

Intervención educativa en salud bucal y calidad de vida en pacientes de una clínica privada en Ñuble, Chile*

Educational intervention in oral health and quality of life in patients of a private clinic in Ñuble, Chile

Intervenção educativa em saúde bucal e qualidade de vida em pacientes de uma clínica privada em Ñuble, Chile

 Allison Poblete Opazo¹,
 Pilar Andrea Azocar
Inostroza¹,
 María del Pilar Acosta¹

¹ Universidad Adventista de Chile. Ñuble, Chile.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención educativa en salud bucal sobre el impacto percibido de las condiciones bucodentales en la calidad de vida relacionada con la salud bucal de adultos atendidos en una clínica dental privada de Chillán, Ñuble, Chile. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, preexperimental de un solo grupo (n = 40), cuyos integrantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia consecutiva. Se aplicó el cuestionario OHIP-49 SP antes y después de 4 sesiones educativas basadas en el Modelo de Creencias en Salud. La normalidad de las diferencias pareadas (pre-post) se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk ($p < 0,001$) y los cambios se analizaron con la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. **Resultados:** Se observó una disminución estadísticamente significativa del puntaje global del OHIP-49 SP ($W = 820$; $p < 0,001$), de 47,8 a 11,6 (diferencia de medias = 36,2), así como de la mediana, de 44,0 a 4,0 puntos. Asimismo, la magnitud del efecto fue alta (d de Cohen = 1,46; $BF_{10} = 4,31^{e+8}$). Se registraron mejoras significativas ($p < 0,05$) en seis de las siete dimensiones, destacando entre ellas el dolor físico, la limitación funcional y las incapacidades física y psicológica ($p < 0,001$). **Conclusión:** La intervención educativa basada en el Modelo de Creencias en Salud se asoció con una reducción significativa del impacto negativo de la salud bucal sobre la calidad de vida a corto plazo en una muestra de adultos atendidos en una clínica dental privada.

Palabras clave: calidad de vida; salud bucal; promoción de la salud; educación.

Recibido: 26-03-2026

Aceptado: 04-09-2026

En línea: 30-09-2026



Artículo de acceso abierto

© Los autores

Citar como:

Poblete A, Azocar PA, Acosta MP. Intervención educativa en salud bucal y calidad de vida en pacientes de una clínica privada en Ñuble, Chile. Rev Estomatol Heredia. 2026;36(3):e7716. doi:10.20453/reh.v36i3.7716

* El presente artículo fue elaborado a partir de la tesis de Allison Poblete Opazo para obtener el grado de magíster en Salud Pública.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect of an educational intervention in oral health on the perceived impact of oral conditions on oral health-related quality of life among adults receiving care at a private dental hospital in Chillán, Ñuble, Chile. **Materials and methods:** A quantitative, single-arm pre-experimental study was conducted with 40 participants selected through consecutive convenience sampling. The Spanish version of the OHIP-49 questionnaire was administered before and after four educational sessions based on the Health Belief Model. The normality of the paired pre-post differences was assessed using the Shapiro-Wilk test ($p < 0.001$), and changes were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test. **Results:** A statistically significant reduction in the overall OHIP-49 SP score was observed ($W = 820$; $p < 0.001$), with the mean score decreasing from 47.8 to 11.6 points (mean difference = 36.2 points) and the median from 44.0 to 4.0 points. The effect size was large (Cohen's $d = 1.46$; $BF_{10} = 4.31^{e+8}$). Significant improvements ($p < 0.05$) were observed in 6 of the 7 dimensions, particularly physical pain, functional limitation, physical disability, and psychological disability ($p < 0.001$). **Conclusions:** The educational intervention based on the Health Belief Model was associated with a significant short-term reduction in the negative impact of oral health on quality of life.

Keywords: quality of life; oral health; health promotion; education.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o efeito de uma intervenção educativa em saúde bucal sobre o impacto percebido das condições bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adultos atendidos em uma clínica odontológica privada em Chillán, Ñuble, Chile. **Materiais e métodos:** Estudo quantitativo, pré-experimental, de grupo único ($n = 40$), com participantes selecionados por amostragem não probabilística por conveniência consecutiva. O questionário OHIP-49 SP foi aplicado antes e após 4 sessões educativas baseadas no Modelo de Crenças em Saúde. A normalidade das diferenças pareadas (pré-pós) foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk ($p < 0,001$), e as mudanças foram analisadas pelo teste dos postos sinalizados de Wilcoxon. **Resultados:** Observou-se uma redução estatisticamente significativa no escore global do OHIP-49 SP ($W = 820$; $p < 0,001$), com redução da média de 47,8 para 11,6 pontos (diferença entre as médias = 36,2 pontos) e da mediana de 44,0 para 4,0 pontos. A magnitude do efeito foi elevada (d de Cohen = 1,46; $BF_{10} = 4,31^{e+8}$). Foram observadas melhoras significativas ($p < 0,05$) em 6 das 7 dimensões, com destaque para dor física, limitação funcional, incapacidades física e psicológica ($p < 0,001$). **Conclusões:** A intervenção educativa baseada no Modelo de Crenças em Saúde esteve associada a uma redução significativa do impacto negativo da saúde bucal sobre a qualidade de vida em curto prazo.

Palavras-chave: qualidade de vida; saúde bucal; promoção da saúde; educação.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales son uno de los factores que influyen en la calidad de vida (CV) de las personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estas afectan a aproximadamente 3,5 mil millones de personas en todo el mundo, siendo las caries dentales y las enfermedades periodontales las más prevalentes (1). Esta alta incidencia subraya la importancia de abordar los problemas de salud bucal de manera efectiva, ya que tienen un impacto significativo en la CV (2).

En América Latina, la situación no es diferente: las enfermedades bucales representan una carga relevante de morbilidad y están asociadas con un alto impacto en la CV (3). Estudios recientes en la región reflejan una alta prevalencia de problemas bucales, atribuidos principalmente a factores socioeconómicos y limitaciones en el acceso a una atención dental adecuada (4). Estos problemas son exacerbados por desigualdades en la distribución de recursos y servicios de salud, que afectan la capacidad de las personas para recibir atención dental, preventiva y curativa (5).

En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, el 54,6 % de los participantes presentaba lesiones cariosas cavitadas, lo que indica un problema persistente en la salud bucal de la población (6). En la región de Ñuble, particularmente en la ciudad de Chillán, las condiciones de salud bucal presentan variaciones significativas, influenciadas por factores socioeconómicos y culturales propios de la zona (7).

Comprender y mejorar la CV es fundamental para el diseño de intervenciones en salud que respondan adecuadamente a las necesidades de las personas y fomenten un bienestar integral en todos los aspectos de su vida (8, 9). Dado que una alta CV está estrechamente relacionada con una mejor salud general y capacidad para enfrentar adversidades (10, 11), las estrategias diseñadas para elevarla no solo benefician la salud física y mental, sino que permiten una vida más satisfactoria (12).

En este contexto, resulta fundamental implementar programas de salud bucal enfocados no solo en el tratamiento clínico, sino también en la educación y sensibilización (13, 14). La efectividad de estos programas depende de su capacidad para proporcionar una atención integral y preventiva, adaptando las intervenciones según las necesidades y percepciones de los pacientes (15-17).

De acuerdo con los antecedentes mencionados, el objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de una intervención educativa en salud bucal sobre el impacto percibido de las condiciones bucodentales en la CV relacionada con la salud bucal de adultos atendidos en una clínica dental privada de Chillán, Ñuble, Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se utilizó un enfoque metodológico cuantitativo, con un diseño preexperimental de una sola muestra.

Población y muestra

La muestra estuvo constituida por 40 adultos (hombres y mujeres de entre 21 y 91 años) atendidos en un centro médico dental privado en la ciudad de Chillán, Ñuble, Chile. La recolección de datos se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia entre diciembre de 2024 y mayo de 2025. Al no realizarse un cálculo previo del tamaño de la muestra (cálculo *a priori*) —esto debido a la naturaleza exploratoria de la intervención—, se reclutó censalmente a todos los pacientes elegibles que acudieron a controles odontológicos regulares durante el período de estudio y que consintieron voluntariamente participar.

Los criterios de inclusión fueron: tener 21 años o más, recibir atención dental en el centro mencionado durante el período del estudio y haber firmado el consentimiento informado. Por otro lado, fueron excluidos aquellos que reportaron presencia de enfermedad crónica, desconocían el idioma en que se aplicaron la intervención y el cuestionario, recibieron una intervención educativa similar en los últimos seis meses o presentaron dificultades cognitivas diagnosticadas.

Instrumentos

Se utilizó el cuestionario OHIP-49 SP (*Oral Health Impact Profile* versión en español) para evaluar el impacto percibido de las condiciones de la salud bucal sobre la CV relacionada con la salud bucal (16). Este cuestionario evalúa siete dimensiones clave: limitación funcional, dolor físico, disconformidad psicológica, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y desventajas (17, 18). Los participantes respondieron el instrumento sobre la frecuencia con la que experimentaban cada problema, mediante una escala tipo Likert de cinco opciones: «muy a menudo» (4 puntos), «con bastante frecuencia» (3 puntos), «ocasionalmente» (2 puntos), «casi nunca» (1 punto) y «nunca/no sabe» (0 puntos).

Para el análisis cuantitativo de la CV relacionada con la salud bucal, se empleó el método aditivo, sumando las puntuaciones de los 49 ítems del cuestionario para obtener un puntaje total continuo (rango teórico de 0 a 196 puntos), donde puntuaciones más elevadas representan un mayor impacto negativo de la salud bucal sobre la CV. La consistencia interna del instrumento tuvo un α de Cronbach de 0,91. Su estructura psicométrica y sensibilidad al cambio en población adulta chilena fueron establecidas y validadas por Montes-Neira y Torres-Quintana (12) en la Universidad de Chile en el 2011.

Recolección de datos

Para la recolección de datos, se envió un cuestionario en línea a través de Google Forms a los participantes, el cual fue compartido mediante WhatsApp, correo electrónico o código QR. Para aquellos que no tenían acceso a dispositivos móviles, se proporcionó una versión física del cuestionario.

Diagnóstico

El diagnóstico se llevó a cabo mediante la aplicación del cuestionario OHIP-49 SP antes de la intervención educativa. Los participantes respondieron considerando el período de recuerdo estándar del cuestionario (los últimos 12 meses previos al ingreso).

Intervención

La intervención consistió en un programa educativo multimodal en salud bucal estructurado en cuatro sesiones grupales semanales (10 a 12 participantes por grupo) de 30 minutos de duración cada una. Fue diseñada e impartida presencialmente por un cirujano dentista entrenado en las instalaciones de la clínica dental. El diseño metodológico se fundamentó operacionalmente en los constructos del Modelo de Creencias en Salud para promover el cambio de comportamiento y la adopción de hábitos de autocuidado.

Sesión 1: Susceptibilidad y severidad percibida (introducción a la salud bucal)

Objetivo: Incrementar la percepción de riesgo individual frente a las patologías bucales.

Estrategia: Exposición con apoyo audiovisual (presentación interactiva) sobre la epidemiología de la caries y la enfermedad periodontal. Se mostraron imágenes clínicas comparativas de la progresión del daño tisular y su impacto sistémico/funcional, con la finalidad de concientizar sobre la severidad y la vulnerabilidad personal.

Sesión 2: Beneficios y barreras percibidas (prácticas de higiene oral)

Objetivo: Demostrar la importancia de las medidas preventivas y reducir los obstáculos para su ejecución.

Estrategia: Taller práctico de adiestramiento en técnicas de cepillado (técnica *bass* modificada) y uso de cepillos interdentales en macromodelos dentales. Se analizó participativamente el costo-beneficio del autocuidado y se entregó material impreso (tríptico) con estrategias simplificadas para superar barreras comunes (ej. falta de tiempo o técnica errónea).

Sesión 3: Claves para la acción y autoeficacia (prevención de enfermedades bucales)

Objetivo: Fomentar la confianza en la propia capacidad para ejecutar hábitos saludables y activar el comportamiento.

Estrategia: Sesión de retroalimentación en espejo con reveladores de placa bacteriana, guiada por el facilitador. Se establecieron metas individuales progresivas de higiene diaria y se entregaron recordatorios físicos/digitales (claves para la acción) como apoyo visual.

Sesión 4: Consolidación y autoeficacia a largo plazo (aplicación y cierre)

Objetivo: Reforzar el empoderamiento del paciente y la sostenibilidad de las conductas.

Estrategia: Discusión plenaria de resolución de dudas, evaluación formativa del desempeño técnico alcanzado

y entrega de un kit de higiene bucal con las especificaciones estándar recomendadas.

Postintervención

La medición postintervención se realizó de forma inmediata al finalizar la cuarta sesión educativa. Esta evaluación se fundamentó teóricamente en medir la adquisición de conocimientos, la modificación de la percepción de autoeficacia y la reducción del impacto percibido a corto plazo tras el entrenamiento en técnicas de higiene. Respecto a potenciales factores de confusión, se aclara que los participantes no recibieron tratamientos odontológicos invasivos, quirúrgicos o rehabilitadores complejos durante las 4 semanas de desarrollo del taller educativo, manteniéndose exclusivamente en régimen de controles preventivos de higiene.

Análisis estadístico

Para el análisis e interpretación de los datos, estos fueron organizados en una tabla de Excel. El procesamiento y análisis estadístico se realizó con el *software* de código abierto Jamovi versión 2.6.4 (The Jamovi Project, 2026), el cual opera bajo una arquitectura basada en el lenguaje R, garantizando la validez y replicabilidad de los cálculos, con procesamiento posterior en R-Studio.

Se calcularon frecuencias y porcentajes para describir las dimensiones del cuestionario OHIP-49 SP y las variables sociodemográficas. Antes del análisis inferencial, se aplicó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, seleccionada debido a que las diferencias intraindividuales pareadas (pre-post) no presentaron una distribución normal (prueba de Shapiro-Wilk; $p < 0,001$). El tamaño del efecto se estimó mediante la fórmula de d de Cohen para muestras pareadas (calculado como el promedio de las diferencias dividido por la desviación estándar de las diferencias). Dado que no existe un umbral formal de mínima diferencia clínicamente importante, estandarizado para el OHIP-49 SP en esta población, el valor del tamaño del efecto se interpreta rigurosamente como un cambio de gran magnitud. Adicionalmente, se utilizó el factor de Bayes (BF_{10}) para cuantificar la fuerza de la evidencia a favor de la hipótesis alternativa.

Consideraciones éticas

Se solicitó la aprobación del Comité Ético Científico de la Universidad Adventista de Chile, bajo el dictamen n.º 2024-126. Asimismo, se obtuvo el consentimiento informado escrito de todos los participantes, asegurando que comprendieran el propósito del estudio y su derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones. La información recolectada fue tratada de manera anónima y confidencial, en conformidad con la Ley n.º 19.628 sobre Protección de la Vida Privada en

Chile (19) y los principios establecidos en la Declaración de Helsinki (20).

Uso de inteligencia artificial

Para garantizar la precisión gramatical y la coherencia estilística de este documento, se utilizó el asistente de escritura LanguageTool. Esta herramienta de inteligencia artificial se empleó específicamente en las etapas de revisión ortográfica y corrección de sintaxis del documento final.

RESULTADOS

De acuerdo a las variables sociodemográficas, la media de edad de los participantes ($n = 40$) fue de 50,8 ($DE \pm 19,8$ años), con una mediana de 44 años. Respecto al sexo, se observó una mayor proporción de mujeres (70,0 %). La mayoría residía en Chillán (95,0 %) y más de la mitad estaban casados (57,5 %) (tabla 1).

Para evaluar el impacto global de la intervención en la CV de los participantes, se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon, seleccionada porque las diferencias pareadas intraindividuales de la intervención no presentaron una distribución normal (Shapiro-Wilk; $p < 0,001$), revelando una reducción estadísticamente significativa de los puntajes totales de OHIP-49 SP ($W = 820$; $p < 0,001$). El puntaje promedio disminuyó de $47,8 \pm 24,2$ a $11,6 \pm 16,4$, lo que representa una diferencia de medias de 36,2. Asimismo, la mediana descendió de

44,0 puntos ($RIC = 40,0-55,5$), en la evaluación basal, a 4,0 puntos ($RIC = 6,35-16,8$), tras la intervención. Esta diferencia representó una magnitud del cambio elevada (d de Cohen = 1,46) y una evidencia estadística extremadamente sólida a favor de la variación en las puntuaciones ($BF_{10} = 4,31^{e+8}$) (tabla 2).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los participantes en la intervención educativa en salud bucal.

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	28	70
Masculino	12	30
Ciudad		
Coihueco	1	2,5
Chillán	38	95,0
San Pablo, Lo prado	1	2,5
Estado civil		
Casada/o	23	57,5
Soltera/o	10	25,0
Viuda/o	3	7,5
Divorciada/o	1	2,5
Otra	3	7,5

Tabla 2. Valor del tamaño del efecto de la intervención educativa en salud bucal mediante el puntaje obtenido por cada participante en el cuestionario OHIP-49 SP.

Medición	Media	DE	Mediana	IC 95% de la media	Estadístico de Wilcoxon (W)	valor p	d de Cohen	Factor de Bayes ₁₀
Preintervención	47,8	24,2	44,0	40,0-55,5	820	<0,001	1,46	4,31 ^{e+8}
Postintervención	11,6	16,4	4,0	6,35-16,8				

DE: desviación estándar.

La comparación de los promedios de las siete dimensiones del OHIP-49 SP antes y después de la intervención evidenció una disminución significativa en seis de ellas. Los resultados reflejan un cambio significativo, especial-

mente en dolor físico, limitación funcional e incapacidad física y psicológica ($p < 0,001$). La única dimensión que no presentó una diferencia estadísticamente significativa fue la de molestias psicológicas ($p = 0,192$) (tabla 3).

Tabla 3: Puntuaciones descriptivas e inferenciales por dimensión del cuestionario OHIP-49 SP antes y después de la intervención educativa en salud bucal (n = 40).

Dimensión	Preintervención		Postintervención		Wilcoxon (W)	Valor p
	Mediana (RIC)	Media (DE)	Mediana (RIC)	Media (DE)		
Limitación funcional	1,00 (0,60-1,45)	1,01 (0,50)	0,22 (0,15-0,28)	0,19 (0,08)	812	<0,001*
Dolor físico	1,45 (1,30-1,70)	1,45 (0,40)	0,22 (0,20-0,30)	0,23 (0,08)	820	<0,001*
Molestias psicológicas	1,35 (0,68-1,83)	1,56 (0,50)	0,20 (0,05-0,30)	0,96 (1,50)	312,5	0,192
Incapacidad física	0,60 (0,45-0,89)	0,69 (0,30)	0,10 (0,05-0,17)	0,11 (0,08)	800	<0,001*
Incapacidad psicológica	0,41 (0,36-0,51)	0,47 (0,35)	0,08 (0,07-0,10)	0,085 (0,01)	795	<0,001*
Incapacidad social	0,86 (0,48-1,18)	1,00 (0,64)	0,15 (0,08-0,20)	0,16 (0,03)	750	0,001*
Minusvalía	0,50 (0,40-0,75)	0,56 (0,40)	0,05 (0,05-0,12)	0,08 (0,04)	780	<0,001*

Las puntuaciones por dimensión corresponden al promedio estandarizado por ítem (rango de 0 a 4 puntos). DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico (Q1-Q3); W: estadístico de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras pareadas. *Diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados de las variables socio-demográficas, la mayoría de los participantes fueron mujeres casadas adultas. En un estudio similar realizado en 2024 se evidenció que el 83,3 % de los participantes de la intervención correspondían al sexo femenino, quienes presentaron menos limitaciones funcionales y menor malestar psicológico en comparación con el sexo masculino (21). En otro estudio de 2021, se reportó una edad promedio muy similar a la de nuestra muestra: 48,5 años, con una mediana de 50 años; asimismo, quienes participaron en un programa de intervención mejoraron su percepción de la CV relacionada con la salud bucal (22). Esto puede deberse a que este grupo etario presenta mayor susceptibilidad a enfermedades bucales, por lo que se beneficia de manera más significativa con intervenciones educativas (14).

Respecto a la relación de la salud bucal en la CV antes de la intervención, se observó que la mayoría de los participantes se veía afectado según los resultados del cuestionario OHIP-49. Sin embargo, tras la intervención educativa, la mayoría reflejó una mejoría significativa. Estos hallazgos se alinean con los de un estudio reciente, en el que se demostró la importancia de los programas educativos, evidenciada en la reducción de los puntajes del OHIP-49 antes y después de la intervención ($p \leq 0,008$). En dicha investigación se reportó una mejora estadísticamente significativa de la percepción de bienestar, principalmente en las dimensiones de dolor físico e incapacidad funcional, tras sesiones educativas personalizadas en mujeres menopáusicas con enfermedad periodontal (23).

Del mismo modo, destaca la sensibilidad al cambio del OHIP-49 en poblaciones chilenas adultas, señalando su utilidad para detectar mejoras después de la interven-

ción, especialmente en dimensiones como la limitación funcional y la incapacidad social (17). En el presente estudio, estas dos dimensiones mostraron reducciones significativas, lo que refuerza la importancia del modelo aplicado. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de un estudio reciente (2025), donde se evaluó el efecto de una intervención educativa sobre la relación entre la autoevaluación de la salud bucal y la CV; en dicha investigación, aunque el nivel educativo mostró una correlación débil con el OHIP-5 ($r = 0,11$; $p < 0,001$), se identificó una interacción lineal significativa entre la educación y la autoevaluación ($\beta = 1,213$; $p = 0,035$), confirmando que la educación intensifica el impacto de la percepción de la salud bucal sobre la CV (24). Los hallazgos sugieren que un mayor nivel educativo puede mejorar la percepción del bienestar oral, respaldando indirectamente la eficacia de las intervenciones educativas en la mejora de la CV relacionada con la salud bucal (23). De manera similar, Pilco y Racacha (25) evaluaron la efectividad de una intervención educativa sobre salud bucal en madres con niños menores de 3 años, evidenciando una mejora significativa en el nivel de conocimiento de las madres sobre la salud bucal tras la intervención.

La magnitud de la diferencia observada, evaluada mediante el índice d de Cohen, reflejó un cambio sustancial y clínicamente relevante en las puntuaciones del OHIP-49 SP, lo que coincide con una investigación que afirma que las actividades educativas estructuradas se acompañan de variaciones notables en la percepción de la CV de adultos con discapacidad visual (26). Contreras-Hernández (27) implementó un programa de actividades educativas y recreativas en adultos mayores institucionalizados, logrando mejoras significativas en su CV y evidenciando que los programas estructurados pueden producir cambios medibles en el bienestar de esta población. Por último, Wang et al. (24) demostraron

que un mayor nivel educativo mejora la percepción del bienestar oral, lo que refuerza indirectamente la validez de las intervenciones educativas (24).

Este estudio presenta algunas limitaciones metodológicas que deben considerarse al interpretar los hallazgos. En primer lugar, la adopción de un diseño preexperimental sin grupo control limita la validez interna, impidiendo atribuir de manera inequívoca los cambios observados exclusivamente a la intervención educativa, dado que no se pueden descartar efectos de confusión como el sesgo de deseabilidad social o el efecto Hawthorne. En segundo lugar, el tamaño muestral reducido ($n = 40$) y la selección mediante muestreo no probabilístico por conveniencia en un único centro privado restringen la representatividad y la validez externa de los resultados a otras poblaciones con características socioeconómicas o de acceso a la salud distintas. En tercer lugar, la evaluación postintervención se realizó de forma inmediata tras finalizar la última sesión educativa; si bien esto permitió captar el efecto a corto plazo, imposibilitó evaluar la retención del conocimiento, la adherencia a largo plazo y la sostenibilidad de las mejoras en la CV relacionada con la salud bucal. Finalmente, la recolección de datos mediante cuestionarios autoaplicados (en formato físico y digital vía Google Forms) puede introducir un sesgo de autoinforme. Para superar estas restricciones, se sugiere que futuras investigaciones empleen ensayos clínicos controlados aleatorizados, con muestras de mayor tamaño e interprovinciales, e incorporen evaluaciones

longitudinales de seguimiento (a los 3, 6 y 12 meses), combinadas con indicadores clínicos objetivables (como índices periodontales y de placa bacteriana).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos sugieren que la aplicación de un programa de intervención educativa multimodal basado en el Modelo de Creencias en Salud se asoció de manera significativa con una mejora de la CV relacionada con la salud bucal en la muestra de adultos estudiados. Se evidenció una disminución sustancial e importante en la puntuación global del cuestionario OHIP-49 SP, destacando reducciones relevantes en seis de sus siete dimensiones, especialmente en aquellas vinculadas con el dolor físico, la limitación funcional y las incapacidades física y psicológica.

No obstante, dado que el estudio empleó un diseño preexperimental de un solo grupo y midió los efectos de forma inmediata tras concluir las sesiones, estos hallazgos deben interpretarse con cautela. No es posible atribuir una relación causal definitiva al programa educativo ni evaluar la sostenibilidad de estos hábitos a largo plazo. Se recomienda que futuras investigaciones implementen ensayos clínicos aleatorizados, incorporen un grupo control y apliquen mediciones de seguimiento longitudinal para consolidar la evidencia científica sobre la efectividad de la educación en salud bucal.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento:

Autofinanciado.

Aprobación de ética:

Se solicitó la aprobación del Comité Ético Científico de la Universidad Adventista de Chile, quedando registrada bajo el dictamen N.º 2024-126.

Contribución de autoría:

MPAZ: conceptualización, curación de datos, análisis formal, metodología, investigación, metodología, administración del proyecto, *software*, visualización, redacción del borrador original, redacción (revisión y edición).

PAAI: visualización, redacción de borrador original.

AEPO: conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, recursos, validación, visualización, redacción del borrador original.

Declaración de uso de herramientas de inteligencia artificial:

Se utilizó LanguageTool con el propósito de corrección básica de gramática, ortografía y puntuación, apoyo en redacción, síntesis, edición, traducción. Los autores revisaron y editaron el contenido resultante y asumen plena responsabilidad por la integridad y exactitud del manuscrito.

Correspondencia:

María del Pilar Acosta Zambrano

✉ mariadelpilaracosta@unach.cl

REFERENCIAS

1. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, et al. The global burden of oral diseases and the risks to oral health. *Bull World Health Organ*. 2005;83(9):661-9. PMID:[PMC2626328](#).
2. Dos Santos SQ, Oliveira AG. Quality of evidence in the oral health international data: contributions for a global profile. *PLoS ONE*. 2025;20(2):e0315131. doi:[10.1371/journal.pone.0315131](#)
3. Ladera-Castañeda MI, Medina-Sotelo CG. La salud bucal en América Latina: una revisión desde las políticas públicas. *Salud Cienc Tecnol*. 2023;3:340. doi:[10.56294/saludcyt2023340](#)
4. Galante M, Otálvaro-Castro GJ, Cornejo-Ovalle MA, et al. Oral health policy in Latin America: challenges for better implementation. *Eur J Dent Oral Health*. 2022;3(2):167. doi:[10.24018/ejdent.2022.3.2.167](#)
5. Murray PE, Coffman JA, Garcia-Godoy F. Oral pathogens' substantial burden on cancer, cardiovascular diseases, Alzheimer's, diabetes, and other systemic diseases: a public health crisis—A comprehensive review. *Pathogens*. 2024;13(12):1084. doi:[10.3390/pathogens13121084](#)
6. Ministerio de Salud (CL). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Segunda entrega de resultados [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2018. Disponible en: https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/2-Resultados-ENS_MIN-SAL_31_01_2018-ilovepdf-compressed.pdf
7. Flores-Cartes R. Territorial inequalities in oral health among children and adolescents: the cases of Biobío and Ñuble as risk factors in Chile. *J Oral Res*. 2025;14(1):173-8. doi:[10.17126/joralres.2025.015](#)
8. Brown DS, Thompson WW, Zack MM, et al. Associations between health-related quality of life and mortality in older adults. *Prev Sci*. 2015;16(1):21-30. doi:[10.1007/s11121-013-0437-z](#)
9. Abel GA, Hebert D, Lee C, et al. Health-related quality of life and vulnerability among people with myelodysplastic syndromes: a US national study. *Blood Adv*. 2023;7(14):3506-15. doi:[10.1182/bloodadvances.2022009000](#)
10. Religioni U, Barrios-Rodríguez R, Requena P, et al. Enhancing therapy adherence: impact on clinical outcomes, healthcare costs, and patient quality of life. *Medicina*. 2025;61(1):153. doi:[10.3390/medicina61010153](#)
11. Danke K, Bevensee I, Silva AB, et al. Rehabilitation with removable dentures in adults and elderly patients: Chilean Public Health System. *Arch Gerontol Geriatr Plus*. 2024;1(4):e100084. doi:[10.1016/j.aggp.2024.100084](#)
12. Montes-Neira D, Mena-Solís B. Confiabilidad y sensibilidad al cambio del cuestionario "Perfil de impacto de salud oral en desdentados (OHIP-EDENT)" obtenido de la reducción de preguntas del OHIP-49 SP [tesis de título profesional en Internet]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2011. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/133578>
13. Alyafei A, Easton-Carr R. The health belief model of behavior change. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>
14. Janto M, Iurcov R, Daina CM, et al. Oral health among elderly, impact on life quality, access of elderly patients to oral health services and methods to improve oral health: a narrative review. *J Pers Med*. 2022;12(3):372. doi:[10.3390/jpm12030372](#)
15. Czwikla J, Herzberg A, Kapp S, et al. Effectiveness of a dental intervention to improve oral health among home care recipients: a randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):e9339. doi:[10.3390/ijerph18179339](#)
16. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11(1):3-11. PMID:[8193981](#).
17. Muñoz-Sepúlveda F, Acevedo C, Mariño R, et al. Translation and validation into Spanish of the oral health self-efficacy scale in Chilean older adults. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):118. doi:[10.1186/s12903-024-03889-4](#)
18. Vera-Veloz AF, Cleonares-Borbor AM. Descripción de la salud oral en adultos mayores del Centro Gerontológico "Los Rosales" en Ecuador. *Salud Cienc Tecnol*. 2024;4:919. doi:[10.56294/saludcyt2024919](#)
19. Ley n.º 19.628, Sobre protección de la vida privada [Internet]. Santiago de Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 1999. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=141599>
20. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-4. doi:[10.1001/jama.2013.281053](#)
21. Domínguez-Mazzini RQ. Evaluación de la calidad de vida en salud oral en relación con la percepción estética dental en estudiantes de odontología, Universidad de Huánuco 2024 [tesis de título profesional en Internet]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/20.500.14257/5929>
22. Reisine S, Schensul JJ, Salvi A, et al. Oral health-related quality of life outcomes in a randomized clinical trial to assess a community-based oral hygiene intervention among adults living in low-income senior housing. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):227. doi:[10.1186/s12955-021-01859-w](#)
23. Fontaine-Machado O, Hernández-Meléndrez DE, Gómez-Díaz SM, et al. Intervención educativa a pacientes en estadios menopáusicos con diagnóstico de enfermedad periodontal y diabetes mellitus. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2024;50:e18042.

- Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/18042>
24. Wang T, Zheng Y, Sun Y, et al. Education moderates the association between self-rated oral health and oral health-related quality of life. *Clin Oral Investig*. 2025;29(6):318. doi:10.1007/s00784-025-06395-1
 25. Pilco AE, Racacha RY. Efectividad de una intervención educativa en madres sobre salud bucal, Medio Mundo - año 2021 [tesis de licenciatura en Internet]. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2021. Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/5048>
 26. Reyes Espinoza K, López H, Jumbo A, et al. Descripción de higiene bucal en personas con discapacidad visual de la ciudad de Ibarra, Ecuador. *Salud Cienc Tecnol*. 2024;4:928. doi:10.56294/saludcyt2024928
 27. Contreras-Hernández V. Reflexiones necesarias acerca de las actividades recreativas para beneficiar la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados. *Dilemas Contemp Educ Política Valores*. 2021;9(ed. especial):37. doi:10.46377/dilemas.v9i.2944