



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
ÁREA CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO**

“Validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad del cuestionario de ansiedad y miedo dental IDAF- 4C+ en una muestra de embarazadas en la Región Metropolitana”

Luis Humberto Palma Loayza

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Matías Ríos Erazo

TUTORES ASOCIADOS

Andrea Herrera Ronda

**Adscrito a Proyecto FIOUCH 13-005
Santiago - Chile
2017**

ÍNDICE

I. Resumen	5
II. Marco Teórico	6
II.1. Ansiedad dental	6
II.1.1. Efectos de la ansiedad dental	7
II.2. Embarazadas	8
II.2.1. Enfermedad periodontal y riesgo de parto prematuro y/o bajo peso al nacer	9
II.2.2. Ansiedad dental en mujeres embarazadas	9
II.3. Medición de la Ansiedad dental	10
II.3.1. Escala de ansiedad dental de Corah (DAS)	11
II.3.2. Escala de ansiedad dental modificada (MDAS)	11
II.3.3. Índice de ansiedad y miedo dental (IDAF-4C+)	12
II.4. Evaluación de las propiedades psicométricas de un instrumento	13
II.4.1. Validez	13
II.4.1.1. Evidencia de validez de contenido	14
II.4.1.2. Evidencia de validez de constructo	14
II.4.2. Confiabilidad	15
III. Hipótesis y Objetivos	16
III.1. Hipótesis	16
III.2. Objetivo General	16
III.3. Objetivos Específicos	16
IV. Materiales y Métodos	17
IV.1. Tipo de estudio:	17
IV.2. Universo:	17
IV.3. Muestra:	17
IV.4. Técnicas de recolección de información	18
IV.5. Aspectos éticos	18
IV.6. Diseño del Estudio	18
IV.7. Cuestionario índice de ansiedad y miedo dental IDAF-4C+	19

IV.8. Obtención de la validez	20
IV.8.1. Validez de contenido	20
IV.8.2. Validez de Constructo	22
IV.9. Obtención de la Confiabilidad	23
IV.10. Análisis estadístico	23
V. Resultados	24
V.1. Caracterización de la muestra	24
V.2. Estadísticos descriptivos del cuestionario de índice y miedo dental IDAF-4C+	26
V.2.1. Módulo IDAF- 4C	26
V.2.2. Módulo IDAF-P	27
V.2.3. Módulo IDAF-S	27
V.3. Nivel de ansiedad dental	28
V.4. Validez de contenido	29
V.5. Validez de Constructo	29
V.6. Confiabilidad	31
VI. Discusión	34
VII. Conclusión	39
VIII. Bibliografía	40
IX. Anexos	46

I. Resumen

Introducción: La ansiedad dental es un fenómeno que influye notablemente en el estado de salud oral, entorpeciendo tanto el manejo del paciente durante la atención dental como la posterior adherencia al tratamiento. Es necesario para el odontólogo saber identificar, medir y diagnosticar este fenómeno, sobretodo en grupos considerados vulnerables, como lo son las mujeres embarazadas. Son variados los instrumentos que se han utilizado para identificar y medir la ansiedad dental en la población, sin embargo, en este último tiempo, el cuestionario Índice de ansiedad y miedo dental (IDAF-4C+), ha ido ganando terreno en la investigación odontológica, esto debido a que aborda en su totalidad el constructo ansiedad dental. El objetivo de esta investigación fue determinar la validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad del cuestionario IDAF-4C+ versión en español en mujeres embarazadas en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana, Chile.

Materiales y Métodos: Estudio transversal descriptivo. Las mujeres embarazadas fueron reclutadas en servicios de atención primaria de la región metropolitana que estuvieran en tratamiento odontológico, edad entre 18 – 40 años y nacionalidad chilena. La validez de contenido se determinó mediante el juicio de expertos, la validez de constructo a través del análisis factorial confirmatorio, mientras que la confiabilidad se determinó por consistencia interna, a través del coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados: Se evaluó un total de 72 mujeres embarazadas, quienes presentaron una prevalencia de ansiedad dental de 33,34%. El juicio de expertos no realizó modificación al IDAF-4C+ versión en español. El análisis factorial confirmó la presencia de un solo factor, el cual explicó el 61,86% de la varianza. Mientras que el análisis de la consistencia interna arrojó un valor alfa de Cronbach 0,908, considerado excelente.

Conclusión: El cuestionario IDAF-4C+ presentó una adecuada validez de contenido, validez de constructo y una excelente confiabilidad. Su uso es adecuado para la medición de ansiedad dental en mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención primaria en Chile.

II. Marco Teórico

La odontología como ciencia de la salud ha experimentado una significativa evolución en los últimos años. La práctica odontológica diaria se ha beneficiado de los grandes avances de la tecnología, la técnica y los nuevos materiales. Al mismo tiempo, ha mejorado la conciencia pública con respecto a salud oral (Hmud y Walsh, 2009). Actualmente en Chile, se tiene un modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario. Dentro de esta visión integral, es de relevancia identificar las actitudes y conductas que influyen en la salud dental de las personas, variables imprescindibles si se quiere dar una óptima e íntegra atención al paciente. En este sentido, la ansiedad dental es uno de los factores más relevantes a considerar.

II.1. Ansiedad dental

Existen múltiples definiciones para ansiedad dental, sin embargo, la más ajustada es la propuesta por Al-Namankany, De Souza y Ashley (2012), definiéndola como una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza, la cual es una experiencia individual, subjetiva, que varía entre las personas, y genera un serio impacto en la vida cotidiana, siendo una importante barrera para la búsqueda de atención dental. La ansiedad dental es un constructo continuo multidimensional que posee componentes cognitivos, fisiológicos y motores (Ríos y cols., 2014), existiendo un rango que va desde la ansiedad baja, moderada hasta la fobia dental. Esta última es un tipo de ansiedad dental severa, caracterizada por el miedo extremo e intensificado al dentista y al tratamiento odontológico (Lima y Casanova, 2004).

La ansiedad dental presenta una considerable prevalencia a nivel mundial, con porcentajes que van de 4% a 23% en países europeos (Hakeberg y cols., 1992; Astrøm y cols., 2011). Por ejemplo, en Reino Unido existe una alta prevalencia de

ansiedad dental del 11,6% (Humphris y cols. 2009), en Australia y Estados Unidos la prevalencia es de 14,9% y 12,5% respectivamente (Thomson y cols., 1996; Locker y cols., 2001), mientras que en Asia las tasas van del 30% al 51,6% (Schwarz y Birn, 1995; Woodmansey, 2005; Marya y cols., 2012), existiendo un estudio en China, en donde un 74% presentó algún grado de ansiedad dental (Liu y cols., 2015). A nivel latinoamericano, en Brasil existen estudios que reportan datos de ansiedad dental moderada a alta de un 44,8% (Duarte y cols., 2013), en Colombia un 62,8% presentó ansiedad dental, asociándose significativamente el miedo dental con el sexo femenino (Arrieta y cols., 2013). En Chile, son muy pocos los estudios respecto a la ansiedad dental en población adulta. En un estudio de ansiedad dental en pacientes que acudieron a un servicio de urgencia, la prevalencia fue de 23,7% (Muza y Muza, 2008). Existe otro estudio en adultos que concurren a un servicio de salud primaria que arrojó como resultado una prevalencia de 37,9%, en sus niveles moderado (16,1%) y severo o fobia dental (21,8%) (Ríos y cols., 2016).

II.1.1. Efectos de la ansiedad dental

La ansiedad dental tiene un gran impacto en la persona que la padece, tanto a nivel social como personal, relacionándose de gran manera con la cavidad oral.

Calidad de vida: Existen estudios que dan cuenta de la asociación entre ansiedad dental y calidad de vida, planteando que quien padece ansiedad dental tendría una peor calidad de vida relacionada con la salud oral (Kumar y cols., 2009; Boman y cols., 2012).

Caries: La ansiedad dental genera una disminución del estado de salud oral del individuo (Armfield, 2010a), aumentando la presencia de caries sin tratamiento (Kinirons y Stewart, 1998) y el número de dientes cariados (Rantavuori y cols., 2004; Eitner y cols., 2006).

Salud Periodontal: El alto nivel de ansiedad dental también puede conducir a un mal estado de salud periodontal (Liu y cols., 2015). Cuanto mayor es el nivel de ansiedad dental, mayor es el índice de cálculo o tártaro dental (Kanaffa y cols., 2014) lo que a su vez se traduce en una mayor experiencia de caries y gingivitis (Guentsch y cols., 2017).

En relación con la adherencia a tratamiento, las personas que tienen una alta ansiedad dental retrasarían el tratamiento odontológico, lo que podría provocar un desarrollo más extenso de la enfermedad, traduciéndose en un tratamiento más invasivo y potencialmente doloroso. Esta experiencia dolorosa podría contribuir al aumento del miedo dental, formándose así lo que Armfield y cols. (2007) denominan "círculo vicioso". Existe un estudio en India, en donde un 25,5% de la muestra pospuso su visita al dentista debido a la severa ansiedad dental que presentaban (Deogade y cols., 2016).

Son variados los factores sociodemográficos que se han asociado con la ansiedad dental. Con respecto al género, varios estudios reportan que las mujeres presentan mayores índices de ansiedad y miedo dental en comparación con los hombres (Caycedo y cols., 2008; Muza y Muza, 2008; Liu y cols., 2015). Dentro de los factores que podrían explicar las diferencias están los factores psicosociales y socioculturales que incluyen el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, pobreza, nivel educativo, apoyo social, adversidades durante la infancia, normas culturales, rasgos de personalidad, predisposición genética, u hormonas sexuales entre otros (Lima y Casanova, 2004; Caycedo y cols., 2008; Arenas y Puigcerver, 2009).

II.2. Embarazadas

La mujer durante el estado de gestación está sometida a una serie de cambios extrínsecos e intrínsecos relacionados entre sí, sufriendo de variaciones en los niveles hormonales, en la composición salival, microorganismos, dieta y hábitos.

Estos cambios biológicos, junto con factores de tipo conductuales y relacionados con el estilo de vida tienen una gran repercusión en la salud oral. Está comprobado que el aumento de la acidez en la cavidad oral, producto de náuseas y vómitos, el mayor consumo de azúcar debido a los “antojos” y la menor atención a los cuidados de salud oral, llevan a aumentar el riesgo de caries en este grupo (Silk y cols., 2008). También se produciría un aumento en la carga bacteriana total, dando como resultado mayor severidad de los signos y síntomas de enfermedades periodontales (Raber y cols., 1994; Rodríguez y López, 2003).

II.2.1. Enfermedad periodontal y riesgo de parto prematuro y/o bajo peso al nacer

Todas las variaciones en la mujer embarazada, tanto hormonales como conductuales, tienen serias consecuencias sobre la condición de salud tanto de la gestante como del feto, pues la evidencia aunque sin ser concluyente, relaciona las infecciones bucodentales con eventos como el parto pre-término y el bajo peso al nacer (Moore y cols., 2004; Boggess, 2008; Castellanos y Díaz, 2009).

II.2.2. Ansiedad dental en mujeres embarazadas

Las mujeres embarazadas tendrían mayores niveles de ansiedad dental que la población común. En Brasil, un estudio arrojó como resultado que la prevalencia entre las mujeres embarazadas fue del 96,4%, la mayoría (41,1%) mostró altos niveles de ansiedad dental (Chaves y cols., 2014).

Se ha presentado una asociación directa entre ansiedad dental y mala salud oral en embarazadas, es decir, cuanto mayor nivel de ansiedad dental presenta la mujer embarazada, peores condiciones de salud oral (Silveira y cols., 2016). Además, el efecto de la ansiedad dental materna también repercute en el hijo, ya que la ansiedad materna influye en la ansiedad del niño, es decir, los miedos dentales de la madre son traspasados al hijo(a) (Busato y cols., 2017). También,

se ha demostrado una fuerte asociación positiva entre la ansiedad dental materna y la experiencia de caries de los niños (Goettems, 2012).

A pesar del perjudicial efecto en salud oral de la ansiedad dental, son frecuentes las enfermedades orales en las mujeres gestantes, lo que pareciera indicar que las mujeres embarazadas o no acuden a la consulta en forma oportuna o no reciben la atención odontológica adecuada por parte de los profesionales. Un estudio llevado a cabo en Colombia, en una muestra de embarazadas reportó que casi la mitad de éstas no consultaron al odontólogo durante su periodo de gestación, siendo una de las causas (11%) el temor que sentían (Saldarriaga y cols., 2003). En un estudio similar por Saddki y cols. (2010), reportaron que una de las razones del por qué las mujeres embarazadas no acudieron a la consulta dental fue por miedo dental.

Dada la mayor prevalencia de ansiedad dental en mujeres, es que se decide estudiar a las mujeres embarazadas, ya que a su vez, estas son consideradas una población vulnerable en cuanto a salud oral. Es importante mencionar, que la salud oral Integral de la embarazada es una garantía GES. Esta consiste en una atención odontológica realizada por un cirujano dentista, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la mujer gestante (MINSAL, 2013).

II.3. Medición de la Ansiedad dental

Existen variados instrumentos para identificar y medir la ansiedad dental en la población, los cuestionarios para adultos más conocidos y utilizados son la “Escala de ansiedad dental de Corah” (DAS, en sus siglas en inglés) (Corah, 1969) y la “Escala de ansiedad dental modificada” (MDAS, en sus siglas en inglés) (Humphris y cols., 1995).

II.3.1. Escala de ansiedad dental de Corah (DAS)

La escala DAS, es un cuestionario de autorreporte, creado por Norman Corah, el año 1969. Consiste en cuatro preguntas sobre diferentes situaciones dentales, entre ellas, el nivel de ansiedad que el entrevistado sentiría un día antes de una cita dental, la ansiedad cuando está esperando atención en la sala de espera, durante el uso de turbina o micromotor y durante el uso de herramientas dentales para realizar procedimientos de limpieza por parte del odontólogo. Cada pregunta se califica de 1 (no ansiosa) a 5 (extremadamente ansiosa) por lo que el rango de puntuaciones posibles es de 4 a 20. Un puntaje de 4 corresponde a una persona sin ansiedad y un puntaje de 20 corresponde a una persona con ansiedad extrema o fobia dental.

II.3.2. Escala de ansiedad dental modificada (MDAS)

Si bien el DAS es breve y fácil de utilizar, no incluye ninguna referencia a las inyecciones de anestésico local, estímulo que genera ansiedad en muchos pacientes. Es por esto que Humphris y cols. (1995) añadieron una pregunta sobre la ansiedad acerca de las inyecciones anestésicas orales, creando la escala de ansiedad dental modificada. En el MDAS el rango de puntuaciones es de 5 a 25, categorizando al paciente según la puntuación, en ansiedad leve o nula, ansiedad moderada, ansiedad severa o fobia dental.

La literatura evidencia que los variados instrumentos que existen para diagnosticar y medir ansiedad dental siguen siendo cuestionables. En primer lugar, la mayoría de los cuestionarios carecen de una conexión con la teoría de la ansiedad dental (Schuurs y Hoogstraten, 1993). En segundo lugar, muchos instrumentos destinados a medir la ansiedad o el miedo dental generalmente no consideran todas las dimensiones de este problema, centrándose principalmente en el componente emocional (es decir, lo que la persona siente) y sub-representando o ignorando otros componentes (cogniciones de la persona) (Armfield, 2010a). En tercer lugar, estos instrumentos no permiten un diagnóstico

claro o un proceso de selección para identificar a las personas que sufren ansiedad dental severa o fobia dental (Armfield, 2010a). Por último, los instrumentos suelen presentar propiedades psicométricas insuficientes, lo que supone una amenaza para la fiabilidad y validez de las escalas (Schuurs y Hoogstraten, 1993).

II.3.3. Índice de ansiedad y miedo dental (IDAF-4C+)

Considerando las limitaciones expuestas en el párrafo anterior, es que se creó un nuevo cuestionario para medir la ansiedad dental, llamado “Índice de Ansiedad y Miedo Dental” (IDAF-4C+, en sus siglas en inglés) (Armfield, 2010b). El IDAF-4C+ supone un concepto multidimensional de la ansiedad y miedo dental, e incluye evaluaciones de los componentes fisiológicos, emocionales, cognitivos y de comportamiento de la ansiedad dental. Es un instrumento diseñado para evaluar ansiedad y miedo dental, diagnóstico específico de fobia, y preocupación con respecto a los estímulos que provocan ansiedad. Actualmente, su uso ha ido en aumento, así lo reflejan las nuevas traducciones a otros idiomas que ha tenido.

El IDAF-4C+ está estructurado a partir de 3 módulos.

1. Módulo de componentes (IDAF-4C): Busca medir las diferentes dimensiones de la ansiedad dental: cognitivo, fisiológico, conductual y emocional.
2. Módulo de fobia dental (IDAF-P): Diseñado para identificar y diagnosticar a las personas que sufren ansiedad dental severa o fobia dental.
3. Módulo de estímulos (IDAF-S): Busca medir e identificar una gama de estímulos que se reportan con mayor frecuencia como causantes de ansiedad en el entorno dental.

Los tres módulos del cuestionario IDAF-4C+ se pueden utilizar por separado o en combinación, dependiendo de los objetivos e intenciones del clínico o investigador (Armfield, 2010b).

Existe una versión adaptada al idioma español, realizada en España por Carrillo y cols. (2012) (anexo 1), mostrando adecuada consistencia interna, buena confiabilidad y adecuada validez, al compararlo con otros instrumentos que miden ansiedad dental.

II.4. Evaluación de las propiedades psicométricas de un instrumento

Todo instrumento de medición o de recolección de datos debe reunir una serie de características fundamentales, las cuales son logradas mediante un proceso de evaluación de sus propiedades psicométricas (Muñiz, 2010). La evaluación de las propiedades psicométricas de un cuestionario es un proceso complejo que implica recoger información que apoye o refute una determinada interpretación y uso de sus puntuaciones por medio de diferentes pruebas empíricas.

Se evalúa al instrumento en cuanto a si cumple con los criterios métricos de calidad, es decir, estudiar la confiabilidad y validez del test y de los ítems (Navas Y Recio, 2006). Es necesario disponer de instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas en el ámbito de la salud, para poder comparar los resultados obtenidos con otros estudios nacionales e internacionales que hayan utilizado el mismo instrumento (Carvajal, 2011).

II.4.1. Validez

La validez, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir, es decir, aquello para lo que ha sido diseñado (Hernández y cols., 2014). La validez de una prueba consiste en demostrar que la interpretación

de las puntuaciones de la misma, tiene el significado que se postula a través de pequeños estudios que así lo demuestran (Cronbach, 1998). La validez es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia (Hernández y cols., 2014).

II.4.1.1. Evidencia de validez de contenido

Es el grado en el que la medición representa al concepto o variable medida (Hernández y cols. 2014). Nos permite determinar si el instrumento que se construye, adapta o se evalúa, representa adecuadamente todos los dominios de reactivos u observaciones que implica el constructo o la conducta que se desea evaluar (Aliaga, 2006). Se validan las inferencias relativas al uso específico de un test, a sus puntuaciones y no el propio test. Depende de la valoración de investigadores y expertos que deben juzgar sobre la pertinencia de los ítems.

II.4.1.2. Evidencia de validez de constructo

La validez de constructo se define en relación a qué tan bien un instrumento representa y mide un concepto teórico. Este tipo de evidencia debe explicar cómo las mediciones del concepto o variable se vinculan de manera congruente con las mediciones de otros conceptos correlacionados teóricamente (Hernández y cols., 2014). Una forma de estimación puede ser por métodos basados en la estructura interna del test, a través del análisis factorial (AF).

El AF está definido como una técnica estadística de reducción de datos usada para explicar las correlaciones entre las variables observadas en términos de un número menor de variables no observadas llamadas factores. Conceptualmente, el AF presenta dos tipos de modalidades: Análisis factorial exploratorio (AFE) y el Análisis factorial confirmatorio (AFC). El primero correspondería a una aproximación inductiva o exploratoria en la cual se analizan los indicadores para buscar patrones de relaciones entre ellos, se trabaja entonces desde las mediciones empíricas hacia la definición del constructo, no realizando ninguna

especificación previa del modelo en cuestión. El AFC sin embargo, hace una aproximación deductiva o confirmatoria, es decir, el constructo está pre-establecido e insertado en una teoría específica sobre los comportamientos que serían indicadores del constructo (Brown, 2006; Lévy y cols., 2006). En el AFC se trabaja desde un modelo teórico que sirve para explicar datos empíricos, lo cual permite valorar la semejanza entre el modelo teórico postulado y los datos obtenidos de dicho concepto a través de las variables manifiestas. De esta manera, el AFC responde de manera más eficiente a las exigencias para realizar la validación de constructo (Schmitt, 1995; Burgos, 2011).

II.4.2. Confiabilidad

Se entiende como el grado en que la aplicación de un instrumento repetida al mismo individuo u objeto produce resultados consistentes y coherentes, es decir, resultados iguales (Hernández y cols., 2014). En resumen, la confiabilidad evalúa el grado de consistencia en que un instrumento mide lo que debe medir (Fortin y Nadeau, 1999; Polit y Hungler, 1999).

Hay diversas técnicas para determinar la confiabilidad de un instrumento de medición. El método utilizado depende de la naturaleza del instrumento (Fortin y Nadeau, 1999). Todos utilizan procedimientos y fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad. Uno de los métodos más utilizados para medir la confiabilidad es la medida de consistencia interna, el cual indica la intensidad con la que se relaciona un aspecto con otro; esto es si se está midiendo solo una característica. En otras palabras, si existe acuerdo entre los reactivos o ítems (medición de la misma cosa). Un coeficiente útil para medir la consistencia interna es el alfa de Cronbach (Cronbach, 1951).

III. Hipótesis y Objetivos

III.1. Hipótesis

Se presentará un adecuado nivel de validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad en el cuestionario de ansiedad y miedo dental IDAF-4C+ en una muestra de embarazadas en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana, Chile.

III.2. Objetivo General

Determinar la validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad del cuestionario de ansiedad y miedo dental IDAF-4C+ en una muestra de embarazadas en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana, Chile.

III.3. Objetivos Específicos

1. Determinar la validez de contenido del cuestionario de ansiedad y miedo dental IDAF-4C+ en una muestra de embarazadas en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana, Chile.
2. Determinar la validez de constructo del cuestionario de ansiedad y miedo dental IDAF-4C+ en una muestra de embarazadas en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana, Chile.
3. Determinar la confiabilidad del cuestionario de ansiedad y miedo dental IDAF-4C+ en una muestra de embarazadas en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana, Chile.

IV. Materiales y Métodos

IV.1. Tipo de estudio: No experimental, transversal descriptivo.

IV.2. Universo: Mujeres embarazadas que estén en tratamiento odontológico en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana.

IV.3. Muestra: No probabilística. Las pacientes fueron reclutadas de los CESFAM Santa Amalia, de la comuna de La Florida y CESFAM Vista Hermosa, de la comuna de Puente Alto. Se eligieron estos centros de salud ya que existían contactos anteriores con esas instituciones por otras investigaciones, y además porque pertenecen al listado de convenios de internado de la facultad de odontología de la universidad de Chile.

Cálculo muestral: Se determinó a partir de Gorsuch y cols. (1983), quienes definen que es necesario al menos de 3 a 5 sujetos por ítem del cuestionario, para obtener valores confiables. Cabe recordar que el cuestionario IDAF 4C+ posee 23 ítems (Mínimo 69 individuos).

Criterios de Inclusión:

- Nacionalidad chilena.
- Embarazadas entre 18 y 40 años.
- Pacientes que tengan ficha clínica en el establecimiento de salud correspondiente.
- Pacientes que estén en tratamiento odontológico en el establecimiento de salud correspondiente.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que presenten condiciones sistémicas que afecten severamente la salud bucal.

IV.4. Técnicas de recolección de información

Se aplicó el cuestionario IDAF-4C+ versión en español a mujeres embarazadas que estaban en tratamiento odontológico en el establecimiento de salud primario correspondiente. Para esto, dichas pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión fueron invitadas a participar en el proyecto FIOUCH 13-005. No se realizó registro del número de embarazadas que rechazó participar del proyecto. Una vez que firmaron el consentimiento informado (anexo 2), se les presentó una batería de instrumentos, donde se incluía el cuestionario IDAF-4C+ para que fuese respondido de forma auto-administrada. Un integrante del proyecto estuvo presente en el momento en que la entrevistada respondía la batería, por si surgía alguna duda.

IV.5. Aspectos éticos

El proyecto al cual está adscrito esta tesis (FIOUCH 13-005) cuenta con la aprobación del comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (anexo 3) y de las instituciones beneficiarias (anexo 4 y 5). Este proyecto si bien es del 2013, cuenta con una prórroga aceptada por la DIFO (Dirección de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile)

IV.6. Diseño del Estudio

Según Navas y Recio (2006), los procedimientos necesarios para crear y evaluar un cuestionario incluyen 2 fases. La primera consiste en la construcción del instrumento, el cual ya está creado: IDAF-4C+ versión original en inglés (Armfield, 2010b) y su adaptación al idioma español (Carrillo y cols., 2012). La segunda fase, consiste en la evaluación del test, en donde se evaluó al instrumento en cuanto a si cumplía con los criterios métricos de calidad global e individual, es decir, estudiar la validez y confiabilidad del instrumento en embarazadas y en el contexto cultural chileno.

IV.7. Cuestionario índice de ansiedad y miedo dental IDAF-4C+

Se aplicó el cuestionario de índice de ansiedad y miedo dental IDAF-4C+ versión en español por Carrillo y cols. (2012). El IDAF-4C+ consta de 3 módulos.

1. Módulo de componentes IDAF-4C

Busca medir los cuatro componentes de la ansiedad dental, consta de 8 ítems, con 2 ítems midiendo características cognitiva, fisiológico, conductual y emocional. Las respuestas son a través de una escala Likert de 5 valores, siendo 1 el mínimo y 5 el máximo puntaje dado por ítem, por lo tanto mientras mayor puntaje se obtenga, más ansiedad dental presenta el individuo. Se calcula una puntuación global del módulo sumando las puntuaciones, con un rango de 8 a 40 puntos.

2. Módulo de Fobia dental IDAF-P

Módulo para el diagnóstico de fobia dental, consta de 5 ítems, con respuestas dicotómicas de si/no. El IDAF-P puede usarse junto con el IDAF-4C para obtener un diagnóstico de fobia dental. Si bien, este módulo no otorga puntaje, es utilizado como un condicionante para establecer el diagnóstico de fobia dental.

3. Módulo de Estímulos IDAF-S

Contiene 10 ítems que cubren una gama de estímulos que se reportan con mayor frecuencia como causantes de ansiedad en el entorno dental. Se pide a los entrevistados que evalúen hasta qué punto están ansiosos respecto a ciertos estímulos cuando van al dentista, por ejemplo, frente a las agujas o inyecciones. Cada ítem tiene una escala de respuesta que va desde 1 (nada nervioso) a 5 (muy nervioso). El módulo está diseñado principalmente para proporcionar profundidad y contexto al IDAF-4C, ayudando al clínico o investigador a determinar áreas específicas de preocupación para los pacientes o encuestados. Los ítems se analizan de manera individual, por lo tanto, los puntajes individuales de este módulo no contribuyen al puntaje global para la medición de ansiedad dental.

Según las normas establecidas por Armfield (2011) los puntajes de corte para clasificar al sujeto dentro de las categorías de ansiedad dental son las siguientes:

- Sin ansiedad - leve ansiedad: 8 a 15 puntos.
- Ansiedad moderada: 16 a 23 puntos.
- Ansiedad severa o fobia dental: mayor o igual a 24 puntos o cualquier respuesta "sí" en el módulo IDAF-P.

IV.8. Obtención de la validez

Se obtuvo la validez de contenido para los 3 módulos: módulo de componentes IDAF-4C, módulo de fobia IDAF-P y módulo de estímulos IDAF-S. Mientras que la validez de constructo se determinó a partir del módulo de componentes IDAF-4C.

IV.8.1. Validez de contenido

Se obtuvo mediante metodología Delphi, el cual es un método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo. Lo que se persigue con esta técnica es obtener el grado de consenso o acuerdo de los especialistas sobre el problema planteado (Yáñez y Cuadra, 2008; Varela y cols., 2012).

El cuestionario Índice de ansiedad y miedo dental (IDAF-4C+), se sometió a juicio de 4 expertos. Todos los expertos pertenecen a la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, donde desempeñan labores de docencia y/o investigación, y fueron escogidos por su conocimiento y su experiencia con el tema central, ansiedad dental.

Panel de expertos consultados:

1. C.B.R.: Cirujano Dentista, especialista en Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial. Académico de la facultad de odontología de la universidad de Chile.
2. G.R.A.: Cirujano Dentista y Psicólogo, magíster en ciencias odontológicas, doctorado en psicología. Profesor asociado de la facultad de odontología de la universidad de Chile.
3. M.R.E.: Psicólogo, magíster en psicología clínica. Académico de la facultad de odontología de la universidad de Chile.
4. A.H.R.: Psicólogo, magíster en psicología de la salud. Académico de la facultad de odontología de la universidad de Chile.

Estos expertos fueron contactados vía correo electrónico, adjuntando 2 archivos:

- Carta de solicitud de colaboración a experto en archivo Word (anexo 6), en la cual se indicó la metodología a utilizar.
- Cuestionario IDAF-4C+ versión en idioma español en archivo Excel (anexo 1, formato Excel).

Se sometió a evaluación la traducción en idioma español presentada en cuanto al lenguaje utilizado, la redacción y su congruencia y pertinencia en el proyecto. Además, se permitió que cada experto agregara sus correcciones y acotaciones dentro del mismo archivo Excel. Las respuestas de los expertos se recogieron vía correo electrónico, para que las modificaciones, eliminaciones o mantención de los ítems fuesen incorporadas.

Por último, se realizó una reunión, en la cual participaron los 4 expertos, se presentaron los juicios/respuestas recibidas de cada experto al resto del grupo y se dio libertad para que cada experto pudiese emitir un último juicio, ya sea corrigiendo o acotando alguna pertinencia sobre el tema.

IV.8.2. Validez de Constructo

Se obtuvo mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC). Se repitieron los procedimientos de análisis de datos informados en el estudio de Carrillo y cols. (2012), en el cual se desarrolló una versión en español del IDAF-4C+ original y se evaluaron sus propiedades psicométricas. El análisis factorial exploratorio aplicado por Carrillo y cols. Arrojó un único factor con un autovalor de 5.70 que representó el 71.13% de la varianza.

Correlación entre las variables

Con el fin de comprobar si es adecuado y factible realizar un análisis factorial confirmatorio, se evaluó la matriz de correlaciones entre los ítems del módulo IDAF-4C. Uno de los requisitos que deben cumplirse es que las variables se encuentren altamente intercorrelacionadas. Existen varios indicadores para su comprobación, entre estas, la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett.

La medida KMO contrasta si las correlaciones parciales entre las variables son suficientemente pequeñas. El estadístico KMO varía entre 0 y 1. Los valores pequeños indican que el análisis factorial puede no ser una buena idea, dado que las correlaciones entre los pares de variables no pueden ser explicadas por otras variables. Los valores menores de 0,5 indican que no debe utilizarse el análisis factorial con los datos muestrales que se están analizando (Kaiser, 1958).

La prueba de esfericidad de Bartlett evalúa la aplicabilidad del análisis factorial de las variables estudiadas. El modelo es significativo cuando se puede aplicar el análisis factorial, esto ocurre cuando $p < 0.05$ (Snedecor y Cochran, 1989).

IV.9. Obtención de la Confiabilidad

Se determinó la confiabilidad del módulo de componentes IDAF-4C. Se obtuvo por medio de la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach. Sus valores oscilan entre 0 y 1, y se considera que existe una buena consistencia interna cuando el valor de alfa es superior a 0,7 (Navas y Recio, 2006). Como criterio general, George y Mallery (2003) sugieren las siguientes recomendaciones para evaluar los valores de los coeficientes de alfa de Cronbach (tabla 1).

Tabla 1. Criterios de interpretación de los valores del Alfa de Cronbach

Valor Alfa de Cronbach	Interpretación
Coeficiente alfa > 9	Excelente
Coeficiente alfa > 8	Bueno
Coeficiente alfa > 7	Aceptable
Coeficiente alfa > 6	Cuestionable
Coeficiente alfa > 5	Pobre
Coeficiente alfa < 5	Inaceptable

Se evaluó la relación de los ítems del módulo IDAF-4C a través del coeficiente de correlación de Pearson (r) definida como: “medida de la fuerza de la relación lineal entre dos variables”. Varía en el intervalo $[-1,1]$, cercana a 0 indica poca asociación, cercano a 1 indica una asociación positiva (directa) y fuerte, mientras que cercana a -1 indica una asociación negativa (inversa) y fuerte, entre las variables (Lind y cols., 2008).

IV.10. Análisis estadístico

Se realizaron estadísticos descriptivos, análisis factorial confirmatorio y prueba r de Pearson para evaluar asociaciones. Se trabajó con un error de significancia del 5 %. El análisis de los datos se realizó a través del software “Paquete estadístico para las ciencias sociales” (SPSS en sus siglas en inglés) versión 21.0.

V. Resultados

V.1. Caracterización de la muestra

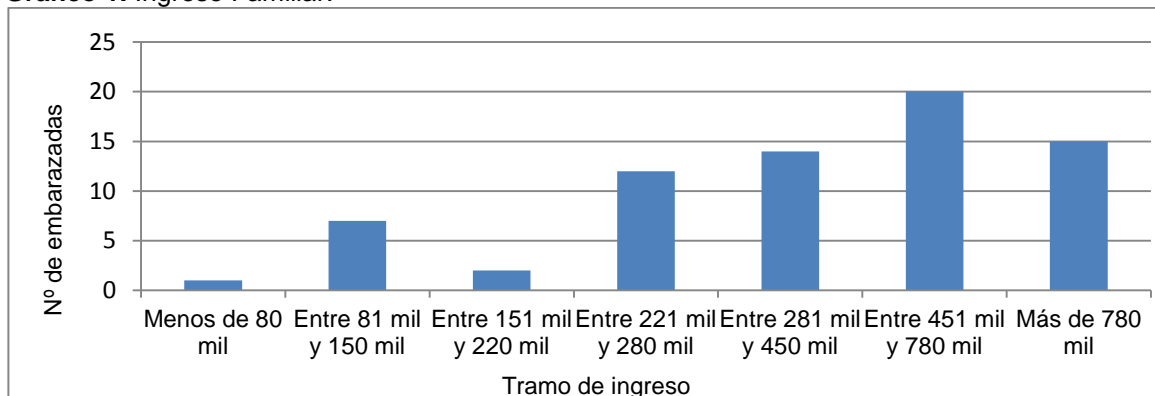
La muestra obtenida estuvo compuesta por un total de 72 mujeres embarazadas. La tabla 2 representa las variables sociodemográficas de las mujeres embarazadas. La edad promedio fue de 27,88 años. La distribución en cuanto al servicio de salud primario (CESFAM) fue similar (47,22% Santa Amalia y 52,78% Vista Hermosa). El 50% indicó ser trabajadora independiente. En relación a la distribución de mujeres embarazadas que son primigestas, es decir, que están embarazadas por primera vez, un 36,62% (26 embarazadas) indicó que sí. Mientras que en relación al estado civil más de la mitad, un 57,78% (38 embarazadas) se encontraba soltera.

Tabla 2. Variables sociodemográficas.

Variable	Frecuencia (n=72)	Porcentaje (%)
Edad		
18 - 29	46	63,88
30 – 39	25	34,72
40 - 49	1	1,38
CESFAM		
Santa Amalia – La Florida	34	47,22
Vista Hermosa – Puente Alto	38	52,78
Ocupación		
Dueña de casa	26	39,39
Estudiante	4	6,06
Trabajadora dependiente	33	50,00
Trabajadora independiente	2	3,03
Cesante	1	1,52
Primigesta		
Si	26	36,62
No	45	63,38
Estado civil		
Soltera	38	57,78
Convive	20	27,78
Casada	14	19,44

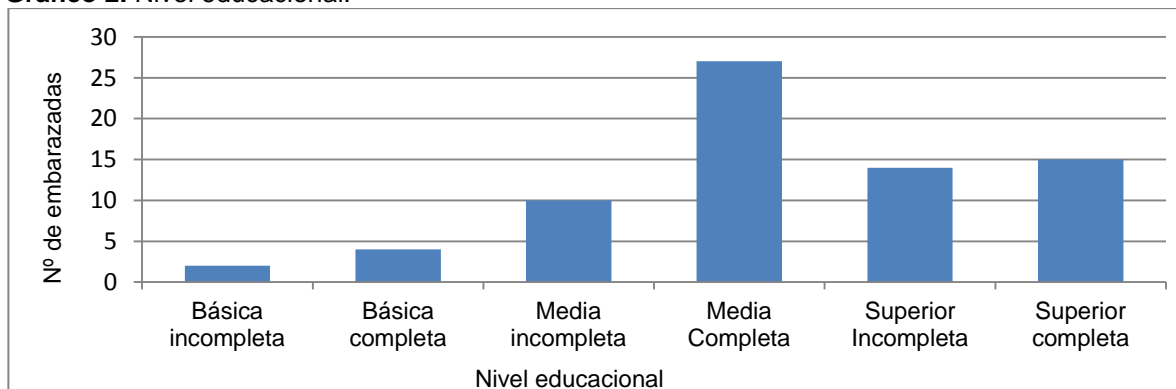
El nivel de ingreso de cada grupo familiar, representado en el gráfico 1, se agrupó en 7 tramos. El primer tramo, correspondiente al grupo más bajo, fue la alternativa a) menos de 80 mil pesos, mientras que el séptimo tramo corresponde al grupo más alto evaluado, la alternativa f) más de 780 mil pesos. Del total de la muestra, el mayor porcentaje, correspondiente al 28,17% (20 embarazadas) se ubicó en el rango 451 mil – 780 mil pesos.

Gráfico 1. Ingreso Familiar.



El gráfico 2 representa la distribución del nivel educacional de las mujeres embarazadas. Existiendo 6 opciones de respuesta, desde educación básica incompleta a educación superior completa. Del total de la muestra, un 37,50% (27 embarazadas) terminó sus estudios de educación media, un 20,83% (15 embarazadas) terminó sus estudios superiores, un 19,44% (14 embarazadas) no terminó sus estudios superiores, mientras que un 5,56% (4 embarazadas) terminó sus estudios de educación básica y solo un 2,78% (2 embarazadas) no terminó sus estudios de educación básica.

Gráfico 2. Nivel educacional.



V.2. Estadísticos descriptivos del cuestionario de índice y miedo dental IDAF-4C+

V.2.1. Módulo IDAF- 4C

La tabla 3 entrega información de los principales estadígrafos (media y desviación típica) de cada puntaje asociado al cuestionario IDAF-4C, los que sugieren concentraciones de respuestas favorables medias-bajas. Para los ítems 4 “Creo que algo realmente malo me pasaría si fuera al dentista” y 7 “Cuando me toca ir al dentista lo intento evitar inventando excusas”, se obtienen puntajes promedios más cercanos a 1, esto es, un leve o nulo nivel de sentir frente a estas afirmaciones, más aún, las desviaciones estándar son menores que el resto de los ítems y por lo tanto, opiniones más concentradas en un solo puntaje. Mientras que los ítems 1 “Me siento nervioso un rato antes de ir al dentista” y 6 “Mi corazón late más fuerte (o va más rápido) cuando voy al dentista” presentan la media más alta respecto al sentir, que acompañado de las mayores desviaciones estándar sugieren a estos ítems como factores importantes al momento de analizar la ansiedad dental.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos IDAF-4C.

Ítem	Media	Desviación típica
1. Me siento nervioso un rato antes de ir al dentista	2,36	1,47
2. Normalmente, intento no ir al dentista, porque lo encuentro una experiencia desagradable o estresante	1,73	1,16
3. Me pongo nervioso o tenso por las próximas visitas al dentista	1,81	1,21
4. Creo que algo realmente malo me pasaría si fuera al dentista	1,27	0,79
5. Tengo miedo o temor cuando voy al dentista	1,87	1,26
6. Mi corazón late más fuerte (o va más rápido) cuando voy al dentista	2,20	1,50
7. Cuando me toca ir al dentista lo intento evitar inventando excusas	1,29	0,86
8. Antes de ir al dentista pienso con frecuencia sobre todas las cosas que podrían ir mal	1,63	1,25

V.2.2. Módulo IDAF-P

En relación al módulo IDAF-P, se observa que los ítems 2 “estoy muy preocupado porque tengo mucho miedo al dentista” y 4 “Tengo miedo de ir al dentista porque me preocupa tener un ataque de pánico (me da miedo empezar a sudar mucho, que el corazón me lata muy deprisa, sentir que pierdo el control, tener un dolor en el pecho, etc.)” tienen el mayor porcentaje de respuestas “sí”. Ambos ítems tienen 13 respuestas “sí”, equivalente al 18,1% (ver tabla 4).

Tabla 4. Estadísticos descriptivos módulo IDAF-P

Ítem		Frecuencia	Porcentaje
1. El miedo que tengo a ir al dentista, o el evitar ir a su consulta, está afectando a mi vida en cosas diarias (por ejemplo, en mis rutinas normales, actividad laboral o académica, actividades sociales o en las relaciones con otras personas)	si	4	5,6
	no	68	94,4
2. Estoy muy preocupado porque tengo mucho miedo al dentista	si	13	18,1
	no	59	81,9
3. Creo que el miedo que tengo a ir al dentista es excesivo y no está justificado	si	10	13,9
	no	62	86,1
4. Tengo miedo de ir al dentista porque me preocupa tener un ataque de pánico (me da miedo empezar a sudar mucho, que el corazón me lata muy deprisa, sentir que pierdo el control, tener un dolor en el pecho, etc.)	si	13	18,1
	no	59	81,9
5. Tengo miedo de ir al dentista porque en general me preocupa mucho lo que puedan pensar de mí otras personas o no me gusta ser observado por otros (por ejemplo, ser observado por el dentista o la enfermera).	si	6	8,3
	no	66	91,7

V.2.3. Módulo IDAF-S

De la tabla 5, que representa los estadísticos descriptivos del módulo IDAF-S se observa que los estímulos que mayor nerviosismo o preocupación generaron en la muestra, fueron los relacionados con los ítems 1 “Tener un tratamiento doloroso o incómodo”, 8 “Las agujas o inyecciones” y 10 “Tener un dentista

antipático o poco amable” con medias cercanas a 2,5. A su vez, estos tres ítems concentran las mayores desviaciones típicas en cuanto a las respuestas.

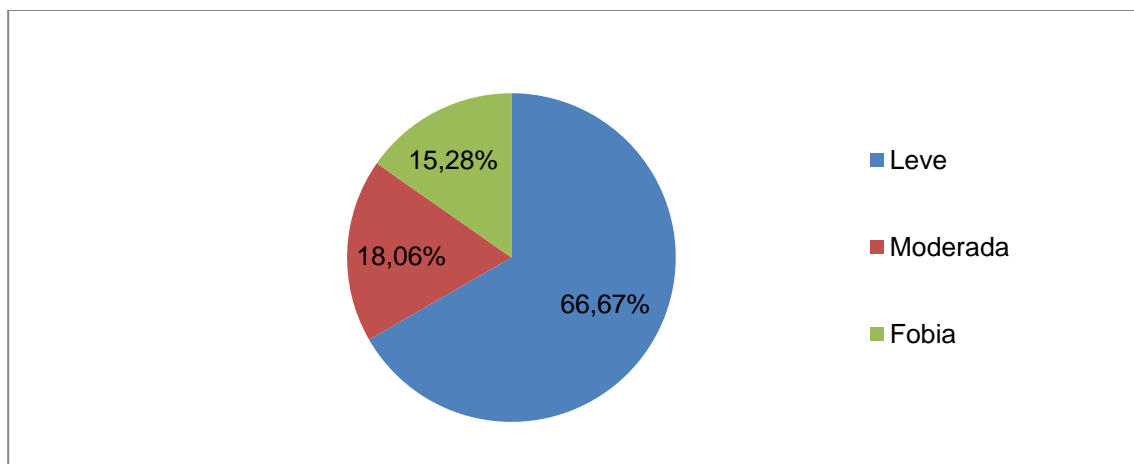
Tabla 5. Estadísticos Descriptivos.

Ítem	Media	Desviación típica
1. Tener un tratamiento doloroso o incómodo	2,48	1,42
2. Sentirte incómodo, tímido o avergonzado	1,63	0,98
3. No tener el control de lo que está pasando	2,04	1,31
4. Sentirte con náuseas (ganas de vomitar), mareado o asqueado	1,79	1,16
5. Tener sensación de adormecimiento (sentir la boca dormida, como hinchada o paralizada por la anestesia)	1,65	1,16
6. No saber lo que el dentista va a hacer	2,06	1,33
7. El dinero que cuesta el tratamiento dental	2,15	1,45
8. Las agujas o inyecciones	2,58	1,65
9. Sentir atragantamiento o asfixia	1,77	1,22
10. Tener un dentista antipático o poco amable	2,61	1,51

V.3. Nivel de ansiedad dental

Los niveles de ansiedad dental según las normas establecidas por Armfield (2011), se representan en el gráfico 3. Del total de la muestra, un 66,67% (48 embarazadas) presentó un nivel de ansiedad dental leve, mientras que un 18,06% (13 embarazadas) presentó ansiedad dental moderada y un 15,28% (11 embarazadas) presentó un nivel de ansiedad dental severa o fobia dental.

Gráfico 3. Niveles de ansiedad dental.



V.4. Validez de contenido

Recepcionadas las respuestas de los expertos vía correo electrónico, se procedió a analizar sus juicios y comentarios; el 100% de los expertos consideró que la traducción, redacción y congruencia del IDAF-4C+ versión en español (Carrillo y cols., 2012) era adecuada para su aplicación en mujeres embarazadas en servicios de salud primaria en Chile. En la reunión post-recepción de las respuestas vía correo electrónico, participaron los 4 expertos, cada uno reiteró los comentarios plasmados en el archivo Excel, es decir, consideraron que no era necesario realizar modificaciones al cuestionario.

V.5. Validez de Constructo

En la tabla 6, se observa que el coeficiente KMO es alto, de 0,87. Mientras que la significación es menor a 0,05. Por ende, el análisis factorial puede ser aplicado en la muestra.

Tabla 6. KMO y prueba de Bartlett.

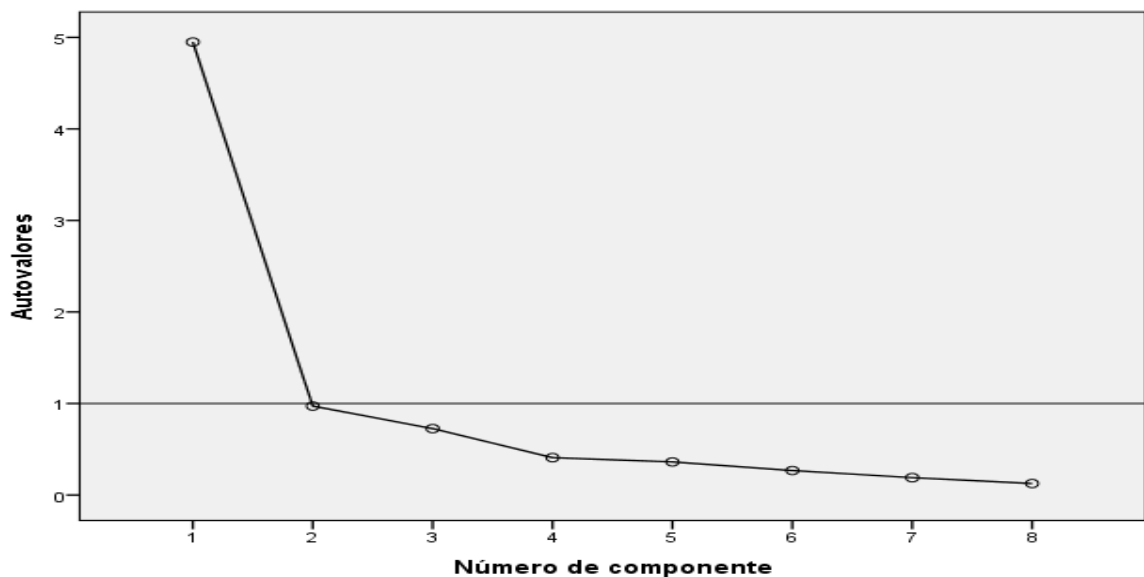
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,87
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	385,726
	gl	28
	Sig.	,000

Uno de los procedimientos para obtener el número de factores es la utilización del criterio de Kaiser (1958), que consiste en conservar aquellos factores cuyo autovalor asociado sea mayor que 1 (ver tabla 7). Al aplicar el análisis factorial confirmatorio este arrojó un factor único con autovalor de 4,94 que representa el 61,86% de la varianza.

Tabla 7. Varianza total explicada.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza
1	4,94	61,86	61,86	4,94	61,86
2	,97	12,14	74,01		
3	,72	9,07	83,08		
4	,40	5,10	88,18		
5	,36	4,52	92,70		
6	,26	3,34	96,05		
7	,19	2,37	98,42		
8	,12	1,57	100,00		

En el gráfico 4 se presenta el gráfico de sedimentación de las componentes (Cattell, 1966), que suele ser utilizado también como contraste gráfico para conocer el número de componentes a retener. Según este criterio se retienen todas las componentes que están situadas previamente a la zona de sedimentación, entendiendo por esta la parte del gráfico en la que los componentes empiezan a no presentar pendientes fuertes, que como ya se ha mencionado, para los datos obtenidos, se puede comprobar que es a partir de la componente 2.

Gráfico 4. Gráfico de sedimentación.

Las cargas o saturaciones de los factores para la representación del modelo obtenido se presentan en la tabla 8. Los ítems del módulo IDAF-4C presentaron cargas o saturaciones de factor de 0,43 correspondiente al ítem 7 “Cuando me toca ir al dentista lo intento evitar inventando excusas” hasta 0,91 correspondiente al ítem 5 “Tengo miedo o temor cuando voy al dentista”. Se observa que la mayoría de las cargas son altas

Tabla 8. Matriz de componentes

Ítem	Componente 1
Ítem 5 Idaf 4c	,91
Ítem 6 Idaf 4c	,87
Ítem 3 Idaf 4c	,86
Ítem 1 Idaf 4c	,82
Ítem 2 Idaf 4c	,81
Ítem 8 Idaf 4c	,79
Ítem 4 Idaf 4c	,66
Ítem 7 Idaf 4c	,43

Método de extracción: Análisis de componentes principales.^a

a. 1 componentes extraídos

V.6. Confiabilidad

Del módulo IDAF-4C, el cual se encuentra compuesto por 8 ítems, se obtuvo una consistencia interna, coeficiente alfa de Cronbach de 0,908.

La matriz de correlación, representada en la tabla 10, indica la relación de cada ítem con los demás. Esta se realizó a través del coeficiente de correlación de Pearson (r). La tabla muestra que todas las relaciones son positivas o directas, estos valores indican que los ítems se encuentran relacionados entre sí.

Tabla 9. Matriz de correlacione de Pearson.

	Item 1 Idaf 4c	Item 2 Idaf 4c	Item 3 Idaf 4c	Item 4 Idaf 4c	Item 5 Idaf 4c	Item 6 Idaf 4c	Item 7 Idaf 4c	Item 8 Idaf 4c
Item 1 Idaf 4c	1	,573*	,674*	,347*	,763*	,786*	,215	,602*
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)		,000	,000	,003	,000	,000	,070	,000
Item 2 Idaf 4c		1	,724*	,540*	,695*	,645*	,274*	,578*
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)			,000	,000	,000	,000	,020	,000
Item 3 Idaf 4c			1	,551*	,791*	,686*	,266*	,602*
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)				,000	,000	,000	,024	,000
Item 4 Idaf 4c				1	,583*	,437*	,251*	,526*
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)					,000	,000	,033	,000
Item 5 Idaf 4c					1	,837*	,279*	,607*
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)						,000	,018	,000
Item 6 Idaf 4c						1	,311*	,599*
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)							,008	,000
Item 7 Idaf 4c							1	,500*
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)								,000
Item 8 Idaf 4c								1
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)								

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En relación a los estadísticos total – elemento representados en la tabla 11, se observa que en la columna 2 “correlación elemento-total corregida” es el coeficiente de homogeneidad corregido o de discriminación, esta indica la correlación lineal entre el ítem y la puntuación total (sin considerar el ítem que se está evaluando), señalando la magnitud y la dirección de esta relación. Al ser una correlación, va de 0 a 1. Los ítems cuyos coeficientes ítem-total arrojan valores menores a 0.35 deben ser desechados o reformulados (Cohen y cols., 2002). Se observa que todos los coeficientes de la columna 2 tienen valores mayores a 0,35. Esto indica que todos los ítems están fuertemente relacionados con el puntaje total del módulo IDAF-4C.

La columna 3 “Alfa de Cronbach si se elimina el elemento”, equivale al valor de Alfa de Cronbach del módulo si se elimina cada uno de los ítems. Todos los ítems al ser eliminados provocan que el coeficiente de alfa de Cronbach disminuya, excepto el ítem 7, donde su eliminación del cuestionario provocaría un aumento de 0.908 a 0,920.

Tabla 10. Estadísticos total-elemento

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item 1 Idaf 4c	,756	,893
Item 2 Idaf 4c	,743	,893
Item 3 Idaf 4c	,804	,888
Item 4 Idaf 4c	,575	,908
Item 5 Idaf 4c	,869	,881
Item 6 Idaf 4c	,820	,886
Item 7 Idaf 4c	,360	,920
Item 8 Idaf 4c	,726	,895

VI. Discusión

Como ya ha sido mencionado, para garantizar la calidad de los instrumentos de evaluación en salud, es imprescindible que estos sean sometidos a un proceso de evaluación de sus propiedades psicométricas. Este proceso consiste en adaptar culturalmente un instrumento al medio donde se quiere administrar y así comprobar sus características psicométricas, en validez y confiabilidad (Carvajal y cols., 2011).

En esta tesis de investigación se utilizó y evaluó el cuestionario de Índice de miedo y ansiedad dental IDAF-4C+ versión en idioma español de España. Versión que está siendo utilizada en un proyecto FIOUCH que lleva por nombre “Factores psicosociales como determinantes para la salud oral de adolescentes, embarazadas y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la región metropolitana”. En la población chilena, son pocos los estudios respecto a ansiedad dental. Este proyecto es pionero en cuanto al uso del instrumento de medición IDAF-4C+. Si bien, en nuestro país la lengua oficial es el español, de igual manera se hace imprescindible evaluar las propiedades de este instrumento, debido a que el contexto cultural de Chile es totalmente distinto al contexto cultural español. Por otro lado, es aún más importante realizar este tipo de investigación en grupos considerados vulnerables en cuanto a salud oral, como lo son las mujeres embarazadas.

Nivel de ansiedad dental

Existe una alta prevalencia de ansiedad dental en las mujeres embarazadas, con un porcentaje de 33,34% del total de la muestra. Porcentaje mayor a los reportados por estudios de ansiedad dental en adultos a nivel mundial, que van de 4% a 23% (Hakeberg y cols., 1992; Astrøm y cols., 2011). Sin embargo, este porcentaje se ajusta a los únicos estudios de ansiedad dental en adultos en Chile, que arrojan prevalencias de 23,7% (Muza y Muza, 2008) y 37,9 % (Ríos y cols., 2016). Es relevante mencionar que de este 33,34%, un 15,3% de las participantes

presentó niveles de ansiedad dental severa o fobia dental. A modo simplificado, se podría establecer que de la muestra estudiada, una de cada tres mujeres embarazadas presentó niveles de ansiedad medios – altos.

Validez de contenido

Del juicio de expertos realizado, no hubo modificación alguna. Cada experto consideró que el lenguaje utilizado, la redacción y la congruencia del IDAF-4C+ versión en idioma español eran óptimas para su uso en el contexto cultural chileno.

Una limitación de la evaluación de la validez de contenido fue el bajo número de expertos (4 profesionales). Sin embargo, cabe destacar la apropiada selección de expertos que se realizó, ya que esto supone una cuestión fundamental a la hora de establecer este tipo de validez. Pedrosa y cols. (2013) plantea que si se pretende realizar un adecuado análisis de contenido, resulta fundamental analizar las características y experiencia de los expertos en relación al constructo tratado. Los 4 expertos consultados tenían conocimientos y experiencias respecto al constructo de ansiedad dental. Por último, la existencia de pocos estudios de ansiedad dental en adultos en Chile, indican que son muy pocos los profesionales expertos que se encuentran investigando este fenómeno (Muza y Muza, 2008; Ríos y cols., 2016).

Validez de Constructo

Es pertinente mencionar y recordar, que al aplicar el análisis factorial confirmatorio, el constructo ya está pre-establecido e insertado en una teoría específica sobre los comportamientos, que serían indicadores del constructo. Este análisis factorial confirmatorio se basó en los procedimientos y resultados del análisis factorial exploratorio informados en el estudio de Carrillo y cols. (2012), en el que se adaptó y evaluó el IDAF-4C + original a la versión en español.

El análisis factorial confirmatorio arrojó un factor único con un autovalor de 4,94 que representó el 61,86% de la varianza total, lo que indica que este único factor es capaz de explicar gran parte del constructo. Los ítems del módulo IDAF-4C presentaron cargas o saturaciones de factor de 0,43 a 0,91, lo que indica la fuerte relación de cada elemento con el constructo ansiedad dental. Estos resultados concuerdan con las conclusiones del estudio de la versión en español del IDAF-4C+ de Carrillo y cols. (2012) donde se obtuvo un factor único con un autovalor de 5,70 que representó el 71,13% de la varianza. Por ende, estamos confirmando la existencia de un solo factor para el módulo IDAF-4C.

Carrillo y cols. (2012) denominan al único factor encontrado como “componentes”. De ahí, que se denomine al IDAF-4C como módulo de componentes, ya que este se encuentra compuesto por dimensiones del constructo ansiedad dental (dimensiones fisiológicas, emocionales, cognitivas y de comportamiento).

En cuanto al módulo de estímulos IDAF-S, al ser útil como apoyo al clínico o investigador para determinar áreas específicas de preocupación para los pacientes o encuestados, es importante mencionar que los ítems 1 “Tener un tratamiento doloroso o incómodo”, ítem 8 “Las agujas o inyecciones” e ítem 10 “Tener un dentista antipático o poco amable”, fueron la mayor fuente de preocupación para las participantes. Estos resultados sugieren a estos estímulos como fuentes generadoras de ansiedad dental importantes en este tipo de población. Mencionar además, que la preocupación por el dolor o los procedimientos dentales incómodos fue el ítem de estímulo más fuertemente asociada con el miedo dental, con una media de respuestas mayores a 2,5 en cuanto a puntaje, lo cual es consistente con los resultados presentados por Carrillo y cols. (2012) y Armfield (2010b)

Confiabilidad

Para el valor de confiabilidad como consistencia interna, obtenido a través del coeficiente Alfa de Cronbach del módulo IDAF-4C se obtuvo un $\alpha = 0,908$, el cual se considera excelente (George y Mallery, 2003; Cronbach, 1951). Este valor indica que el instrumento es homogéneo, es decir, todos los ítems están midiendo la misma característica, ansiedad dental. En otras palabras, existe acuerdo entre los ítems.

El coeficiente Alfa de Cronbach obtenido en esta investigación ($\alpha = 0,908$), fue similar a los encontrados en el desarrollo del IDAF-4C+ versión en idioma español (Carrillo y cols., 2012) donde obtuvieron un $\alpha = 0,94$, a pesar de haber sido desarrollado en un contexto diferente. Lo mismo ocurre al compararlo con los coeficientes encontrados en el IDAF-4C+ original (Armfield, 2010b), donde se obtuvo un $\alpha = 0.91$ y la versión sueca con un $\alpha = 0.95$ (Wide y cols., 2015).

Correlaciones entre ítems

Con el fin de establecer si existe relación entre los diferentes ítems, es que se realizó la correlación r de Pearson para el módulo IDAF-4C. Si bien los valores de los coeficientes de correlación fueron variados, fluctuando entre un mínimo de 0,21 y 0,78 como máximo; todas las correlaciones fueron positivas o directas. Estos valores nos indican que los ítems se encuentran relacionados entre sí, por ende, existe homogeneidad en el módulo.

Al analizar los coeficientes Alfa de Cronbach por ítem respecto al módulo IDAF-4C, el ítem 7 “Cuando me toca ir al dentista lo intento evitar inventando excusas” al ser eliminado del módulo, produce un aumento de confiabilidad, de 0.908 a 0,920. Si bien existe un aumento del coeficiente de Alfa de Cronbach, este aumento es mínimo, la categorización de excelente se mantendría. El beneficio de eliminar este ítem del cuestionario sería mínimo y por ende, despreciable. Se decide mantener el ítem en el cuestionario.

Consideraciones y sugerencias

Al contrario del módulo IDAF-4C, los módulos de fobia IDAF-P y de estímulos IDAF-S no pudieron ser sometidos al análisis factorial y confiabilidad. Primero, porque estos módulos son considerados condicionantes, no aportan puntaje a la medición de ansiedad dental, y solo sirven de apoyo para el clínico o investigador (Armfield, 2010b). En segundo lugar, el módulo IDAF-P al presentar un tipo de respuesta dicotómica (sí/no) no es apto para aplicar análisis de confiabilidad a través de Alfa de Cronbach, ya que este se aplica a ítems tipo Likert.

En este estudio se utilizó una muestra de conveniencia, compuesta por mujeres embarazadas. Por lo tanto, esta muestra presenta características particulares con respecto al género, rango de edad, etc. Esto podría presentar un problema para la generalización de los resultados, especialmente en lo que respecta a la prevalencia de la ansiedad dental. Sin embargo, cabe destacar los resultados de la presente investigación fueron muy cercanos a los obtenidos por Armfield (2010b) y Carrillo y cols. (2012). Sería interesante explorar cómo funcionaría la versión española del IDAF-4C + en diferentes poblaciones en el contexto chileno.

La evaluación de propiedades psicométricas de un instrumento, como cualquier proceso de comprobación de teorías científicas, es un proceso sin fin, ya que siempre cabe la posibilidad de encontrar algún hecho que cuestione los resultados. Lo ideal es obtener líneas múltiples de evidencia empírica procedentes de distintas fuentes o métodos, de forma que haya una acumulación gradual de información que proporcione evidencia favorable a una determinada interpretación de las puntuaciones de un test. Por lo que la evaluación del test es un proceso de acumulación de evidencias que apoyen dichas inferencias (Navas y Recio, 2006).

VII. Conclusión

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se puede establecer que la versión española del cuestionario índice de ansiedad y miedo dental IDAF-4C+ representa un instrumento útil con sólidas propiedades psicométricas, valores adecuados de validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad, para la recolección de información de ansiedad dental en la población de mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención primaria en Chile.

Es una herramienta fácil de utilizar, gran cantidad de información sobre los pacientes puede ser rápidamente reunida y fácilmente interpretada. Estas fortalezas lo hacen especialmente adecuado para su uso clínico e investigativo.

Los resultados de este estudio han documentado satisfactorias propiedades psicométricas del instrumento, lo cual sustenta su uso en el contexto nacional. Sin embargo, es necesario realizar más investigaciones referentes a contribuir a la validez total del instrumento propuesto.

VIII. Bibliografía

Aliaga J. Psicometría: Tests psicométricos, confiabilidad y validez. En A. Quintana y W. Montgomery. (Eds.). Psicología: Tópicos de actualidad. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2006; 85 – 108.

Al-Namankany A, De Souza M, Ashley P. Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *Br Dent J.* 2012; 212 (5):219-22.

Arenas M y Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología.* 2009; 3 (1): 20-9.

Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health.* 2007; 7:1.

Armfield JM. Australian population norms for the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C). *Aust Dent J.* 2011; 56:16–22.

Armfield JM. How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral Health Prev Dent.* 2010; 8(2):107-15. (a)

Armfield JM. Development and psychometric evaluation of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+). *Psychol Assess* 2010; 22: 279–287. (b)

Arrieta K, Díaz S, Verbel J, Hawasly N. Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología. *Rev Clin Med Fam.* 2013 Feb; 6 (1): 17-24.

Astrøm AN, Skaret E, Haugejorden O. Dental anxiety and dental attendance among 25-yearolds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC Oral Health.* 2011; 11:10.

Boggess KA. Maternal oral health in pregnancy. *Obstetrics & gynecology.* 2008; 111: 976 – 986.

Boman UW, wennstrom A, Stenman U, Hakeberg M. Oral health-related quality of life, sense of coherence and dental anxiety: an epidemiological cross-sectional study of middle-aged women. *BMC Oral Health.* 2012; 12:14.

Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research. New York: Guilford Press. 2006.

Burgos J. Validación de Constructo del cuestionario CopSoQ (ISTAS 21): una aplicación del Análisis Factorial Confirmatorio usando Modelos de Ecuaciones Estructurales. Memoria para obtener la equivalencia del Título de Psicóloga. Universidad de Chile. Santiago - Chile. 2011.

Busato P, Garbín R, Santos N, Paranhos L, Rigo L. Influence of maternal anxiety on child anxiety during dental care: cross-sectional study. Sao Paulo Med J. 2017; 135 (2): 116-122.

Carrillo M, Crego A, Armfield J, Romero M. Adaptation and Psychometric Properties of the Spanish Version of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+). Oral Health & Preventive Dentistry. 2012; 10(4): 327-337.

Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? An Sist Sanit Navar. 2011; Vol. 34, nº 1.

Castellanos JL y Díaz LM. Embarazo, enfermedad sistémica de alto riesgo y enfermedad periodontal. Perinatología y Reproducción humana. 2009; 23: 65 – 73.

Cattell RB. The scree test for the number of factors. Multivariate Behavioral Research. 1966. 1, 245-276.

Caycedo C, Cortés OF, Gama R, Rodríguez H, Colorado P, Caycedo M. Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. Suma Psicológica. 2008; 15 (1): 259-78.

Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. Applied multiple regression/ correlation analysis for the behavioral sciences (3rd Ed.). Hove, United Kingdom: Psychology Press. 2002.

Corah NL. Development of a dental anxiety scale. J Den Res. 1969; 48: 596.

Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951; 16, 297-334.

Cronbach LJ. Fundamentos de los Tests Psicológicos. Aplicación a las Organizaciones, la Educación y la Clínica. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva. 1998.

Chaves de Meneses I, Da Silva B, Rodrigues P, Albuquerque I. Prevalence of dental anxiety and its relationship to socioeconomic factors among pregnant women from Joao Pessoa, Brazil. Rev Cubana Estomatol. 2014; 51 (2): 145-155.

Deogade SC y Suresan V. Psychometric assessment of anxiety with the Modified Dental Anxiety Scale among central Indian adults seeking oral health care to a dental school. *Ind Psychiatry J.* 2016; 25(2):202-209.

Duarte JA, Dupim C, Scanavez M, Santos PA, Maroco J. Dental Anxiety: Prevalence and Evaluation of Psychometric Properties of a Scale. *Psychology, Community & Health.* 2013; Vol. 2 (1).

Eitner S, Wichmann M, Paulsen A, Holst S. Dental anxiety-an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *J Oral Rehabil.* 2006; 33(8):588-93.

Fortin M, Nadeau M. La medida de investigación. Fortin MF (Ed). *El proceso de investigación de la concepción a la realización.* México: McGraw-Hill Interamericana 1999.

George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference.* 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon. 2003.

Goettems ML, Ardenghi TM, Romano AR, Demarco FF, Torriani DD. Influence of maternal dental anxiety on the child's dental caries experience. *Caries Res.* 2012; 46(1):3-8.

Gorsuch RL. *Factor Analysis, 2nd Edition.* Hillsdale, New Jersey: Lawrence, Erlbaum Associates. 1983.

Guentsch A, Stier C, Raschke G, Peisker A, Fahmy M, Kuepper H, Schueler I. Oral health and dental anxiety in a German practice-based sample. *Clinical Oral Investigations.* 2017; Volume 21, 1675-1680.

Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1992; 20(2):97-101.

Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. *Metodología de la Investigación.* 6a ed. México: McGraw-Hill; 2014.

Hmud R y Walsh LJ. Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *J Minim Interv Dent.* 2009; 2 (1).

Humphris GM, Dyer TA, Robinson PG. The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC Oral Health.* 2009; 9:20.

Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health.* 1995; 12(3):143-50.

Kaiser HF. The Varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 1958.

Kanaffa-Kilijanska U, Kaczmarek U, Kilijanska B, Frydecka D. Oral health condition and hygiene habits among adult patients with respect to their level of dental anxiety. *Oral Health Prev Dent*. 2014; 12 (3): 233-239.

Kinirons MJ y Stewart C. Factors affecting levels of untreated caries in a sample of 14-15-year-old adolescents in Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998; 26(1):7-11.

Kumar S, Bhargav P, Patel A, Bhati M, Balasubramanyam G, Duraiswamy P, Kulkarni S. Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India. *J Oral Sci*. 2009; 51(2):245-54.

Lévy JP, Varela J, Abad González J. Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales: temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales. España: Netbiblo. 2006.

Lima M y Casanova Y. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Rev Hum Med*. 2006; 6(1).

Lind D, Marchal W, Wathen S. Estadística aplicada a los negocios y la economía. Ed Mc Graw Hill. China. 2008.

Liu Y, Huang X, Yan Y, Lin H, Zhang J, Xuan D. Dental fear and its posible relationship with periodontal status in Chinese adults: a preliminary study. *BCM Oral Health*. 2015; 15:18.

Locker D, Poulton R, Thomson WM. Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29(6):456-63.

Marya CM, Grover S, Jnaneshwar A, Pruthi N. Dental anxiety among patients visiting a dental institute in Faridabad, India. *West Indian Med J*. 2012; 61(2):187-90.

Ministerio de Salud. Aprueba garantías explícitas en salud del Régimen general de garantías en salud. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2013 feb. Recuperado a partir de: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/d692c627c623b9cae040010164016563.pdf>

Moore S, Ide M, Coward PY, Randhawa M. A prospective study to investigate the relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcome. *Br Dent J*. 2004; 197: 251 – 258.

Muñiz J. Las Teorías De Los Tests: Teoría Clásica Y Teoría De Respuesta A Los Ítems. *Papeles del Psicólogo*. 2010; 31(1):57-66.

Muza R y Muza P. Ansiedad en un servicio de emergencia dental. *Horiz Enferm.* 2008; 19, 1, 23-28.

Navas MJ y Recio P. *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica. Material de apoyo para el estudio de la asignatura.* Madrid: UNED. 2006.

Pedrosa I, Suárez J, García E. Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción psicol.* 2013; 10 (2): 3-18.

Polit D, Hungler B. *Nursing research: principles and methods.* Philadelphia. JB Lippincott & Co. 1999.

Quintana A y Montgomery W. *Psicometria: Tests Psicométricos, Confiabilidad y Validez.* Psicología: Tópicos de Actualidad. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2006; 1:85-108.

Raber-Durlacher JE, Van Steenberghe TJ, Dan Der Velden U, Graaff J, Abraham-Inpijn L. Experimental gingivitis during pregnancy and post-partum: clinical, endocrinological, and microbiological aspects. *J Clin Periodontol.* 1994; 21:549–558.

Rantavuori K, Lahti S, Hausen H, Seppä L, Kärkkäinen S. Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontol Scand.* 2004; 62(4):207-13.

Ríos M, Herrera A, Molina Y, Cadenasso P, Zambrano V, Rojas G. Ansiedad Dental en Adultos Chilenos que Concurren a un Servicio de Salud Primaria. *Int J Odontostomat.* Agosto 2016; 10 (2): 261-266.

Ríos M, Herrera A, Rojas G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *AV Odontostomatol.* 2014; 30(1):39-46.

Rodríguez H y López M. El embarazo: Su relación con la salud bucal. *Rev Cubana Estomatol.* 2003; 40 (2).

Saddki N, Yusoff A, Hwang YL. Factors associated with dental visit and barriers to utilization of oral health care service in a sample of neonatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. *BMC Public Health.* 2010; 10: 75.

Saldarriaga OJ, Sánchez M, Avendaño L. Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín 2003. *CES Odontol.* 17: 9 – 23.

Schmitt F. *Truth: A primer.* Boulder: Colorado: Westview Press. 1995.

- Schuurs AHB y Hoogstraten J. Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: A review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993; 21:329–339.
- Schwarz E y Birn H. Dental anxiety in Danish and Chinese adults--a cross-cultural perspective. *Soc Sci Med.* 1995; 41(1):123-30.
- Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician.* 2008; 77(8):1139-44.
- Silveira ML, Whitcomb BW, Pekow P, Carbone ET, Chasan-Taber L. Anxiety, depression, and oral health among US pregnant women: 2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *J Public Health Dent.* 2016; 76: 56–64.
- Snedecor G, Cochran W. *Statistical Methods.* 8va Edicion. Iowa state university Press. 1989.
- Thomson WM, Stewart JF, Carter KD, Spencer AJ. Dental anxiety among Australians. *Int Dent J.* 1996; 46(4):320-4.
- Varela M, Díaz L, García R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. Facultad de Medicina, UNAM. México D.F., México. 2012.
- Wide B, Armfield JM, Carlsson SG, Lundgren J. Translation and psychometric properties of the Swedish version of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+). *Eur J Oral Sci* 2015; 123: 453–459.
- Woodmansey KF. The prevalence of dental anxiety in patients of a University Dental Clinic. *J Appl Clin Med Phys.* 2005; 54 (1): 59-61.
- Yáñez R, Cuadra R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermería* 2008; XIV(1):9-15.

IX. Anexos

Anexo 1. Cuestionario Índice de ansiedad y miedo dental (IDAF-4C+)

¿Te sientes como se dice en estas frases? Nos interesa conocer CÓMO TE SIENTES REALMENTE en cada una de ellas. No hay respuestas que sean mejores o peores. Por favor, lee cada frase y RODEA CON UN CÍRCULO la opción de respuesta que mejor describa lo que tú sentirías.

Me siento nervioso un rato antes de ir al dentista	1. No, nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho
Normalmente, intento no ir al dentista, porque lo encuentro una experiencia desagradable o estresante	1. No, nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho
Me pongo nervioso o tenso por las próximas visitas al dentista	1. No, nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho
Creo que algo realmente malo me pasaría si fuera al dentista	1. No, nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho
Tengo miedo o temor cuando voy al dentista	1. No, nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho
Mi corazón late más fuerte (o va más rápido) cuando voy al dentista	1. No, nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho
Cuando me toca ir al dentista lo intento evitar inventando excusas	1. No, nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho
Antes de ir al dentista pienso con frecuencia sobre todas las cosas que podrían ir mal	1. No, nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho

Modulo de componentes IDAF-4C

Modulo de Fobia dental IDAF-P

¿Te pasa lo que está escrito en las frases siguientes? (Rodea con un círculo tu respuesta)

El miedo que tengo a ir al dentista, o el evitar ir a su consulta, está afectando a mi vida en cosas diarias (por ejemplo, en mis rutinas normales, actividad laboral o académica, actividades sociales o en las relaciones con otras personas)	Sí	No
Estoy muy preocupado porque tengo mucho miedo al dentista	Sí	No
Creo que el miedo que tengo a ir al dentista es excesivo y no está justificado	Sí	No
Tengo miedo de ir al dentista porque me preocupa tener un ataque de pánico (me da miedo empezar a sudar mucho, que el corazón me lata muy deprisa, sentir que pierdo el control, tener un dolor en el pecho, etc)	Sí	No
Tengo miedo de ir al dentista porque en general me preocupa mucho lo que puedan pensar de mí otras personas o no me gusta ser observado por otros (por ejemplo, ser observado por el dentista o la enfermera).	Sí	No

Modulo de estímulos IDAF-S

¿En qué medida te sientes NERVIOSO O PREOCUPADO por estas cosas cuando piensas en ir al dentista? (Rodea con un círculo tu respuesta)

Tener un tratamiento doloroso o incómodo	1.Nada nervioso	2. Un poco nervioso	3. Regular	4.Bastante nervioso	5. Muy nervioso
Sentirte incómodo, tímido o avergonzado	1.Nada nervioso	2. Un poco nervioso	3. Regular	4.Bastante nervioso	5. Muy nervioso
No tener el control de lo que está pasando	1.Nada nervioso	2. Un poco nervioso	3. Regular	4.Bastante nervioso	5. Muy nervioso
Sentirte con náuseas (ganas de vomitar), mareado o asqueado	1.Nada nervioso	2. Un poco nervioso	3. Regular	4.Bastante nervioso	5. Muy nervioso
Tener sensación de adormecimiento (sentir la boca dormida, como hinchada o paralizada por la anestesia)	1.Nada nervioso	2. Un poco nervioso	3. Regular	4.Bastante nervioso	5. Muy nervioso
No saber lo que el dentista va a hacer	1.Nada nervioso	2. Un poco nervioso	3. Regular	4.Bastante nervioso	5. Muy nervioso
El dinero que cuesta el tratamiento dental	1.Nada nervioso	2. Un poco nervioso	3. Regular	4.Bastante nervioso	5. Muy nervioso
Las agujas o inyecciones	1.Nada nervioso	2. Un poco nervioso	3. Regular	4.Bastante nervioso	5. Muy nervioso
Sentir atragantamiento o asfixia	1.Nada nervioso	2. Un poco nervioso	3. Regular	4.Bastante nervioso	5. Muy nervioso
Tener un dentista antipático o poco amable	1.Nada nervioso	2. Un poco nervioso	3. Regular	4.Bastante nervioso	5. Muy nervioso

Anexo 2. Consentimiento Informado



Facultad de Odontología
 Universidad de Chile
 Fondo para la Investigación en Odontología
 FIOUCH

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACION (EMBARAZADAS Y ADULTOS DE 60 AÑOS)

Este formulario de consentimiento informado se aplicará a embarazadas y adultos de 60 años, que acuden en búsqueda de atención odontológica en servicios de atención primaria de la región metropolitana, a quienes hemos invitado a participar en la investigación, titulada: **“Factores psicosociales como determinantes para la salud oral de Adolescentes, embarazadas y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la región metropolitana.”**

Investigador principal: Psicólogo Matías Ríos E.
Organización: Facultad de Odontología Universidad de Chile.
Patrocinador: Fondo para la Investigación en Odontología (FIOUCH) , Dirección de Investigación, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Somos investigadores de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile y lo hemos invitado a participar en una investigación cuyo propósito es determinar la influencia de la ansiedad dental, la literacidad y la autoeficacia en salud oral de adolescentes, embarazadas y tercera edad, beneficiarios de los programas de atención dental, en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana.

Antes que todo le proporcionaremos toda la información que usted necesita respecto a este trabajo y cual será su rol como participante. Puede que este consentimiento informado contenga ciertos términos que usted no comprenda. Si es así, por favor pídamelo que me detenga, para así repasar la investigación, tomándonos el tiempo necesario para explicarlos. Si más adelante tiene preguntas, puede planteármelas a mí o a cualquier otro investigador del proyecto.

INFORMACION PARA EL PARTICIPANTE

La ansiedad dental es un estado de aprehensión de que algo terrible pasará en relación al tratamiento dental, y va acompañado de la sensación de pérdida de control. Por otro lado, la literacidad en salud oral es el grado en el cual los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y entender información de salud básica y servicios necesarios para tomar decisiones adecuadas en salud oral. Finalmente la autoeficacia para conductas en salud oral hace referencia a las creencias acerca de la capacidad de realizar ciertas conductas saludables.

Para evaluar estas características las personas participantes deben contestar una serie de encuestas: El índice de ansiedad dental (IDAF 4C+), que mide ansiedad dental, la escala Evaluación de Literacidad en Salud Oral, versión en español (OLAH-S) y la Escala de Autoeficacia Dental (AMS). Sin embargo, como estas encuestas no han sido aplicadas en chilenos, es necesario hacer una validación de las encuestas para saber cómo son comprendidas y respondidas por los chilenos.



Lo estamos invitando entonces a participar de la **Validación de los Cuestionarios**. El estudio incluirá a un número total de 72 adolescentes de 12 años, 72 embarazadas y 72 adultos de 60 años, que accedan voluntariamente a participar en esta fase de pilotaje.

Pueden participar pacientes de nacionalidad chilena, adolescentes entre 12 y 13 años de edad, embarazadas entre 25 y 40 años y adultos entre 60 y 61 años de edad, que tengan ficha clínica y que estén en tratamiento odontológico en el establecimiento de salud correspondiente.

No podrán participar pacientes que presenten condiciones sistémicas que afecten severamente la salud bucal, ya que dichas condiciones influyen mucho en la relación entre las variables psicosociales y los indicadores de salud bucal, y no son objeto de este estudio.

Si usted accede a participar, deberá responder los tres cuestionarios auto-aplicados y eso no le tomará más de 25 minutos.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Es importante señalar que si usted no acepta participar en este estudio, no se afectará en ningún sentido el tratamiento que actualmente usted recibe en el consultorio. Si usted cambia de parecer, más adelante puede renunciar a su participación, incluso si con anterioridad hubiese consentido, comunicando previamente a los investigadores sobre dicha renuncia.

No habrá un beneficio directo para usted, pero su participación podría ayudarnos a determinar cómo enfrentar de mejor forma la patología bucodental y a generar conocimiento respecto a las variables psicosociales que influyen en la salud oral, permitiendo conocer más a fondo los factores involucrados, para así implementar más adelante estrategias adecuadas para mejorar el estado de salud bucal de la población.

Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, manteniendo en reserva su identidad para efectos de publicación y difusión de los resultados de esta investigación. Cuando la investigación haya concluido y si usted lo desea, puede tomar entrevista con alguno de los investigadores del proyecto para conocer los resultados finales de la investigación.

Si desea hacer alguna pregunta puede hacerlo ahora o más adelante. Si prefiere hacerlo más tarde, puede contactar al investigador responsable Psicólogo Matías Ríos Erazo, al teléfono 29781844. Dirección: Sergio Livingstone 943, Independencia, correo-e: matiasrios@gmail.com, o directamente a la Dra. María Angélica Torres, presidente del Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología, teléfono: 29781703.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

“Yo _____ he sido invitada(o) a participar en el estudio “*Factores psicosociales como determinantes para la salud oral de Adolescentes, embarazadas y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la región metropolitana*”. Entiendo que mi participación consiste en responder los cuestionarios Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF 4C+), que mide ansiedad dental, la escala Evaluación de Literacidad en Salud Oral, versión en español (OLAH-S) y la Escala de Autoeficacia Dental (AMS).

Leí la información precedente, o me la leyeron. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de ella, y todas las preguntas que se me hicieron fueron respondidas a mi entera satisfacción. Consiento voluntariamente a participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante *Firma* *Fecha*

Nombre de quien toma el consentimiento *Firma* *Fecha*

Nombre del investigador responsable *Firma* *Fecha*

Nombre del Director del establecimientos o su representante *Firma* *Fecha*



Anexo 3. Acta de aprobación del comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile



28/10/2013

ACTA DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

ACTA N°: 2013/19

1. **Acta De Aprobación De Protocolo De Estudio N° 2013/28.**
2. **Miembros del Comité Ético-Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile participantes en la aprobación del Proyecto:**

<p>Dra. María Angélica Torres Presidente CEC</p>	<p>Dra. Claudia Lefimil Secretaria CEC</p>
<p>Prof. Karin Lagos Miembro permanente del CEC</p>	<p>Dr. Eduardo Rodríguez Miembro permanente del CEC</p>
<p>Dra. Blanca Urzúa Miembro permanente del CEC</p>	
3. **Fecha de Aprobación:** 16/10/2013
4. **Título completo del proyecto:** "Factores psicosociales como determinantes para la salud oral de adolescentes, embarazadas y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana", FIOUCh del 25/09/2013.
5. **Investigador responsable:** Gonzalo Matías Ríos Erazo.
6. **Institución Patrocinante:** Facultad de Odontología de la U. de Chile. Dpto. de Ciencias Básicas y Comunitarias.
7. **Documentación Revisada:**
 - **Protocolo de Investigación del proyecto:** "Factores psicosociales como determinantes para la salud oral de adolescentes, embarazadas y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana", FIOUCh del 25/09/2013.
 - **CV del Investigador principal** y de los Coinvestigadores.
 - **Formulario de Consentimiento Informado (CI)** en español para participantes embarazadas y adultos de 60 años, de Validación de encuesta, versión 28/10/2013 del proyecto "Factores psicosociales como determinantes para la salud oral de adolescentes, embarazadas y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana", FIOUCh del 25/09/2013.
 - **Formulario de Asentimiento Informado (AI)** en español para participantes adolescentes de 12 años, de Validación de encuesta, versión 28/10/2013 del proyecto "Factores psicosociales como determinantes para la salud oral de adolescentes, embarazadas y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana", FIOUCh del 25/09/2013.



28/10/2013

ACTA DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

- **Formulario de Consentimiento Informado (CI)** en español para padres/tutores de participantes adolescentes de 12 años, de Validación de encuesta, versión 28/10/2013 del proyecto “Factores psicosociales como determinantes para la salud oral de adolescentes, embarazadas y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana”, FIOUCH del 25/09/2013.
- **Formulario de Consentimiento Informado (CI)** en español, versión del 28/10/2013, para participantes embarazadas y adultos de 60 años del proyecto “Factores psicosociales como determinantes para la salud oral de adolescentes, embarazadas y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana”, FIOUCH del 25/09/2013.
- **Formulario de Asentimiento Informado (AI)** en español, versión del 28/10/2013, para participantes adolescentes de 12 años del proyecto “Factores psicosociales como determinantes para la salud oral de adolescentes, embarazadas y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana”, FIOUCH del 25/09/2013.
- **Formulario de Consentimiento Informado (CI)** en español, versión del 28/10/2013, para padres/tutores de participantes adolescentes de 12 años, del proyecto “Factores psicosociales como determinantes para la salud oral de adolescentes, embarazadas y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana”, FIOUCH del 25/09/2013.

8. Carácter de la población

Este estudio consta de dos partes, una para validar encuestas e instrumentos para lo cual se reclutará una muestra de para la prueba piloto, de 72 sujetos adolescentes, 72 embarazadas y 72 adultos de la tercera edad, en los consultorios CESFAM Recreo y Consultorio Barros Luco de la Municipalidad de San Miguel, CESFAM Bellavista y CESFAM Santa Amalia, de la comuna de La Florida. Una vez validados y adaptados los instrumentos se reclutarán 270 sujetos chilenos más, consultantes en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana. Estos grupos corresponden a 70 adolescentes de 12 años, 100 embarazadas entre 25 y 40 años beneficiarias del Programa Salud Oral Integral de la Embarazada, y 100 adultos de la tercera edad de 60 años beneficiarios del Programa Salud Oral Integral del Adulto de 60 años. Los pacientes serán reclutados de cuatro centros de atención primaria de la región metropolitana: CESFAM Recreo y Consultorio Barros Luco de la Municipalidad de San Miguel, CESFAM Bellavista y CESFAM Santa Amalia, de la comuna de La Florida.

ACTA DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

9. Fundamentación de la aprobación

Las enfermedades bucales son un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto en los individuos y en la sociedad, y por el costo de su tratamiento. Las más prevalentes en Chile son la caries dental, las enfermedades gingivales y periodontales, y las anomalías dentomaxilares. Dentro de los factores de riesgo de la caries dental se encuentran la placa bacteriana, la alimentación, los factores socioeconómicos y la susceptibilidad individual. Sin embargo, en la actualidad cada vez toman más importancia los llamados determinantes de la salud, que dan cuenta de una compleja red interrelacionada de elementos que influyen en la salud oral, como los factores sociales, comportamentales, económicos, genéticos, medio ambientales y los sistemas de salud. Dentro de los factores comportamentales que influyen en la salud oral se encuentra la ansiedad dental, la literacidad en salud oral y la autoeficacia en salud oral, los que han demostrado ser predictores de incidencias de caries dental y muestran una influencia en la salud bucal de pacientes. Debido a la importancia que cobran los factores psicosociales en la prevención, desarrollo y mantenimiento de las enfermedades, y sumado a los estudios internacionales que avalan su influencia en la salud oral, es que en este estudio se propone determinar la influencia de la ansiedad dental, literacidad y la autoeficacia, en la salud oral de adolescentes, embarazadas y tercera edad, beneficiarios de los programas de atención dental, en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana. La eventual realización de este estudio permitirá, por un lado, determinar el comportamiento de dichas variables en un rango etario amplio, además de validar en población chilena los instrumentos psicométricos utilizados.

Respecto a la forma de reclutamiento y trato de las personas que participarán en esta investigación, este Comité ha considerado que no se vulnera la dignidad de las personas, no constituye una amenaza, ni causa daño emocional ni moral a los investigados. Se ha garantizado el derecho a la privacidad y al anonimato de los participantes y se ha definido con claridad la cadena de custodia de la información obtenida y las restricciones para su uso por terceros.

En consecuencia, el Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, Aprueba por unanimidad de sus miembros el estudio y sus enmiendas: **“Factores psicosociales como determinantes para la salud oral de adolescentes, embarazadas y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana”**, FIOUCh del 25/09/2013, bajo la supervisión del psicólogo Gonzalo Matías Ríos Eriazo como Investigador Principal.

El investigador principal se ha comprometido a presentar las cartas de los Directores de los CESFAM una vez aprobado el proyecto y antes de comenzar el estudio.

Le recordamos que toda información o elemento adicional que deba ser entregado o comunicado a los participantes, debe ser aprobado por este Comité. Este Comité se reserva el derecho de monitorear este proyecto si fuera necesario.



M. A. Torres
Dra. María Angélica Torres
Presidente Comité Ética

Anexo 4. Acta de aprobacion del comité de ética CESFAM Santa Amalia

*SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
HOSPITAL "DR. SOTERO DEL RIO"
COMITE DE EVALUACION ETICO-CIENTIENTIFICO*

ACTA DE APROBACIÓN

Miembros del Comité de Evaluación Ético Científico que participaron en la sesión del 20 de noviembre 2014

Comité constituido en conformidad a la resolución exenta N°2886 del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente de fecha de fecha 06 de julio 2009
Acreditado por la Seremi de Salud Metropolitana por Resolución 019894 de Fecha 14 de Abril 2014

Dr. Patricio Michaud Ch, Presidente del Comité.
Sr Robert Davis. Psicologo(CASR)
Dra. María Inés Gómez B. Hospital Padre Hurtado.
Dra Lorna Luco C. Miembro Externo.
Sra Andrea Mesina. Fonoaudiologo (CASR)
Sra Verónica Monsalve. Enfermera. Hospital Padre Hurtado
Sra Edith Mora. Trabajador Social. S.S.M.S.O
Sra Elizabeth Valenzuela. Miembro de la Comunidad

Protocolo. Factores psicosociales como determinante para la salud oral de adolescentes, embarazadas, y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la region metropolitana

Investigador principal: Prof Gonzalo Matías Ríos Erazo.

Patrocinio: Facultad de Odontología Universidad de Chile.

Centro de estudio: Comuna La Florida. CESFAM Bellavista. CESFAM La Florida

Fecha de Aprobación: 20 de Noviembre 2014

Este informe se refiere a la revisión que el Comité hizo de los siguientes documentos:

- Protocolo
- Consentimiento Informado para Padre o tutores de adolescentes. Piloto
- Asentimiento Informado menores Piloto
- Consentimiento informado (Embarazadas y adultos) Piloto
- Consentimiento Informado para Padre o tutores de adolescentes. Estudio
- Asentimiento Informado menores Estudio
- Consentimiento informado (Embarazadas y adultos) Estudios
- Carta de respaldo de Dra. Verónica Fuller Padilla. Jefe Área Salud. Corporación Municipal de la Florida

Evaluación Ética. El problema de salud oral en nuestro medio, es importante por su magnitud, como por las proyecciones futuras. Este estudio se hará en consultantes en estos CESFAM y pretende evaluar aspecto de ansiedad y su relación con salud dental. No hay una intervención mayor, solo se tomara una muestra para estudio

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
HOSPITAL "DR. SOTERO DEL RIO"
COMITE DE EVALUACION ETICO-CIENTIENTIFICO

Bacteriológicos y se aplicarán encuestas para valorar con relación a los objetivos propuestos.

Ni la muestra de saliva ni las encuestas implican algún riesgo a los participantes.

El beneficio puede ser significativo para una mayor comprensión de esta patología lo que a su vez puede significar adoptar conductas para mejorarla salud dental.

Los documentos de Consentimiento informado cumple con los requisitos

CONCLUSIÓN: Teniendo presente, que: Este protocolo cumple con los requisitos éticos de una investigación; con la legislación nacional vigente, con relación a las leyes: 19628, 20120 y 20584 y que no implica costos materiales adicionales, ni en recurso humano para la Institución;

Este Comité considera que no hay inconvenientes, para solicitar a la Dirección la autorización para la realizar esta Investigación

Le solicitamos: 1) Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta tres años cerrado el estudio. 2) Usar los consentimientos informados validados por este Comité 3) **Informar a lo menos una vez al año de su marcha**, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen. 4) La validez de esta aprobación es por un año al cabo del cual con el informe correspondiente debe solicitarse su renovación



Dr. Patricio Michaud Ch.
Presidente
Comité de Evaluación Ético Científico
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



CC Dra. Verónica Fuller Padilla. Jefe Área Salud. Corporación Municipal de la Florida

Anexo 5. Acta de aprobacion del comité de ética CESFAM Vista Hermosa**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
COMITE ETICO-CIENTIFICO****ACTA DE APROBACION EJECUTIVA**

Santiago, Chile 07 de Octubre 2015

Comité constituido en conformidad a la resolución exenta N°2886 del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente de fecha de fecha 06 de julio 2009.

Acreditado por SEREMI de Salud 019892 de fecha 14 Abril 2014.

El Investigador, PS. Matías Ríos Erazo, investigador principal para el estudio "Factores Psicosociales Como Determinantes Para La Salud Oral De Adolescentes, Embarazadas Y Adultos Mayores Beneficiarios Del Programa De Salud Oral En Servicios De Atención Primaria De La Región Metropolitana", y que este Comité aprobó el 20 el de Noviembre de 2014. Ha hecho llegar a este Comité una solicitud de enmienda, que consiste en incorporar un nuevo centro al estudio: CESFAM Vista Hermosa, ubicado en los Pinos N° 0275, comuna de Puente Alto.

Dado que no hay un cambio al protocolo propiamente tal y que el Consentimiento Informada es igual para todos los centros se le otorga APROBACION Ejecutiva.

Le solicitamos obtener la aprobación el Director de ese Centro previo a su incorporación.



**Dr. Patricio Michaud Ch.
Presidente
Comité Ético Científico
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente**



C.C: Archivo.

Anexo 6. Carta De Solicitud De Colaboración A Expertos

Estimado/a Sr./Sra.: _____

Junto con saludarlo, nos hemos contactado con usted para solicitar su colaboración en el desarrollo de la tesis para optar al título de Cirujano Dentista titulada “Validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad del cuestionario de ansiedad y miedo dental IDAF-4C+ en una muestra de embarazadas en la Región Metropolitana” del estudiante Sr. Luis Palma Loayza.

Esta Tesis se encuentra adjunta al Proyecto Fiouch 13-005 “Factores psicosociales como determinantes para la salud oral de adolescentes, embarazadas y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la región metropolitana”.

Reseña del Proyecto

La ansiedad dental es un fenómeno que influye notablemente en el estado de salud oral, entorpeciendo tanto el manejo del paciente durante la atención dental como la posterior adherencia a tratamiento. Es necesario para el odontólogo saber identificar, medir y diagnosticar este fenómeno, sobretodo en grupos considerados vulnerables, como lo son las mujeres embarazadas. Son variados los instrumentos que se han utilizado para identificar y medir la ansiedad dental en la población, sin embargo, en este último tiempo, el cuestionario Índice de ansiedad y miedo dental IDAF.4C+, ha ido ganando terreno en la investigación odontológica, esto debido a que aborda en su totalidad el constructo ansiedad dental. El objetivo de esta investigación fue determinar la validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad del cuestionario IDAF-4C+ versión en español en mujeres embarazadas en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana, Chile.

Metodología:

Se solicita revisar el archivo Excel adjunto a esta carta, donde se encuentra el instrumento “cuestionario Índice de ansiedad y miedo dental IDAF.4C+” versión en español. Encontrará una columna en blanco con el título “expertos”, donde podrá incluir comentarios, sugerencias, modificaciones, etc. Se pide que evalúe cada ítem respecto al lenguaje utilizado, la redacción y su pertinencia en el proyecto.

Desde ya le agradecemos su participación.