



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA  
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS  
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**

**Adaptación transcultural y validación del Cuestionario de Creencias en Salud Oral de Nakazono para cuidadores de preescolares chilenos**

**Gerardo Andrés Cruces Ramírez**

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

**Tutor Principal  
Prof. José Manuel Manríquez Urbina**

**Tutores asociados  
Prof. Lorena Coronado Viguera  
Prof. Fabiola Werlinger Cruces**

**Adscrito a Proyecto PRI-ODO 12-002  
Santiago – Chile  
2014**





**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA  
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS  
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**

**Adaptación transcultural y validación del Cuestionario de Creencias en Salud Oral de Nakazono para cuidadores de preescolares chilenos**

**Gerardo Andrés Cruces Ramírez**

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

**Tutor Principal  
Prof. José Manuel Manríquez Urbina**

**Tutores asociados  
Prof. Lorena Coronado Viguera  
Prof. Fabiola Werlinger Cruces**

**Adscrito a Proyecto PRI-ODO 12-002  
Santiago – Chile  
2014**

*A mi incondicional familia,  
a mis incondicionales amigas y amigos.*

## ***Agradecimientos***

Al área de Salud Pública de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile por hacerme partícipe a través de esta investigación en el Proyecto de Investigación PRI-ODO 12-002

Al Profesor Dr. José Manuel Manríquez, por su paciencia, dedicación y exigencia como tutor principal de esta investigación.

A la Profesora Dra. Lorena Coronado Viguera, que a través de su gestión se pudo concretar este estudio.

A las Profesoras Fabiola Werlinger Cruces y Dra. Andrea Muñoz Martínez por su constante motivación y guía en este (y otros) procesos.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
MARCO TEÓRICO.....	3
Modelos teóricos que explican cambios de conducta.....	3
Modelo de Creencias en Salud.....	5
Dimensiones asociadas al modelo de creencias en salud.....	6
Autoeficacia.....	8
Locus de control.....	9
Instrumento de Creencias en salud oral de Nakazono.....	10
Proceso de validación.....	11
Características psicométricas.....	12
Situación epidemiológica de la caries en Chile.....	15
OBJETIVOS.....	19
Objetivo General.....	19
Objetivos Específicos.....	19
MATERIALES Y MÉTODOS.....	20
RESULTADOS.....	25
Caracterización sociodemográfica.....	25
Adaptación Transcultural.....	30
Validez de contenido.....	30
Confiabilidad.....	32
Validez de constructo.....	33
Factibilidad.....	36
Prueba Piloto.....	36
DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS Y APÉNDICES.....	49

## RESUMEN

**Introducción:** Para conocer las creencias en salud oral de una comunidad educativa, con la que se van a implementar programas promocionales y preventivos, es necesario disponer de instrumentos de medición en salud adaptados y validados al contexto sociocultural en que se aplicarán. Eso con el propósito de establecer una línea de base que permita la evaluación de metodologías y contenidos. Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue validar el cuestionario de creencias en salud oral de Nakazono para cuidadores de preescolares chilenos. **Material y método:** Para lograr la adaptación transcultural del instrumento se consolidó una versión previa del cuestionario de creencias en salud oral de Nakazono en español a partir de tres traducciones independientes de la versión original en inglés, con la cual se hizo un pre-test con educadoras de párvulos, donde se evaluó la factibilidad. Posteriormente se estableció validez de contenido a través de un grupo nominal con nueve odontopediatras en formación y entrevistas a dos expertos en el futuro ámbito de aplicación del cuestionario. Se realizó una prueba piloto en 106 cuidadores de preescolares pertenecientes a 11 jardines infantiles JUNJI e Integra de Cerro Navia. A partir de ello se caracterizó la muestra, se midió consistencia interna y se realizó el Análisis Factorial Exploratorio a través de Análisis de Componentes Principales. Los datos fueron recogidos en una planilla de cálculo Excel® 2007 y para el análisis descriptivo se utilizó programa STATA® 11.0. Tanto para el análisis factorial exploratorio como para la determinación de la consistencia interna (Alfa de cronbach) del instrumento se utilizó programa SPSS® 15. **Resultados:** Se incluyeron 5 ítems al cuestionario después de la validación de contenido y adaptación transcultural. La consistencia interna para los 23 ítems tuvo un valor de alfa de cronbach 0,901. El Análisis de Componentes Principales arrojó ítems relevantes para 6 dimensiones. El puntaje promedio de todas las preguntas de la encuesta llegó a 3,42 (D.E. 0,46). La versión final quedó compuesta por 22 ítems. **Conclusiones:** Los resultados muestran medidas válidas y confiables para el Cuestionario de Creencias en Salud Oral de Nakazono al momento de ser aplicado en cuidadores de preescolares chilenos. Tales resultados permiten recomendar su uso en estudios sobre los determinantes psicosociales de conductas en salud oral en adultos cuidadores de niños/as chilenos/as, en especial en medios donde hay presencia de vulnerabilidad, lo que contribuiría a la evaluación de intervenciones en salud bucal con enfoque preventivo y promocional.

## INTRODUCCIÓN

Debido a la alta prevalencia que presentan en Chile las enfermedades bucales en la primera infancia, dentro de las cuales la caries dental alcanza un 17% a los 2 años, 52% a los 4 años, y un 70,36% a los 6 años distribuido inequitativamente en los grupos socioeconómicos medios y bajos, es que se han implementado estrategias de tipo promocional preventivas a nivel nacional en establecimientos educacionales, que en acompañamiento de apoderados y educadoras propician un ambiente favorable para realizar promoción de la salud en etapas determinantes de la vida de los párvulos permitiéndoles desarrollar habilidades y destrezas que permanecerán en el tiempo. El año 2013 se implementó en 81 comunas del país el Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Preescolares (PPPSBP), en conjunto con instituciones JUNJI, Integra, Seremis, Red de Atención Primaria de Salud (APS) y Servicios de salud, con el propósito de reforzar y expandir el modelo de intervención preventivo promocional a nivel preescolar y escolar, lo que forma parte de la estrategia nacional de salud para el logro de las metas sanitarias de la década actual (1–3).

Para favorecer la implementación de programas promocionales en la comunidad educativa apuntando a cambios de conductas y mantención de hábitos favorables en salud, es necesario conocer aquellas variables psicosociales que influyen en estas conductas. Esto se puede lograr a partir de instrumentos adaptados que permitan la aplicación en el contexto cultural local, en este caso el chileno y que además se encuentren validados con el fin de obtener datos confiables y comparables con otros estudios de similares características ya sea a nivel nacional como internacional. Esta condición permitirá establecer de manera efectiva la línea base que permita la evaluación de dichas intervenciones y recoja sugerencias para potenciar contenidos entregados a la comunidad educativa. Tal es el caso del Modelo de Creencias en Salud, modelo teórico ampliamente utilizado y validado en el campo de la Psicología de la Salud (4–8).



Dentro de esta problemática se inserta el propósito de esta investigación, la que tiene como objetivo adaptar transculturalmente y validar el cuestionario de creencias en salud oral de Nakazono para cuidadores de preescolares chilenos, en especial en poblaciones cuyas condiciones de vida definen un estado de vulnerabilidad en la primera infancia. El cuestionario original fue publicado en 1997 en la revista *Advances Dental Research*, sus ítems fueron elaborados en base al Modelo de Creencias en Salud, y la investigación tenía como propósito identificar predictores sociodemográficos de las creencias en salud para aportar al diseño y evaluación de programas educativos en salud oral (9).

## **MARCO TEÓRICO**

### **Modelos teóricos que explican cambios de conducta**

Un marco conceptual, ya sea teoría o modelo, junto a evidencias y evaluación constituyen pilares fundamentales para la acción humana, científica y profesional contemporánea en salud pública. Su uso facilita la comprensión de diversos problemas de salud, de cómo individuos o grupos llevan a cabo comportamientos o los modifican, así como las características del contexto social en que éstos ocurren. De esto se deriva una posición favorable para el diseño, implementación y evaluación de estrategias dirigidas a promover la salud de las comunidades (4).

Una teoría consiste en elementos y variables que mediante conceptos, definiciones y proposiciones expresan una visión sistemática de un fenómeno, explicitando la relación entre dichas variables con el fin de explicarlo. Es usada como base para la acción dónde es validada, aunque no ocurra frecuentemente. Un modelo es un conjunto de elementos esenciales necesarios para representar un aspecto de la realidad, deriva de una teoría o de la vida empírica (4).

Las propuestas de métodos y estrategias más adecuados para identificar objetos de cambios de conducta, predisponer, facilitar y reforzar dichos cambios, se agrupan en tres grandes niveles: las que explican comportamientos a nivel individual, grupal o

interpersonal y comunitario o social. En el primer nivel se pueden señalar dos modelos como muy representativos por su impacto y aporte histórico en el campo de la salud pública, además de estar masivamente difundidos y validados en múltiples contextos: el Modelo de Creencias en Salud y el Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento(4,10,11).

En el campo de la Psicología, diversas perspectivas engloban teorías y modelos, entre ellas la perspectiva cognitiva y la perspectiva conductual. La primera enfocada en los procesos que permiten a las personas conocer y comprender el mundo y cómo estas formas de pensar influyen en su comportamiento y aprendizaje; y la segunda, que se concentra en las conductas observables que serían la manifestación del aprendizaje, entendido clásicamente éste como un cambio de conducta observable, relativamente permanente que es resultado de la experiencia difiriendo de aquellos cambios de conducta inherentes a los sujetos y su desarrollo cognitivo(12).

El conductismo como teoría tradicional que está dentro de la perspectiva del aprendizaje y que estudia los cambios de comportamiento y adquisiciones de hábitos, a la luz del condicionamiento clásico, condicionamiento operante y moldeamiento, con una visión de cambio en el comportamiento de tipo irreflexivo, mecánico y automático, se distancia en términos de conceptos y métodos de la perspectiva cognoscitiva que se centra en los procesos del pensamiento y la conducta que los refleja(12).

Describir los inicios teóricos de un modelo de cambio de comportamiento resulta complejo debido a que no se encuentran disponibles todos los textos seminales que dieron origen a una amplia diversidad de modelos y teorías, y debido también a las repetidas modificaciones conceptuales que son parte de la construcción del conocimiento, sin embargo existen trabajos seminales de Kurt Lewin cuya orientación fenomenológica y cognoscitiva son la base para una serie de modelos predictivos surgidos en la década de 1950 que se engloban dentro de lo que se denomina la Teoría de Expectativas Valóricas, dentro de los cuales el MCS es el que

ha sido ampliamente estudiado y difundido(13). Según esta teoría la conducta se basa principalmente en dos variables: el valor que un sujeto otorga a determinado resultado y la estimación de que cierta acción logre conseguir dicho resultado (5,10,14,15).

Dentro de la perspectiva cognitiva se encuentra también la Teoría del Aprendizaje Social de 1977 o Teoría Cognitiva Social, última versión del año 1989, para la cual Albert Bandura desarrolló la mayor parte de los principios que la sustentan(16). Desde el enfoque clásico de esta teoría emerge la idea de que el impulso para llevar a cabo los procesos del desarrollo y aprendizaje provienen de la persona que elige modelos a imitar y que aprende mediante la observación aunque no manifieste la conducta, sin embargo Bandura en las nuevas revisiones de la teoría ha realizado un énfasis en las respuestas cognoscitivas las cuales considera centrales para el desarrollo mediante la observación, pues los procesos cognitivos articulan respuestas complejas a partir de los modelos que las personas observan(16). Es así como el comportamiento estaría determinado por expectativas e incentivos, las expectativas se dividen en tres tipos: sobre señales del ambiente, sobre las consecuencias de las propias acciones (expectativa de resultado) y sobre la propia capacidad de llevar a cabo el comportamiento necesario para lograr esos resultados (expectativa de autoeficacia). Los incentivos o reforzamientos están definidos como el valor de un particular objeto o resultado, de esta manera, el comportamiento estaría regulado por los reforzamientos sólo en la medida en que son comprendidos por los sujetos(5,15).

### **Modelo de Creencias en Salud**

Dentro de los modelos teóricos en el ámbito de la Psicología de la salud, el Modelo de Creencias en Salud es el que más atención ha suscitado y más investigaciones ha generado en diversos ámbitos. Existe acuerdo en que este modelo nace con el trabajo de un grupo de psicólogos sociales en la década de 1950 pertenecientes a la División de Estudios de la Conducta en la oficina de Educación para la Salud del Servicio de Salud Pública estadounidense, entre ellos I. M. Rosenstock y G. M.

Hochbaum (9) primeramente en un intento por descifrar por qué las personas evitan llevar a cabo conductas preventivas en salud y posteriormente usado para comprender la respuesta de los pacientes ante determinados síntomas y su comportamiento como respuesta a enfermedades diagnosticadas con énfasis en la adherencia a tratamientos. Una de las primeras referencias la constituyen los resultados de Hochbaum quien a comienzos de 1952 estudió cómo adultos valoraban la disposición a someterse a rayos X como parte de los programas contra la tuberculosis dando énfasis a las creencias individuales de susceptibilidad y a los beneficios personales de la detección temprana de la enfermedad. Este contexto de trabajo favoreció a los investigadores, quienes necesitaban una explicación de por qué la población a la que atendían no aceptaba la realización de pruebas de tamizaje, ofrecidas a bajo costo y en el vecindario de las personas (10,14).

### **Dimensiones asociadas al modelo de creencias en salud**

Retomando la teoría de expectativas valóricas en términos de salud como lo hace Maiman y Becker en 1974, ambas variables (valor y expectativa) podrían ser traducidas como: el deseo de mantenerse sano (o sí el sujeto está enfermo, en el deseo de salir de la enfermedad) y en la creencia de que determinada conducta aumentará las probabilidades de lograr ese deseo (mantenerse sano o salir de la enfermedad). La más temprana de las caracterizaciones del MCS en 1974 por Rosenstock se basa en que para que aumente la probabilidad de que un sujeto lleve a cabo conductas preventivas en salud debe tener las creencias de que a) se es susceptible a un fenómeno negativo en salud, b) dicho fenómeno pueda tener una severidad posible, c) determinada acción pueda acarrear beneficios frente al fenómeno y d) las barreras psicológicas representan menor importancia frente a dicha acción (5,10,14).

### ***Susceptibilidad***

La dimensión de susceptibilidad tiene que ver con la percepción subjetiva que tiene una persona de contraer una enfermedad, que va desde el sujeto que niega toda posibilidad de caer enfermo, pasando por la persona que admite la probabilidad de

enfermar hasta la persona que está convencida del riesgo de contraer dicha enfermedad. En caso de una enfermedad instalada, esta dimensión se reformula para incluir la aceptación del diagnóstico, la percepción de posibles recaídas y de enfermar en general. Para que esta dimensión exista es necesario que la persona conozca o haya escuchado del riesgo de caer en dicho estado de enfermedad. Esta percepción puede estar influenciada por el optimismo o pesimismo y hacer que se subestime o sobrestime la frecuencia de una enfermedad (5,10,14).

### ***Severidad***

La severidad percibida se relaciona con que la persona valora la gravedad del hecho de enfermar o de dejar sin tratamiento una enfermedad y contempla consecuencias de tipo médico-clínicas, como dolor e incapacidad, así como de tipo sociales, entre las que se incluyen ámbitos como la familia, el trabajo y las relaciones sociales. Esta dimensión se ha asociado a una baja predictibilidad debido a que va ligada a factores como, pacientes sintomáticos, con inminente riesgo de salud o con experiencia previa en relación a esa enfermedad. Si bien estas dos dimensiones del modelo, que Misrachi y algunos autores denominan “amenaza percibida”, pueden desencadenar por sí solas una acción, es decir la percepción por parte de un sujeto de que puede enfermar y que dicha enfermedad es grave, son suficientes para desencadenar una acción, el curso específico de dicha acción no está determinado sino por la tercera dimensión que consiste en la percepción de beneficios (5,10).

### ***Beneficios***

Corresponde a la creencia del sujeto de la efectividad relativa de las conductas que pueda efectuar para reducir la amenaza percibida, las cuales serán entonces determinantes del curso de la acción llevada a cabo (5,10).

### ***Barreras***

El sujeto pondera la creencia de la existencia de barreras que se oponen a la ejecución de la conducta saludable, como pueden ser determinados aspectos negativos derivados de una acción que funcionarían como barreras, que son

evaluados en términos del costo de la acción y pueden ser vistos como peligrosos, desagradables, dolorosos o que tengan un alto costo monetario o de tiempo. Es la dimensión que tiene el impacto más frecuentemente reportado sobre el comportamiento (18,19).

### ***Señales para la acción y Factores modificantes***

Algunos autores han señalado que ciertos estímulos son imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, que se denominan claves para la acción o estímulos, los cuales pueden ser estímulos internos como síntomas físicos o externos como medios de comunicación, campañas de servicios de salud o presiones del ambiente social y familiar del sujeto. Se asume también que diversas variables sociodemográficas, psicológicas y estructurales, influyen la manera en cómo el individuo toma decisiones en salud. Existen otras dimensiones posibles de encontrar en diversos autores, denominadas “motivación” e “importancia” que determinan la preocupación que un sujeto da al problema de salud para que adquiera relevancia y por tanto mayor probabilidad de desencadenar un proceso de cambio de comportamiento (5,9,10,15,18).

### **Autoeficacia**

En la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura del año 1977, uno de los elementos referidos a las expectativas corresponde a la expectativa de autoeficacia y hace referencia al juicio que cada individuo realiza sobre sus capacidades, en base a las cuales organizará y llevará a cabo los actos que le permitan alcanzar un resultado esperado. La autoeficacia así entendida puede ser aplicada en un sentido concreto para la resolución de situaciones específicas o puede denotar un sentimiento estable de competencia personal para manejar de manera eficaz gran variedad de situaciones (19,20).

La autoeficacia percibida determina el tipo de actividades que una persona se propone realizar, la persistencia en dichas actividades, el esfuerzo que invierte en una situación y los patrones de pensamiento y reacciones emocionales asociadas.

Los sujetos con alta autoeficacia se verán involucrados en sus actividades con un alto interés e invirtiendo un gran esfuerzo, sabiendo hacer frente a dificultades y contratiempos, una alta autoeficacia percibida aumenta la consecución de metas, reduce el estrés y disminuye la vulnerabilidad a la depresión, incrementa la motivación e influye en lo que las personas sienten, piensan y hacen (5,19,21,22).

Según Bandura, la autoeficacia se ve influenciada por la experiencia exitosa en la práctica de una conducta, el aprendizaje vicario (observación de experiencias de personas significativas para el sujeto), la persuasión social o verbal por parte de una persona relevante para el sujeto y estados fisiológicos (ansiedad, sudoración) (5,23,24).

El aporte de la teoría cognitiva social al modelo de creencias en salud se da en dos ámbitos. Amplía las fuentes de información desde donde se pueden adquirir expectativas, particularmente el rol del reforzamiento conductual y del aprendizaje observacional, lo cual sugiere un número de estrategias potencialmente efectivas para el cambio de comportamiento. Y otra gran contribución es la diferenciación del concepto de expectativa de resultado (beneficios percibidos en MCS) y de expectativa de eficacia (auto-eficacia percibida), esta distinción es importante debido a que ambas son necesarias para llevar a cabo un comportamiento (25).

Algunos autores han incluido el concepto de autoeficacia en la dimensión de barreras del MCS, sin embargo Rosenstock hace explícito el concepto y los separa argumentando que ayuda a delimitar la dimensión de barreras, en la que se han considerado diversos ítems, y porque sugiere una línea de investigación propia (25).

### **Locus de control**

Este concepto no está directamente relacionado a los usados por Nakazono en el Cuestionario de Creencias en Salud Oral, sin embargo se incorpora en esta revisión debido a su cercanía como variable psicosocial que influye en el comportamiento. La teoría del locus de control es elaborada por Rotter en 1966 y sus conceptos llevados al campo de la salud en 1977 por Wallston. Este constructo se basa en la existencia

de un locus de control interno, es decir la concepción de que se es capaz de influir a través del comportamiento en las cosas que suceden en el entorno como en aquellas que suceden a uno mismo, y la existencia de un locus de control externo, es decir la creencia de que no se puede influenciar lo que sucede a uno ni al entorno (5).

En salud, existe locus de control interno cuando los individuos sienten que sus posibilidades de cambio y bienestar están determinados por sus acciones, y existe locus de control externo cuando sienten que su estado de salud depende de factores externos (5).

### **Instrumento de Creencias en salud oral de Nakazono**

En mayo de 1997 fue publicado en la revista *Advances in Dental Research* un artículo denominado “Oral Health Beliefs un Diverse Populations” de los autores T.T Nakazono, P.L. Davidson y R.M. Andersen. En esta publicación se incluye un cuestionario de Creencias en Salud Oral (Oral Health Belief Questionnaire) que fue elaborado en base a los datos obtenidos en el International Collaborative Study of Oral Health Outcomes(ICS-II USA), estudio conducido por la Organización Mundial de la Salud y la Universidad de Chicago. Usando el Análisis de Componentes Principales se construyeron medidas para creencias en salud oral basadas en las dimensiones del Modelo de Creencias en Salud (26–28).

En la tabla 1 se muestran los 18 ítems del cuestionario de creencias en salud oral para las dimensiones: severidad, importancia, beneficios, barreras y motivación. Se agregó la dimensión “eficacia del dentista”. Los ítems son evaluados en una escala Likert de cuatro puntos que van desde “muy de acuerdo” hasta “muy en desacuerdo”, de este modo los puntajes más altos indican creencias en salud oral más favorables. Este cuestionario presentaba los mayores valores de validez y confiabilidad para las escalas que medían “beneficios percibidos de las prácticas preventivas” y “gravedad de enfermedades orales” (9,29).



## Proceso de validación

Antes de aplicar un cuestionario de medición en salud es necesario corroborar sus características sicométricas para asegurarse de que además de ser confiable, sea válido en la población a investigar, en un proceso dinámico que adquiere consistencia en la medida en que más características sicométricas se midan en distintas poblaciones, culturas y sujetos; y que está en gran parte enfocado en reducir el error en el proceso de medición. Además si el instrumento fue elaborado en un idioma original distinto al de la población objetivo, debe pasar por un proceso de adaptación transcultural. El objetivo de este proceso es producir un instrumento apropiado para la población objetivo y que sea equivalente al original para poder comparar resultados obtenidos en otros estudios que hayan utilizado el mismo instrumento (6,30–32).

Tabla 1: Ítems originales del cuestionario de Creencias en Salud Oral (Oral health Beliefs Questionnaire).de Nakazono (1997)

ORAL HEALTH BELIEF QUESTIONNAIRE	
Questionnaire Item	Theoretical Construct
Tooth decay can make people look bad.	Seriousness
Dental problems can be serious.	Seriousness
Poor teeth will affect people's work or other aspects of their everyday life	Seriousness
Having dental problems can cause other health problems.	Seriousness
I place great value on my dental health.	Importance
It is important to keep natural teeth.	Importance
Dental disease is as important as others health problems.	Importance
I am not afraid of dental visits because of possible pain.	Barriers
Dentists are available when I have dental problems.	Barriers
I will visit the dentist when I have dental problems no matter how busy I am.	Motivation
Brushing teeth with fluoride toothpaste helps prevent tooth decay.	Benefits
Drinking fluoridated water helps prevent tooth decay.	Benefits
Using fluoride is a harmless way of preventing tooth decay.	Benefits
Brushing teeth helps prevent gum problems.	Benefits
Using dental floss helps prevent gum disease.	Benefits
Eating sweet food causes tooth decay.	Benefits
Going to the dentist will keep me from having trouble with my teeth, gums, or dentures.	Benefits
Dentists are able to cure most dental problems that patients have.	Effectiveness

### ***Adaptación transcultural***

Debido a que nos encontramos frente a un momento histórico caracterizado por un proceso dinámico de diversificación cultural y reconocimiento de las distintas identidades que componen una sociedad, así como también por el aumento de los proyectos de investigación multicéntricos, se ha reconocido la necesidad de contar con instrumentos de medida de la salud adaptados para su uso en contextos diferentes del original con el fin de realizar comparaciones internacionales (6,33).

En este ámbito, uno de los principales sesgos encontrados en la aplicación de instrumentos no adaptados culturalmente es la falta de equivalencia conceptual en sus diversas versiones, por tanto es necesario contar con un proceso de adaptación transcultural único, definido y riguroso cuyo propósito sea lograr equivalencias a nivel semántico, conceptual, idiomático y experiencial. Por lo tanto, se reconoce que los instrumentos que van a ser aplicados en diferentes culturas no solo deben ser bien traducidos lingüísticamente, sino también deben ser adaptados culturalmente para lograr dicha equivalencia, proceso que ha sido denominado “adaptación transcultural”, y que actualmente se realiza en países como México, Brasil, España, Argentina y Chile (6,30,33–37).

Para el caso de la aplicación del cuestionario de creencias en salud oral de Nakazono, se define como uno de los escenarios que requiere un proceso de traducción y adaptación cultural debido a que la población objetivo en la cual se quiere utilizar el cuestionario es de un país, y por tanto una cultura, distinta del país de origen del instrumento y su idioma oficial es distinto del cual fue creado el cuestionario (33).

### **Características psicométricas**

Evaluar las características psicométricas de un cuestionario es un criterio de calidad para la medición, valora la precisión de un instrumento y son requisito para que los resultados de una investigación puedan utilizarse como evidencia (6,38).

### **Confiabilidad**

La confiabilidad valora la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento de medición al ser aplicado en distintas ocasiones, dichos resultados debieran ser comparables en situaciones similares si el instrumento es confiable. Para Sampieri se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento al mismo sujeto u objeto de estudio produce similares resultados. El grado de correlación de un instrumento se expresa en un coeficiente de confiabilidad que varía de 0, indicando ausencia de correlación, a 1 que significa correlación total, sin embargo ningún instrumento posee valor 1. Valores aceptables van desde 0,7 a 0,9 (6,32,38).

Existen cuatro medios para estimar confiabilidad: la consistencia interna, la estabilidad, la equivalencia y la armonía inter-jueces. El más utilizado es la consistencia interna, que mide la homogeneidad de los enunciados de un instrumento indicando la relación entre ellos. Para calcularlo se utiliza, entre otras, la técnica "Alfa de Cronbach", que mide la correlación de los ítems dentro del cuestionario valorando cómo éstos en el instrumento miden las mismas características, el cual requiere solo una aplicación del instrumento, ya sea en el Pre-test o en la prueba piloto (6,32,38,39).

### **Validez**

Otra característica interna fundamental de un instrumento es su validez, lo que ha sido definido como el grado en que un instrumento mide aquello para lo que ha sido diseñado y es clave tanto en el diseño de un cuestionario como en la comprobación de la utilidad de la medida realizada. Un instrumento para ser válido necesita ser confiable, pero un instrumento confiable no necesariamente es válido. Entre mayor evidencia de validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo tenga un instrumento de medición, más se acerca a representar la variable que pretende medir (7,33,39).

La validez de contenido evalúa de manera cualitativa si el cuestionario abarca todas las dimensiones del fenómeno que quiere medir, o si representa el concepto medido.

Por lo general, depende del criterio de expertos quienes juzgan si los ítems desarrollados para operacionalizar el constructo representan todos los aspectos del dominio específico de contenido que debiera representar. La validez de criterio es el grado de correlación entre un instrumento y otra medida de la variable que se estudia y que sirva de referencia. Puede utilizarse alguna medida de criterio que se considere como regla de oro (gold estándar) por investigadores del ámbito o con otro instrumento para medir el mismo constructo o alguna variable relacionada con el fenómeno y que sirva de medida de comparación siempre que esté previamente validado. Un constructo es una variable medida que tiene cabida dentro de una teoría, por tanto la validez de constructo se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que pertenecen a un cuerpo teórico común según la evidencia existente para dichas variables. Determina la relación del instrumento con la teoría (6,32,38).

### ***Sensibilidad***

La sensibilidad explora la capacidad que tiene un instrumento de detectar cambios en el constructo de interés evaluado después de una intervención, se utiliza para conocer la eficacia de intervenciones o tratamientos relacionando la variación de los puntajes antes y después con la puntuación antes de la intervención. Es de utilidad para determinar el tamaño muestral de un estudio, así cuanto mayor sea la sensibilidad del instrumento menor será el tamaño de la muestra necesario (6,32).

### ***Factibilidad***

La factibilidad mide si el cuestionario es asequible de ser utilizado en el campo que al que está dirigido, es necesario evaluar factores como tiempo de implementación, amabilidad del formato, brevedad y claridad del formato, registro, codificación e interpretación (6).

## **Situación epidemiológica de la caries en Chile**

En el año 2007 se obtuvo evidencia de que uno de los objetivos sanitarios de la década 2000-2010 en Chile fue logrado, específicamente el de “disminuir la prevalencia de caries en menores de 20 años”, medido a través el índice COPD a los 12 años el cual disminuyó de 3,4 en el año 1999 a 1,9 en 2007. Esto reveló la importancia de las medidas preventivas instauradas durante la década, sin embargo, aunque disminuyó el índice COPD en todos los grupos socioeconómicos, no se ha logrado cerrar la brecha de inequidad manifestada en un mayor daño en salud bucal en estratos socioeconómicos bajos(40,41).

En el diagnóstico de salud realizado durante el mismo año por el Ministerio de Salud (MINSAL) a cargo de Ceballos y cols., queda de manifiesto la alta prevalencia de patologías orales y su aumento progresivo en grupos etarios de 2 y 4 años de la Región Metropolitana (42).

Otros estudios epidemiológicos se han llevado a cabo con resultados similares en cuanto a la alta prevalencia de caries en población preescolar, en el año 2010 un estudio llevado a cabo por MINSAL a cargo de Hoffmeister y cols, mostró un mayor nivel de daño en la salud bucal de los preescolares de la zona sur del país que el encontrado por Ceballos y cols. en 2007 y un nivel de daño similar al estudio realizado en el 2009 por MINSAL a cargo de Soto y cols. en la zona norte y centro del país(43,44).

El informe consolidado del año 2012 para el Diagnóstico Nacional de Salud Bucal realizado por Letelier y cols, indica que un 17,52% de los párvulos de 2 años y un 50,36% de los párvulos de 4 años tenían historia de caries, siendo más prevalente y severa en niños y niñas de nivel socioeconómico bajo. La media nacional para el índice ceod a los 2 años fue de 0,51 y a los 4 años de 2,25. Otros estudios muestran que en la población de 6 y 12 años a nivel nacional se observa una mayor prevalencia de caries en sectores rurales y nivel socioeconómico bajo (45).

Durante la década pasada la caries dental ha mostrado una leve tendencia a disminuir su prevalencia y severidad, sin embargo sigue representando una importante carga de enfermedad para la población chilena con importantes consecuencias en su calidad de vida, como lo demuestra el resultado de la Encuesta de Calidad de Vida 2006 en que un 37% de la población mayor de 15 años declara que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre (46).

Se estima necesario mantener la priorización de la salud bucal en la planificación sanitaria ministerial de la década actual en la Estrategia Nacional de Salud para la Década 2011-2020, a través del objetivo estratégico de “Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en los menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables” medido a través de dos metas: “Aumentar en 35% la prevalencia de libres de caries en niños de 6 años y Disminuir en 15% el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal”(2).

Las estrategias del sector han sido de tipo preventivo principalmente, entre las que cuentan la fluoración del agua en 14 regiones del país, el Programa de Alimentación Escolar con Leche Fluorada en zonas rurales, priorización de atención odontológica integral de niños de 2, 4, 6 y 12 años, y de mujeres embarazadas, y la incorporación del Modelo de Intervención Preventivo Promocional, a través del Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal de niños y niñas Preescolares, el cual logra continuidad en la primera línea estratégica para el cumplimiento del objetivo estratégico en salud bucal de la década actual: “Refuerzo y expansión del modelo de intervención preventivo promocional a nivel preescolar y escolar”(2).

El Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Preescolares se diseñó en respuesta a la situación epidemiológica descrita anteriormente, con el propósito de disminuir el daño prematuro en salud bucal de la población de párvulos menores de 6 años a través de la promoción de hábitos saludables de

alimentación e higiene bucal y la integración de los padres y apoderados de los jardines infantiles en el cuidado y mantención de la salud bucal de sus niños y niñas, entre otros componentes. Se inició en el año 2007 como programa piloto en 2 comunas de la Región Metropolitana que participaron a través de jardines infantiles de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y de la Fundación INTEGRÁ, extendiéndose a 10 comunas a finales del 2009 y beneficiando a 81 comunas del país en el año 2013 (1–3,45).

Las primeras etapas de la vida de un sujeto son fundamentales para su desarrollo y por tanto para su funcionamiento pleno, productivo y autónomo a través del acceso a las oportunidades que brinda una sociedad, son también etapas de una alta plasticidad, potencialidad y vulnerabilidad por lo que es crítico que los párvulos se encuentren acompañados de un entorno que resguarde y propicie oportunidades para su formación y reduzcan el riesgo de sufrir daños permanentes que influirán en su futuro desarrollo. En estos principios se enmarca el Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal que busca aprovechar desde tempranas edades las oportunidades que puede brindar el ambiente en el cual se comienzan a desenvolver los menores con el fin de evitar el efecto de patologías orales que pongan en riesgo su calidad de vida(3,47,48).

La caries es la enfermedad prevenible más común de la infancia y debido a su etiología multifactorial sólo la restauración de lesiones cariosas no asegura la mantención de un estado de salud óptimo, por lo que es necesario para su manejo prevenir la infección bacteriana y controlar el resto de los factores patogénicos, lo cual se puede realizar con simples medidas de autocuidado desde la gestación y a lo largo de la infancia, estas medidas están relacionadas a los estilos de vida del entorno familiar del párvulo, por lo que el control de los factores de riesgo implica cambios en las conductas de los individuos y poblaciones, propósito que buscan programas preventivos y promocionales como el Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Preescolares a través de la Educación para la Salud(7,48).

En el análisis de la situación de salud de la población preescolar se considera su entorno familiar como un componente que influye en su estado de salud, pues las familias que experimentan situaciones desventajosas aumentan los niveles de estrés, aislamiento y conflicto, acompañando esto de sentimientos de impotencia e incapacidad de los padres de lograr una buena salud de sus hijos, llegando a descuidar medidas básicas recomendadas como la supervisión del cepillado de los párvulos. Situaciones desventajosas como un bajo nivel educacional de la madre es uno de los factores de riesgo más importantes para la aparición de enfermedad en sus hijos (7,49–51).

Existe evidencia de que los conocimientos en salud bucal de una madre influirán en el estado de salud de sus hijos pues son la base cognitiva para la toma de decisiones en salud por lo que el aumento de conocimientos en áreas específicas ha sido el foco de la Educación para la Salud. Sin embargo existe evidencia también de que el aumento del conocimiento por sí solo no asegura un cambio de conducta, ya que es sólo una de las variables que influyen en los cambios de conductas(48,52–54).

Es por esto que por una parte, la instauración de hábitos favorables en salud bucal a través de programas promocionales da resultados positivos en el tiempo si se suma la incorporación y motivación de los cuidadores de los preescolares, y por otra parte, se hace necesario diagnosticar diversas variables psicosociales de las conductas en salud oral con el fin de diseñar, implementar y evaluar programas promocionales en salud bucal, pues son los padres y cuidadores de quienes depende finalmente la prevención de las enfermedades de los párvulos y la búsqueda de su tratamiento (3,5,7).



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Validar el “Cuestionario de Creencias en Salud Oral” de Nakazono, para cuidadores de preescolares chilenos.

### **Objetivos Específicos**

Traducir y adaptar culturalmente el “Cuestionario de Creencias en Salud Oral” de Nakazono, para cuidadores de preescolares chilenos.

Establecer la validez de contenido de la versión en español del “Cuestionario de Creencias en Salud Oral” de Nakazono, para cuidadores de preescolares chilenos.

Determinar la validez de constructo del “Cuestionario de Creencias en Salud Oral para cuidadores de preescolares chilenos”.

Establecer la Confiabilidad del “Cuestionario de Creencias en Salud Oral para cuidadores de preescolares chilenos”.

Establecer Factibilidad del “Cuestionario de Creencias en Salud Oral para cuidadores de preescolares chilenos”

## MATERIALES Y MÉTODOS

En el proceso de validación de un instrumento de medida en salud se utilizan una metodología mixta que comprende procesos tanto cuantitativos como cualitativos.

- a. **Tipo de estudio:** Diseño transversal descriptivo.
  
- b. **Universo:** Correspondiente al total de cuidadores de niños preescolares de la comuna de Cerro Navia asistentes a Jardines infantiles de JUNJI o INTEGRA que participan del “Programa de Promoción y Prevención de Salud Bucal para Preescolares” de la Región Metropolitana durante el año 2013 (n=1333).
  
- c. **Muestra:** La muestra corresponde al total de personas que asistieron a las actividades programadas para el “Programa de Promoción y Prevención de Salud Bucal para Preescolares” de la Región Metropolitana durante las sesiones organizadas por docentes del Área de Salud Pública de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula de cálculo muestral para estudios de prevalencia en población infinita, la que considera los siguientes componentes:
  - $Z^2 = 1.96^2$  (ya que la seguridad es del 95%)
  - $p =$  proporción esperada (en este caso  $5\% = 0.05$ )
  - $q = 1 - p$  (en este caso  $1 - 0.05 = 0.95$ )
  - $d =$  precisión (en este caso deseamos un 3-5%)

Para el caso del estudio en cuestión, considerando una precisión entre 3 y 5% la muestra debió estar constituida entre 73 y 114 personas.

- d. **Procedimiento de muestreo:** No probabilístico por conveniencia.

## **e. Diseño de estudio:**

### ***I. Adaptación Transcultural***

El proceso de adaptación transcultural consiste en la traducción del instrumento y en su adaptación cultural. Mediante esto se obtiene una versión traducida y adaptada para la cual se determina su validez de apariencia y validez de contenido(6,33,55). Se llevó a cabo en las siguientes etapas:

- 1) *Traducción inicial:* Se contactó al autor del artículo original vía correo electrónico, se solicitó el cuestionario original además de comunicarle del trabajo de investigación que se llevaría a cabo. Se solicitó a dos traductores relacionados con el área biomédica la revisión y traducción de la versión original de “Cuestionario Creencias en Salud Oral” elaborado por Nakazono. El primer traductor pertenece al servicio oficial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile y el segundo traductor al Instituto Chileno Norteamericano de Cultura, a través del servicio de prácticas docentes para estudiantes de la carrera de traducción. El cuestionario original fue traducido al español por Misrachi siendo utilizado por el área de Salud Pública de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, por lo que fue considerada como la tercera versión utilizada para este proceso.
- 2) *Versión Pre-test:* El equipo investigador revisó las tres versiones y sus informes, se buscó equivalencia semántica, idiomática, conceptual y experiencial para lograr equivalencia transcultural. Se consolidó la versión pre-test.
- 3) *Pre-test:* La versión Pre-test fue aplicada a dos Educadoras de Párvulos del jardín infantil Las Rosas de Cerro Navia, y fueron posteriormente entrevistadas respecto de la comprensión de los significados de las preguntas, sus respuestas y de características propias del formato del instrumento, así como respecto de los contenidos del instrumento.

## **II. Validez de contenido**

- 1) *Panel de expertos*: Se llevó a cabo un grupo nominal, técnica de consenso que busca el acuerdo de un grupo de personas expertas en un tema científico-técnico a través de la ponderación de las ideas más votadas en relación a un problema planteado, el cual estuvo conformado por 9 odontopediatras en formación de la Universidad de Chile, en una sesión que duró aproximadamente 90 minutos. En una primera instancia se indicó a las participantes que revisaran y respondieran la versión pre-test del Cuestionario de Creencias en Salud Oral, posteriormente se planteó la pregunta: *¿Cuáles son las Creencias en Salud Oral que en su experiencia son aquellas que los cuidadores de preescolares chilenos presentaron con mayor frecuencia?*, cada panelista propuso creencias en salud oral que fueron discutidas y agrupadas según las dimensiones propuestas por el investigador, dimensión individual, familiar y social, para posteriormente ser ponderadas según su importancia. Posteriormente se reunió el equipo investigador analizando a qué dimensiones del Modelo de Creencias en Salud pertenecían cada una de las sentencias extraídas del grupo nominal o si pertenecían a dimensiones psicosociales de otros modelos teóricos utilizados en Salud.
  
- 2) *Entrevistas a expertos*: Se envió vía correo electrónico el Cuestionario de Creencias en Salud Oral de Nakazono en su versión pre-test a dos especialistas pertenecientes al nivel de Atención Primaria de Salud y de Secretaría Regional Ministerial de la Región Metropolitana: Jefe de Servicio Odontológico de la comuna de Cerro Navia y Coordinador de Programa Promoción y Prevención en Salud Bucal para Preescolares de la Región Metropolitana. Se solicitó su revisión, desarrollo y sugerencias.

Se consolidó en esta fase la versión piloto del Cuestionario de Creencias en Salud Oral para cuidadores de preescolares chilenos.

### **III. Prueba Piloto**

Se realizó el pilotaje del instrumento en una muestra de 106 cuidadores de preescolares que asistieron a las sesiones educativas de 11 jardines infantiles JUNJI e INTEGRRA organizadas por los docentes del área de Salud Pública de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile durante el primer semestre del año 2013, sesiones que están en el marco del Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Preescolares. Para esto, durante la sesión educativa se entregó a los cuidadores una encuesta sociodemográfica, la versión piloto del Cuestionario de Creencias en Salud Oral adaptada para preescolares chilenos y el consentimiento informado junto al acta de consentimiento.

#### **f. Análisis de la información**

##### **I. Confiabilidad**

Para evaluar la Confiabilidad del instrumento a través de su Consistencia Interna se calculó el Alfa de Cronbach para el total de ítems de la versión piloto del Cuestionario de Creencias en Salud Oral y para los ítems agrupados por dimensión del Modelo de Creencias en Salud Oral.

##### **II. Validez de constructo**

La validez de constructo se estimó a través del parámetro Estructura Factorial aplicando la prueba estadística de Análisis de Componentes Principales.

##### **III. Factibilidad**

Según los reportes generados en la etapa de Pre-test se evaluó la percepción de las Educadoras de Párvulos para el formato del instrumento y el tiempo de aplicación.

### **g. Consideraciones éticas**

Dentro de los propósitos de la investigación biomédica está comprender la etiología de las enfermedades y mejorar los instrumentos de diagnóstico, fines acordes a esta investigación, la que se llevó a cabo respetando los distintos niveles éticos dentro de los cuales encontramos los principios de Autonomía, No Maleficencia, Beneficencia y Justicia (56).

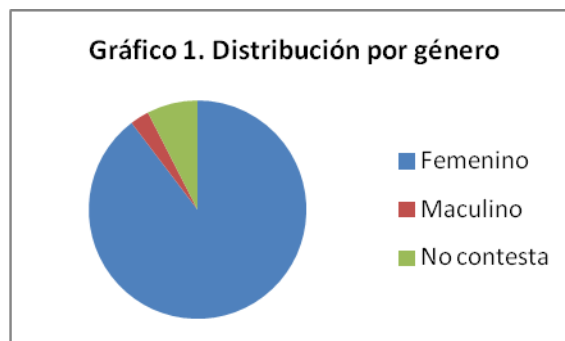
Siguiendo las especificaciones de la declaración de Helsinki, este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Se elaboró un consentimiento informado, que fue entregado a los participantes con datos de contacto en caso de necesitar información adicional, y un acta de consentimiento.

Los datos obtenidos de esta investigación fueron tratados bajo las disposiciones de la ley 19.628 “Sobre protección de la vida privada”, respetando los derechos de los titulares de dichos datos y de las facultades que la ley les concede. Asimismo, la ley 20.584 “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, establece especificaciones en cuanto al tratamiento de la información y a la protección de la autonomía de personas que participan en una investigación científica(57,58).

## RESULTADOS

### Caracterización sociodemográfica

La muestra obtenida estuvo compuesta por 106 sujetos, lo cual representa un 7,95% del universo de 1333apoderados que corresponde a 11 jardines infantiles pertenecientes al PPPSBP en Cerro Navia. Un 89,62% corresponde a género femenino y un 2,83% corresponde a género masculino, un 7,55% no contesta. El promedio de edad fue de 31 años, con un valor mínimo de 18 y máximo de 75.

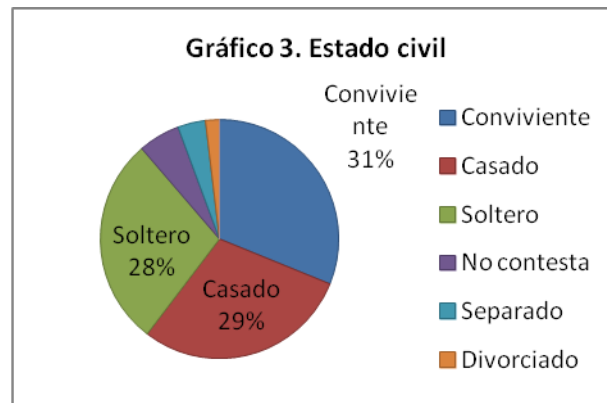


Del total de encuestados, un 66,4% declara nacionalidad chilena, un 4,72% otra nacionalidad y un 29% no contesta, mientras que un 56,6% declaró residir en Chile, un 5,6% dijo tener otra residencia, un 37,7% no contesta.

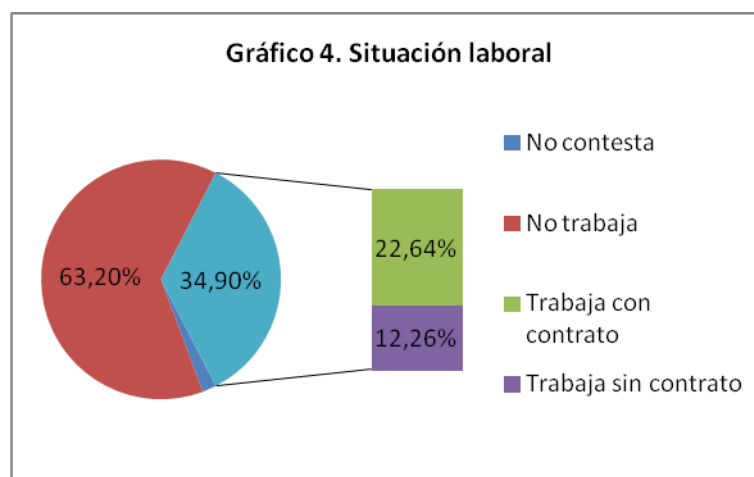


Del total de los encuestados, un 29,25% declaró estar casado, un 31,13% ser

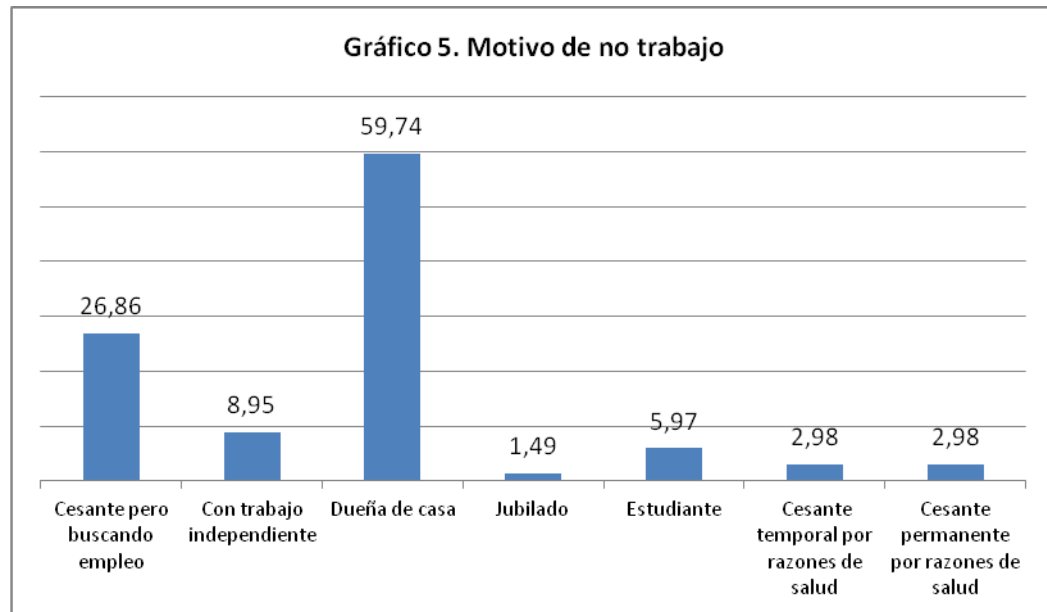
conviviente, un 28,3% ser soltero, un 3,77% estar separado, un 1,9% estar divorciado, y un 5,66% no contesta.



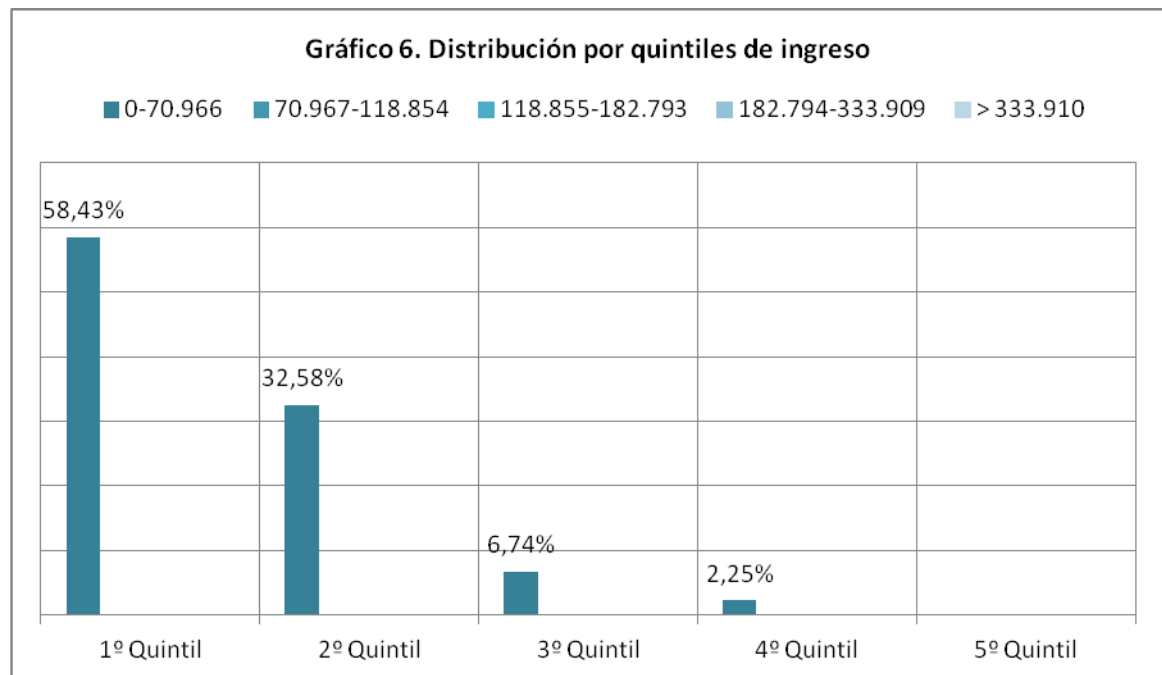
Del total de sujetos encuestados, un 34,90% declaró trabajar actualmente, un 63,20% declaró no trabajar y un 1,88% no contestó. De quienes declararon sí trabajar, un 64,86% tiene contrato laboral, mientras que un 35,13% no tiene contrato laboral. Del total de sujetos que declararon no trabajar, indicaron entre los motivos: Ser dueña de casa 50,74%, estar cesante pero buscando empleo 26,86%, con trabajo independiente 8,95%, Ser Estudiante 5,97%, estar temporalmente cesante por razones de salud 2,98%, permanentemente cesante por razones de salud 2,98%. En promedio los encuestados trabajan 40 horas a la semana con un mínimo de 12 horas y un máximo de 60 horas a la semana. Un 22% trabaja 45 horas semanales.





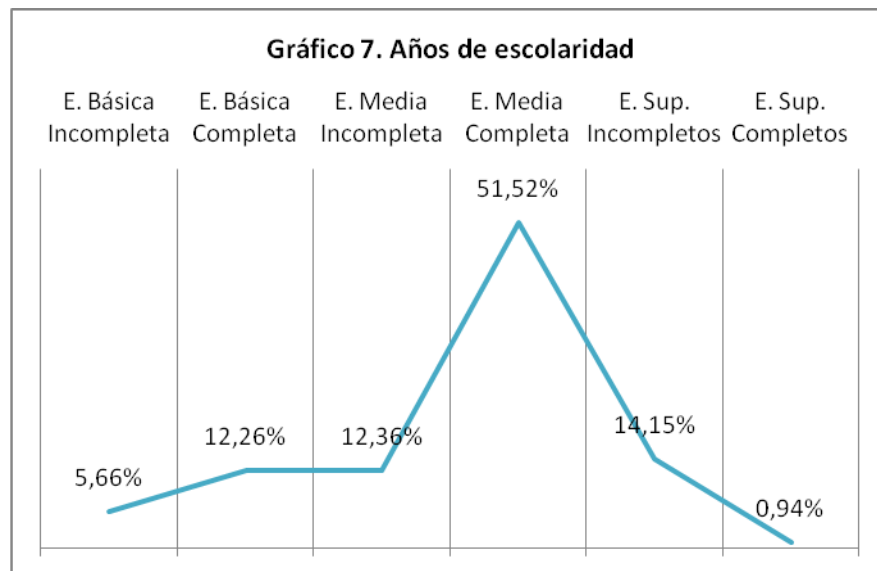


Los ingresos de los encuestados en promedio corresponden a 312.000 pesos, con un mínimo de 70.000 pesos y un máximo de 900.000 pesos. La distribución según quintil de ingreso de los encuestados arroja un 58,43% en el primer quintil, un 32,58% en el segundo quintil, un 6,74% en el tercer quintil y un 2,25% en el cuarto quintil. No se encontraron encuestados en el quinto quintil.



En promedio los encuestados tenían 11 años de estudio, con un mínimo de 4 años

y un máximo de 17 años. Un 5,66% tenía menos de 8 años de estudio, lo que equivale a enseñanza básica incompleta, un 12,26% tenía 8 años de estudios, lo que equivale a enseñanza básica completa. Un 12,36% de los encuestados tenía entre 9 y 11 años de estudio lo que equivale a enseñanza media incompleta, un 51,52% tenía 12 años de estudio, lo que equivale a enseñanza media completa y un 14,15% tenía más de 12 años de estudio, lo que equivale a estudios superiores incompletos y un 0,94% tenía 17 años de estudios lo que equivale a estudios universitarios completos.



De los encuestados un 26,42% declaró vivir en una casa propia, un 23,58% en una casa arrendada y un 47,17% como allegado, un 2,83% no contesta. Del total un 2,83% declaró vivir en una casa con 1 habitación incluyendo living-comedor. Un 15,09% declaró 2 habitaciones, un 16,04% declaró 3 habitaciones, un 23,58% declaró 4 habitaciones, un 16,98% declaró 5 habitaciones, un 9,43% declaró 6 habitaciones, un 3,77% declaró 7 habitaciones, un 4,72% declaró 8 habitaciones y un 2,83% declaró 9 habitaciones.

Los encuestados tienen en total 188 niños y niñas a su cargo. Un 36,79% de los encuestados tiene 1 preescolar a cargo, un 35,84% tiene 2 preescolares a cargo, un 17,92% tiene 3 preescolares a cargo, un 3,77% tiene 4 preescolares a cargo. Un 4,71% no contesta. En un 26,42% de los hogares vive 1 niño, en el 40,57% viven 2 niños, en el 23,58% viven 3 niños, en el 2,83% viven 4 niños, en un 0,94%

viven 5 niños y en un 0,94% viven 8 niños, un 4,72% no contesta. En el 7,55% de los hogares vive 1 adulto, en el 46,23% viven 2 adultos, en el 12,26% viven 3 adultos, en el 14,15% viven 4 adultos, en el 6,6% viven 5 adultos, en el 3,77% viven 6 adultos, en el 2,83% viven 7 adultos, en un 1,89% viven 8 adultos y en un 1,89% viven 10 adultos, un 2,83% no contesta.

Tabla2: Número de niños a cargo por encuestado.

Número de niños	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
<b>1</b>	39	36,79
<b>2</b>	38	35,84
<b>3</b>	19	17,92
<b>4</b>	4	3,77
<b>No contesta</b>	5	4,71
<b>Total</b>	105	99,03

En la tabla siguiente se aprecia el número de consultas al odontólogo durante los 2 últimos años según motivo de consulta, ya sea urgencia, tratamiento o control.

Tabla 3: Frecuencia motivo de consulta.

Número	Motivo de consulta					
	Urgencia		Tratamiento		Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>0</b>	70	66	71	70	67	63.2
<b>1</b>	20	18.9	20	18.9	20	18.9
<b>2</b>	12	11.3	6	5.7	11	10.3
<b>3</b>	2	1.9	2	1.9	3	2.8
<b>4</b>	1	0.9	2	1.9	2	1.9
<b>5</b>			3	2.8		
<b>6</b>	1	0.9			2	1.9
<b>7</b>						
<b>8</b>						
<b>9</b>			1	0.9		
<b>10</b>			1	0.9		
<b>11</b>						
<b>12</b>					1	0.9
<b>Total</b>	106	100	106	100	106	100

## **Adaptación Transcultural**

El cuestionario de Creencias en Salud Oral publicado en el año 1997 por T. T. Nakazono consta de 18 ítems escritos en idioma inglés. Después de comparar las tres versiones en español del cuestionario se seleccionaron 6 ítems de la versión de Misrachi, 2 ítems del primer traductor, 2 ítems tomados del segundo traductor y 8 ítems fueron reformulados por el equipo investigador, con lo cual se consolida la versión Pre-test del Cuestionario de Creencias en Salud Oral.

En la aplicación de la versión pre-test a dos Educadoras de Párvulos del jardín infantil Las Rosas de Cerro Navia se identificaron 4 ítems que causaban confusión. Los 14 ítems restantes y las instrucciones del cuestionario fueron considerados como comprensibles por parte de las entrevistadas. Ver tabla 4.

## **Validez de contenido**

En el grupo Delphi se identificaron afirmaciones relacionadas con Creencias en Salud Oral según experiencia de odontopediatras en formación de la Universidad de Chile, las cuales fueron ponderadas según importancia. Luego el grupo investigador asignó las afirmaciones a variables psicosociales. De lo anterior surgió la redacción e inclusión de 4 preguntas para el proceso de validación del cuestionario (Ver tabla 5 y 6). Se analizaron los informes derivados de las entrevistas a expertos de Atención Primaria en Salud de la comuna de Cerro Navia y Secretaría Regional Ministerial de Salud Región Metropolitana y las entrevistas realizadas a dos Educadoras de Párvulos del jardín infantil Las Rosas de Cerro Navia durante el Pre-test del instrumento y se incluyó 1 ítem al cuestionario (Ver tabla 7).

Se consolidó la versión piloto del Cuestionario de Creencias en Salud Oral para cuidadores de preescolares chilenos con un total de 23 ítems para las 4 dimensiones clásicas del Modelo de Creencias en Salud y 3 dimensiones de factores modificantes

Tabla 4. Ítems confusores en Pre-test

Es importante mantener los dientes propios (no artificiales)
Cuando tengo problemas dentales tengo acceso al dentista
El uso de flúor es una forma inofensiva de prevenir las caries
Cepillarse los dientes con pasta de dientes con flúor ayuda a prevenir las caries

Tabla 5. Resultados grupo nominal

Creencias (ponderación según importancia)	Dimensión asignada
"Por cada hijo se pierde un diente" (9)	Susceptibilidad
"Los dientes temporales no son importantes" (9)	Importancia
"El dentista está relacionado con miedo y dolor" (9)	Barreras
"El niño(a) nació con los dientes débiles" (8)	Locus de control
"Si las encías sangran hay que dejar de cepillarlas" (8)	Barreras
"El mal estado de salud bucal es culpa del dentista anterior" (8)	Efectividad-Locus de control
"Las caries son debido a que el niño tomó muchos antibióticos" (6)	Susceptibilidad-Locus de control

Tabla 6. Ítems incluidos después del grupo nominal

7 Es importante mantener sanos los dientes de leche en los niños
20 Una mujer embarazada con buen cuidado no debería perder las piezas dentales.
21 El consumo de antibióticos provoca aparición de caries en los niños
22 Los niños que nacen con dientes débiles tienen más enfermedades en la boca.

Tabla 7. Ítem incluido después de entrevista a expertos y Pre-test

23 El uso de mamadera o chupete cuando los niños ya tienen sus dientes produce crecimiento anormal de la cara
---

## Confiabilidad

Los resultados para confiabilidad de los 23 ítems del cuestionario y para cada dimensión se esquematizan en la siguiente tabla:

Tabla 8: Alfa de Cronbach Cuestionario Creencias en Salud Oral

Cuestionario Creencias en Salud Bucal para Cuidadores de Preescolares Chileno	Dimensión	Alfa de Cronbach según dimensión	Casos válidos (%)
1 Las caries pueden hacer que la gente se vea mal	Severidad	0,862	90,6
2 Los problemas dentales pueden llegar a ser graves	Severidad		
3 Una mala dentadura afectará a las personas en su trabajo o en otros aspectos de su vida cotidiana	Severidad		
4 Tener problemas en los dientes puede causar otros problemas de salud	Severidad		
5 Le otorgo gran importancia a mi salud bucal	Importancia	0,862	89,6
6 Es importante mantener los dientes originales (no artificiales)	Importancia		
7 Es importante mantener sanos los dientes de leche en los niños	Importancia		
8 Las enfermedades dentales son tan importantes como cualquier otro problema de salud	Importancia		
9 Tengo miedo a las visitas dentales por el posible dolor que pueda sentir	Barreras	-	93,4
10 Cuando tengo problemas dentales tengo acceso al dentista	Barreras		
11 Si tengo problemas dentales iré al dentista aunque tenga muchas cosas que hacer	Motivación	0,665	88,7
12 Cepillarse los dientes con pasta de dientes con flúor ayuda a prevenir las caries	Beneficios		
13 El agua de la llave tiene flúor. Tomarla ayuda a prevenir las caries.	Beneficios		
14 El uso de flúor es una forma inofensiva de prevenir las caries	Beneficios		
15 Cepillarse los dientes ayuda a prevenir los problemas de las encías	Beneficios		
16 Usar hilo dental ayuda a prevenir problemas en las encías	Beneficios		
17 Comer alimentos dulces produce caries	Beneficios		
18 Ir a controles dentales me evitará problemas con mis dientes, encías o prótesis	Beneficios		
19 Los dentistas son capaces de curar la mayoría de los problemas dentales que sus pacientes tienen	Efectividad	-	
20 Una mujer embarazada con buen cuidado no debería perder las piezas dentales.	Susceptibilidad	0,6	84
21 El consumo de antibióticos provoca aparición de caries en los niños	Susceptibilidad		
22 Los niños que nacen con dientes débiles tienen más enfermedades en la boca.	Susceptibilidad		
23 El uso de mamadera o chupete cuando los niños ya tienen sus dientes produce crecimiento anormal de la cara	Susceptibilidad		
<b>Total</b>	<b>N=23</b>	<b>0,901</b>	<b>71,7</b>

## Validez de constructo

Para otorgarle validez al constructo teórico del modelo de creencias en salud se realizó un análisis factorial exploratorio con rotación varimax. Éste último fue elegido por la facilidad que posee para su interpretación y definición de las cargas de los distintos factores. Se eligieron aquellas cargas mayores a 0,5.

Inicialmente, se realizó el análisis de adecuación muestral a través del cálculo del índice de Keiser-Meyer-Olkin (Índice KMO), de manera de comprobar el grado de correlación entre las variables estudiadas, obteniendo un puntaje de 0,879, lo que fue considerado como valor suficiente para realizar el análisis factorial (KMO cercano a 1).

A partir del análisis factorial exploratorio llevado a cabo con los 23 ítems del instrumento de creencias en salud oral de Nakazono aplicado a padres y cuidadores de preescolares de la región metropolitana de Santiago, se obtuvieron 6 factores por medio de la rotación varimax. Estos componentes explican el 68,17% de la varianza total, con cargas factoriales que van del 0,824 al 0,315.

El primer componente, con un autovalor de 8,985, explicaría el 39.06% de la varianza explicada. Este incluye los ítems 4, 5, 6, 7, 12, 15, 18, 19 y 20. Observando el contenido de éstos, este factor agruparía la dimensión "*Importancia*" seguido por el de "*beneficios*", "*susceptibilidad*" y "*efectividad*".

El segundo componente, con un valor propio de 1,784, explicaría el 7,756% de la varianza total, e incluye los ítems 1, 3, 7, 8 y 17. Su contenido explica la dimensión "severidad" especialmente, seguidos por "*importancia*" y "*beneficios*"

El tercer componente, con un autovalor de 1,446, explica el 6,286% de la varianza total, incluyendo los ítems 21, 22 y 23. Este factor mediría la dimensión. "*Susceptibilidad*"

El cuarto componente, con un autovalor de 1,339, explica un 5,82% de la varianza, que reúne los ítems 10 y 11. En este factor se incluyen ítems referentes a las dimensiones “Barreras” y “motivación”.

El quinto componente, con un valor propio de 1,122 explica el 4,87% de la varianza total, y agrupa los ítems 13 y 14, que aborda la dimensión “Beneficios”.

El sexto y último componente, con un valor propio de 1,005, explica el 4,36% de la varianza total e incluye ellos ítems 9, correspondiente a la dimensión de “Barreras”.

**Gráfico 8. De sedimentación con los autovalores de los Ítems**

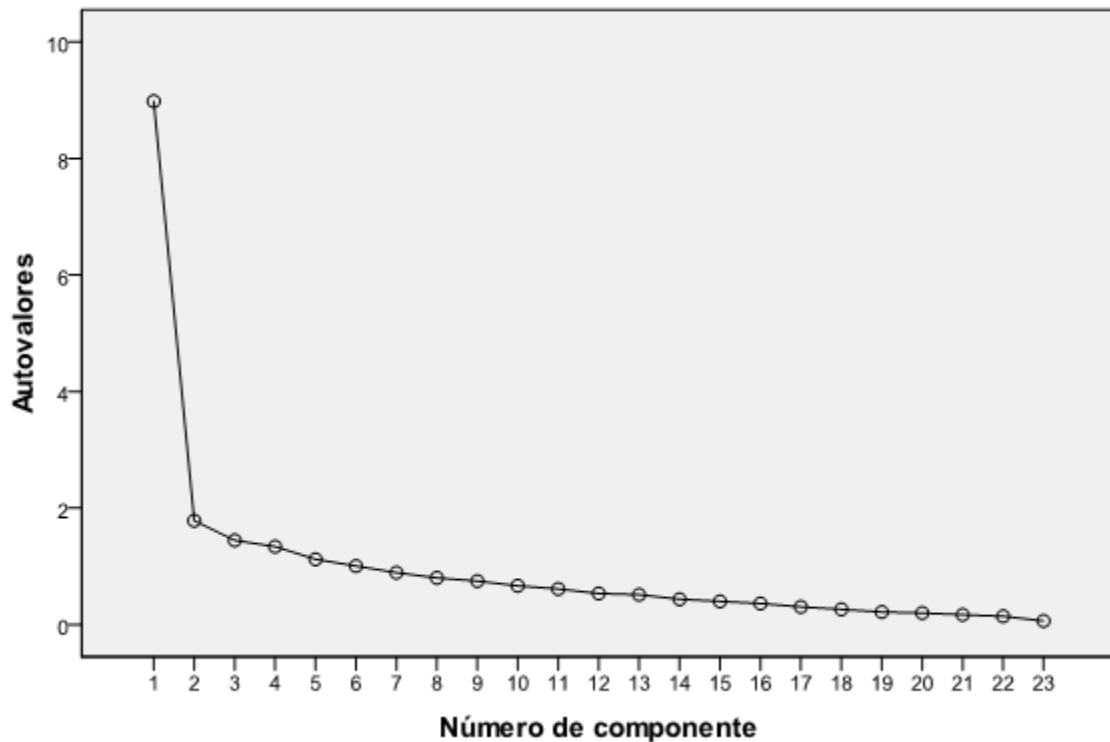




Tabla 8. Matriz de componentes rotados con normalización varimax  
Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
VAR00002	<b>,824</b>	,438				
VAR00015	<b>,822</b>					
VAR00006	<b>,767</b>	,322				
VAR00020	<b>,723</b>					
VAR00018	<b>,685</b>	,491				
VAR00007	<b>,679</b>	<b>,604</b>				
VAR00019	<b>,678</b>					
VAR00004	<b>,664</b>	,352				
VAR00005	<b>,576</b>			,373		
VAR00012	<b>,570</b>	,403				
VAR00001	,347	<b>,786</b>				
VAR00017		<b>,754</b>	,315			
VAR00008	,351	<b>,736</b>				
VAR00003	,483	<b>,606</b>				
VAR00022			<b>,789</b>			
VAR00021			<b>,707</b>			
VAR00023		,460	<b>,630</b>			
VAR00010				<b>,795</b>		
VAR00011				<b>,709</b>		
VAR00013					<b>,819</b>	
VAR00014					<b>,732</b>	
VAR00009						<b>,662</b>
VAR00016	,459		,391			-,480

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Las celdas más oscuras representan las cargas mayores de 0,5.

## Factibilidad

Durante la aplicación de la versión Pre-Test a dos educadoras de párvulos se constataron los siguientes resultados para Factibilidad:

Tabla 9. Factibilidad Cuestionario de Creencias en Salud Oral

Formato
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tamaño de letra adecuado</li> <li>- Enunciados con distinto color también es adecuado para diferenciar una pregunta de otra</li> <li>- 2 hojas tamaño carta también se considera adecuado</li> </ul>
Tiempo
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiempo aproximado necesario para la aplicación del test 20 minutos</li> </ul>

## Prueba Piloto

La versión pre-final de Cuestionario de Creencias en Salud Oral fue aplicada como piloto en 106 apoderados pertenecientes a 11 jardines infantiles JUNJI e Integra de la comuna de Cerro Navia. Las respuestas del instrumento están formadas por una escala Likert de 4 puntos. Puntajes más bajos muestran creencias desfavorables en salud oral, mientras que puntajes más altos muestran creencias favorables. Por lo tanto, los resultados esperados podrían variar en rango entre 23 y 92 puntos. 4 encuestas fueron eliminadas por no haber sido respondidas y 2 encuestas por no contar con un mínimo de 80% de respuestas completas. Resultando en un total de 100 encuestas válidas. Sólo 2 sujetos obtuvieron puntaje máximo. El promedio para todos los sujetos fue de 77,04 puntos (D.E. 11.7), lo que corresponde a un 84% del puntaje máximo. Por otro lado, el puntaje promedio de todas las preguntas de la encuesta llegó a 3,42 (D.E. 0,46). Los ítems con menores puntajes fueron 9, 10 y 13 con 2.35, 2.75 y 2.59 respectivamente. Se aplicó el test Shapiro-Wilk para normalidad, los ítems 9, 10, 13, 21,22 resultaron tener distribución normal. En el caso del promedio totalno se encontró normalidad ( $p= 0.00146$ ).

Tabla 9: Puntajes obtenidos en prueba piloto.

Cuestionario Creencias en Salud Bucal para Cuidadores de Preescolares Chilenos	Puntaje promedio	Desviación Estándar	Normalidad
1 Las caries pueden hacer que la gente se vea mal	3.79	0.69	<0.01
2 Los problemas dentales pueden llegar a ser graves	3.86	0.60	<0.01
3 Una mala dentadura afectará a las personas en su trabajo o en otros aspectos de su vida cotidiana	3.67	0.73	<0.01
4 Tener problemas en los dientes puede causar otros problemas de salud	3.62	0.80	<0.01
5 Le otorgo gran importancia a mi salud bucal	3.52	0.79	<0.01
6 Es importante mantener los dientes originales (no artificiales)	3.78	0.71	<0.01
7 Es importante mantener sanos los dientes de leche en los niños	3.87	0.55	<0.01
8 Las enfermedades dentales son tan importantes como cualquier otro problema de salud	3.73	0.74	<0.01
9 Tengo miedo a las visitas dentales por el posible dolor que pueda sentir	2.35	1.22	0.37225
10 Cuando tengo problemas dentales tengo acceso al dentista	2.75	1.12	0.61991
11 Si tengo problemas dentales iré al dentista aunque tenga muchas cosas que hacer	3.43	0.86	<0.01
12 Cepillarse los dientes con pasta de dientes con flúor ayuda a prevenir las caries	3.63	0.75	<0.01
13 El agua de la llave tiene flúor. Tomarla ayuda a prevenir las caries.	2.59	1.19	0.69926
14 El uso de flúor es una forma inofensiva de prevenir las caries	3.00	1.06	0.03818
15 Cepillarse los dientes ayuda a prevenir los problemas de las encías	3.82	0.58	<0.01
16 Usar hilo dental ayuda a prevenir problemas en las encías	3.64	0.74	<0.01
17 Comer alimentos dulces produce caries	3.71	0.84	<0.01
18 Ir a controles dentales me evitará problemas con mis dientes, encías o prótesis	3.82	0.64	<0.01
19 Los dentistas son capaces de curar la mayoría de los problemas dentales que sus pacientes tienen	3.52	0.80	<0.01
20 Una mujer embarazada con buen cuidado no debería perder las piezas dentales.	3.53	0.97	<0.01
21 El consumo de antibióticos provoca aparición de caries en los niños	2.77	1.20	0.71735
22 Los niños que nacen con dientes débiles tienen más enfermedades en la boca.	2.82	1.10	0.37462
23 El uso de mamadera o chupete cuando los niños ya tienen sus dientes produce crecimiento anormal de la cara	3.34	1.15	0.00002
<b>Total</b>	<b>3.42</b>	<b>0.46</b>	<b>0.00146</b>

## DISCUSIÓN

El proceso de validación del Cuestionario de Creencias en Salud Oral de Nakazono para cuidadores de preescolares chilenos, comenzó con la adaptación transcultural. Debido a que una versión del cuestionario realizada por Misrachi se ha utilizado en Salud Pública Oral, como lo indican publicaciones recientes (29), se consideró como una de las versiones en español del instrumento a considerar en el proceso.

Pese a que en la versión de Misrachi y en la segunda traducción, se transcribió literalmente “dientes naturales”, en la aplicación del pre-test y dentro del equipo investigador surgió como un ítem que carecía de equivalencia idiomática. Esto debido a que actualmente existen diversas soluciones a la pérdida de dientes permanentes. Por esta razón se decidió finalmente denominarlos como “originales (no artificiales)”.

Destaca también que para el ítem “Tengo miedo a las visitas dentales por el posible dolor que pueda sentir”, las tres versiones en español eran diferentes por lo que se redactó nuevamente con el fin de lograr una equivalencia semántica y se invirtió el sentido de la frase que originalmente estaba en negativo, por las posibles confusiones que pudiera suscitar. Para el análisis estadístico de este ítem se invirtieron nuevamente los valores de los códigos.

En el caso del pre-test, suscitó confusión a las educadoras el ítem relacionado con la inocuidad del uso de fluoruro, debido por una parte a que existe controversia en la opinión pública debido reportajes en medio masivos que cuestionan los fines de su utilización y a que en una región del país el agua potable no se encuentra fluorurada, y por otra parte a la intoxicación aguda por flúor producida al ingerir tubos de pasta dental. En el mismo sentido el ítem relacionado con el flúor en el agua potable, se prefirió no asumir que la población sabe que el agua potable está fluorurada, agregando dicha afirmación previa a la pregunta por su eficacia en la prevención de caries.

El ítem “Cuando tengo problemas dentales tengo acceso al dentista” fue catalogado como confuso por las Educadoras de Párvulos debido a que existe la percepción de que hay acceso efectivamente por motivos de urgencia pero no de tratamiento, lo que se condice con la priorización de grupos vulnerables en el servicio público de salud chileno, quedando sin acceso a controles o tratamientos el grupo de los adultos mayores de 20 años que son por lo general el grupo de cuidadores de preescolares de acuerdo a los resultados de este estudio.

La mayoría de las afirmaciones modificadas por el equipo investigador fueron cambios gramaticales para asegurar equivalencia semántica e idiomática, lo cual es esperable y necesario según la literatura(30,33).

En el grupo nominal con odontopediatras en formación, emergieron temas a los cuales fueron asignadas dimensiones del modelo de creencias en salud, sin embargo surgieron temas a los cuales se les asignó variables que se han incorporado al modelo clásico de creencias en salud y variables pertenecientes a otros modelos psicosociales que influyen en las conductas en salud, como Locus de Control. Esto demuestra que un solo modelo teórico tiene limitaciones al momento de ser aplicado a un contexto sociocultural determinado. Emergieron también creencias que ya estaban consideradas en el cuestionario original, como “el miedo al dentista” y también creencias que son ampliamente conocidas y que se incluyen en los programas de promoción en salud bucal, como la falta de importancia que los cuidadores asignan a la dentición temporal, la creencia de que si las encías están inflamadas es necesario dejar de cepillarlas, la relación entre embarazo y pérdida de dientes y la relación entre consumo de antibióticos en la infancia y caries. Un estudio publicado por Misrachi y cols en 1989 ya muestra que las madres de una comuna de la Región Metropolitana relacionan muy frecuentemente el embarazo y la herencia como causa de pérdida y deterioro de sus dientes, y el sangrado de encías como normal durante el cepillado(8). Además es frecuente encontrar en la literatura bajos niveles de conocimientos en salud oral de madres y embarazadas. Cartes-Velásquez y cols. en un estudio publicado el 2010 indica un limitado conocimiento en salud oral en una muestra de madres de la comuna de Alto Bío-bío (53). En el

estudio de Manríquez y cols publicado en el año 2014 concluye que las creencias en salud oral de una muestra 77 habitantes de Isla Huapi no son, en general, favorables para llevar a cabo conductas positivas en salud oral (29).

Las sugerencias de expertos que han trabajado en la implementación del PPPSBP dicen relación con malos hábitos orales, debido a su relación con la alta prevalencia de anomalías dentomaxilares a nivel nacional(45).

En general se observa que los apoderados de jardines infantiles vulnerables de Cerro Navia tienen creencias favorables en salud oral, con en promedio un 84% de respuestas favorables, sin embargo si se desglosa por dimensión, se aprecia que la que obtuvo un menor puntaje es la de Barreras, se interpreta por tanto que en la ponderación de las creencias al momento de decidir llevar a cabo una conducta favorable en salud, las barreras estarían impidiendo que el sujeto lleve a cabo esa conducta. Es necesario indagar más en profundidad qué tipo de barreras son las que están presentes en la población estudiada, lo que coincide con otros estudios realizados utilizando el mismo instrumento. Por ejemplo, en los estudios realizados por Mirsrachi y cols, se obtuvo altos promedios para las variables: severidad percibida, importancia percibida, motivación y efectividad, sin embargo se obtuvo valores menores para las dimensiones de barreras percibidas y beneficios de la intervención (29).

La fiabilidad del Cuestionario de Creencias en Salud Oral de Nakazono para Cuidadores de Preescolares Chilenos estimada a través del método de Consistencia Interna obtenida con la técnica Alfa de Cronbach en el software SPSS fue de 0.901 para sus 23 ítems, lo que es considerado “*excelente*” según la interpretación de George y Mallery(6). Lo que se interpreta de modo que los ítems del cuestionario que forman una escala son altamente homogéneos entre sí en la medida en que la sumatoria de las varianzas individuales determinan un incremento en la sumatoria de la varianza del grupo de ítems(39).

Los resultados para confiabilidad interna por dimensión estuvieron entre 0,6 y 0,8. Para la dimensión Severidad 0,862; para Importancia 0,862; para Beneficios 0,665; para Susceptibilidad 0,6. Para las dimensiones que tuvieron solo un ítem (Motivación y Eficacia) no fue posible calcular su alfa de Cronbach. Para el caso del cuestionario original, Nakazono y cols encontraron que los mayores valores de alfa de Cronbach fueron para las dimensiones de Severidad y Beneficios de las Prácticas Preventivas, para dimensiones de Eficacia del Dentista e Importancia Percibida, se obtuvo valores bajo 0,5, lo que los autores explican debido a que cada dimensiones contenía sólo 2 ítems. Lo anterior se condice con la afirmación de Sampieri en que mientras más ítems posea un cuestionario, mayor será su confiabilidad, es así como para la dimensión de "Importancia" se obtuvo un alto valor de alpha de Cronbach pues se conformó por 4 ítems. (9,38)

En cuanto a la validez del constructo teórico se extrajeron 6 factores, destaca que el ítem 16 tiene una muy baja relevancia, por lo que se considera su eliminación del instrumento. A diferencia del instrumento original de Nakazono que incluye 18 ítems, en este caso y dada la experiencia de los participantes en la validación de contenido, se decidió agregar 4 ítems relacionados a la dimensión de Susceptibilidad y 1 ítem relacionado a la dimensión de Importancia.

Se considera que el instrumento cumple con los requisitos necesarios de factibilidad, es decir un tiempo de aplicación aceptable, un formato comprensible, legibilidad de los ítems. Fueron eliminados el 7,5% de los cuestionarios por no haber sido respondidos en su totalidad.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se reconoce que para otorgar mayor precisión el proceso de adaptación transcultural se recomienda en la literatura realizar una etapa de retro-traducción, etapa que proporcionaría a este instrumento mayor grado de validez, asegurando que la versión traducida refleja el contenido de la original (30,33).

Otra de las limitaciones de esta investigación dice relación con el proceso de adaptación transcultural, en que el pre-test que se llevó a cabo contaba, si bien con representantes de la población a estudiar, el número pudo haber sido muy bajo, debido a que las recomendaciones de la literatura van de 5 a 40 personas (33,55).

Entre las proyecciones de esta investigación destaca su uso como insumo para la elaboración de instrumentos que evalúen el cumplimiento de uno de los Indicadores de Resultados Esperados para el Objetivo Estratégico 2 de la Estrategia Nacional de Salud que dice relación con el porcentaje de niños y niñas de 2 y 4 años que cuentan con un adulto responsable que se considera capaz de cuidar de su salud bucal (2).

Destaca su utilidad en la planificación de intervenciones promocionales en salud bucal basándose en los resultados de su aplicación para el diagnóstico de Creencias en Salud Bucal de poblaciones de cuidadores de preescolares chilenos, sirviendo como insumo para la confección de líneas de base para evaluar el impacto de dichas intervenciones.

Además su utilización en diversos contextos nacionales aportará evidencia para la validez de constructo teórico al ser relacionado con evidencia obtenida de estudios que evalúen otras variables psicosociales que influyan en los comportamientos en salud, la validez de criterio de este instrumento podría elevar sus niveles de evidencia si se comparan los resultados de su aplicación con estándares de oro para el estado de salud bucal de poblaciones de párvulos como indicadores odontológicos clínicos. Sin embargo, debido a ésta y futuras investigaciones el instrumento de Creencias en Salud Oral para cuidadores de preescolares chilenos, podría considerarse como el estándar de oro con el cual podrían compararse otros instrumentos en diversas versiones para medir creencias en salud oral o sus dimensiones, o bien sus resultados puedan utilizarse como predictores del estado de salud bucal de diversas poblaciones.



## CONCLUSIONES

Posterior a la adaptación transcultural y validaciones respectivas (criterio, contenido y factibilidad), el Cuestionario de Creencias en Salud Oral de Nakazono para cuidadores de preescolares chilenos queda constituido por 22 ítems que representan siete dimensiones clásicas asociadas del Modelo de Creencias en Salud.

Según los resultados obtenidos del proceso de validación, este instrumento presenta valores adecuados de validez y confiabilidad, lo que permite concluir que se encuentra validado para su uso en el contexto nacional con el propósito de diseñar y evaluar intervenciones promocionales en salud bucal, enfocadas a las variables psicosociales que influyen en los comportamientos en salud.

Se recomienda llevar a cabo en futuros estudios los métodos adecuados, como validez concurrente y predictiva, para obtener mayor evidencia de la validez de criterio del instrumento para aportar a su validez total. Así como estudios que relacionen resultados de Creencias en Salud Oral de diversas poblaciones con otras variables psicosociales para generar un cuerpo teórico consistente que aporte a la validez de constructo de los determinantes psicosociales de conductas en salud oral.

El aporte de esta investigación al área de Salud Pública de nuestra facultad radica en la obtención de productos relacionados al proyecto de investigación PRI-ODO 12002, y que marca un referente en la sistematización del proceso de validación para instrumentos de medida utilizados en salud, en especial en el área de la salud oral, en donde gran parte del acervo de conocimientos ha sido descrito en función de instrumentos estandarizados para poblaciones americanas o europeas, pero no para América Latina.

Asimismo, se espera que este instrumento sea utilizado en nuevas investigaciones en Chile, de manera que permitan desarrollar políticas públicas con pertenencia a las poblaciones que son prioritarias tanto en los objetivos sanitarios de la década como en la estrategia nacional de salud bucal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Revello V, Isler M. Evaluación de conocimientos en comunidades intervenidas por el “Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Preescolares” Región Metropolitana. *Rev Chil Salud Pública* [Internet]. 2013 Apr 4 [cited 2014 Jan 28];17(1). Available from: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewArticle/26638>
2. Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011 -2020.
3. Ministerio de Salud. Programa educativo promoción y prevención en salud bucal para niños y niñas preescolares. 2007.
4. Cabrera G. Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Colomb Médica*. 2004;35(3):184–8.
5. Misrachi C, Sassenfeld A, Abarca G, Rojas G. Fundamentos Psicosociales de las Conductas en Salud Oral. *Rev Dent Chile*. 2006;97(3):30–4.
6. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar*. 2011 Apr;34(1):63–72.
7. Ministerio de Salud. Guía Clínica Atención Primaria Odontológica del Preescolar de 2 a 5 AÑOS [Internet]. 2009. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/a86d289427cb092be04001011e01193c.pdf>
8. Misrachi C, Sáez M. Valores, creencias y practicas populares en relación a la salud oral. *Cuad Méd Soc*. 1989;30(2):27–33.
9. Nakazono T, Davidson P, Andersen R. Oral health beliefs in diverse populations. *Adv Dent Res*. 1997;11(2):235–43.
10. Roales-Nieto J, Pedro E. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Int J Psychol Psychol Ther*. 2003;3(1):91–109.
11. Cabrera G. El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2000 Dec;18(2):129–38.
12. Feldman R. *Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana*. 3ª. Ed McGraw Hill México. 1998.
13. Maiman L, Becker M. The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory. *Health Educ Behav*. 1974 Dec 21;2(4):336–53.
14. Cabrera G, Tascón J, Lucumi C. Creencias en salud: historia, constructos y

- aportes al modelo. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2001 [cited 2013 Apr 4];19(1). Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=12019107>
15. Rosenstock I, Strecher V, Becker M. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q.* 1988;15(2):175–83.
  16. Desarrollo humano / Diane E.Papalia, Sally Wendkos Olds, Ruth Duskin Feldman; traducción de Ona Jurksaitis Lukauskis y German Alberto Villamizar. [Internet]. [cited 2013 Apr 5]. Available from: <http://dspace.ceu.es/handle/10637/2315>
  17. Janz NK, Becker MH. The health belief model: A decade later. *Health Educ Behav.* 1984;11(1):1–47.
  19. Sanjuán P, Pérez A, Bermúdez J. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema.* 2000 Dec 31;12(Suplemento):509–13.
  20. Carrasco M, Del Barrio M. Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema.* 2002 Dec 31;14(2):323–32.
  21. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *Am Psychol.* 1989;44(9):1175–84.
  22. Olivari C, Urra E. Autoeficacia y Conductas de Salud. *Cienc Enferm.* 2007 Jun;13(1):9–15.
  23. López-Rosales F, Moral-de la Rubia J. Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública México.* 2001 Oct;43(5):421–32.
  24. Brenlla M, Aranguren M, Rossaro M, Vázquez N. Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Autoeficacia General. *Interdisciplinaria.* 2010 Jul;27(1):77–94.
  25. Rosenstock I, Strecher V, Becker M. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q.* 1988;15(2):175–83.
  26. Davidson P, Rams T, Andersen R. Socio-behavioral determinants of oral hygiene practices among USA ethnic and age groups. *Adv Dent Res.* 1997 May;11(2):245–53.
  27. Cohen L, Bailit H, Barmes D. International Collaborative Study of Oral Health Outcomes. *Int Sociol.* 1987 Dec 1;2(4):419–26.
  28. Rana H, Andersen R, Nakazono T, Davidson PL. ICS-II USA research design and methodology. *Adv Dent Res.* 1997 May;11(2):217–22.
  29. Manríquez J, Misrachi C, Fajreldin V, Kuwahara K, Verdaguer C. Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población mapuche-williche de

- Isla Huapi, Chile. *Rev Fac Odontol Univ Antioquia*. 2014;25(2).
30. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417–32.
  31. Arribas A. Adaptación transcultural de instrumentos: Guía para el proceso de validación de instrumentos tipo encuestas. *Rev Científica Asoc Médica Bahía Blanca*. 2006;16:74–82.
  32. Kimberlin C, Winterstein A. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *Am J Health Syst Pharm*. 2008;65(23):2276–84.
  33. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186–91.
  34. Sepúlveda R, Molina T, Molina R, Martínez V, Gonzales E, George M, et al. Adaptación transcultural y validación de un instrumento de calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos. *Rev Médica Chile [Internet]*. 2013 Sep 30 [cited 2014 Feb 20];141(10). Available from: <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/2474>
  35. Feijó M, Ávila C, De Souza E, Jaarsma T, Rabelo E. Adaptación transcultural y validación de la European Heart Failure Self-care Behavior Scale para el Portugués de Brasil. 2012;
  36. Berra S, Bustingorry V, Henze C, Díaz M del P, Rajmil L, Butinof M. Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. *Arch Argent Pediatría*. 2009;107(4):307–14.
  37. Marhuenda D, Prieto M, Cardona A, Roel J, Oliveras M. Adaptación transcultural y validación de la versión española del EUROQUEST. *Neurología*. 2014;
  38. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación 3ª Ed.* México. McGraw-Hill; 2008.
  39. Bland J, Altman D. *Statistics Notes: Validating scales and indexes*. *BMJ*. 2002;324(9):606–7.
  40. Soto L, Tapia R, Jara G, Rodríguez G. Diagnóstico de salud bucal de adolescente de 12 años y evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos sanitarios de salud bucal 2000-2010. Santiago Ediciones Univ Mayor. 2007.
  41. Ministerio de Salud. *Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación final del periodo*. [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 28]. Available from: [http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS2000\\_2010.htm](http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS2000_2010.htm)

42. Ceballos M, Acevedo C, Corsini G, Jans A. Diagnóstico de Salud Bucal de Niños de 2 y 4 años, que asisten a la educación preescolar en la Región Metropolitana. Santiago Gob Chile Minist Salud. 2007.
43. Hoffmeister L, Moya P, Vidal C, Fuentes R, Silva J. Diagnóstico en Salud Bucal de los niños de 2 y 4 años de edad que asisten a la educación preescolar en la zona sur del país. Chile; 2010.
44. Soto L, Jara G, Venegas C, Allende M, Aranda W, Godoy S. Diagnóstico en Salud Bucal de los niños de 2 y 4 años de edad que asisten a la educación preescolar en la zona norte y centro del país. 2009.
45. Letelier M, Mendoza C, Del Valle C. Informe consolidado del Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la educación parvularia. Chile 2007-2010. 2012.
46. Ministerio de Salud. Análisis de situación salud bucal: Prevalencia y Severidad. [Internet]. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/9c81093d17385cafe04001011e017763.pdf>
47. Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. 2008.
48. Ministerio de Salud. Programa Piloto: Promoción y prevención en salud bucal para niños y niñas preescolares de la Región Metropolitana 2009-2010: Documento de Trabajo. Secretaría regional ministerial de salud. Departamento de salud bucal. 2010.
49. Medina C, Maupomé G, Pelcastre B, Avila L, Vallejos A, Casanova A. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. Rev Investig Clínica. 2006 Aug;58(4):296–304.
50. Zaror C, Pineda P, Cáceres O, José J. Prevalencia de Caries Temprana de la Infancia y sus Factores Asociados en Niños Chilenos de 2 y 4 Años. Int J Odontostomatol. 2011 Aug;5(2):171–7.
51. Canseco D, López P, Pérezii R. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. Rev Odontológica Mex. 2011;15(2):96–102.
52. Franco A, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. CES Odontol. 2004;17(1):19–29.
53. Cartes R, Mardones S, Paredes C. Conocimientos y estado de salud bucal en madres beneficiarias del sistema Chile Crece Contigo. Rev Chil Salud Pública. 2010;13(3).
54. Martínez F, Barrios C, Salinas L. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud Pública México. 2011 Jun;53(3):247–57.

55. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health*. 2005;8(2):94–104.
56. Correa L, Javier F. Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *Acta Bioethica*. 2009;15(1):70–8.
57. Ministerio de Salud; Secretaría de Salud Pública. Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 2012.
58. Ministerios Secretaría General de la Presidencia. Ley 19628 Sobre protección de la vida privada. 1999.

## **ANEXOS Y APÉNDICES**

### *Anexo 1. Consentimiento informado*

Mayo de 2013

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

##### **Para Apoderados**

#### **ESTUDIO: Traducción al español y validación del Cuestionario de Creencias en Salud Oral para cuidadores de Preescolares Chilenos.**

##### Introducción y objetivos

La Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, a través de su Área de Salud Pública, se encuentra desarrollando una investigación que busca describir las creencias en salud oral de la comunidad educativa constituida por los apoderados y por el personal docente de los jardines infantiles participantes en el programa “Promoción y Prevención de la Salud Bucal en niños y niñas preescolares” de la Región Metropolitana.

El Estudio permitirá desarrollar sugerencias para las instituciones que diseñan políticas públicas en materia de salud oral, y así potenciar los contenidos entregados a la comunidad educativa del programa.

##### Antecedentes del Estudio

Los establecimientos educacionales, en general, proveen una importante plataforma para la promoción de la salud para niños y niñas que asisten diariamente a sus distintos niveles, especialmente en la educación prebásica y básica, y a través de ellos al personal educativo, sus familias y la comunidad en conjunto. Los mensajes de promoción de salud pueden reforzarse a lo largo de las etapas más determinantes de la vida de los niños permitiéndoles desarrollar habilidades, actitudes y destrezas que permanecerán para siempre.

Chile tiene una alta prevalencia de patologías dentales como Caries Dental, Enfermedades Gingivales-Periodontales y Anomalías Dento-Maxilares. Se estima que un 17% de la población ha sufrido caries a los 2 años, 52% a los 4 años, y un 70,36% a los 6 años, observándose una mayor concentración del daño en los grupos socioeconómicos medios y bajos.

Su prevalencia (es decir, la presencia de la esas enfermedades en la población nacional) es creciente desde tempranas edades lo que ha justificado la necesidad de intervenir de manera más precoz, efectiva y específica, principalmente con medidas de Promoción y Prevención en los grupos más vulnerables de la población. Desde el año 2007 se implementó, conjuntamente con las Instituciones JUNJI e INTEGRA, Seremis, Red de atención primaria de salud y los distintos Servicios de Salud, el **Programa de Promoción y Prevención de la Salud Bucal en Niños y Niñas Preescolares**, con el objetivo de prevenir la aparición del daño en salud bucal de la población preescolar de nuestra región. Esta intervención se basa en la educación para la salud a nivel de preescolares, funcionarios de jardines, padres y apoderados; exposición controlada a fluoruros y desarrollo de hábitos de autocuidado de salud bucal en preescolares.

En el marco de permitir sustentar con evidencia científica las intervenciones de promoción en salud surge la pregunta que este proyecto plantea de manera general:

¿Cuáles son las creencias de apoderados y funcionarios de jardines infantiles sobre la salud bucal, y otros factores involucrados que tendrán un real impacto en la implementación de programas de prevención y promoción en los preescolares?

### **Sobre su participación en el Estudio**

Para poder conocer el mencionado tema, se le ha pedido a usted que participe de este estudio respondiendo un cuestionario que se relacionan con las cosas que Ud. en general cree en relación con su salud bucal. El equipo de investigación considera importante su participación puesto que el jardín infantil al que asiste en niño/a al cual usted representa se ubica dentro de aquellos que prestan servicios educativos a la población considerada importante para el programa.

Responder a este cuestionario le tomará aproximadamente 10 minutos. **No existe remuneración por su participación en el Estudio.** Por tratarse de cuestionarios, no existe ningún riesgo asociado para su salud física. Los cuestionarios están debidamente



probados en otras personas, de modo que tampoco le causarán daño en el ámbito emocional o psicológico. El profesional a cargo de aplicar los cuestionarios le indicará exactamente los detalles si así usted lo necesitara.

**Todos los datos que de sus respuestas se deriven serán tratados con confidencialidad y su identidad personal nunca será conocida por ningún miembro del equipo ajeno a quien le entregó el cuestionario.** Los datos serán analizados de manera estadística, y por tanto la información será codificada por respeto a su identidad personal. Los datos obtenidos de sus repuestas sólo serán utilizados en este estudio y de ningún modo se usarán para estudios posteriores sin su consentimiento.

Usted debe saber que su participación es voluntaria y que puede retirarse del estudio cuando lo estime, sin recibir por ello ningún tipo de sanción de parte del equipo investigador. Tampoco habrá ninguna repercusión negativa para Ud. y su familia de parte del Jardín Infantil donde su niño/a asiste. Tampoco está contemplado un beneficio directo para su salud y/o monetario derivado de su participación en el Estudio.

Cualquier consulta que Ud. tenga durante el proceso o después de haber participado en llenar los cuestionarios, Ud. debe sentirse con plena libertad de hacerla llegar al subdirector del Estudio, el Dr. José Manuel Manríquez Urbina, cuyo fono es 29781776 o 29781712, en horario de 10:00 hrs a 17:00 hrs. El mail de contacto es [jmanriquezu@gmail.com](mailto:jmanriquezu@gmail.com). Asimismo, el coinvestigador del proyecto el Licenciado Gerardo Cruces Ramírez estará igualmente gustoso de responder dudas del proyecto, al correo [gerardo.cruces@gmail.com](mailto:gerardo.cruces@gmail.com).

*Anexo 2. Acta de consentimiento***Acta de Consentimiento****Estudio: “Traducción al español y validación del Cuestionario de Creencias en Salud Oral de Nakasono para cuidadores de niños/as Preescolares Chilenos”**

Declaro que el profesional a cargo de explicarme los objetivos y mi participación voluntaria en el Estudio, ha tomado el tiempo suficiente y la dedicación precisa para explicarme el Estudio y los alcances de mi participación. Por ello, estoy de acuerdo con participar.

-----  
Firma Apoderado

-----  
Firma investigador

-----  
Firma Profesional del Equipo de Estudio

-----  
Firma subdirector del Estudio

Santiago, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

## Anexo 3. Encuesta sociodemográfica

Fecha entrevista 

## ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA DE SALUD ORAL

Nombre (opcional): _____		
RUT _____ No tiene RUT _____		
Teléfono _____		
Dirección _____		
Previsión: 1 Fonasa A	<input type="checkbox"/>	2 Fonasa B
3 Fonasa C	<input type="checkbox"/>	4 Fonasa D
5 Isapre	<input type="checkbox"/>	6 FF.A.A.
		Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
		Nacionalidad _____
		País de nacimiento _____

Edad actual (en años) \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL

- |   |             |
|---|-------------|
| 1 | Casado      |
| 2 | Conviviente |
| 3 | Viudo       |
| 4 | Separado    |
| 5 | Anulado     |
| 6 | Divorciado  |
| 7 | Soltero     |

¿Cuántos niños tiene actualmente a su cargo? Niños \_\_\_\_\_ Niñas \_\_\_\_\_

## I SALUD

1. ¿Cuántas veces ha consultado al dentista durante los últimos dos años?  
 Urgencia \_\_\_\_\_ veces Tratamiento \_\_\_\_\_ veces Control \_\_\_\_\_ veces

## II TRABAJO

Ahora le voy a preguntar algunos datos generales suyos:

1. ¿Usted trabaja actualmente? Si  1 /No  0 Ir a pregunta N°3
2. ¿En que trabaja actualmente? ..... Ir a pregunta N°4
3. En caso de no trabajar indique el motivo:
- |   |  |
|---|--|
| 1 | Cesante pero buscando empleo                             |
| 2 | Con trabajo independiente                                |
| 3 | Dueña de casa  |
| 4 | Jubilado   |
| 5 | Estudiante   |
| 6 | Temporalmente cesante por razones de salud               |
| 7 | Permanentemente cesante por salud (Pensión de invalidez) |
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

4 ¿Tiene contrato laboral?

- |   |         |
|---|---------|
| 1 | Si      |
| 0 | No      |
| 3 | No sabe |

5. ¿Cuántas horas trabaja usted, actualmente? (horas totales aproximadas de trabajo semanal) \_\_\_\_\_

## III INGRESOS

1. ¿Cuál es el ingreso líquido total de su familia, considerando el aporte monetario de todos los que viven en su casa?

Indique monto aproximado en pesos \_\_\_\_\_

2. ¿Cuántas personas viven en su hogar, contándose usted?

Niños  
Adultos

3. Su casa es: Propia   
Arrendada   
Allegado   
Situación de calle

4. ¿Cuántas habitaciones tiene su casa incluyendo el living-comedor? \_\_\_\_\_

**IV EDUCACIÓN**

1. ¿Cuántos años estudió Ud.? (Años de escolaridad del entrevistado)\_\_\_\_\_

*Anexo 4. Cuestionario de Creencias en Salud Oral para cuidadores de preescolares chilenos*

**UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BÁSICAS Y COMUNITARIAS  
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**

**INSTRUCCIONES PARA RESPONDER EL CUESTIONARIO ADAPTADO DE CREENCIAS EN SALUD ORAL DE NAKAZONO  
PARA CUIDADORES DE NIÑOS/AS PREESCOLARES EN CHILE**

**Estimado/a padre, madre o apoderado:**

A continuación se presentarán 22 afirmaciones respecto a lo que usted cree en relación a **su** salud oral. Lea atentamente cada enunciado y marque claramente una sola alternativa entre las mostradas ("Muy en desacuerdo", "Medianamente en desacuerdo", "Medianamente de acuerdo", "Muy de acuerdo"), de acuerdo con lo que usted crea que mejor representa su opinión en relación a la salud oral de usted. Intente **NO** dejar ninguna pregunta sin responder.

**CUESTIONARIO ADAPTADO DE CREENCIAS EN SALUD ORAL DE NAKAZONO PARA CUIDADORES DE NIÑOS/AS  
PREESCOLARES EN CHILE**

	Muy en desacuerdo	Medianamente en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Muy de acuerdo
1. Las caries pueden hacer que la gente se vea mal				
2. Los problemas dentales pueden llegar a ser graves				
3. Una mala dentadura afectará a las personas en su trabajo o en otros aspectos de su vida cotidiana				
4. Tener problemas en los dientes puede causar otros problemas de salud				
5. Le otorgo gran importancia a mi salud bucal				
6. Es importante mantener los dientes originales (no artificiales)				
7. Es importante mantener sanos los dientes de leche en los niños				
8. Las enfermedades dentales son tan importantes como cualquier otro problema de salud				
9. Tengo miedo a las visitas dentales por el posible dolor que pueda sentir				
10. Cuando tengo problemas dentales tengo acceso al dentista				
11. Si tengo problemas dentales iré al dentista aunque tenga muchas cosas que hacer				
12. Cepillarse los dientes con pasta de dientes con flúor ayuda a prevenir las caries				
13. El agua de la llave tiene flúor. Tomarla ayuda a prevenir las caries.				
14. El uso de flúor es una forma inofensiva de prevenir las caries				
15. Cepillarse los dientes ayuda a prevenir los problemas de las encías				
16. Comer alimentos dulces produce caries				
17. Ir a controles dentales me evitará problemas con mis dientes, encías o prótesis				
18. Los dentistas son capaces de curar la mayoría de los problemas dentales que sus pacientes tienen				
19. Una mujer embarazada con buen cuidado no debería perder las piezas dentales.				
20. El consumo de antibióticos provoca aparición de caries en los niños				
21. Los niños que nacen con dientes débiles tienen más enfermedades en la boca				
22. El uso de mamadera o chupete cuando los niños ya tienen sus dientes produce crecimiento anormal de la cara				

