



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

**INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS**

ÁREA DE CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO

**“Literacidad en salud oral y autoeficacia en salud oral y su
asociación con la salud oral en embarazadas atendidas en servicios de atención
primaria de la Región Metropolitana”**

Manuel Rojas Aliaga

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE

CIRUJANO-DENTISTA

TUTOR PRINCIPAL

Ps. Matías Ríos Erazo

TUTORES ASOCIADOS

Ps. Andrea Herrera Ronda

Adscrito a Proyecto Fiouch 13-005

Santiago - Chile

2019

ÍNDICE

Resumen	5
Marco teórico	6
Introducción.....	6
Salud oral en embarazadas.....	7
Determinantes de conducta en salud oral.....	8
Literacidad en salud.....	9
Literacidad en salud oral.....	11
Medición del nivel de literacidad en salud oral.....	12
Autoeficacia.....	14
Autoeficacia en salud oral.....	14
Medición de autoeficacia en salud oral.....	15
Hipótesis	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos	16
Metodología	17
Diseño de estudio.....	17
Población Objetivo.....	17
Muestra.....	17
Criterios de inclusión.....	17
Criterios de exclusión.....	18
Tamaño muestral.....	18
Variables de estudio.....	18
Aspectos éticos.....	22
Técnica de recolección de datos.....	22
Análisis de datos.....	24

Resultados	24
Discusión	34
Conclusión	40
Referencias bibliográficas	42
Anexos	50
Anexo 1: Informe de aprobación del comité de ética de la Facultad de Odontología- Universidad de Chile.....	50
Anexo 2: Acta de aprobación del Comité de Ética CESFAM Vista Hermosa.....	53
Anexo 3: Consentimiento informado.....	54
Anexo 4: Cuestionario OHLA-S.....	57
Anexo 5: Prueba de normalidad para variables en estudio.....	58

RESUMEN:

Introducción: El concepto actual de enfermedad corresponde a un proceso multifactorial donde ya no solo tienen relevancia factores causales a nivel fisiológico, sino que también a nivel cultural, socioeconómico, entre otros. Es por esto que ha tomado relevancia en los últimos años el estudio de factores psicosociales en el desarrollo o modulación de los estados de salud/enfermedad. Entre estos están literacidad y autoeficacia en salud oral. Estos determinantes en salud adquieren aún más relevancia en grupos de alto riesgo, como es el caso de las embarazadas, que producto de cambios hormonales y de hábitos, están más propensas a generar patologías orales.

Metodología: esta investigación corresponde a un estudio de tipo no experimental, transversal y descriptivo donde fueron evaluadas 50 gestantes pertenecientes al programa GES de la embarazada en un centro de atención primaria de la comuna de Santiago. Para la medición de las variables en estudio se utilizaron los instrumentos OHLA-S para evaluación de literacidad en salud oral y AMS para autoeficacia en salud oral. Se realizaron pruebas de normalidad y estadísticos descriptivos, a su vez las asociaciones fueron analizadas mediante coeficiente de correlación de Spearman y Pearson.

Resultados: El promedio de edad de las participantes fue 28,6 años, siendo un 41,5% de ellas embarazadas primerizas. Se halló un promedio de puntuación para literacidad en salud oral de 19,30 y para autoeficacia en salud oral de 31,91 puntos. En cuanto a los indicadores en salud oral se obtuvo un promedio de 7,5; 0,64 y 0,60 para COPD, índice gingival e índice higiene oral respectivamente. No se observó correlación entre literacidad en salud oral ni autoeficacia en salud oral con los indicadores en salud oral seleccionados en este estudio.

Conclusiones: No existe asociación significativa entre literacidad en salud oral y autoeficacia en salud oral con los indicadores en salud oral COPD, IHO e IG.

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La odontología como ciencia de la salud es la encargada del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades orales, las cuales corresponden a las patologías crónicas más comunes, siendo estas un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia e impacto en el individuo y la sociedad. Esto acarrea consigo una alta inversión y recursos tanto monetarios como humanos para el tratamiento de las enfermedades orales. Existe evidencia de que las enfermedades orales más prevalentes pueden disminuir su tasa de incidencia si existe un trabajo organizado e interdisciplinario entre los gobiernos, los sistemas y servicios de salud, los profesionales y las comunidades, migrando con esto de un enfoque curativo hacia un enfoque de promoción y prevención en salud oral (Watt y Petersen, 2012). Es así como se ha ido optando por un modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, en el cual se distingue que en el proceso de enfermedad actúan un gran número de variables, no tan solo de carácter biológico, sino también otras tales como cultura, educación y condición social (Chapple y cols., 2015). Es dentro de este enfoque amplio de concepción de salud que toman relevancia factores psicosociales que pueden llegar a tener una relación directa con el estado de salud oral de las personas, transformándose así en determinantes de las conductas en salud oral. Dentro de estos factores psicosociales cobra especial relevancia la literacidad y la autoeficacia en salud oral, por su relación con la incidencia de caries (Klingberg y Broberg, 2007) y su influencia en la salud oral de los pacientes en general (Buglar y cols., 2010).

Resulta importante entonces entender la estrecha relación que existe entre factores psicosociales, como lo son la literacidad y la autoeficacia en salud oral, y el mantenimiento de estados de salud oral adecuados. En especial en grupos de la población que requieran de un cuidado mayor para alcanzar un óptimo estado de salud, como es el caso de las mujeres embarazadas, las cuales en su proceso

de gestación, producto de una serie de cambios extrínsecos e intrínsecos pueden ver afectada de forma negativa su estado de salud oral.

Considerando todas estas dimensiones, es que el propósito de esta investigación es analizar los determinantes de las conductas en salud oral, literacidad y autoeficacia, y determinar si existe una relación entre éstos e indicadores de salud oral en embarazadas que se atiendan en servicios de atención primaria de la región metropolitana.

SALUD ORAL EN EMBARAZADAS.

En las embarazadas suelen ocurrir una gran cantidad de cambios, tanto de carácter psicológico, hormonal, dietético, microbiológico y alteraciones en la respuesta inmunológica, haciendo que éstas sean más propensas a padecer caries y enfermedad periodontal. Una cantidad aumentada de progesterona durante el embarazo tiene como consecuencia directa una alteración en las encías, aumentando la incidencia de inflamación en presencia de placa, es así que la prevalencia de la gingivitis en las mujeres embarazadas es alrededor de un 30% según los estudios realizados por Makarem y cols. el año 2008. Se ha documentado además una baja en el ph salival y efecto buffer de la saliva en etapas avanzadas del embarazo y durante la lactancia pudiendo temporalmente predisponer a las caries y erosión dental (Costa y cols.,2012). Esto sumado a un aumento en la frecuencia de vómitos y un descenso en la frecuencia de cepillado (Simon-Soro y Mira, 2015) hacen de la embarazada un grupo de riesgo. Todo esto no tiene sólo un perjuicio directo para la madre, sino que también se ha determinado una relación entre el pobre estado de salud oral de la embarazada con efectos negativos en el recién nacido, tales como bajo peso al nacer y parto prematuro (Vergnes y Sixou, 2007; Xiong y cols., 2006).

DETERMINANTES DE CONDUCTAS EN SALUD ORAL.

El nuevo modelo en salud, deja de centrarse exclusivamente en los aspectos biomédicos de la afección para dar paso a un entendimiento integral de la persona, el cual a pesar de vivir en un contexto dado por distintas circunstancias, posee particularidades, tanto sociales como culturales, las cuales tendrán un rol clave al momento de la intervención. Siguiendo en la línea del entendimiento en salud derivado de la interacción de múltiples factores tanto biomédicos como sociales, culturales, particulares, comunitarios, etc. es que se puede deducir que el estado de salud oral no estará definido sólo por aspectos que se puedan encontrar dentro de la boca sino que estará condicionado en parte importante por las características psicosociales del individuo.

La adherencia al tratamiento cumple un rol fundamental en cuanto a mantener salud o limitar los daños en lo que respecta a salud oral, para esto la adopción de conductas saludables resulta ser clave (Misrachi y Sáez, 1989). Estudiar los motivos por los cuales los pacientes adhieren o no a un determinado tratamiento, ha sido una difícil tarea. Según Vermeire (Vermeire y cols., 2001), se han investigado alrededor de 200 tipos de variables relacionadas con esta conducta. Sin embargo, ninguna de ellas ha demostrado ser altamente predictiva. Resulta primordial entonces identificar los aspectos psicológicos que determinan las conductas en salud oral y conocer qué factores influyen en la adopción de nuevas conductas incluidas en el plan preventivo.

Se entiende entonces como determinantes de las conductas en salud oral a toda variable que modifique las conductas relacionadas con la salud bucal. Es aquí donde el odontólogo juega un rol fundamental, ya que en gran parte es el encargado de transmitir los conocimientos en salud oral al paciente con el fin de que éste adhiera al tratamiento prescrito. La relevancia de esto es que la gran mayoría de los problemas de salud oral son prevenibles o controlables por medio de conductas y acciones preventivas (Misrachi y Sassenfeld, 2007). Las conductas

preventivas dependerán de los pacientes, pero son adquiridas con la educación del profesional quien debe conocer los aspectos psicológicos que explican las conductas en salud oral y los instrumentos para evaluarlos (Misrachi y Sassenfeld, 2007). Dentro de los determinantes de conductas que han sido investigados y evaluados por medio de instrumentos validados se encuentran la literacidad en salud oral y autoeficacia en salud oral, los cuales son conceptos centrales de esta investigación, en la cual se busca encontrar relación entre éstos y el estado de salud oral de mujeres embarazadas atendidas en servicios de salud primaria de la región metropolitana. Adquiere importancia la presente investigación por el escaso número de estudios realizados en la población chilena, menos aún, en la población embarazada.

LITERACIDAD EN SALUD.

El U.S Department of Health and Human Services (Healthy people , 2000), define literacidad en salud como la habilidad que tienen las personas para obtener, procesar y entender la información básica y los servicios que se necesitan para tomar decisiones en salud apropiadas.

Speros (2005), relata que desde fines de los 80 y durante los 90 se desarrolló fuertemente una línea de investigación respecto de la literacidad en salud, sin embargo, la primera vez que se usó el término fue en 1974 en un artículo que demandaba por estándares mínimos de educación en salud en todos los niveles de educación. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la literacidad en salud corresponde al resultado de la promoción de la salud y de los esfuerzos en educación en salud; además es un beneficio personal y social e involucra habilidades cognitivas avanzadas como: pensamiento crítico, análisis, toma de decisiones y resolución de problemas, todo ello en un contexto de salud. Lo

anterior se combina con habilidades sociales de comunicación y cuestionamiento para empoderar a las personas y así mejorar su estado de salud personal y el de la salud de la comunidad en que vive (Speros, 2005).

La falta de niveles adecuados de literacidad trae consigo perjuicios en todo orden, a nivel general se estima que problemáticas derivadas de pobres niveles de literacidad en salud le significan al gobierno de Estados Unidos un costo anual de entre \$106 y \$238 billones de dólares (Vernon y cols., 2012) mientras que a nivel individual se ha establecido a la literacidad en salud como un importante determinante de salud, existiendo estudios que relacionan niveles limitados de literacidad en salud con resultados pobres en cuanto a manejo de enfermedades crónicas, incrementando con esto resultados adversos en salud, mayor tasa de hospitalizaciones y aumento en la mortalidad (Berkman y cols., 2011; Schillinger y cols., 2015; Taylor y cols., 2017).

Un bajo nivel de literacidad, limita la comprensión de las recomendaciones escritas u orales, dificulta el desenvolvimiento del paciente en los servicios de salud, afecta la comunicación y por ende la relación médico/paciente. Esta situación puede acarrear consigo un estado de salud subóptimo, con resultados negativos en las intervenciones médicas, y por tanto, efectos adversos en la salud de la población (Berkman y cols., 2011). También se han realizados estudios que relacionan la literacidad en salud con otras variables como el realizado por Chung y cols, que buscaban evaluar la literacidad en salud en la población mayor urbana de Taiwán, que mostró asociación significativa entre literacidad en salud y sexo, edad, nivel de educación, y conocimiento en salud (Chung y cols., 2015).

LITERACIDAD EN SALUD ORAL

En el área de la odontología se ha incorporado recientemente el concepto de literacidad en salud oral, definido como el grado en que los individuos tendrán la capacidad de obtener, procesar y entender la información básica en salud oral y craneofacial y el acceso a los servicios necesarios, para tomar las decisiones en salud más apropiadas (Healthy people, 2010).

La literacidad es un tema relativamente nuevo, tanto en investigación médica como odontológica, la cual ha despertado interés, aumentando la producción científica derivada de este tema, sin embargo, ésta corresponde principalmente a investigaciones del ámbito médico, siendo la literacidad en salud oral un tema emergente y aún poco estudiado a la fecha, siendo además los estudios realizados en su gran mayoría en población de habla inglesa, debido a la escasez de instrumentos validados para la medición de literacidad en salud oral en hispanoparlantes(Lee y cols.,2013 ; Dickson-Swift y cols., 2014).

Se ha encontrado relación entre la falta de niveles adecuados de literacidad en salud oral y actitudes que pueden resultar perjudiciales para el mantenimiento de un estado óptimo de salud oral, como es el caso de inasistencias a citas dentales (Holtzman y cols., 2013), generando falta de control y de tratamiento oportuno de enfermedades incipientes relacionadas con la salud oral.

Existen estudios que han buscado relacionar la literacidad en salud oral con el estado de salud oral en las personas, como por ejemplo el estudio realizado por Wehmeyer y cols. los cuales en su investigación buscaron establecer relación entre literacidad en salud oral con el estado de salud periodontal de los pacientes, demostrando que pacientes con bajos niveles de literacidad en salud oral presentan mayor probabilidad de presentar enfermedad periodontal más severa, además de encontrar que no existe necesariamente una relación positiva entre el nivel educacional y el grado de literacidad en salud oral, ya que esta última

corresponde a un proceso complejo el cual engloba habilidades como el acceso, procesamiento y actuar de la información para manejar la salud oral (Wehmeyer y cols., 2012). Aun así, los trabajos de investigación que relacionan estado de salud oral con literacidad en salud oral son escasos, por lo que resulta importante buscar relación entre estas variables para su mayor entendimiento, más aun en una población no estudiada en cuanto a estas variables como es el caso de las mujeres embarazadas chilenas asistentes a un centro de atención primaria en la región metropolitana.

MEDICIÓN DEL NIVEL DE LITERACIDAD EN SALUD ORAL.

Para la medición de los niveles de literacidad en salud oral, existen principalmente 3 tipos de instrumentos, los basados en: Reconocimiento de palabras, comprensión lectora y numeracidad, y los basados en conocimiento conceptual. Las herramientas más usadas para medición del nivel de literacidad en salud oral son derivados, ya sea del Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) (Davis y cols., 1993) o del Test of Functional Health Literacy in Adults (ToFHLA) (Parker y cols., 1995) dando origen, para el contexto en salud oral, a los instrumentos REALD, the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry y al ToFHLiD, Test of Functional Health Literacy in Dentistry, respectivamente. Tanto REALM como REALD corresponden a tests de reconocimiento de palabras donde se busca evaluar la habilidad de los participantes de leer correctamente términos médicos y dentales, los cuales se van complejizando a medida que el test avanza. Se utiliza esta forma de evaluación ya que los estudios indican que quienes poseen habilidades de lectura limitadas entienden menos sobre su enfermedad o los regímenes de sus tratamientos, derivando esto en una limitación en cuanto al manejo de su enfermedad (Dickson-Swift y cols., 2014) , Tomando como base los mismos términos empleados en el REALD se logró crear herramientas para una estimación rápida de la literacidad en salud oral en

adultos, las cuales son el Oral Health Literacy Assesment – English (OHLA-E) y su versión en español, el Oral Health Literacy Assesment – Spanish (OHLA-S), desarrollado para hispanohablantes residentes en Estados Unidos, agregando en este último al reconocimiento de palabras un componente extra de comprensión al test (Lee y cols., 2013).

El test OHLA-S se crea debido a que la población de hispanohablantes ha sido ampliamente ignorada en los estudios sobre literacidad en salud oral, dado a la falta de instrumentos para su medición. Este test se evalúa a través de la correcta pronunciación de un término dental y la asociación de éste con una palabra clave. Se diferencia del OHLA-E en que este último solo mide la correcta pronunciación, pero dado la estructura fonética regular del idioma español se podría dar en el OHLA-S que los participantes puedan leer y pronunciar correctamente un término sin necesariamente conocer su significado, por esta razón a OHLA-S se le agrega un componente de comprensión. Respecto a su método de valoración se estima que la asignación de puntaje por medio de una correcta pronunciación del término y correlación de éste con un término asociado, es el método que logra un mejor balance entre validez y confianza (Lee y cols., 2013).

Resulta importante mencionar que los instrumentos que hoy existen para medir la literacidad en salud se enfocan en las capacidades lectoras y numéricas de ésta, y dejan fuera ámbitos más complejos de evaluar, como las habilidades orales y auditivas así como aspectos culturales, dificultando que la literacidad en salud se pueda medir de forma más completa. A pesar de esto, según lo expuesto anteriormente, donde queda en evidencia la relación entre literacidad en salud oral y resultados en salud oral, sumado a la alta prevalencia en Chile de las enfermedades bucales y su impacto en la calidad de vida, es que se hace necesario el estudio de la literacidad en salud oral en la población.

AUTOEFICACIA.

El concepto de autoeficacia, fue acuñado por Albert Bandura, quien la definió como el conjunto de creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción, requeridos para producir determinados logros o resultados (Bandura, 1977). Derivado de esta definición es que es posible entender a la autoeficacia como una pieza clave en cuanto a motivación, ya que se relaciona de manera directa con la confianza que tiene una persona de contar con los recursos personales que le permiten lograr un resultado deseado, pudiendo esperar con esto que las personas con una alta autoeficacia sean capaces de cumplir objetivos más altos y desafiantes en relación a aquellos con una baja autoeficacia (Bandura, 1977). Importante mencionar la relación existente entre autoeficacia y las conductas preventivas en salud, donde los individuos con una mayor autoeficacia percibida tienen más probabilidades de iniciar cuidados preventivos y buscar tratamientos tempranos (Oliverí y Urra, 2007), actitudes de suma importancia en cuanto al mantenimiento del estado de salud tanto general como salud oral.

AUTOEFICACIA EN SALUD ORAL

La autoeficacia en salud oral es definida como las creencias en las propias capacidades personales, para organizar y ejecutar rutinariamente los cursos de acción, necesarios para mantener los tejidos orales en buenas condiciones. (Correa y cols., 2015)

Existen diversos estudios que dan cuenta de la relación entre autoeficacia y ciertas conductas favorables para la salud oral, como el cepillado dental y el frecuente uso de seda dental (Schwarzer y cols., 2014; Buglar y cols., 2010; Blinkhorn, 2010). Se ha demostrado que personas con altos niveles de autoeficacia para cepillado, para hábitos dietéticos y para visitas al dentista, se

correlacionan con niveles más altos de salud oral y menores índices de sangrado al sondaje, que aquellos que tienen bajos niveles de autoeficacia (Mizutani y cols. 2012).

MEDICIÓN DE AUTOEFICACIA EN SALUD ORAL

En cuanto a el mecanismo de evaluación de la autoeficacia, se considera a la Escala de Autoeficacia General de Schwarzer y Jerusalem como la más utilizada (Waldrop y cols., 2001). Este instrumento mide autoeficacia desde un punto de vista psicológico global, y se compone de 10 ítems, cuyo formato de respuesta está enumerado del 1 al 4, de menor a mayor nivel de acuerdo con la afirmación de cada ítem. Su confiabilidad corresponde a un Alfa de Cronbach que va en un rango de 0,76 a 0,90, mostrando un promedio 0,80 en una muestra de 26 países, presentando además una adecuada validez. En Chile, esta escala fue validada por Cid, Orellana y Barriga, obteniendo una adecuada validez y confiabilidad, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84 (Cid y Barriga 2010)

En cuanto a la medición de autoeficacia en salud oral, existen distintos métodos para conseguir este propósito. Dentro de estos destaca el realizado por Kakudate y Morita, quienes desarrollaron una escala de autoeficacia para el autocuidado en pacientes con periodontitis crónica (Kakudate y cols., 2007). También destaca la escala de autoeficacia dental (AMS) diseñada por Syrjälä (Syrjälä y cols., 1999), quien modificó los ítems de la escala de autoeficacia desarrollada por Lawrence en 1985. En el cuestionario de autoeficacia dental de Lawrence existían escalas separadas con respecto al cepillado y a la visita al dentista, pero para obtener una adecuada escala general de eficacia dental, Syrjälä combinó ambas ítems dando origen a una evaluación basada en preguntas sobre la autoeficacia relacionada con el cepillado y las visitas al dentista, todas con 4 posibles respuestas: completamente seguro que sí, bastante seguro que sí, bastante seguro que no y

completamente seguro que no. El alpha de cronbach para la escala de autoeficacia dental fue de 0.93 (Syrjälä y cols., 1999).

HIPÓTESIS.

-Se presentará una relación positiva entre la literacidad en salud oral y la salud oral de embarazadas, y una relación positiva entre autoeficacia en salud oral con la salud oral de embarazadas beneficiarias de los programas de atención dental, en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la influencia de la literacidad en salud oral y la autoeficacia en salud oral, en la salud oral de embarazadas beneficiarias de los programas de atención dental, en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir el grado de literacidad en salud oral, y el nivel de autoeficacia en salud oral, en embarazadas beneficiarias de los programas de atención dental, en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana.

-Determinar el estado de salud oral a través de indicadores clínicos, en embarazadas beneficiarias de los programas de atención dental, en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana.

- Relacionar el grado de literacidad en salud oral y el nivel de autoeficacia en salud oral, con la salud oral de embarazadas beneficiarias de los programas de atención dental, en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana.

- Relacionar el grado de literacidad en salud oral con la autoeficacia en salud oral, en embarazadas beneficiarias de los programas de atención dental, en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana.

METODOLOGÍA.

Diseño de estudio:

El diseño de esta investigación corresponde a un estudio de tipo no experimental, transversal y descriptivo, el cual tiene como objetivo evaluar el estado actual de las variables descritas anteriormente en un solo momento de tiempo (Hernández y cols., 2014).

Población objetivo:

La población objetivo abarcó a mujeres embarazadas entre 18 y 40 años de edad, consultantes en servicios de atención primaria de la Región Metropolitana, las cuales eran beneficiarias del Programa GES, Salud Oral Integral de la Embarazada.

Muestra:

Criterios de inclusión:

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

-Pacientes que estén en tratamiento odontológico en el establecimiento de salud correspondiente.

Criterios de exclusión:

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

Tamaño muestral:

La cantidad de sujetos a analizar fue determinada mediante un cálculo muestral para estudios transversales, donde se considera la prevalencia de historia de caries del grupo de estudio, en este caso de embarazadas, de manera de obtener un n muestral adecuado para el análisis de interés. Los resultados se han obtenido del módulo Stat Calc de Epiinfo 3.5.7, considerando prevalencias obtenidas de estudios nacionales anteriores, donde la prevalencia de caries en embarazadas es cercana al 90%, obteniendo un n de 100 (Cáceres y Núñez. 2004; Traeger y Moya. 2013). Considerando un error alfa de 5% y un poder estadístico de 90%

Variables en estudio

Se detallan a continuación en tabla N° 1.

Tabla N° 1.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional (Indicador)	Fuente de información del indicador	Forma de cálculo del indicador
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos hasta el momento de la recolección de la información		
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Convive 		

	situación legal respecto a esto	<ol style="list-style-type: none"> 4. Separada 5. Divorciada 6. Viuda 		
Nivel educacional	Nivel de educación más alto que una persona ha alcanzado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Básica incompleta 2. Básica completa 3. Media incompleta 4. Media completa 5. Superior incompleta 6. Superior completa 		
Literacidad en salud oral.	<p>Grado en que las personas tienen la capacidad de obtener, procesar y entender la información básica en salud oral y craneofacial y el acceso a los servicios necesarios, para tomar las decisiones en salud más apropiadas.</p> <p>OHLA</p>	<p>Puntaje máximo literacidad en salud oral= 24 puntos.</p> <p>Puntaje mínimo literacidad en salud oral= 0 puntos.</p> <p>A mayor puntaje mayor nivel de literacidad en salud oral.</p>	<p>Lee, J., Stucky, B., Rozier, G., Lee, S.Y. y Zeldin, L. (2013). Oral Health literacy assessment: development of an oral health literacy instrument for Spanish speakers. Journal of public health dentistry, 73: 1-8.</p>	<p>Correcta pronunciación e incorrecta asociación = 0</p> <p>Incorrecta pronunciación y correcta asociación = 0</p> <p>Correcta pronunciación y correcta asociación = 1</p> <p>Resultado: Valor entre 0-24</p>
Autoeficacia para visitas al dentista.	Capacidad que perciben las personas para asistir al dentista.	<p>Puntaje mínimo de autoeficacia para visitas al dentista: 0 puntos</p> <p>Puntaje máximo de autoeficacia para visitas al dentista: 28 puntos</p> <p>A mayor puntaje mayor nivel de autoeficacia para visitas al dentista</p>	<p>Syrjälä A-MH, Kneckt MC, Knuutila MLE (1999). Dental self-efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA1c level among diabetic</p>	<p>1=Completamente seguro/a que no</p> <p>2=Bastante seguro/a que no</p> <p>3=Bastante seguro/a</p> <p>4=Completamente seguro/a</p> <p>Puntaje final= sumatoria de los puntajes obtenidos por</p>

			patients. J Clin Periodontol . 26: 616–621.	cada pregunta de las siete sobre autoeficacia para visitas al dentista
Autoeficacia para cepillado dental.	Capacidad que perciben las personas para realizar cepillado dental.	<p>Puntaje mínimo de autoeficacia para cepillado dental: 0 puntos</p> <p>Puntaje máximo de autoeficacia para cepillado dental: 20 puntos</p> <p>A mayor puntaje mayor nivel de autoeficacia para cepillado dental</p>	Syrjälä A-MH, Knecht MC, Knuutila MLE (1999). Dental self-efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. J Clin Periodontol . 26: 616–621.	<p>1=Completamente seguro/a que no</p> <p>2=Bastante seguro/a que no</p> <p>3=Bastante seguro/a</p> <p>4=Completamente seguro/a</p> <p>Puntaje final= sumatoria de los puntajes obtenidos por cada pregunta de las cinco sobre autoeficacia para cepillado dental</p>
Autoeficacia para salud oral.	Índice para medir autoeficacia en salud oral total.	<p>Puntaje mínimo de autoeficacia para cepillado dental: 0 puntos</p> <p>Puntaje máximo de autoeficacia para salud oral total: 48 puntos</p>	Syrjälä A-MH, Knecht MC, Knuutila MLE (1999). Dental self-efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. J Clin	<p>=Completamente seguro/a que no</p> <p>2=Bastante seguro/a que no</p> <p>3=Bastante seguro/a</p> <p>4=Completamente seguro/a</p> <p>Puntaje final= sumatoria de los puntaje obtenidos para autoeficacia para</p>

			Periodontol . 26: 616–621.	cepillado dental y autoeficacia para visitas al dentista.
COPD	Índice para medir experiencia de caries.	Suma de los dientes con caries, dientes obturados por caries y perdidos por caries. Valores entre 0-28	Klein H, Palmer CE, Knutson JW. Dental status and dental need of elementary school children. Pub Health Rep 1938;53:75 1-765.	Construcción del Índice COPD: A partir de la detección clínica ICDAS II y según criterios de detección de la Organización Mundial de la Salud (OMS., 1997) - Expresado en la sumatoria de los componentes ceo/COP
IHO simplificado de Greene y Vermillion	Medición cuantitativa del estado de higiene del individuo mediante la observación de depósitos blandos en los dientes índice	<p>0 ausencia de placa y tinciones.</p> <p>1. residuos blandos que cubren menos de 1/3 de la superficie del diente.</p> <p>2. residuos blandos que cubren más de 1/3, pero menos de 2/3 de la superficie del diente.</p> <p>3. residuos blandos que cubren más de 2/3 de la superficie del diente</p>	Greene, JG, y Vermillion, JR (1964). El Índice de Higiene Oral Simplificado	<p>IHO 0 - 1,2 = buena higiene oral</p> <p>IHO 1,3 - 3 = higiene oral regular</p> <p>IHO 3,1 - 6 = mala higiene oral.</p>
Índice Gingival de Løe y Silness simplificado	Severidad de inflamación de los tejidos blandos que rodean al diente	<p>0. encía normal.</p> <p>1. inflamación leve, con ligero cambio de color y edema, sin</p>	Løe, H. (1967). El índice gingival, el índice de	<p>IG promedio 0,5- 1 = leve.</p> <p>IG promedio 1,1- 2 = moderada. IG</p>

		<p>sangrado a la exploración.</p> <p>2. inflamación moderada, con presencia de eritema, edema y sangrado a la exploración.</p> <p>3. inflamación severa, con marcado eritema, edema, ulceración y tendencia al sangrado espontáneo.</p>	placa y los sistemas de índice de retención	promedio 2,1- 3 = severa.
--	--	---	---	---------------------------

Aspectos éticos:

La presente tesis deriva del proyecto FIOUCH 13-005 el cual cuenta con la aprobación del comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (Anexo 1) y de las instituciones de salud participantes en este estudio (Anexo 2).

Técnica de recolección de datos:

Se procedió a efectuar la recolección de datos a las mujeres embarazadas las cuales cumplan con los criterios de inclusión y exclusión y hayan firmado el consentimiento informado aceptando participar en dicho proyecto (Anexo 3). Posterior a esto, se les aplicó una batería de instrumentos que buscan evaluar los

factores psicosociales, entre los que se encuentra la literacidad en salud oral y la autoeficacia en salud oral. Luego de esto, se procedió a realizar un examen clínico que determinó su estado de salud oral.

Factores psicosociales:

Literacidad en salud oral: Para la literacidad en salud oral se utilizó la Escala de Literacidad en Salud Oral, versión en español (OLAH-S) de Lee, Stucky, Rozier, Lee y Zeldin, la cual consta de 24 ítems de reconocimiento y comprensión de palabras en donde se puntúa cada ítem con un punto si la pronunciación y asociación de palabras son correctas, todas las demás alternativas se puntúan cero (Anexo 4). Posee una confiabilidad de 0,70 (alpha de cronbach) y una adecuada validez ($\beta = 0,22$, $se = 0,10$, $p < 0,05$).

Autoeficacia dental: La escala de autoeficacia dental (AMS) fue diseñada por Syrjälä, quien modificó los ítems de la escala de autoeficacia desarrollada por Lawrence en 1985, obteniendo un alfa de Cronbach para las escala de autoeficacia para cepillado dental y autoeficacia para visitas al dentista de 0,92 y 0,95 respectivamente.

Estado de Salud oral:

Por medio de dos dentistas calibrados, con un índice de concordancia Kappa intra e inter examinador de 0,82 y 0,78 respectivamente, se procedió al registro del estado de salud oral actual de las embarazadas tanto a través del índice gingival, índice de higiene oral de Greene y Vermilion, además de un examen dentario, siguiendo los criterios de detección clínica ICDAS II (ICDAS, 2016). Derivado del criterio de detección de caries de la OMS (1997) el cual establece como presencia de caries la cavitación evidente y pérdida de tejido dentario con dentina expuesta, es que se define utilizar para el componente C del COPD códigos 5 y 6 del criterio

ICDAS II, por tanto, para COPD los códigos 1, 2, 3 y 4 se consideraron como 0 (ausencia de lesión de caries) y los códigos 5 y 6 se consideraron como 1 (presencia de lesión de caries)

Análisis de datos:

Se utilizaron tablas de frecuencias y estadísticos de tendencia central (media, desviación estándar) para describir el comportamiento de las variables. Para chequear la asociación entre las variables psicosociales y el estado de salud oral se utilizaron coeficientes de correlación de Pearson o Spearman según corresponda y prueba-t para medias independientes. Por medio del test de Kolmogorov-Smirnov se determinó la existencia de distribución normal de las variables en estudio, hallándose para COPD y autoeficacia parra salud oral una distribución normal, y una no normal para literacidad en salud oral (Anexo 5). Se utilizó un error de significancia del 5%, y el análisis de los datos se efectuó utilizando el software “Paquete estadístico para las ciencias sociales” (SPSS en sus siglas en inglés) versión 21.

RESULTADOS

Caracterización de la muestra.

La Muestra del presente estudio contó con la participación de 50 mujeres embarazadas beneficiarias del programa GES Salud Oral Integral para la Embarazada, asistentes al servicio de salud primario (CESFAM) Vista Hermosa, ubicado en la Comuna de Puente Alto, Región Metropolitana de Santiago. El promedio de edad de las participantes fue 28,6 años (DE: 6,57), siendo estas divididas en dos grupos etarios, mayor o menor a 25 años, correspondientes al 74% y 26 % del total de la muestra respectivamente. Un 51,3% de la muestra relata desempeñarse como dueña de hogar, siendo de estas un 36,7% mujeres

casadas, un 34,7% mujeres solteras, y un 22,4% de las mujeres evaluadas relata estar conviviendo con su pareja. Con respecto a su nivel educacional se encuentra que un 40% relata haber realizado estudios superiores, mientras un 60% relata no haberlos cursado. En cuanto a su condición socioeconómica, el mayor porcentaje de las embarazadas que se dispusieron a contestar este ítem relataron poseer un ingreso total familiar entre los \$281.000 y \$450.000 al mes, correspondiendo las embarazadas en esta condición a un 33,3% de la muestra. En cuanto a la recopilación de datos sobre su embarazo se obtiene una media de 23,285 (DE: 8,84) semanas de embarazo, siendo un 41,5% embarazadas primerizas. Para más detalle revisar la tabla N°2 a continuación.

Tabla N°2 Caracterización sociodemográfica de la muestra

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
Menor de 25 años	13	26%
Igual o mayor de 25 años	37	74%
Ocupación		
Dueña de hogar	20	51,3
Estudiante	5	12,8
Trabajadora dependiente	11	28,2
Trabajadora independiente	2	5,1

Cesante jubilada	1	2,6
Estado civil		
Soltera	17	34,7 %
Casada	18	36,7%
Convive	11	22,4%
Separada	1	2,0%
Divorciada	2	4,1%
Viuda	0	0%
Nivel educacional		
Básica incompleta	2	4,0%
Básica completa	3	6,0%
Media incompleta	8	16,0%
Media completa	17	34,0%
Superior incompleta	8	16,0%
Superior completa	12	24,0%
Ingreso total familiar mensual		
Menos de \$80.000	2	4,4%
Entre \$81.000 y \$150.000	1	2,2%
Entre \$151.000 y \$220.000	4	8,9%
Entre \$221.000 y \$280.000	5	11,1%
Entre \$281.000 y \$450.000	15	33,3%
Entre \$451.000 y \$780.000	13	28,9%
Más de \$780.000	5	11,1%
Embarazada primeriza		
Sí	17	41,5%
No	24	58,5%

Los resultados del cuestionario para medir nivel de literacidad en salud oral, están disponibles en la tabla N°3, mientras que para autoeficacia para cepillado dental y autoeficacia para visitas al dentista, en las tablas 4 y 5, respectivamente.

Tabla N°3: Porcentaje de respuestas correctas (Pronunciación y asociación de términos) para el cuestionario OHLA-S.

OHLA-S	Porcentaje respuestas correctas
1. Azúcar	100,0%
2. Fumar	100,0%
3. Cepillar	100,0%
4. Pulpa	40,8%
5. Frenos	93,9%
6. Genética	98,0%
7. Restauración	100,0%
8. Bruxismo	71,4%
9. Absceso	46,9%
10. Extracción	98,0%
11. Dentadura postiza	98,0%
12. Esmalte	93,9%
13. Dentición	87,8%
14. Calculo	83,7%
15. Encía	95,9%
16. Maloclusión	61,2%
17. Incipiente	65,3%
18. Caries	79,6%
19. Periodontal	73,5%
20. Hipoplasia	71,4%
21. Halitosis	83,7%
22. Analgésico	95,9%
23. Fístula	42,9%
24. Temporomandibular	49,0%

Tabla N° 4: Distribución de respuestas para Autoeficacia en cepillado dental.

¿Qué tan segura estas de cepillarte los dientes en las siguientes situaciones	Completamente segura que no	Bastante segura que no	Bastante segura	Completamente segura
Cuando estas	16,3%	24,5%	40,8%	18,4%

cansada en la noche				
Cuando no tienes que ir al dentista en un futuro cercano	8,2%	4,1%	49%	38,8%
Cuando estas de vacaciones	12,2%	6,1%	42,9%	38,8%
Cuando tienes mucho trabajo	12,2%	18,4%	40,8%	28,6%
Cuando tienes dolor de cabeza o te sientes enferma	18,4%	16,3%	51%	14,3%

Tabla N°5: Distribución de respuesta para autoeficacia para visitas al dentista.

¿Qué tan segura estas de que visitarás al dentista con la frecuencia que se te ha recomendado	Completamente segura que no	Bastante segura que no	Bastante segura	Completamente segura
Cuando el dentista no te sugiere visitarlo regularmente	18,4%	26,5%	28,6%	26,5%
Cuando no tiene síntomas dentales	20,4%	34,7%	24,5%	20,4%
Cuando tienes problemas de dinero	30,6%	30,6%	30,6%	8,2%
Cuando estas ocupada	24,5%	24,5%	44,9%	6,1%
Cuando no puedes agendar una hora con un dentista conocido	12,2%	24,5%	51,0%	12,2%
Cuando has tenido experiencias previas desagradables	16,3%	24,5%	40,8%	18,4%
Cuando tienes miedo de intervenciones dolorosas	16,3%	24,5%	34,7%	24,5%

En cuanto a las variables seleccionadas para medir estado de salud oral se observa un promedio de COPD en las embarazadas participantes de este estudio de 7,50 (DE: 5,14) siendo el promedio de dientes cariado, obturado y perdido, 0,44 (DE: 0,88), 5,62 (DE: 3,88) y 1,44 (DE: 2,83) respectivamente, el promedio de Índice gingival corresponde a 0,64 (DE: 0,74) mientras que el promedio de índice higiene oral simplificado es 0,60 (DE: 0,61), todos datos adjuntado a la tabla N°6.

Tabla N°6: Estadísticos descriptivos de las variables evaluadas

Variable	Min	Max	Promedio	DE
Literacidad en salud oral	10	24	19,306	2,70
Autoeficacia en cepillado	5	20	14,42	3,73
Autoeficacia en visita al dentista	7	28	17,48	4,84
Autoeficacia en salud oral	15	48	31,91	6,86
COPD	0	19	7,50	5,14
Diente cariado	0	4	0,44	0,88
Diente obturado	0	13	5,62	3,88
Diente perdido	0	17	1,44	2,83
Índice Gingival	0	3	0,64	0,74
Índice Higiene Oral	0	2	0,60	0,61

Para el análisis de variables se utilizaron correlaciones bivariadas de Pearson o Spearman, según corresponda. Según el coeficiente de correlación de Spearman, el nivel de literacidad en salud oral no se correlaciona significativamente con edad ($\rho = 0,260$; $p = 0,071$) así como tampoco con el n° de semanas de embarazo ($\rho = 0,149$; $p = 0,351$), pero si se correlaciona significativamente con nivel educacional ($\rho = 0,286$; $p = 0,046$). Para un análisis más detallado en cuanto a las correlación entre nivel de literacidad en salud oral y variables sociodemográficas revisar tabla N° 7. En cuanto a la correlación entre el nivel de literacidad en salud oral y el estado de salud oral, no se encontró relación significativa con ninguna de estas, ya sea con COPD por medio de correlación de Spearman ($\rho = -0,004$; $p =$

0,977) Ni tampoco con IG (rho= -0,163; p= 0,263) e IHO (rho= -0,021; p= 0,888) por medio de correlación de Spearman. Sólo el componente P obtuvo un valor p menor, sin llegar a ser significativo (rho= -0,267; p=0,064) Tabla 8.

Tabla N°7 Correlación Spearman entre nivel de literacidad en salud oral y variables sociodemográficas.

Variable		N° semanas embarazada	edad	Nivel educacional	Ingreso familiar
OHLA-S	C. de correlación Sig.(bilateral)	0,149 0,351	0,260 0,071	0,286* 0,046	0,144 0,345

*: Significación estadística con $p \leq 0.05$

Tabla N° 8 Correlación Spearman para OHLA-S e indicadores de salud oral

Variable		OHLA-S	C	O	P	COPD	IHO	IG
OHLA-S	C. de correlación Sig.(bilateral)	1,000	-0,207 0,153	0,157 0,280	-0,267 0,064	-0,004 0,977	-0,021 0,888	-0,163 0,263
C	C. de correlación Sig.(bilateral)		1,000	0,091 0,531	0,365* 0,009	0,412* 0,003	0,234 0,110	0,230 0,107
O	C. de correlación Sig.(bilateral)			1,000	0,251 0,078	0,840* 0,000	0,124 0,403	0,028 0,846
P	C. de correlación Sig.(bilateral)				1,000	0,612* 0,000	-0,014 0,926	0,193 0,178
COPD	C. de correlación Sig.(bilateral)					1,000	0,162 0,271	0,184 0,202
IHO	C. de correlación Sig.(bilateral)						1,000	0,788* 0,000

IG	C. de correlación Sig.(bilateral)							1,000
-----------	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	-------

*: Significación estadística con $p \leq 0.05$

Para autoeficacia en salud oral, por medio del coeficiente de correlación de Pearson, no se encuentra una relación significativa con las variables edad ni n° de semanas de embarazo (Tabla N°9). Tampoco se presenta una correlación significativa entre autoeficacia en salud oral, cepillado dental y visitas al dentista con COPD (tabla N° 10), pero sí una relación significativa e inversa con el componente caries del COPD y autoeficacia en salud oral total ($\rho = -0,361$; $p = 0,011$). Al evaluar autoeficacia en salud oral por medio de sus componentes por separado, es decir, autoeficacia para el cepillado dental y para visitas al dentista, no se encuentra por medio de correlación de Spearman una relación significativa al compararlo con componente C del COPD. (Tabla N° 11).

Para autoeficacia en salud oral por medio del coeficiente de correlación de Spearman, no se encontró relación significativa entre esta variable con nivel educacional ni ingreso familiar. Al relacionarlo con variables que buscan medir el estado de salud oral, tampoco se presenta una relación significativa con IG ($p = 0,840$) e IHO ($p = 0,364$). Por otra parte, se encuentra una relación significativa e inversa entre autoeficacia para cepillado dental con IHO ($\rho = -0,323$; $p = 0,027$), pero no así con IG ($\rho = -0,237$; $p = 0,101$). Tabla N° 11.

Tabla N°9: Correlación de Pearson entre autoeficacia en salud oral y variables sociodemográficas.

Variables		AE cepillado	AE visitas al dentista	AE salud oral total	N° semanas embarazo	Edad
AE cepillado	C. correlación Sig.(bilateral)	1,000	0,268 0,063	0,7333* 0,000	0,073 0,651	0,175 0,229
AE visitas al dentista	C. correlación Sig.(bilateral)		1,000	0,852* 0,000	-0,002 0,990	-0,016 0,910

AE salud oral total	C. correlación Sig.(bilateral)			1,000	0,036 0,824	0,084 0,568
N° semanas embarazo	C. correlación Sig.(bilateral)				1,000	-0,105 0,510
Edad	C. correlación Sig.(bilateral)					1,000

*: Significación estadística con $p \leq 0.05$

*.AE= Autoeficacia

Tabla N° 10: Correlación Pearson entre autoeficacia en salud oral y COPD.

Variable		COPD
AE cepillado	C. correlación Sig.(bilateral)	0,187 0,198
AE visita el dentista	C. correlación Sig.(bilateral)	0,070 0,632
AE salud oral total	C. correlación Sig.(bilateral)	0,151 0,299

*: Significación estadística con $p \leq 0.05$

*.AE= Autoeficacia

Tabla N° 11 Correlación de Spearman entre Autoeficacia en salud oral e indicadores de salud oral.

Variable		C	O	P	IHO	IG
AE cepillado	C. correlación Sig(bilateral)	-0,247 0,087	0,176 0,225	0,107 0,466	-0,323* 0,027	-0,237 0,101
AE visitas al dentista	C. correlación Sig(bilateral)	-0,250 0,083	0,185 0,204	0,119 0,415	0,050 0,738	0,138 0,344
AE salud oral total	C. correlación Sig(bilateral)	-0,361* 0,011	0,198 0,172	0,096 0,511	-0,140 0,349	-0,027 0,855

*: Significación estadística con $p \leq 0.05$

*.AE= Autoeficacia

Para ver si existían diferencias en el nivel de literacidad en salud oral entre embarazadas primerizas y no primerizas, por medio del t-test para medias independientes, se observó que efectivamente los valores de literacidad en salud oral son mayores en embarazadas no primerizas, resultado expresado en las tablas N°12 y N°13.

Tabla N° 12. Prueba t-test para media independientes.

Estadísticos de grupo					
	Embarazadas primeriza	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Sumatoria Ohla-s	Si	17	17,7647	3,13308	,75988
	No	23	19,9130	2,25455	,47011

Tabla N° 13 Prueba muestras independientes

		t	gl	Sig(bilateral)
Sumatoria OHLA-S	Se han asumido varianzas iguales	-2,525	38	0,016

DISCUSIÓN.

Las mujeres embarazadas representan un grupo prioritario, debido a un contexto psicológico y biológico derivado de su condición gestante, las cuales las hace más susceptibles a presentar distintas condiciones adversas en su salud oral. Para muchas mujeres, el embarazo es el único período en el que se logra acceso a la atención dental, siendo una oportunidad única para modificar conductas que se han asociado a un riesgo mayor de resultados adversos en el embarazo. La enfermedad actúa no solo a través de mecanismos biológicos sino que también conductuales y sociales, los que justifican una intervención integral que apunte a disminuir los riesgos tanto para la madre como para su hijo que está por nacer. El objetivo de este estudio fue determinar si existe relación entre literacidad en salud oral, autoeficacia en salud oral y el estado de salud oral de gestantes participantes del GES de la Embarazada.

La muestra contó con la participación de 50 embarazadas, entre los 18 y 40 años, beneficiarias del programa GES para la mujer embarazada, asistentes al CESFAM Vista Hermosa de la Región Metropolitana. , Del total de la muestra, solo un 40% terminó su enseñanza media.

Con respecto a los indicadores de salud oral, se encuentra un promedio COPD de 7,5 el cual es menor al hallado por Neira y cols el año 2008 en una muestra compuesta por mujeres embarazadas asistentes a un CESFAM de la Región de Concepción, con promedio de edad de 26,5 años. Estos resultados también son menores a los hallados por Jiménez y cols el 2014, que encontraron un índice COPD para un CESFAM urbano de la Región metropolitana de 12,58; o a los hallados el 2004 por Carrion y Nuñez a primigestas en un consultorio de Talca con promedio COPD de 8,26

El presente estudio es el primero a nivel nacional en evaluar los niveles de literacidad en salud oral y autoeficacia en salud oral en embarazadas chilenas y

relacionarlos con su estado de salud oral. En este se constata para literacidad en salud oral un promedio de respuestas correctas en el test OHLA-S de 19.30 puntos, de un total de 24 puntos, siendo los términos en los cuales las pacientes presentaron más errores, ya sea en pronunciar el término de manera incorrecta o en relacionarlas de manera acertada: “pulpa” con 29 pacientes contestando de forma errónea relacionándolo con lengua y no con nervio, “fístula” con 28 pacientes contestando de forma errónea y “absceso” con 26 pacientes contestando de manera incorrecta. Se observó una alta tasa de error al relacionar de manera correcta los términos absceso y fístula, al igual que el estudio de Bado y cols. el año 2018 en población brasileña. Estos resultados son importantes porque indican desconocimiento en cuanto a la relación de estos términos, no solo a nivel conceptual sino que también en cuanto a sus implicancias a nivel de salud oral, siendo términos más difíciles de comprender por la población en general, siendo usados generalmente por profesionales de la salud en situaciones puntuales.

Debido a que es el primer estudio nacional que evalúa los factores psicosociales literacidad y autoeficacia en salud oral en población embarazada, es que resulta compleja su comparación con otros estudios nacionales. En su defecto se puede utilizar como parámetro a mujeres asistentes al servicio de salud metropolitano norte, que de un total de 291 mujeres a las cuales se les aplicó el cuestionario OHLA-S se encontró un promedio de puntuación de 15,87 (Fuentes y Benadof, 2016) siendo este estudio, a la fecha, el único en medir los niveles de literacidad en la población hospitalaria chilena. En base a lo recién expuesto, podemos dar cuenta que el nivel de literacidad medido en las embarazadas de este estudio es considerablemente mayor, con un promedio de respuestas correctas de 19,396. Estas diferencias podrían deberse a que la condición de gestante asistente al programa GES para la embarazada, entrega una oportunidad de mayor alfabetización en temas de salud oral para sus participantes (Vamos y cols., 2015; Minsal, 2018) Por su parte la autoeficacia en salud oral, compuesta por los cuestionarios de autoeficacia para visitas al dentista y autoeficacia para cepillado dental, mostró un promedio de puntuación de 31,57 de un total de 48, siendo la puntuación de sus componentes por separado de 17,14 de un total de 28, para

visitas al dentista y de 14.42, de un total de 20 para cepillado dental. Si bien el instrumento utilizado no posee puntajes de corte para clasificar alta versus baja autoeficacia, los resultados muestran una tendencia a que esta población no está lo suficientemente confiada en sus propias capacidades a la hora de tomar acciones en beneficio de su propia salud oral.

Con respecto a la edad, no se encuentra una correlación significativa con literacidad en salud oral, hallazgos similares a la investigación de Fuentes y Benadof llevada a cabo el 2016, donde no se encontró una correlación significativa. Fuentes y Benadof además afirman que el nivel de literacidad en salud oral disminuye al aumentar la edad, relación que no coincide a lo hallado en el presente estudio donde ambas variables tienen relación directa. Esta discrepancia podría deberse al hecho de que en este estudio se presenta una muestra más homogénea con menor variabilidad en rango de edad. Por su parte no se encuentra correlación significativa entre autoeficacia en salud oral y edad, al igual que lo hallado por Cuevas y Serey el 2009 donde no se encontró correlación significativa entre estas variables en una muestra de embarazadas chilenas.

En cuanto al nivel educacional, se halló una relación significativa entre éste y literacidad en salud oral, observándose un aumento en los niveles de literacidad en salud oral a medida que aumentan los años de escolaridad de los participantes de este estudio, dicha relación ha sido confirmada también en estudios anteriores, tanto a nivel de relación con literacidad en salud general, como lo muestran los resultados hallados por White y cols., 2008, donde se encontró niveles promedio de literacidad en salud menores en aquellas personas con un nivel de instrucción menor al secundario, o por lo consignado por el Comité en Literacidad en Salud del Instituto de Medicina de los Estados Unidos que avala también esta relación (Institute of Medicine, Health Literacy, 2004), como también al relacionar el nivel educacional con literacidad en salud oral en particular, presentándose también una relación significativa en los resultados del estudio que da forma al

cuestionario OHLA-S (Lee y col. 2013) además de lo hallado en el estudio de Duarte y cols., 2016 en una muestra de embarazadas brasileñas. En relación a la autoeficacia para salud oral, esta no muestra asociación estadísticamente significativa con nivel educacional, al igual que lo presentado por Cuevas y Serey el año 2009, donde no encontraron una relación significativa entre autoeficacia para visitas al dentista, autoeficacia para autocuidado en salud oral y años de estudio, en una muestra en embarazadas peruanas.

Se presenta asociación significativa entre el nivel de literacidad en salud oral y el hecho de que la embarazada sea primípara o no. Esta relación no ha sido antes evaluada en la literatura y adquiere relevancia al sugerir que cada gestante, participante del GES de la embarazada, se halla en un periodo de adquisición de habilidades y conocimientos que podrían llevar a un aumento de literacidad en salud oral. La Autoeficacia en salud oral, por su parte, no muestra diferencias estadísticamente significativas al compararla con el hecho de que la embarazada sea primípara o no.

En cuanto a la relación entre literacidad en salud oral y el estado de salud oral en embarazadas, no se halló correlación estadísticamente significativa entre estas, ya sea evaluando el estado de salud oral por medio del COPD, IG o IHO de las participantes de este estudio. Resulta importante mencionar que los estudios que han tratado de encontrar relación entre niveles de literacidad en salud oral y estado de salud han dado resultados diversos y heterogéneos, lo cual se puede apreciar en la revisión sistemática realizada a cargo de Jessica Lee el año 2018, donde concluye que la evidencia disponible en cuanto a la relación entre literacidad en salud oral y el estado de salud oral del paciente en dentición permanente y otras condiciones orales no es contundente, siendo al día de hoy no concluyente los resultados de los estudios respecto a este tema.

La autoeficacia en salud oral total presenta relación negativa y significativa con el componente C del COPD, siendo similar el resultado al encontrado por Knecht y

cols el año 1999). Por otro lado se observa que tanto la autoeficacia para cepillado dental como para visitas al dentista a pesar de presentar tendencia no llegan a relaciones significativas ($\rho=-0,247$; $p=0,087$; $\rho=-0,250$; $p=0,083$, respectivamente). A pesar de la relación con caries no se encuentra una asociación significativa entre autoeficacia en salud oral y COPD lo cual discrepa con lo encontrado por Hosseintalaei, y cols el 2017, en una muestra de 300 embarazadas iraníes, en donde hallaron asociación significativa entre el promedio del puntaje de autoeficacia con el promedio de COPD, mas no se evaluó cada componente del COPD por separado para poder comparar los resultados con el presente estudio. Estas discrepancias en cuanto a resultados podrían deberse a la utilización de instrumentos distintos, siendo utilizado por Hosseintalaei una escala de autoeficacia con preguntas relacionadas al cepillado de dientes y al cepillado interdental (Shamsi y cols., 2012), distinto al ocupado en este estudio, el cual evaluó autoeficacia para cepillado dental y para visitas al dentista. Por otra parte, al igual que los resultados encontrados en el presente estudio, Bakhtiar y cols. el año 2017 tampoco encontraron relación significativa a la hora de asociar COPD con un mayor o menor nivel de autoeficacia en salud oral.

En cuanto a IHO, este se relacionó de manera inversa y significativa con autoeficacia para cepillado dental, entendiéndose con esto que la confianza en las propias capacidades con respecto al cepillado dental tiene repercusiones sobre la higiene oral, entonces, a mayor autoeficacia en cepillado dental un menor IHO, siendo este resultado avalado por distintos estudios anteriores (Syrjälä y cols., 1999; Dziaugyte y cols., 2016; Bakhtiar y cols., 2018). En el presente estudio no se halló relación significativa entre IHO y autoeficacia para visitas al dentista, lo cual contrasta con los resultados hallados por Syrjälä y cols. el año 1999, pero que van en la línea de lo hallado por Serrano y cols. el año 2011. Los resultados en cuanto a esta asociación son dispares, y esto podría deberse a las diferencias de las muestras a estudiar, siendo en este estudio, la población objetivo, embarazadas, mientras que en los otros dos estudios, pacientes diabéticos.

En el presente estudio se halló un promedio en cuanto a índice gingival de 0,64 (DE: 0,74), el cual es significativamente menor al encontrado en una muestra de embarazadas iraníes, las cuales presentaron un promedio de 1,57 (Rahmani y cols., 2019), esta diferencia podría deberse al hecho de que las participantes de este estudio, al ser beneficiarias del GES de la embarazada, son pacientes con tratamiento periodontal ya iniciado, ya sea por medio de educación, motivación, profilaxis y/o destartraje de depósitos duros, lo cual repercute directamente en los resultados en cuanto a índice gingival, tendiendo estos a valores menores. No se encontró relación estadísticamente significativa entre autoeficacia en salud oral, ni los elementos que la conforman, con IG, lo que va en la línea de lo encontrado por Serrano y cols. el 2017, el cual tampoco halló asociación significativa entre autoeficacia en salud oral y condición gingival (evaluada por medio de sangrado al sondaje). En el presente estudio solo la pregunta específica sobre la realización de cepillado dental al estar cansado en la noche presentó asociación significativa con IG ($r = -0,322$; $p = 0,024$), lo que contrasta con Serrano que encontró asociación significativa entre porcentaje de hemorragia al sondaje y la pregunta específica que dice sobre realización de cepillado al tener mucho trabajo por medio de correlación de Spearman con $p = 0,02$). Frente a la misma pregunta nuestro estudio presentó un $p = 0,164$ al relacionarlo con IG, siendo la pregunta con el segundo valor de probabilidad más bajo en el ítem de autoeficacia para cepillado dental. A pesar de hallarse resultados que apuntan hacia lo mismo es importante tener en consideración que el estado gingival fue evaluado por medio de métodos distintos.

Dentro de las limitaciones presentes en esta investigación están el contar con una muestra pequeña de 50 pacientes, no alcanzando así el n definido inicialmente de 100 embarazadas, lo cual podría hacernos cometer errores tipo II, pudiendo ser nuestras estimaciones más inseguras o imprecisas. El hecho de que las embarazadas participantes del estudio asistieran de forma voluntaria podría tener relación a que son personas más preocupadas de su salud oral que la población

en general, lo cual podría dar cierto nivel de sesgo a nuestro estudio. Es necesario también para la realización de futuros estudios nacionales, el contar con un instrumento para medir el nivel de literacidad en salud oral validado en la población chilena, ya que el instrumento utilizado en este estudio, fue validado entre inmigrantes hispanoparlantes en los Estados Unidos. Todas las embarazadas fueron reclutadas para este estudio desde el CESFAM Vista Hermosa, Puente Alto, lo cual podría limitar la posibilidad de extrapolar estos resultados a otras poblaciones de embarazadas.

CONCLUSIONES.

El entendimiento actual del proceso de enfermedad obliga a tener consideraciones no solo en el ámbito biológico o fisiológico de esta, sino que entenderla como un proceso multifactorial.

Resulta importante entregar a la población herramientas, por medio de la educación y prevención, las cuales les permitan el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas que logren empoderar al paciente y hacerlo consciente de que la calidad en cuanto al estado de su salud oral no está solo relegada al quehacer del cirujano dentista, sino que también a su propio entendimiento sobre la materia y las creencias propias de cuan capaz se es como paciente de influir en su propio estado de salud oral. Es por lo mismo que la aplicación de cuestionarios que intentan medir variables sicosociales que pudiesen tener relación con el estado de salud resulta importante como método para entender al proceso de enfermedad desde una visión más amplia.

Dentro de las conclusiones finales se puede establecer que:

- El nivel de literacidad en salud oral en embarazadas, evaluado por medio del instrumento OHLA-S, presenta relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) y positiva con nivel educacional.

- El promedio de nivel de literacidad en salud oral es mayor en embarazadas no primigestas en comparación a las que cursan su primer embarazo.
- El nivel de literacidad en salud oral en embarazadas, evaluado por medio del instrumento OHLA-S, no presenta relación estadísticamente significativa($p \geq 0,05$) con el estado de salud oral evaluado a través de los índices COPD,IG e IHO.
- El nivel de autoeficacia en Salud oral presenta una relación significativa e inversa con el número de caries presentes en la población embarazada participante de este estudio ($p \leq 0,05$) pero no con las variables COPD ni sus componentes O y P, IG, e IHO.
- El nivel de autoeficacia para cepillado dental presenta una relación significativa e inversa con el IHO de las participantes de este estudio ($p \geq 0,05$).
- El nivel de autoeficacia para cepillado dental no presenta relación significativa con las variables COPD, ni sus componentes por separado, ni con IG.
- El nivel de autoeficacia para visitas al dentista no presenta una relación significativa con las variables COPD, ni sus componentes por separado, ni tampoco IHO, e IG.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administration C for DC and PHR and S. Healthy People 2010: Educational and Community Based Programs [Internet]. Washington DC; 2010. Available from: <http://www.healthypeople.gov/2010>

Al Habashneh, R., Guthmiller, J., Levy S., Johnson G., Squier C., Dawson D. & Fang Q. (2005). Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *Journal of Clinical Periodontology*, 32(7), 815–821.

Atchison K., Gironde, M., Messadi D., & Der-Martirosian, C. (2010). Screening for oral health literacy in an urban dental clinic. *Journal of Public Health Dentistry*, 70(4), 269–275.

Bandura A.(1977) Self efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychol Rev.* 84:191-215.

Berkman N. ,Sheridan S., Donahue, K., Halpern, D., & Crotty K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97.

Blinkhorn A. (2010)Influencing patients' oral hygiene behaviours. *Evid Based Dent* ;11(2):41.

Buglar, M., White K., & Robinson N. (2010). The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: Testing an extended Health Belief Model. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 269–272.

Cáceres Salas D, Nunez Franz M.(2004). Diagnóstico bucal en primigestas que acuden a control prenatal al Consultorio Julio Contardo, . Trabajo de investigación requisito para optar al título de cirujano dentista. Universidad de Talca, Chile.

Carrión C., Nuñez L. (2004) Diagnostico de salud oral de primigestas que acuden a control prenatal al Consultorio Dr. Jose D. Astaburuaga, Talca-2004. Trabajo de

investigación requisito para optar al título de cirujano dentista, Universidad de Talca, Chile.

Carthery-Goulart, M., Anghinah R., Areza-Fegyveres R., Bahia V., Brucki S. M. D., Damin A., Nitrini R. (2009). Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 631–638.

Chapple, I., Van der Weijden F., Doerfer, C., Herrera, D., Shapira, L., Polak, D. Graziani F. (2015). Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. *Journal of Clinical Periodontology*, 42, S71–S76.

Chung M., Chen L., Peng L., & Chi, M. (2015). Development and validation of the health literacy assessment tool for older people in Taiwan: Potential impacts of cultural differences. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(2), 289–295.

Cid P, Orellana A, Barriga O. (2010) Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev. Méd. Chile* ;138(5):551-7.

Correa Ramírez, A., Ríos Erazo, M., Herrera Ronda, A., Bustos Reydet, C., & Rojas Alcaayaga, G.. (2015). Autoeficacia en salud oral: concepto, evaluación y tratamiento. *Avances en Odontoestomatología*, 31(5), 305-311.

Costa, S., Martins C., Bonfim M., Zina L., Paiva S., Pordeus I., & Abreu M. (2012). A Systematic Review of Socioeconomic Indicators and Dental Caries in Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(10), 3540–3574.

Cuevas S., Serey J. (2009) Determinantes de conductas en salud oral de embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas usuarias del Servicio de Atención Primaria de la Comuna de Independencia, Trabajo de investigación requisito para optar al título de cirujano dentista, Santiago, Chile.

Davis T, Long S, Jackson R, Mayeaux E, George R, Murphy P, Crouch M (1993) Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*, 25:391–395.

Dickson-Swift V., Kenny A., Farmer J., Gussy M., & Larkins S. (2014). Measuring oral health literacy: a scoping review of existing tools. *BMC Oral Health*, 14(1).

Gilbert B., Shulman H., Fischer L.(1999) The pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS): methods and 1996 response rates from 11 states *Matern Child Health J* 3: 199.

Gironda M, Der-Martirosian C., Messadi D., Holtzman J., & Atchison K. (2013). A brief 20-item dental/medical health literacy screen (REALMD-20). *Journal of Public Health Dentistry*, 73(1), 50–55.

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

Holtzman, J., Atchison K., Gironda M., Radbod R., & Gornbein J. (2013). The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university-based general dental clinic. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 42(3), 263–270.

Hom, J., Lee J., Divaris K., Baker A., & Vann W. (2012). Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. *The Journal of the American Dental Association*, 143(9), 972–980.

Institute of Medicine(2004), *Health literacy a prescription to endconfusion*. Washington, D.C., National Academies Press. Pages 3-16, 2004.

Jones K, Parker E, Mills H, Brennan D, Jamieson LM.(2014) Development and psychometric validation of a Health Literacy in Dentistry scale (HeLD) *Community Dent Health*. 2014 Mar;31(1):37-43.

Kakudate, N., Morita, M., Fujisawa, M., Nagayama, M., & Kawanami, M. (2007). Development of a Self-Efficacy Scale for Self-care (SESS) among Periodontal Disease Patients-Reliability and Validity Examination-. *Nihon Shishubyo Gakkai Kaishi (Journal of the Japanese Society of Periodontology)*, 49(4), 285–295.

Khan K., Ruby B., Goldblatt R., Schensul, J., & Reisine S. (2014). A pilot study to assess oral health literacy by comparing a word recognition and comprehension tool. *BMC Oral Health*, 14(1).

Klingberg G., & Broberg A. (2007). Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17(6), 391–406.

Koelen, M; Vaandrager, L; Colomé, C. (2001). Health promotion research: dilemmas and challenges. *Journal of Epidemiology Community Health*;55:257–262 .

Lee J., Stucky B., Rozier G., Lee S., & Zeldin L. (2012). Oral Health Literacy Assessment: development of an oral health literacy instrument for Spanish speakers. *Journal of Public Health Dentistry*, 73(1), 1–8.doi:10.1111/jphd.12000

Macek, M., Haynes D., Wells W., Bauer-Leffler S., Cotten, P., & Parker R. (2010). Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: preliminary results. *Journal of Public Health Dentistry*, 70(3), 197–204.

Makarem A., Talebi M., Mazhari F., & Kiyanoosh N. (2008). Evaluation of Oral and Dental Health Status of Khorasan Province Hemophilic Patients in 2004. *Journal of Mashhad Dental School*, 32(2), 161-168.

Ministerio de salud (MINSAL), Gobierno de Chile(2018).Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030, Ministerio de Salud, Chile.

Misrachi, C., Sassenfeld, A. (2007). Instrumentos para medir variables que influyen en las conductas de salud oral. *Rev. Dent. de Chile* 2007; 99 (2) pag 28-31

Misrachi, C.; Sáez, M. (1989). Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral". *Cuad. Med. Soc.*, XXX, 1989./ 27-33

Mizutani, S., Ekuni, D., Furuta, M., Tomofuji, T., Irie, K., Azuma, T., Morita, M. (2012). Effects of self-efficacy on oral health behaviours and gingival health in

university students aged 18- or 19-years-old. *Journal of Clinical Periodontology*, 39(9), 844–849.

National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services. *The invisible barrier: literacy and its relationship with oral health—a report of a workgroup sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services.* *J Public Health Dent* 2005; 65(3):174-182.

NewYork State Department of Health(2006). *Oral Health Care During Pregnancy and Early Childhood: Practice Guidelines.* NewYork City: NewYork State Department of Health. www.health.state.ny.us/publications/0824.pdf. Accessed July 11, 2012.

Oliverí C, Urra E. (2007) Autoeficacia y conductas de salud. *Cienc. Enferm*;13(1):9-15.

OMS (1987). *Ottawa Charter for Health Promotion.* First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986.

OMS (2005). *Sexta conferencia internacional para la promoción de la salud. Carta de Bangkok para la promoción de salud en un mundo globalizado.*

Parker R, Baker D, Williams M, Nurss J(1995) The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med*, 10:537–541.

Parthasarathy D., McGrath C., Bridges S., Wong H., Yiu C., Au T. (2014) Efficacy of instruments measuring oral health literacy: a systematic review. *Oral Health Prev Dent.* ;12:201-207.

Powell,V.(1998). *Caries prediction: a review of the literature”.* *Community Dentistry And Oral epidemiology* 26,pp 361-71.

Robbinson L. (2012). *Oral Health Literacy.* *Journal of the California Dental Association*, 40 (4), 313-14.

Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al (2002). Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *JAMA*, 288(4), 475.

Schwarzer R., Antoniuk A., & Gholami M. (2014). A brief intervention changing oral self-care, self-efficacy, and self-monitoring. *British Journal of Health Psychology*, 20(1), 56–67.

Serrano C., Pardo G., Barrera L., Gambia L., Másmela A., Zorro S. (2011). Relationship among metabolic control, oral parameters and self-efficacy in diabetic patients. *Acta odontológica latinoamericana : AOL*. 24. 53-60.

Serrano C., Niño M., Romero A (2017). Correlaciones entre la condición gingival, prácticas, creencias y modelos de comportamiento de salud oral en estudiantes universitarios de Bogotá, Colombia ,*Universitas Odontologica*. 35.

Simón-Soro, A., & Mira, A. (2015). Solving the etiology of dental caries. *Trends in Microbiology*, 23(2), 76–82.

Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633–640.

Syrjälä A., Knecht M., Knuuttila M. (1999). Dental self-efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. *J Clin Periodontol*. 26: 616–621.

Taylor D., Fraser S., Dudley C., Oniscu G., Tomson C., Ravanan R., & Roderick, P. (2017). Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*.

Traeger Gallardo R., Moya P., Prevalencia y severidad de caries dental en embarazadas atendidas por GES “Salud Oral Integral”, en un centro de salud de atención primaria, comuna de Punitaqui, IV Región de Coquimbo. *Universidad Finis Terrae*. Tesis de pregrado. 2013.

U.S. Department of Health and Human Services, *HealthyPeople 2010*, second ed., *With understanding and improving health and objectives for improving health*, two vols., Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, November 2000.

U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2nd ed. Washington: U.S. Government Printing Office; 2000:11-20.

Vamos, C., Thompson E., Avendano M., Daley E., Quinonez R., & Boggess K. (2015). Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 43(5), 385–396.

Vann W., Lee J., Baker D., & Divaris K. (2010). Oral Health Literacy among Female Caregivers. *Journal of Dental Research*, 89(12), 1395–1400.

Vergnes J., Sixou M. (2007). Preterm Low Birth Weight and Maternal Periodontal Status: A Meta-Analysis. *Obstetric Anesthesia Digest*, 27(3), 155–156.

Vermeire E., Hearnshaw H., Van Royen P. & Denekens J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. Warwick. *Journal of clinical Pharmacy and Therapeutics*. 26, 331-342.

Vernon J., Trujillo A., et al (2012) Low health literacy: implications for national health policy. <http://www.gwumc.edu/sphhs/departments/healthpolicy/>

Vilella K., Alves S., de Souza, J., Fraiz F., & Assunção L. (2016). The Association of Oral Health Literacy and Oral Health Knowledge with Social Determinants in Pregnant Brazilian Women. *Journal of Community Health*, 41(5), 1027–1032.

Waldrop D., Lightsey O., Jr Ethington, C., Woemmel C., & Coke A. (2001). Self-efficacy, optimism, health competence, and recovery from orthopedic surgery. *Journal of Counseling Psychology*, 48(2), 233–238.

Watt R., & Petersen P. (2012). Periodontal health through public health - the case for oral health promotion. *Periodontology 2000*, 60(1), 147–155.

Wehmeyer M., Corwin C., Guthmiller J., & Lee J. (2012). The impact of oral health literacy on periodontal health status. *Journal of Public Health Dentistry*, 74(1), 80–87.

White S., Chen J., Atchison R. (2008). Relationship of Preventive Health Practices and Health Literacy: A National Study. *American Journal of Health Behavior*, 32(3).

Wong, H., Bridges S., Yiu, C., McGrath C., Au T., & Parthasarathy D. (2012). Development and validation of Hong Kong Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 3(2), 118–127.

Xiong X., Buekens P., Fraser W., Beck J., & Offenbacher S. (2006). Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(2), 135–143.

ANEXOS

**ANEXO 1. INFORME DE APROBACION DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA – UNIVERSIDAD DE CHILE.**



28/10/2013

ACTA DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

ACTA N°: 2013/19

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

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



28/10/2013

ACTA DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

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

8. Carácter de la población

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



28/10/2013

ACTA DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

8. Fundamentación de la aprobación

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

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

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

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

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



[Handwritten signature]
Dra. María Angélica Torres
Presidente Comité Ético

ANEXO 2. ACTA DE APROBACION DEL COMITÉ DE ÉTICA CESFAM VISTA HERMOSA

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE COMITE ETICO-CIENTIFICO

ACTA DE APROBACION EJECUTIVA

Santiago, Chile 07 de Octubre 2015

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

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

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

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

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



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



C.C: Archivo.

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ea-28/10/2013



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

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (EMBARAZADAS Y ADULTOS DE 60 AÑOS)

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

Investigador principal: Psicólogo Matías Ríos E.

Organización: Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Patrocinador: Fondo para la Investigación en Odontología (FIOUCH), Dirección de Investigación, Facultad de Odontología, Universidad de Chile

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

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

INFORMACION PARA EL PARTICIPANTE

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

El estudio incluirá a un número total de 270 participantes: 70 adolescentes de 12 años, 100 embarazadas y 100 adultos de 60 años, que accedan voluntariamente a participar en este estudio. Pueden participar sujetos de nacionalidad chilena, adolescentes entre 12 y 13 años de



1/3

edad, embarazadas entre 25 y 40 años y adultos entre 60 y 61 años de edad, que tengan ficha clínica y estén en tratamiento odontológico en el establecimiento de salud correspondiente. No podrán participar pacientes que presenten condiciones sistémicas que afecten severamente la salud bucal, ya que dichas condiciones influyen mucho en la relación entre las variables psicosociales y los indicadores de salud bucal, no siendo el objetivo de este estudio

Para evaluar la ansiedad dental, la literacidad y la autoeficacia, las personas participantes deberán contestar una serie de encuestas: El Índice de ansiedad dental (IDAF 4C+), que mide ansiedad dental, la escala Evaluación de Literacidad en Salud Oral, versión en español (OLAH-S) y la Escala de Autoeficacia Dental (AMS)

Si Ud. decide participar, deberá responder estos tres cuestionarios auto-aplicados y eso no le tomará más de 25 minutos. Además, se evaluará el estado de su salud oral por medio de una toma de muestra de saliva para examen microbiológico. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y si no quiere participar no se afectará en ningún sentido el tratamiento que actualmente recibe en el consultorio. Si decide participar y después cambia de opinión, puede renunciar a su participación más adelante, incluso si ya habla confirmado su participación firmando este papel.

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

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

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



BA-28/10/2013

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

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

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

<i>Nombre del participante</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>
--------------------------------	--------------	--------------

<i>Nombre de quien toma el consentimiento</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>
---	--------------	--------------

<i>Nombre del investigador responsable</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>
--	--------------	--------------

<i>Nombre del Director del establecimiento o su representante</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>
---	--------------	--------------



ANEXO 4: CUESTIONARIO OHLA-S

N°	Palabra	Alternativa 1	Alternativa 2
1	Azúcar	Dulce	Amargo
2	Fumar	Pulmón	Estomago
3	Cepillar	Pasta de dientes	Jabón
4	Pulpa	Nervio	Lengua
5	Frenos	Alinear	Torcer
6	Genética	Familia	Amigo
7	Restauración	Tratamiento	Instrumento
8	Bruxismo	Rechinar	Tragar
9	Absceso	Pus	Mucosidad
10	Extracción	Sacar	Reemplazar
11	Dentadura postiza	Sintético	Natural
12	Esmalte	Superficie	Adentro
13	Dentición	Dientes	Boca
14	Cálculo	Duro	Suave
15	Encía	Rosada	Blanca
16	Maloclusión	Mordida	Herida
17	Incipiente	Temprano	Tarde
18	Caries	Cavidad	Úlcera
19	Periodontal	Encías	Paladar
20	Hipoplasia	Defecto	Intacto
21	Halitosis	Aliento	Tos
22	Analgésico	Aspirina	Vitamina
23	Fístula	Drenaje	Verruga
24	Temporomandibular	Articulación	Cuello

ANEXO 5: PRUEBAS DE NORMALIDAD PARA VARIABLES EN ESTUDIO.**Pruebas de normalidad**

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Sumatoria Ohla-s	,180	46	,001	,924	46	,005
Sumatoria Cepillado						
Autoeficacia en Salud Oral	,109	46	,200*	,948	46	,038
Sumatoria Visita al dentista Autoeficacia en Salud oral	,088	46	,200*	,976	46	,467
as_total	,091	46	,200*	,989	46	,946
C	,444	46	,000	,552	46	,000
O	,144	46	,018	,946	46	,032
P	,320	46	,000	,681	46	,000
COPD	,112	46	,187	,947	46	,035
IG_Pac	,195	46	,000	,818	46	,000
IHO_Pac	,242	46	,000	,843	46	,000

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors