherencia terapéutica: Implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud, e incorpora las creencias y actitudes del paciente como factores relevantes.

Ansiedad dental: Estado psicológico que se presenta de manera desagradable a cambios psicofisiológicos.

Autoeficacia: Creencia en habilidad para tratar con las diferentes situaciones que se presentan, determinantes para conseguir o no las metas en tu vida.

Autoeficacia en salud oral: Autoeficacia esta es definida como las creencias en las propias capacidades personales en buenas condiciones en la limpieza dental.

Biofilm dental: La placa dental es una biopelícula arquetípica compuesta por una comunidad microbiana compleja.

Calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL): Puede ser útil para medir el impacto de las disparidades en la salud bucal en la salud general y la calidad de vida.

Caries dental: Infección crónica común causado por bacterias cariogenicas adheridas a los dientes.

Comportamientos de higiene oral: Practica de mantener la boca limpia y libre de enfermedades, implica cepillarse los dientes y usar hilo dental.

Creencias en salud: Como las personas perciben amenazas para la salud y deciden actuar en función del valor que otorga a un objetivo.

Enfermedad periodontal: Infección de los tejidos que sostienen los dientes en su lugar

Estilos de vida saludable: Es la continuidad de hábitos saludables implementados para mejorar nuestra calidad de vida.

Higiene oral: Practica orientada en el mantenimiento y fortalecimiento de la salud en encías, lengua, dientes y boca en general.

Instrumento de medición de autoeficacia: Escala de medición de autoeficacia desarrollada para percibir contextos de auto creencia.

Motivación en salud: Impulso psicológico y un deseo de adoptar comportamientos saludables para realizar una acción dirigida.

Prevención primaria en odontología: Se basa en reducir la probabilidad o el riesgo de aparición de enfermedades y afecciones bucales.

Prevención secundaria en odontología: Acto de presencia cuando la primera fase no ha logrado los objetivos propuestos

Prevención terciaria en odontología: Ultimo nivel de jerarquía de prevención, se centra en el manejo y la rehabilitación de pacientes con enfermedades dentales.

Promoción de la salud bucodental: Visualización de la carga y la consecuencia de enfermedades bucodentales para ayudar a prevenir enfermedades dentales.

Psicoeducación en odontología: Provisión de una intervención psicoterapéutica didáctica destinada a mejorar el conocimiento de los pacientes.

Resiliencia en salud: Prevenir riesgos, eliminándolos o limitándolos; asumir una actitud positiva en torno a las personas.

Teoría social cognitiva: Marco que describe el funcionamiento humano como la interacción de factores ambientales.

Actitudes en salud: Creencia y sentimientos que los profesionales sanitarios tienen sobre los pacientes, los cuales pueden influir en la salud bucodental.

Autopercepción de salud oral: Función física: Comer, hablar y deglutir preocupación por su propio estado de salud oral.

Autoestima: Es el conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamientos.

Barreras de acceso a la atención odontológica: Define el acceso potencial como la posibilidad de obtener la atención tanto desde la oferta como la demanda de usuarios.

Capacitación en salud oral.

CAL: Indicador del daño periodontal acumulado

INTRODUCCIÓN

La población mundial plantea un desafío complejo como es el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, a través del nuevo promedio de vida que logran alcanzar los seres humanos con el apoyo ofrecido por los avances de las ciencias médicas y la tecnología. Al lograr las personas una mayor longevidad, se hace necesario garantizar una excelente salud bucodental, fortalecida desde la escala de los autocuidados y la consecuente eficacia de estas prácticas respaldadas por los trabajos de Thiemann et al-2024.(1) La escala de la autoeficacia en la práctica de los autocuidados de la salud bucodental, diseñada y adaptada por el investigador Thiemann permite alcanzar resultados por los pacientes, que garantizan un estado óptimo y sostenible a través de sus próximos años de vida. Los pacientes serán entrevistados sobre los diferentes factores de calidad que deben acompañar la práctica diaria de cuidados de la salud bucodental y su relación directa con el conocimiento sobre prácticas preventivas que incluyan nutrición de calidad total, manejo de la posible aparición de dolor, conservación de todos y cada una de las piezas dentales. La atención de la salud oral y bucodental incluye también el fortalecimiento de recursos psicológicos como son idoneidad y responsabilidad en la protección diaria de la cavidad oral y las piezas dentales y los beneficios que de esta relación se derivan e influyen sobre la autoestima y seguridad personal.

Promocionar la autoeficacia mediante el fortalecimiento de las habilidades que materializan la escala de autocuidados nutricionales, cepillado de dientes y limpieza de la cavidad oral, prevención y manejo del dolor dental, protección y conservación de una saludable dentadura; es el principal objetivo de la presente investigación. En

este escenario, la autoeficacia se refiere a la confianza percibida de un individuo en su día a día, para organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para mantener los tejidos bucales en perfecto estado. (2)

Unos niveles destacados de autoeficacia tienen implicaciones positivas para el funcionamiento general y el bienestar. (3) Se ha descrito que este mecanismo psicológico desempeña un papel importante al momento de interferir en los cambios de comportamiento y las acciones. (4)

Donde se han creado varios instrumentos para medir la autoeficacia relacionada con la salud bucal. (5) Esto introduce la escala de autoeficacia relacionada con la higiene bucal (OHSES), fue desarrollado por Wiedenfield y Kiyak y utilizado en ensayos clínicos para mejorar la salud bucal desinados a reducir los problemas bucodentales. (6) Este estudio eligió el OHSES debido a su probada confiabilidad, propósito, contenido y recuento conciso de ítems lo que facilita su aplicación tanto en estudios epidemiológicos como durante las consultas de salud bucodental. (7).

1. ASPECTOS TEÓRICO CIENTÍFICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la periodontitis es una enfermedad inflamatoria multifactorial asociada a una disbiosis de biopelícula, caracterizada por la destrucción del tejido periodontal que al no realizar tratamiento puede provocar la pérdida de piezas dentales y, en consecuencia, afectar la función masticatoria y la estética. (8) Además, la enfermedad periodontal está causada por varios factores, incluidos los factores de riesgo estos se clasifican en modificables (como el tabaquismo, una higiene bucal deficiente, la diabetes mellitus y el embarazo) y no modificables (como la edad, la herencia y los trastornos genéticos).

Uno de los principales factores etiológicos de la periodontitis es la higiene bucal deficiente, dado que la acumulación de placa bacteriana se asocia directamente con una mayor severidad y prevalencia de la enfermedad. En este microambiente subgingival, proliferan bacterias anaerobias como *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola* y *Tannerella forsythia*, las cuales colonizan las profundidades de las bolsas periodontales y desencadenan procesos inflamatorios a través de complejas respuestas inmunitarias del huésped (9).

La inflamación en estas estructuras puede conducir a una destrucción progresiva de los tejidos ya mencionados, donde la liberación de citocinas proinflamatorias como IL-1B Y TNF se ven exacerbadas en la destrucción de tejido periodontal. (10) Además, las tendencias genéticas, las enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus y algunos cambios en el estilo de vida como el fumar cigarrillo son factores clave para el desarrollo y progresión de la enfermedad periodontal. (11) La enfermedad periodontal puede manifestarse de muchas formas clínicas, su diagnóstico se evalúa desde la gravedad y una tasa de progresión de la enfermedad (12)

La periodontitis es una de las enfermedades más comunes en todo el mundo y puede considerarse un importante problema de salud pública donde las estimaciones basadas en datos del estudio a nivel mundial de enfermedades en el año 2019 surgieron de que aproximadamente 1.100 millones de personas se vieron afectadas por periodontitis (13).

La autoeficacia lograda mediante los autocuidados eficaces de la escala de Wiedenfield y Kiyak, permitirá reducir en forma significativa los resultados encontrados por el último estudio epidemiológico que se realizó en Colombia ENSAV IV, donde la prevalencia de enfermedad periodontal moderada está entre el 43% de adultos mayores, (14) Es también alcanzable en cada uno de los pacientes de la presente investigación, eliminar factores nocivos algunos como es el humo del cigarrillo, que es una mezcla compleja de sustancias químicas, donde se verifica que el tabaquismo es un factor de riesgo para la enfermedad periodontal (15). Los que fuman tienen probabilidades más altas de presentar enfermedad periodontal, aumenta bacterias específicas como o (*P. gingivalis*, *T. Forsythia*, *T. denticola*, *A. actinomycetetemcomitans*). (16) donde también la obesidad tiene un efecto negativo en la salud periodontal debida al creciendo de citrinas proinflamatorias. (17)

Con base en un análisis transversal, se reveló que los pacientes con periodontitis tienen mayor probabilidad de tener síndrome metabólico, donde también en un estudio de cohorte también se demostró que al tener síndrome metabólico está relacionada con profundidades al sondaje aumentadas y pérdida ósea alveolar. (18)

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 (19). Además de la autoeficacia general, es relevante para desafíos a lo largo de la vida, también puede evaluar comportamientos específicos como en material de la salud bucodental (OHSE). (20) se fortalece a través de la práctica permanente de las siguientes conductas: Elección de alimentos adecuados, adecuada higiene oral, como es el cepillado, el uso de la seda dental, automedicarse si este tiene un problema lo que hace que permitan prevenir

la pérdida dental. Los resultados reportan que la escala OHSES es un parámetro dinámico, y no estático, además de la importancia de elevar la autoeficacia mediante conductas exitosas, donde también es posible aumentar esta técnica de motivación mediante una comunicación elemental y fluida con el paciente odontológico (21). Cada paciente integrante del grupo objetivo de esta investigación desarrollará prácticas de autocuidado relacionadas en la escala de Wiedenfield y Kiyak, como parámetro permanente que implementa y vigila la autoeficacia alcanzada, y ya demostrada en trabajos anteriores desarrollados por estos investigadores.

Además, estudios como el de Miller y rollnick 2012 realizan una comparación con un grupo control, donde el grupo control tuvo una puntuación de autoeficacia significativamente más alta, y valores de placa interproximal más baja, mayor duración de cepillado y mayor frecuencia de higiene interproximal (22). Por lo tanto, podemos ver que la autoeficacia con limpieza bucodental y la práctica de la limpieza en espacios interdentes se convierten en un conocimiento asimilado por los pacientes a través de las siguientes entrevistas y capacitaciones que con él se tengan. (23)

A partir de la evidencia disponible consultada, la autoeficacia representa un constructo determinante en la promoción de conductas preventivas frente a la periodontitis, una enfermedad crónica con alta prevalencia y consecuencias funcionales y estéticas significativas. Investigar la autoeficacia en pacientes periodontalmente comprometidos permitirá comprender mejor cómo los niveles de confianza personal influyen en la adherencia a prácticas de higiene bucodental, como el cepillado efectivo, el uso de hilo interdental y la elección de alimentos protectores.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El paciente adquirirá los argumentos y habilidades suficientes para elegir alimentos que protegen la salud bucodental y evitara aquellos que la deterioran.

Los participantes en la presente investigación tendrán el conocimiento que les permitirá desarrollar practicas diarias de aseo y nutrición que eviten la perdida de piezas dentarias.

Las personas que forman parte atendidas por el equipo de investigación desarrollaran practicas preventivas que garanticen la conservación y protección de los implantes recibidos en su cavidad oral

Los pacientes con alto grado conciencia tendrán el conocimiento preciso que les permitirá tomar decisiones que conduzcan a la atención profesional en caso de la presencia de dolor en sus piezas dentales e ir más allá de la toma de analgésicos

Los pacientes tendrán el conocimiento concreto sobre los beneficios del uso de la seda dental y adquirirán el compromiso consigo mismo en su utilización.

Los pacientes atendidos a través de la presente investigación despejaron todo tipo de dudas en cuanto al cepillado regular y adecuado a nivel diario de sus piezas dentales.

Cada paciente al ser informado de forma clara y sencilla sobre las indicaciones de los medicamentos formulados y posibles efectos colaterales evalúa que son mayores los beneficios para su salud que aquellos posibles y remotos efectos no programados sobre su salud.

Cada paciente al tener información científica y profesional mediante un discurso sencillo recibida por los profesionales que le atienden confirman la certeza y la seguridad del medicamento formulado las dosis indicadas y los beneficios principales.

La relación entre la autoeficacia y las conductas de salud bucal con la severidad de la afectación periodontal es un tema de gran relevancia para la salud pública y la práctica odontológica. (24) Diversos estudios han demostrado que la autoeficacia, entendida como la confianza de una persona en su capacidad para ejecutar conductas de cuidado bucal, está directamente asociada con mejores resultados en salud periodontal. Pacientes con mayor autoeficacia tienden a presentar mejores hábitos de higiene oral, menor sangrado gingival y menor progresión de la enfermedad periodontal, mientras que aquellos con baja autoeficacia muestran mayor severidad de la enfermedad y menor satisfacción con su salud bucal. (25)

Además, las conductas de salud bucal, como la frecuencia y calidad del cepillado dental, el uso de limpieza interdental y la asistencia regular al odontólogo, se han identificado como factores protectores frente a la periodontitis severa y la pérdida dental (26) cuarenta y cinco intervenciones basadas en modelos psicológicos, que incluyen el fortalecimiento de la autoeficacia, la fijación de metas y el automonitoreo, han demostrado ser efectivas para mejorar los comportamientos de higiene bucal y, en consecuencia, los resultados clínicos periodontales. (27,28)

En el contexto de las clínicas de UNICOC Bogotá, investigar esta relación permitirá identificar factores psicosociales y conductuales que influyen en la severidad de la afectación periodontal de los pacientes.

1.3 MARCO TEÓRICO

Autoeficacia

Albert Bandura, psicólogo estadounidense, fue quien dio la idea de autoeficacia y explicó cómo el grupo de creencias en sus propias capacidades para organizar y realizar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados. (18-22)

Donde la autoeficacia juega un papel importante en la motivación, ya que se relaciona directamente con la esperanza que tiene una persona de comentar con

esos recursos deseados. Así, las personas con alta autoeficacia experimentan tareas que se auto retan, proponiéndose metas y objetivos altos, invirtiendo su esfuerzo en lograr el objetivo que se proponen, siendo más constantes y sostener un mejor compromiso con sus objetivos, contra personas que suelen tener menor autoeficacia (22).

Bandura describe cuatro orígenes en las cuales procede los razonamientos de autoeficacia. Donde la primera son las vivencias de ganancia, que sería este el beneficio de las tareas echas con un buen resultado exitoso para la misma persona, lo cual sería el origen de una mejor influencia de autoeficacia. Las experiencias sustitutas serian la segunda fuente y son, principalmente, la sensación de observar. (18)

Rol de la autoeficacia en salud oral en el éxito de los tratamientos odontológicos

La autoeficacia es un concepto fundamental en la psicología de la salud que se refiere a la creencia de un individuo en su capacidad para realizar acciones específicas que promuevan su salud. En el contexto de la salud oral, la autoeficacia juega un papel crucial en la determinación de los comportamientos que un paciente realizará para mantener una buena salud bucal. (4-23)

Según Albert Bandura, psicólogo estadounidense quien acuñó el concepto, la autoeficacia se define como "el conjunto de creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados". (22) En otras palabras, la autoeficacia se refiere a la confianza que un individuo tiene en su capacidad para realizar acciones específicas que le permitan alcanzar sus objetivos.

En salud oral, la autoeficacia es fundamental porque determina la adherencia del paciente a las indicaciones del odontólogo. Los pacientes con alta autoeficacia tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones del odontólogo y realizar los cambios necesarios en su comportamiento para mantener una buena salud bucal. Por otro lado, los pacientes con baja autoeficacia pueden tener dificultades para seguir las recomendaciones y pueden requerir un mayor apoyo y motivación para lograr sus objetivos (23)

La autoeficacia es una habilidad que fortalece la salud bucodental mediante la relación existente entre los conocimientos que tiene el paciente sobre la anatomía de su boca, la presencia de tejidos sanos y los hábitos de higiene y cuidados que contribuyen a la conservación de la salud en cavidad oral. Además, la persona practicante de la habilidad de autoeficacia logra una alta y solida confianza en sí

mismo, lo cual le permite interactuar con mayor decisión y en forma pertinente en el tejido social.

La autoeficacia tiene importantes implicaciones clínicas en la práctica odontológica. Los odontólogos pueden utilizar estrategias para mejorar la autoeficacia de sus pacientes, como:

- Educación y motivación: Proporcionar información clara y concisa sobre la importancia de la salud oral y los beneficios de seguir las recomendaciones.
- Establecimiento de metas: Ayudar a los pacientes a establecer metas realistas y alcanzables para mejorar su salud oral.
- Apoyo y seguimiento: Proporcionar apoyo y seguimiento regular para ayudar a los pacientes a mantener su motivación y adherencia a las recomendaciones.

Evaluación de autoeficacia en salud bucal

Existen diferentes escalas establecidas para poder evaluar la autoeficacia en el ámbito de prácticas de salud oral que realizan los pacientes en odontología. La escala Oral Health Self-Efficacy Scale (OHSES) (6) ha sido implementada en su versión para hispano hablantes. Se trata de una escala en la cual se evalúan 8 ítems, los cuales se desglosan en 8 preguntas que se realizan al paciente.

Esta versión original de OHSES, genera una puntuación máxima de 40 puntos, en donde un resultado de >30 puntos indica un resultado favorable, y <20 puntos es un resultado desfavorable, interpretándose que, la autoeficacia genera o no un beneficio para el mismo paciente, siendo así una herramienta que nos ayuda en odontología a monitorear y predecir prácticas de higiene oral adecuadas para la salud oral de los pacientes. (6)

Otras escalas para destacar son las creadas por Kakudate y Morita (19), los cuales desarrollaron una escala de autoeficacia para el autocuidado para pacientes con periodontitis crónica. Consiste en 15 ítems divididos en 3 subescalas: La autoeficacia para consultas con el dentista, que son 5 ítems que buscan evaluar factores relacionados a la adherencia y controles reguladores con el dentista; la autoeficacia para el cepillado dental, formada por 5 ítems que buscan evaluar el cuidado y la meticulosidad con el paciente se lava sus dientes; y finalmente la autoeficacia para hábitos dietéticos, que son 5 ítems relacionados con la adopción de una alimentación equilibrado y hábitos de ingesta de líquidos. Respuestas reciben un puntaje según que va desde un puntaje de 1 a 5 que es completamente seguro. La sumatoria de los 15 ítems generan una puntuación total.

Cuestionario de Eficacia Dental.

Es un cuestionario diseñado por Syrjälä (20), quien modificó el cuestionario original creado por Lawrence en el año 1985. Esta escala consiste en preguntas sobre la autoeficacia relacionada con el cepillado, la limpieza interdental y las visitas al dentista, todas con 4 posibles respuestas: completamente seguro que sí, bastante seguro que sí, bastante seguro que no y completamente seguro que no.

Modelo Genérico De Facilitación.

Fue diseñado por Farquar y corresponde a un modelo genérico de facilitación del cambio de la autoeficacia. Sin embargo, fue Kakudate quien modificó dicho modelo haciendo posible su intervención específica en el área de odontología y consta de 6 pasos, donde el primer paso se conoce como identificar el problema. En esta, el profesional de la Odontología capacita y logra concienciar a cada paciente sobre un adecuado autocuidado periodontal y toma como guía ciertas preguntas como: ¿Cuántas veces y cuánto tiempo dura su cepillado dental?, ¿Qué sabes sobre el autocuidado en salud oral?, ¿ha tratado de cambiar su conducta en el pasado?, ¿cuáles son las mayores barreras que existen para que se genere un cambio? El segundo paso es el generar confianza y optimismo en este se incorporan intervenciones que permiten al paciente superar las barreras para el cambio de conducta. El tercer paso, se construye al lograr que cada paciente aumente la conciencia de las conductas del autocuidado, desde prácticas básicas como la realización diaria del cepillado con una frecuencia de tres veces y correspondiendo cada cepillado a la finalidad de la remoción de residuos de alimentos, bebidas e impurezas resultantes de cada una de las tres comidas grandes del día; desayuno, almuerzo, cena. La limpieza interdental debe anteceder la realización del cepillado dental. Se ha confirmado en los pacientes y tomando como base los trabajos desarrollados por los investigadores y autores de la Autoeficacia lograda mediante los autocuidados que, los pacientes experimentan sentimientos y emociones positivas al realizar el cepillado de sus dientes. Cuarto paso plan de acción se desarrolla por medio del diario. Quinto paso desarrollo de plan de evaluación, depende de éxito y logro de acción. Sexto y último paso mantener el cambio y prevenir las recaídas. (19)

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

La autoeficacia genera más confianza en el paciente, y así mismo tendrá más seguridad y disposición de seguir mejorando sus prácticas de higiene oral de forma autónoma. Estudios demuestran que un paciente con autoeficacia alta presenta menor acumulación de placa bacteriana, y mejor control de la inflamación gingival a largo plazo, lo que se busca finalmente es que el paciente sea consciente de tener hábitos de higiene oral adecuados, lo que tendrá como consecuencia una mejora en la calidad de vida. (1).

El éxito de la terapia periodontal, según Woelber y Cols, depende de la adherencia de los pacientes a las recomendaciones profesionales. Solamente así, se logra una autoeficacia significativa y se detiene la destrucción del tejido de soporte periodontal y se logra un seguimiento particular a aquellos pacientes que desde el primer momento de comenzar a participar en el programa de capacitación en la práctica de autocuidados y alcance de la autoeficacia; presentaron un alto grado de CAL, con el fin de comprobar los resultados finales de la escala OHSES (23)

1.5 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo General

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

1.6.2 Objetivos Específicos

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

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 Tipo de estudio.

Se plantea un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo observacional y diseño transversal con alcance relacional

2.2 Hipótesis operativas.

2.2.1 Hipótesis nula: No existe relación entre la autoeficacia y conductas de salud bucal con la severidad de la enfermedad periodontal en pacientes de las clínicas de UNICOC Bogotá

2.3 Hipótesis alterna: Existe relación entre la autoeficacia y conductas de salud bucal con la severidad de enfermedad periodontal en pacientes de las clínicas de UNICOC Bogotá

2.4 Objeto de estudio.

Autoeficacia según el grado de afectación periodontal

3. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

3.1 Muestra y muestreo: Se plantea un muestreo aleatorio estratificado teniendo como criterio la severidad de la enfermedad periodontal, esto es, que conforme a la intensidad y avance de la enfermedad periodontal, se incluirá el mismo número de pacientes a la muestra

3.2 Cálculo de tamaño muestral y muestra: Para determinar el número necesario de paciente para esta muestra se empleó una fórmula para comparación de dos medias independientes considerando una desviación estándar entre 5,1 y 7,1 entre las medias, una diferencia aceptable entre el nivel de autoeficacia de 5 puntos entre grupos, se empleó un nivel de seguridad del 95% y una potencia del estudio del 90%. Resultando en 132 participantes necesarios divididos en 4 estratos proporcionales según la afectación periodontal (gingivitis, periodontitis estadio I, II y III), IV y cada uno aportará 33 pacientes.

3.3 selección

3.3.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes sanos periodontales
- 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.

3.3.2 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).
- 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.

3.4 Procedimiento.

PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y FUENTE DE LOS DATOS

Datos del tipo de tratamiento periodontal

En esta investigación se recolectaron datos clínicos de acuerdo con el diagnóstico periodontal, investigación se hará en las instalaciones de la Universidad del colegio odontológico colombiano UNICOC. En la presente investigación se encuestaron los pacientes que serán atendidos en las clínicas de periodoncia de facultad de periodoncia por parte de estudiantes de postgrado para recibir tratamiento que controle la posible afección del tejido periodontal.

Los estudiantes periodoncia son supervisados constantemente por docentes especialistas clínicos del área tratamientos quienes aprueban todas las actividades a realizar por parte del alumno. Las variables clínicas sobre la que se recabó información provienen de una fuente secundaria de información (Historia clínica odontológica) y fueron: Número de dientes naturales en boca, tipo de tratamiento periodontal, número de dientes perdidos por enfermedad periodontal, estado periodontal, número de dientes extraídos. Asimismo, se recogió información sociodemográfica de los pacientes abarcando los aspectos de edad, sexo, procedencia, educación, ocupación, régimen de Seguridad Social en Salud, enfermedad sistémica.

Datos de la autoeficacia Relacionada con la Salud bucal

La medición de la autoeficacia se realizó con el OHSES-8 el cual es un indicador subjetivo que proporciona información sobre los impactos de las afecciones bucales en la vida de un individuo. Esta escala psicométrica consta de 8 interrogantes que se contestan en una escala tipo Likert de frecuencia de impacto durante un período de tiempo anterior, donde, totalmente de acuerdo= 5, de acuerdo= 4, neutral= 3, en desacuerdo= 2, totalmente en desacuerdo= 1". Las preguntas se organizan en siete dimensiones; limitación funcional, malestar físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y desventaja. Las puntuaciones con el OHSES-8 se calculan sumando los códigos de la escala Likert de las 14 respuestas. Por tanto, el puntaje de la escala fluctúa entre 20 y 30, donde los

puntajes más altos indican mayor impacto de las condiciones bucales en la autoeficacia. Esta medición se hizo antes del tratamiento y después de la terapia periodontal en función del tiempo de adaptación del paciente a su terapia periodontal, y a los cambios detectados en cuanto a la autoeficacia en este tipo de pacientes reportado en estudios anteriores. El seguimiento a los pacientes se va a realizar vía telefónica.

ENCUESTA TIPO LIKERT AUTOEFICACIA

Pregunta	Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Neutral (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)	Puntaje
¿Hasta qué punto confía en su capacidad para elegir los alimentos que debe evitar comer para prevenir la pérdida dental?	☐	☐	☐	☐	☐	
¿Hasta qué punto confía en su capacidad para prevenir la pérdida de dientes?	☐	☐	☐	☐	☐	
¿Hasta qué punto confía en su capacidad para actuar en caso de que una	☐	☐	☐	☐	☐	

restauración se agriete o se caiga?						
¿En qué medida confía en su capacidad para actuar si le duele un diente y haría algo más que tomar un analgésico?	☐	☐	☐	☐	☐	
¿En qué medida confía en su capacidad para utilizar la seda dental?	☐	☐	☐	☐	☐	
¿En qué medida confía en su capacidad para cepillarse adecuadamente todas las superficies de los dientes?	☐	☐	☐	☐	☐	
¿Hasta qué punto confía en su capacidad para preguntar a su médico si tiene dudas o preocupaciones sobre su medicación?	☐	☐	☐	☐	☐	
¿Hasta qué punto confía en su capacidad para identificar los efectos secundarios potencialmente peligrosos de la medicación que está tomando?	☐	☐	☐	☐	☐	
TOTAL						

3.5 Operacionalización de las variables.

Variables de estudio

Variable	Definición operativa	Tipo	Nivel	Instrumento
Autoeficacia	Puntaje obtenido mediante escala Likert validada sobre autoeficacia en salud bucodental.	Cuantitativa	Discreta	Cuestionario – Escala Likert
Edad	Edad en años completos reportada por el participante.	Cuantitativa	Discreta	Cuestionario
Sexo	Categoría biológica reportada por el participante.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
Nivel educativo	Nivel educativo alcanzado por el participante.	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario
Estrato socioeconómico	Estrato socioeconómico declarado.	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario
Ingreso mensual	Ingreso mensual en pesos colombianos declarado.	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario
Enfermedad sistémica	Presencia de patologías sistémicas por autoinforme o historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario / Historia clínica
Enfermedades orales	Presencia de caries u otras enfermedades orales identificadas clínicamente.	Cualitativa	Nominal	Registros clínicos
Severidad de periodontitis	Clasificación clínica según grado de afectación periodontal.	Cualitativa	Ordinal	Registros clínicos

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

CONSIDERACIONES ETICAS

(Para investigaciones en Salud. Resolución 008430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud)

Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución Universitaria Colegios de Colombia – UNICOC.

El proyecto describe una investigación científica en seres humanos con un riesgo mínimo que estará sujeto a todo lo dispuesto en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Esta investigación tendrá en cuenta los artículos a los que hace alusión dicha resolución en el capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en humanos y por las características del estudio que lo clasifica como riesgo mínimo, todo participante firmará un consentimiento informado antes de iniciar el estudio.

Adicionalmente, las muestras que se tomarán para procesamiento en los individuos que ingresarán al estudio, son consideradas como riesgo mínimo para los participantes ya que corresponden a exámenes rutinarios que no generan riesgo adicional. Las muestras de sangre serán tomadas por personal totalmente entrenado y el total de sangre a extraer estará dentro del rango que determina este capítulo para su clasificación como riesgo.

La información de los participantes será protegida teniendo en cuenta el Habeas data LEY 1266 DE 2008, LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, LEY 2157 DE 2021, “Por las cuales se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales”; los registros de historias clínicas e imagenológicas serán manipulados exclusivamente por los investigadores, bajo supervisión directa del custodio del archivo de historias clínicas de UNICOC. De ser necesario se realizará ocultamiento de datos personales de imágenes analógicas con etiquetas o digitales mediante pixelado.

Las novedades médico-odontológicas que pudieren surgir como resultado de su participación en el estudio y relacionadas directamente con éste, serán atendidas por intermedio de la Institución Universitaria Colegios de Colombia – UNICOC.

El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.

4. RESULTADOS

a muestra estuvo compuesta por 133 pacientes de las clínicas de periodoncia de UNICOC Bogotá. Se midieron variables clínicas, conductuales y de autoeficacia en salud bucal. El análisis incluyó a todos los pacientes y no se excluyó ningún dato del análisis final.

Evaluación de Resultados

Existen diversas medidas desarrolladas para evaluar la autoeficacia en el cuidado bucal de los pacientes. La Escala de Autoeficacia en Salud Bucal (OHSES), desarrollada y validada en español, es un instrumento que consta de ocho ítems y evalúa a los pacientes mediante ocho preguntas relacionadas. En esta versión, se genera un máximo de 40 puntos; una puntuación superior a 30 refleja un nivel positivo de autoeficacia, y una puntuación inferior a 20, un nivel negativo, reflejando en cierta medida la contribución de la autoeficacia del paciente a su bienestar. Por lo tanto, es un instrumento muy útil para que los odontólogos realicen un seguimiento y pronostiquen las buenas prácticas de autocuidado bucal de los pacientes. (Tabla 1)

Tabla 1. Estadísticos descriptivos del puntaje total y dimensiones de autoeficacia en salud oral en la población de estudio

Variable	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75
Puntaje total de autoeficacia en salud oral	21	4	32	16	24
Capacidad para evitar alimentos que causan pérdida dental	2	0	4	2	3
Confianza en prevenir la pérdida de dientes	2	0	4	2	3
Capacidad para actuar ante daño o pérdida de una restauración	3	0	4	2	3
Capacidad para actuar ante dolor dental (más allá de analgésicos)	3	0	4	2	3
Capacidad para usar seda dental correctamente	3	0	4	2	3
Capacidad para realizar un cepillado dental adecuado	3	0	4	2	3
Capacidad para consultar al odontólogo ante dudas del tratamiento	3	0	4	2	3
Capacidad para identificar problemas en la terapia periodontal	3	0	4	2	3

Descripción sociodemográfica de la muestra

La población estudiada tenía una edad mediana de 51 años, con un rango intercuartílico que oscilaba entre los 36 y los 57 años. En cuanto al género, el 55.6% era de sexo femenino (n = 74) y el 44.4% de sexo masculino (n = 59). En lo que se refiere a la etnia, el 78,2% de los participantes se identificó como mestizo (n = 104), mientras que el 21,8%

restante se consideró caucásico (n = 29). Con respecto al sistema de salud, el 75,9% era parte del régimen contributivo (n = 101), mientras que el 24,1% pertenecía al régimen subsidiado (n = 32). En cuanto a las condiciones de vivienda, el 66,9% (n = 89) informó que tenía su propia vivienda; el 17,3% (n = 23) que vivía con algún pariente; y el 15,8% (n = 21) que residía en una propiedad arrendada.

Los participantes estaban ocupados de la siguiente forma: el 56,4% (n=75) estaba empleado, el 24,1% (n=32) se dedicaba al trabajo independiente, el 13,5% (n=18) era pensionado y el 6% (n=8) estaba en desempleo. En cuanto a los ingresos salariales, el 45,9% de los encuestados (n = 61) reportó obtener más de un salario mínimo, el 47,4% (n = 63) reportó ganar un salario mínimo legal vigente y el 6,8% (n = 9) ganó menos de un salario mínimo. (Tabla 2)

Tabla 2. Descripción de las características de los participantes.

Variables	Categoría	n	%	Mediana	RIC
Edad	—	—	—	51 (Min-Max: 19–75)	36–57
Sexo	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	—	—
Vivienda	Arriendo	21	15,8	—	—
	Propia	89	66,9	—	—
	Vive con algún familiar	23	17,3	—	—
Ocupación	Desempleado	8	6,0	—	—
	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	Sí	53	39,8	—	—
	No	80	60,2	—	—
Antecedente de tratamiento periodontal	Sí	76	57,1	—	—
	No	57	42,9	—	—
Última consulta odontológica	1 mes	5	3,8	—	—
	3 meses	10	7,5	—	—
	6 meses	35	26,3	—	—
	1 año	16	12,0	—	—
	Más de 1 año	64	48,1	—	—

	Nunca	3	2,3	—	—
Frecuencia de cepillado	1 vez/día	24	18,0	—	—
	2 veces/día	68	51,1	—	—
	3 veces/día	33	24,8	—	—
	3 o más veces/día	8	6,0	—	—
Uso de elementos auxiliares	Sí	64	48,1	—	—
	No	69	51,9	—	—
Autovaloración de calidad del cuidado oral	Excelente	8	6,0	—	—
	Bueno	53	39,8	—	—
	Regular	59	44,4	—	—
	Malo	13	9,8	—	—
Percepción de influencia de la salud oral en la vida diaria	Mucho	77	57,9	—	—
	Poco	45	33,8	—	—
	Muy poco	11	8,3	—	—

Características clínicas y hábitos de salud oral de la población estudiada

El 39,8% de los participantes (n = 53) reportó tener alguna enfermedad sistémica, mientras que el 60,2% (n = 80) indicó no padecerla. Siendo la HTA la condición con mayor morbilidad, con 22 casos (16.5%), y la co-presencia de HTA y DM2 que tuvo el 9% por 12 casos. En cuanto a la última visita al odontólogo, el 48,1% de los encuestados (n = 64) dijo que no había ido hace más de un año; el 26,3% (n = 35), que lo hizo hace seis meses; el 12% (n = 16), que fue hace un año; el 7,5% (n = 10), que fue tres meses antes; el 3,8% (n = 5), que fue un mes antes; y por último, el 2,3% (n = 3) reportó no haber ido nunca. El 57,1% de los individuos (n = 76) informaron que habían recibido tratamiento periodontal previamente, mientras que el 42,9% (n = 57) dijeron no haberlo hecho.

En cuanto a la frecuencia del cepillado de los dientes, el 51,1% (n = 68) reportó que se cepillaba dos veces al día, el 24,8% (n = 33) lo hacía tres veces al día, el 18% (n = 24) una vez al día y el 6% (n = 8) tres o más veces al día. El 48,1% de los encuestados (n = 64) declaró usar elementos auxiliares de higiene bucal, como la seda dental u otros; el 51,9% restante (n = 69) señaló que no los emplea. Por último, respecto a cómo los participantes se perciben a sí mismos en términos de higiene bucal, el 44,4% (59 individuos) la consideró regular, el 39,8% (53 individuos) la consideró buena, el 9,8% (13 personas) la consideró mala y el 6% (8 personas) la calificó como excelente. (Tabla1)

Autoeficacia según la condición periodontal

Los resultados descriptivos sugieren que las personas tienen una mediana de autoeficacia más baja en las etapas inicial y moderada de la periodontitis y una mediana de autoeficacia creciente, en parte, debido a una mayor conciencia de la autoeficacia o adaptación a la condición. La mediana en las etapas de la periodontitis es la siguiente: Etapa I, Grado A 16, Etapa III, Grado B 18, Etapa III, Grado C 20,5, Etapa IV, Grado C 22,5. El grupo con salud periodontal y el grupo con gingivitis inducida por biopelícula tienen puntuaciones medianas de autoeficacia de 21 y 23, respectivamente. Una porción significativa de los grupos de sujetos reporta una alta autoeficacia, ya que la mayoría del percentil 75 de autoeficacia está cerca de 24, en prácticamente todos los grupos. Teniendo en cuenta la dispersión observada en los rangos intercuartiles de autoeficacia y la gravedad de la enfermedad previamente señalada, se puede argumentar que la conciencia de la autoeficacia disminuye a medida que aumenta la conciencia de la autoeficacia en la enfermedad periodontal con la gravedad de la enfermedad. En cuanto al tratamiento periodontal, el 30,1% (n = 40) de los participantes se sometió a una instrumentación supra y subgingival; a continuación, el 26,3% (n = 35) fue tratado con cirugía periodontal. El 22,6% (30 individuos) afirmó haber experimentado un tratamiento periodontal, mientras que el 21,1% (28 individuos) declaró no haber recibido ninguna clase de tratamiento periodontal.

En términos de la cantidad de dientes que fueron extraídos, se notó una mediana de 6 dientes, con un rango intercuartílico de entre 3 y 8. El análisis de la distribución por categorías reveló que el porcentaje más alto correspondía a las personas que habían perdido ocho dientes, con un 15,8% (n = 21). Por último, el 9,0% (n = 12) señaló haber perdido nueve dientes, mientras que cerca del 7% se sometió a la extracción de diez dientes.

En contraposición, la mediana de dientes naturales en boca fue 20, con un rango intercuartílico que abarcó entre 16 y 23 dientes. El 34,6% de los participantes (n = 46) tenía menos de 18 dientes naturales en la boca. Además, el 4,5% de la muestra (n = 6) fue para los participantes que presentaban una pérdida dental más alta y que informaron tener en su boca un total de 12 dientes naturales. (Tabla3)

Tabla 3. Distribución de la autoeficacia según el estado periodontal, tratamientos periodontales recibidos y características dentales de los participantes.

Variable	Categoría	n	%	Mediana	RIC / Percentiles
Estado periodontal y autoeficacia	Gingivitis inducida por biofilm	—	—	23,0	P25: 18,5 – P75: 24,0
	Periodontitis estadio I grado A	—	—	16,0	P25: 15,0 – P75: 24,0
	Periodontitis estadio II grado B	—	—	16,0	P25: 13,0 – P75: 23,0

	Periodontitis estadio III grado B	—	—	18,0	P25: 16,0 – P75: 24,0
	Periodontitis estadio III grado C	—	—	20,5	P25: 16,0 – P75: 23,3
	Periodontitis estadio IV grado C	—	—	22,5	P25: 17,8 – P75: 24,0
	Salud periodontal	—	—	21,0	P25: 16,0 – P75: 24,0
Tipo de tratamiento periodontal	Cirugía periodontal	35	26,3	—	—
	Mantenimiento periodontal	30	22,6	—	—
	Ninguno	28	21,1	—	—
	Raspado y alisado radicular	40	30,1	—	—
Características dentales	Número de dientes extraídos	—	—	6	RIC: 3–8
	Número de dientes naturales en boca durante la evaluación	—	—	20	RIC: 16–23

Total,autoeficacia	0,638	<0,001
--------------------	-------	--------

Percepción de la capacidad para mantener hábitos alimentarios saludables

Existe consenso en que la mayoría de los encuestados (40,9%) se sitúa en la categoría de "De acuerdo". Esto indica que una subpoblación cree poder distinguir métodos para evitar dietas poco saludables que impactarían negativamente y dañarían la salud dental de los encuestados, tal como se describe en los patrones dietéticos.

Un desafío es que una parte considerable de los encuestados (38,6%) se encuentra en la categoría de "Neutral". Este número es relativamente alto. Esta cifra elevada sugiere que una parte importante de la población posiblemente carece del conocimiento y la capacidad para implementar con confianza una dieta segura que permita mantener y proteger su salud periodontal. (Tabla5)

El número total de encuestados que expresaron desacuerdo (12,2%) es realmente mínimo. Normalmente, esto significaría que la población respalda una determinada condición. Por el contrario, sugiere que los encuestados parecen centrarse en un solo

aspecto de la condición, que, en el mejor de los casos, puede ser mínimo y, en el peor, abordarse estratégicamente.

Percepción de la capacidad para controlar el dolor dental

Respecto a la capacidad de controlar el dolor dental (sin analgésicos), el 43,8% está de acuerdo y apenas el 10% está totalmente de acuerdo. Más de la mitad de los encuestados cree que recurriría a otros recursos para afrontarlo.

El 26,2% de los encuestados no dio una respuesta clara y se mantuvo neutral. Esto significa que una parte de los encuestados aún desconoce cómo controlar el dolor dental. Entre las opciones de autocuidado, pueden controlar el dolor por sí mismos o acudir al dentista. La falta de autocuidado es la principal razón por la que los encuestados tienen que lidiar con la sensibilidad, tomar analgésicos o automedicarse.

Es fundamental educar a los pacientes para que reconozcan el dolor dental y animarlos a buscar atención médica de inmediato para prevenir complicaciones.

Ante la falta de analgésicos, el 43,8% de los encuestados afirmó que buscaría su propia manera de aliviar el dolor dental, y el 10% lo afirmó rotundamente. Solo el 26,2% se mantuvo neutral, lo que implica que no se automedicarían, buscarían otra forma de afrontar el dolor o, la opción más obvia, acudirían al dentista. Este caso práctico ilustra cómo el uso de analgésicos autoadministrados cubre la necesidad de opioides.

Podemos aliviar y mejorar el dolor y la condición del paciente, así como aumentar su comprensión y disposición para buscar atención médica profesional en el momento oportuno. (Tabla 5)

Percepción de la capacidad para prevenir la pérdida dental

Curiosamente, más del 41% de las personas informaron creer o ser capaces de prevenir la pérdida dental, y el 8% cree ser capaz de prevenirla. Es evidente que las personas se muestran seguras y positivas, mientras que los encuestados apáticos evidencian su falta de confianza y de información sobre la reversibilidad de la enfermedad periodontal, su prevención y reversión, y la prevención de la pérdida dental. De las personas encuestadas, el 14% tiene una creencia aún más firme, y este grupo posiblemente represente la brecha entre las personas que no participaron, lo que evidencia la falta de información. Creen que la prevención de la pérdida dental es posible. Este es el resultado más importante de la investigación. La prevención de la pérdida dental debe priorizarse mediante la educación, la información y la prevención. (Tabla5)

Percepción sobre la capacidad para utilizar la seda dental

Los resultados muestran una ligera mejoría en el uso del hilo dental, ya que el 51,9% manifestó estar de acuerdo o muy de acuerdo en que podría usarlo. Existe cierta percepción, aunque no muy marcada. Entre los encuestados, el 37,6% se mostró neutral o indeciso. Dado que no se trata de una limitación real, es razonable suponer que posiblemente se trate de una cuestión de confianza en sí mismos con respecto a esa técnica específica. Solo el 10,6% manifestó una percepción negativa. Las percepciones positivas indican que el uso del hilo dental no es significativo, pero existen buenas oportunidades para promover la técnica y la seguridad, con especial atención a las percepciones neutrales. El grupo neutral también muestra potencial para adoptar hábitos

con un simple estímulo y educación dirigida a ellos para ayudarles a superar las percepciones neutrales. (Tabla5)

Percepción de la capacidad para realizar un cepillado dental completo

El 57,9% de las respuestas fueron positivas con respecto al cepillado dental en todas sus superficies. El hecho de que la mayoría respondiera afirmativamente indica que, en comparación con otros hábitos de autocuidado, el cepillado de todas las superficies dentales recibe mayor importancia en la autoevaluación del compromiso. La respuesta negativa del 9,8% de los encuestados fue menor que la de quienes respondieron de forma neutral. Esto implica una brecha en la autoconfianza y la certeza respecto al cepillado. La respuesta positiva al cepillado de todas las superficies dentales sugiere una mayor brecha en las prioridades de autoevaluación de los encuestados. Por lo tanto, es importante trabajar en la autoconfianza y en las técnicas de cepillado para promover la salud bucal de manera más integral. (Tabla5)

Percepción sobre la comunicación personalizada del odontólogo

Los resultados de las encuestas muestran que el enfoque personalizado de comunicación del dentista recibió una valoración positiva del 55,6%. Un significativo 35,3% se mantuvo neutral y un 9% lo valoró negativamente. Dado que muchos se mantuvieron neutrales, es posible que existiera una dificultad en la comunicación. Incluso en una comunicación ideal, muchos pacientes que confían en el paciente pueden tener dudas. De hecho, los participantes abordaron las deficiencias en la comunicación y las preferencias de los pacientes. Las encuestas evidencian la dificultad de generar confianza en el paciente sin perder de vista el contexto, y este aspecto se abordó de manera constructiva. (Tabla5)

Percepción de la capacidad para identificar señales de alerta durante el tratamiento periodontal

Los resultados de las encuestas muestran que el enfoque personalizado de comunicación del dentista recibió una valoración positiva del 55,6%. Un significativo 35,3% se mantuvo neutral y un 9% lo valoró negativamente. Dado que muchos se mantuvieron neutrales, es posible que existiera una dificultad en la comunicación. Incluso en una comunicación ideal, muchos pacientes que confían en el paciente pueden tener dudas. De hecho, los participantes abordaron las deficiencias en la comunicación y las preferencias de los pacientes. Las encuestas evidencian la dificultad de generar confianza en el paciente sin perder de vista el contexto, y este aspecto se abordó de manera constructiva. (Tabla5)

Tabla 5. Distribución de respuestas de autoeficacia en salud oral según dimensiones evaluadas

Dimensión evaluada	Categoría de respuesta	n	%
Capacidad para evitar alimentos que puedan ocasionar pérdida dental	Totalmente en desacuerdo	1	0,8

	En desacuerdo	15	11,4
	Neutral	51	38,6
	De acuerdo	54	40,9
	Totalmente de acuerdo	11	8,3
Confianza en la capacidad para prevenir la pérdida dental	Totalmente en desacuerdo	2	1,5
	En desacuerdo	17	12,8
	Neutral	48	36,1
	De acuerdo	55	41,4
	Totalmente de acuerdo	11	8,3
Capacidad para actuar frente al dolor dental más allá del uso de analgésicos	Totalmente en desacuerdo	3	2,3
	En desacuerdo	23	17,7
	Neutral	34	26,2
	De acuerdo	57	43,8
	Totalmente de acuerdo	13	10,0
Capacidad para utilizar seda dental	Totalmente en desacuerdo	3	2,3
	En desacuerdo	11	8,3
	Neutral	50	37,6
	De acuerdo	59	44,4
	Totalmente de acuerdo	10	7,5
Capacidad para cepillarse adecuadamente todas las superficies dentales	Totalmente en desacuerdo	1	0,8
	En desacuerdo	12	9,0
	Neutral	43	32,3
	De acuerdo	65	48,9
	Totalmente de acuerdo	12	9,0
Capacidad para preguntar al odontólogo sobre dudas del tratamiento periodontal	Totalmente en desacuerdo	2	1,5
	En desacuerdo	10	7,5
	Neutral	47	35,3
	De acuerdo	58	43,6
	Totalmente de acuerdo	16	12,0
Capacidad para identificar problemas relacionados con la terapia periodontal	Totalmente en desacuerdo	3	2,3
	En desacuerdo	7	5,3
	Neutral	44	33,1
	De acuerdo	64	48,1
	Totalmente de acuerdo	15	11,3

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 “muchas” 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 visto 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 frente a las prácticas de higiene oral. (Gráfica 1)

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

5. DISCUSIÓN

La investigación indicó que la autoeficacia en salud bucal desempeña un papel clave en ciertos comportamientos de prevención y manejo periodontal en los individuos estudiados. La puntuación total media de autoeficacia fue de 21 puntos. Esto sugiere un nivel moderado de autoeficacia percibida. Estos hallazgos son consistentes con Bantel et al. (2023) (32), en los que los individuos con una mejor percepción de la salud bucal son más propensos a demostrar un nivel más alto de autoeficacia en salud bucal, y un nivel moderado de autoeficacia en salud bucal está fuertemente asociado con el estado percibido de salud bucal y la calidad de la salud bucal. En un estudio similar, Thomson et al. (2013) (33) argumentaron que los individuos con un buen nivel de percepción de

salud bucal son más propensos a demostrar una buena salud periodontal y un comportamiento positivo relacionado con la salud bucal.

Considerando aspectos conductuales de la higiene bucal, aproximadamente la mitad de los participantes indicó que se cepillaban los dientes dos veces al día, y aproximadamente la misma cantidad indicó que usaban regularmente ayudas de higiene bucal. Los resultados reflejaron los de Sarsilmazer et al. (2020) (34), quienes evaluaron a 210 pacientes con gingivitis y periodontitis crónica. Los pacientes con alta autoeficacia tenían menores índices de placa y mejores puntuaciones de higiene bucal tres meses después del estudio. Los autores de ese estudio señalaron que la autoeficacia y la higiene bucal mejoraron significativamente tras intervenciones motivacionales e instructivas. Al igual que Chapple et al. (2015) (35), los autores de ese estudio creían que el control de la placa mediante ayudas interdental es un elemento esencial de la gestión periodontal moderna. Notaron que la motivación y la autoeficacia percibida influyen en la medida en que los pacientes incorporan estas ayudas en su rutina de higiene bucal.

Las percepciones sobre su capacidad para usar el hilo dental dieron una respuesta positiva del 51,9% de los participantes e indicaron una respuesta neutral del 37,6% de los participantes. Esto está en línea con Thiemann et al (2020) (36), 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 (PISA) con la autoeficacia en ($r_s=0,2099$; $p=0,042$). 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) (37) mostraron que los pacientes sometidos a 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 que creían que podían prevenir la pérdida de dientes. Estos resultados están en línea con el estudio longitudinal de Mizutani et al. (2015) (38), 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 correspondía a un aumento en la frecuencia de estas visitas, lo que respalda la necesidad de potenciar el comportamiento de prevención lo antes posible en el curso de la enfermedad periodontal.

Los resultados del estudio de hoy demostraron 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 tenían 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) (36) también observaron mejoras considerables en las puntuaciones de OHSE en pacientes que recibieron tratamiento periodontal inicial, indicando que una experiencia de tratamiento prolongada construye autoeficacia y el sentido de control sobre la enfermedad.

Otro hallazgo importante fue la correlación positiva moderada a fuerte de apoyo con la autoeficacia total ($p=0.638$; $p<0.001$). Las correlaciones más altas se mostraron en el apoyo percibido ($p=0.607$) y en el apoyo del entorno ($p=0.590$). Bandura (2012) (39) explica los efectos positivos de la percepción y la capacidad de la persona para relacionarse con el apoyo, y mantener comportamientos de salud. Además, en el estudio de Asimakopoulou et al., (2015) (40), 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 adherirse al tratamiento periodontal ($p<0.03$). Todo esto sugiere que las intervenciones psicoeducativas tienen efectos positivos en el cambio de comportamiento relacionado con la salud periodontal.

Respecto a la comunicación con el profesional de la salud, el 55.6% de los encuestados dijo que podía hacer preguntas sobre el tratamiento periodontal. Estos hallazgos coinciden con el estudio de Newton y Asimakopoulou (2015) (41), quienes informaron que la educación enfocada en las necesidades individuales y la provisión de apoyo continuo en la clínica mejoran el compromiso con el tratamiento y aseguran la adherencia a largo plazo. Asimismo, el estudio de Gao et al. (2021) (42) enfatizó que la percepción de control del tratamiento por parte de los pacientes y la capacidad de autogestión del

tratamiento se mejoraron mediante la motivación hacia la mejora y la provisión de educación en salud. Además, Knowles et al. (2015) (43), argumentaron que los procesos de educación de adultos en un contexto formal y estructurado tienen el potencial de potenciar el desarrollo de comportamientos relacionados con la salud y mejorar la autoeficacia a través de experiencias de aprendizaje estructuradas.

El estudio indicó una mediana de seis dientes perdidos. Esto se correlaciona con otros estudios de mantenimiento periodontal en pacientes con periodontitis moderada a avanzada. Costa et al. (2014) (44) argumentaron que quienes no seguían de manera constante el mantenimiento perdieron alrededor de tres veces el número de dientes en un año en comparación con quienes sí lo hacían (0.36 vs 0.12 dientes/año; $p < 0.01$). También señalaron que el tabaquismo/enfermedad y las bolsas periodontales profundas son factores importantes en la sustentación de los dientes. Uno de los focos principales del programa de mantenimiento periodontal es promover la adherencia terapéutica al autocuidado para prevenir la pérdida temprana de dientes.

El estudio encontró que muchos pacientes estaban en una categoría neutral para 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) (45), las personas que experimentan baja autoeficacia respecto a su salud oral es probable que muestren altos niveles de estrés, un estado de salud oral auto informado bajo y una mala adherencia a los tratamientos recomendados. Asimismo, Gao et al. (2021) (42) demostraron que las intervenciones educativas dirigidas a la alfabetización en salud bucal mejoran la autogestión de la salud en las personas y disminuyen las ideas erróneas sobre el manejo del dolor y la automedicación dental.

Este estudio subraya la necesidad de la evaluación de la autoeficacia en el manejo de los factores conductuales de la enfermedad periodontal. Es evidente que los proveedores de servicios intentan optimizar la autoeficacia en la higiene oral mediante la Escala de Autoeficacia en la Higiene Oral (OHSE) para identificar a los clientes en alto riesgo en el cumplimiento de sus recomendaciones y preparar módulos educativos relevantes. Según Buunk-Werkhoven et al. (2011), (46), la escala OHSE es una escala válida y confiable

hasta cierto punto. Esto también es confirmado por Fernández et al. (2022) (47), quienes analizaron la adaptación cultural de la escala al idioma español y la evaluación del comportamiento de autocuidado de la cavidad oral en comunidades hispanohablantes. Además, Blicher et al. (2014) (48), coinciden en que las herramientas de autoevaluación de la salud oral, mediante un método sistemático, son válidas para evaluar los factores conductuales de la enfermedad periodontal.

A pesar de las relaciones estadísticamente significativas de las variables, la naturaleza transversal del estudio no permite afirmar una causalidad directa de la autoeficacia en la progresión de la enfermedad periodontal. Una de las debilidades de la auto información es que los encuestados tienden a enmarcar sus respuestas en lo que creen que es socialmente aceptable. Esto se llama sesgo de derivabilidad. A pesar de lo anterior, los hallazgos son útiles para describir los factores conductuales, psicológicos y sociales en el cuidado de las personas con enfermedad periodontal y la importancia de usar el modelo de manejo conductual que involucra técnicas de educación y motivación. Se brinda un soporte adicional a la Autoeficacia del cliente para aumentar el apoyo psicológico del mismo.

6. CONCLUSIONES

La autoeficacia en salud oral mostró relación significativa con la severidad de la enfermedad periodontal y con diferentes conductas de salud bucal en pacientes atendidos en las clínicas de UNICOC Bogotá.

Los participantes con mayores niveles de autoeficacia presentaron mejores percepciones respecto a su capacidad para realizar conductas preventivas, adherirse al 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 dentro de los programas de prevención y manejo integral de la enfermedad periodontal.

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

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thiemann L, Katzschner M, Hanna G, Kruse AB, Vach K, Ratka-Krüger P, et al. Oral-hygiene-related self-efficacy in periodontal therapy: A 4-year longitudinal study. *J Clin Periodontol*. 2024;51(10):1323-32.
2. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
3. Allen F, Fan SY, Loke WM, Na TM, Keng Yan GL, Mittal R. The relationship between self-efficacy and oral health status of older adults. *J Dent*. 2022;122:104085.
4. Correa Ramírez A, Ríos Erazo M, Herrera Ronda A, Bustos Reydet C, Rojas Alcaiyaga G. Autoeficacia en salud oral: concepto, evaluación y tratamiento. *Av Odontoestomatol*. 2015;31(5):305-311.

5. Ohara Y, Yoshida N, Kawai H, Obuchi S, Yoshida H, Mataka S, et al. Development of an oral health-related self-efficacy scale for use with older adults. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(10):1406-1411.
6. González-Olmo MJ, Lacomba-Trejo L, Delgado-Ramos B, Romero-Maroto M, Carrillo-Díaz M. Scale of self-efficacy in oral hygiene (OHSE): analysis of psychometric properties in Spain. *Acta Odontol Scand*. 2022;80(6):427-432.
7. 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.
8. Kinane D, Stathopoulou P, Papapanou P. Periodontal diseases. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17038.
9. Teles R, Wang CY. Mechanisms involved in the association between periodontal diseases and cardiovascular disease. *Oral Dis*. 2011;17(5):450-61.
10. Bartold PM, Van Dyke TE. Periodontitis: a host-mediated disruption of microbial homeostasis. *Periodontol 2000*. 2013;62(1):203-17.
11. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions. *J Clin Periodontol*. 2018;45 Suppl 20:S1-S8.
12. 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;44(5):456-462.
13. Johnson GK, Hill M. Cigarette smoking and periodontal patient. *J Periodontol*. 2004;75(2):196-209.
14. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV. Bogotá: Ministerio de Salud; 2014.
15. Zambon JJ, Grossi SG, Machtei EE, Ho AW, Dunford R, Genco RJ. Cigarette smoking increases the risk for subgingival infection with periodontal pathogens. *J Periodontol*. 1996;67(10 Suppl):1050-4.
16. Greenberg AS, Obin MS. Obesity and the role of adipose tissue in inflammation and metabolism. *Am J Clin Nutr*. 2006;83(2):461S-465S.
17. Tegelberg P, Tervonen T, Knuuttila M, Jokelainen J, Keinänen-Kiukaanniemi S, Auvinen J, et al. Long-term metabolic syndrome is associated with periodontal pockets and alveolar bone loss. *J Clin Periodontol*. 2019;46(8):799-808.

18. Bandura A. Autoeficacia. En: Ramachaudran VS, editor. Enciclopedia del comportamiento humano. Vol. 4. Nueva York: Academic Press; 1994. p. 71-81.
19. Kakudate N, Morita M, Yamazaki S, Fukuhara S, Sugai M, Nagayama M, et al. Association between self-efficacy and loss to follow-up in long-term periodontal treatment. *J Clin Periodontol*. 2010;37(3):276-82.
20. Syrjälä AM, Knecht MC, Knuuttila ML. Dental self-efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. *J Clin Periodontol*. 1999;26(9):616-21.
21. Kakudate N, Morita M, Sugai M, Kawanami M. Systematic cognitive behavioral approach for oral hygiene instruction: a short-term study. *Patient Educ Couns*. 2009;74(2):191-6.
22. Miller WR, Rollnick S. Meeting in the middle: motivational interviewing and self-determination theory. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012;9:25.
23. Woelber JP, Spann-Aloge N, Hanna G, Fabry G, Frick K, Brueck R, et al. Training of Dental Professionals in Motivational Interviewing can Heighten Interdental Cleaning Self-Efficacy in Periodontal Patients. *Front Psychol*. 2016;7:254.
24. Reyes Garita P, Tran VT, Chatzopoulou E, et al. Conductas de higiene bucal y periodontitis en pacientes con enfermedades crónicas y su impacto en la pérdida dentaria y la calidad de vida relacionada con la salud bucal. *Clin Oral Investig*. 2024;28:518.
25. Loke W, Allen F, Na T, Mittal R, Fan S, Yan G. Relationship between self-efficacy and oral health status in older adults. *J Dent*. 2022;122:104085.
26. Newton J, Asimakopoulou K. Behavioral models for periodontal health and disease. *Periodontol 2000*. 2018;78:201-211.
27. Chan AKY, Chan CKY, Tsang YN, Chu CH. Theory-based behavioral change interventions for improving periodontal health. *Front Oral Health*. 2023;4:1067092.
28. Noroozi M, Ghaffari M, Rakhshanderou S, Ramezankhani A, Buunk-Werkhoven Y, Armoon B. Are educational and promoting interventions effective in oral health? A systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2019;16:48-58.
29. Woelber JP, Bienes H, Fabry G, Silbernagel W, Giesler M, Tennert C, et al. Oral hygiene-related self-efficacy as a predictor of oral hygiene behaviour: a prospective cohort study. *J Clin Periodontol*. 2015;42(2):142-149.

30. Mizutani S, Ekuni D, Furuta M, Tomofuji T, Irie K, Azuma T, et al. Effects of self-efficacy on oral health behaviours and gingival health in university students aged 18-19 years. *J Clin Periodontol*. 2012;39(9):844-849.
31. Goodarzi A, Heidarnia A, Tavafian SS, Eslami M. Predicting oral health behaviors among Iranian students using the health belief model. *J Educ Health Promot*. 2019;8:10.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. Thiemann C, Kolbe MF, Schmoeckel J, Jockel-Schneider Y, Staufienbiel 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.
37. 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.
38. 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.
39. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman; 2012.

40. 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.
41. 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.
42. 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.
43. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. *The adult learner*. 8th ed. New York: Routledge; 2015.
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. Blicher B, Joshipura K, Eke P. Validation of self-reported periodontal disease: a systematic review. *J Dent Res*. 2014;84(10):881-890.

