



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

“Validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad del cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral A-MHS en una muestra de embarazadas en la Región Metropolitana”

Gabriela Velásquez Hueche

Trabajo de investigación

Requisitos para optar al título

De cirujano dentista

Tutor principal

Prof. Andrea Herrera Ronda

Tutor asociado

Prof. Matías Ríos Erazo

Adscrito a Proyecto FONIS FIOUCH 13-005

Santiago de Chile 2019

ÍNDICE

I. Resumen.....	4
II. Marco teórico.....	5
II.1. Autoeficacia	6
II.2. Validez.....	8
II.2.1. Validez de contenido.....	8
II.2.2. Validez de constructo.....	8
II.3.2. Confiabilidad.....	9
III. Hipótesis y Objetivos.....	11
III.1. Hipótesis.....	11
III.2. Objetivo general.....	11
III.3. Objetivos específicos.....	11
IV. Materiales y Métodos.....	12
IV.1. Tipo de estudio.....	12
IV.2. Universo.....	12
IV.3. Muestra.....	12
IV.4. Técnica de recolección de datos.....	13
IV.5. Aspectos éticos.....	13
IV.6. Diseño de estudio.....	14
IV.7. Instrumento	14
IV.8. Obtención de la validez.....	14
IV.8.1. Validez de contenido.....	14
IV.8.2. Validez de constructo.....	16
IV.9. Obtención de la confiabilidad.....	16
IV.10. Análisis estadístico.....	17
V. Resultados.....	18
V.1. Caracterización de la muestra.....	18
V.2. Estadísticos descriptivos del cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral.....	21

V.2.1. Cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral	21
V.3. Validez de contenido.....	24
V.4. Validez de Constructo.....	24
V.5. Confiabilidad.....	27
VI. Discusión.....	28
VII. Conclusión.....	31
VIII. Referencias Bibliográficas	32
IX. Anexos.....	39

Resumen

En odontología existen diversas poblaciones de riesgo y de mayor vulnerabilidad a la hora de determinar maniobras de prevención en salud oral como lo son los niños, embarazadas y población de adulto mayor. Además de la realización de maniobras preventivas y de tratamiento, existe una parte de este que es tarea de nuestros pacientes, la cual se realiza fuera de la consulta dental. Esto es, la mantención de las medidas de higiene e indicaciones post tratamiento, que finalmente determina el éxito a largo plazo de su salud oral.

Esta tesis es un estudio transversal descriptivo adscrito al proyecto FIOUCH 13-005 “Factores psicosociales como determinantes para la salud oral de adolescentes, embarazadas y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la región metropolitana.

La muestra consistió en 72 mujeres chilenas embarazadas mayores de 18 años, que se atendían en servicios de atención primaria de la región metropolitana. Se les aplicó el cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral (A-MHS versión modificada en español), con el objetivo de determinar su validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad del cuestionario a través del coeficiente alfa de Cronbach.

El análisis factorial confirmatorio arrojó tres factores que determinan la Autoeficacia en el Cuestionario, el factor de autoeficacia en el cepillado dental, autoeficacia en las visitas al dentista y la autoeficacia en manejo de situaciones de estrés o dolor en los pacientes. El análisis de la consistencia interna en primera instancia arrojó un valor alfa de Cronbach 0,823, considerado como bueno.

En conclusión, el Cuestionario de Autoeficacia en salud Oral (A-MHS versión modificada en español) presentó una adecuada validez de contenido, adecuada validez de constructo y buena confiabilidad, por lo que se recomienda su uso para la medición de Autoeficacia en Salud Oral en mujeres embarazadas que acudan a los servicios de atención primaria de la Región Metropolitana.

II. Marco teórico

En la medicina en general y específicamente en el área de la odontología el tratamiento dental no termina cuando el paciente se va de la consulta dental, ya que posteriormente sigue la fase de mantención y controles los cuales dependen mayormente de la conducta de los pacientes y de su compromiso con su salud y tratamiento.

La adherencia al tratamiento es un tema de bastante interés, ya que en el quehacer odontológico se ve que un número importante de pacientes posterior a sus tratamientos y rehabilitaciones no asisten a los controles dentales, lo que conlleva muchas veces a un fracaso de los mismos por su falta de continuidad. Esto plantea las interrogantes de ¿Qué es lo que gatilla esta falta de adherencia? ¿De qué manera se podría predecir e intervenir tempranamente en la toma de conciencia y compromiso con el tratamiento?

Dentro de este contexto es donde se acuña el concepto de Autoeficacia en Salud Oral y los beneficios que existen al tener un instrumento que la mida y generar herramientas que la aumenten, para lograr cambios en la toma de conciencia y compromiso de los pacientes respecto a su salud oral.

En odontología existen diversas poblaciones de mayor riesgo y susceptibilidad como son la población de primera infancia, mujeres embarazadas y adulto mayor.

Las mujeres embarazadas son una población en la que una intervención oportuna puede generar cambios beneficiosos tanto para la madre como para el hijo, que a largo plazo se traducirá en la reducción en las consultas odontológicas enfocadas al tratamiento, siendo reemplazadas estas por maniobras preventivas y educación.

Se ha demostrado la correlación de las enfermedades periodontales durante el embarazo y los efectos adversos tales como la preeclampsia, parto prematuro, bajo peso al nacer y la hospitalización del neonato (1). El aumento de la progesterona

durante el embarazo allana el camino para las encías inflamadas. La inflamación de las encías (Gingivitis) es frecuente durante el embarazo, incide en alrededor del 30% de las mujeres embarazadas (2), el granuloma piógeno puede ocurrir en respuesta a estímulos tales como gérmenes, dientes fracturados o impactación de alimentos (3).

En general, en el mundo actual de la ciencia se conciben las enfermedades dentales como multifactoriales. El mecanismo implicado en la aparición de la caries dental tiene que ver con los hábitos y el estilo de vida que influyen en la aparición y progreso de la enfermedad (4,5)

En la actualidad las políticas de salud en el área dental además de tener un enfoque respecto al tratamiento también están orientadas a la prevención y educación. Por lo que, si a esto se le suma el sentido de autoeficacia en los cuidados dentales posterior a los tratamientos, se podría llegar a un aumento en la adherencia y compromiso con el tratamiento de las pacientes, con un posterior traspaso de estos hábitos a sus hijos y grupo familiar, lo que a largo plazo se traduciría en una disminución de niños con caries temprana de la infancia y con adultos con mayor toma de conciencia en su salud dental.

II.1. Autoeficacia

-Bandura afirma que el comportamiento de los pacientes está asociado a las expectativas de eficacia y resultados. La expectativa de resultado está relacionada con la consecución de un resultado deseado al tomar una acción, mientras que la expectativa de eficacia está relacionada con la confianza que tiene un individuo para realizar una acción necesaria y producir el resultado deseado, esto se denomina autoeficacia (6,7). En conclusión, la autoeficacia es un importante factor para predecir la acción individual y controlar las respuestas emocionales posteriores, relacionándose con la confianza general individual para llevar a cabo las acciones necesarias para alcanzar un objetivo. Cuando se aplica al entorno clínico, la autoeficacia se refiere a percepción del paciente sobre su capacidad para realizar las acciones necesarias para mejorar y mantener su salud, donde existen dos tipos

de una general y otra específico. La autoeficacia general refleja las tendencias generales y estables de un individuo, y la autoeficacia específica son creencias relacionadas con una determinada tarea (8,9,10).

La Teoría Cognitiva Social (TCS) afirma que el comportamiento de los individuos es una función de las expectativas de las personas sobre las consecuencias de la acción (expectativas de resultados), sus habilidades para ejecutar la acción (autoeficacia) y sus creencias de que la acción logrará un resultado deseado (eficacia de respuesta) (11). La autoeficacia ha predicho una gama de comportamientos saludables, incluido el autocuidado oral (12,13,14) y es a menudo incluido en otros modelos de comportamiento de salud, como en el modelo de creencias en salud (HBM), donde ha mejorado la eficacia predictiva de este modelo (15,16,17,18,19,20).

En relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de éstos y consistentemente los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia (21)

Varios estudios relacionan la autoeficacia general y específica con el manejo de enfermedades como Periodontitis Crónica (22) Diabetes (23) y manejo del dolor (24) donde mediante estrategias cognitivo conductuales se optimiza el manejo de éstas y la adhesión a los tratamientos.

II.2 Validez

El proceso de validación de un documento consta de etapas: En primera instancia el documento debe estar validado en su idioma original. Luego debe ser traducido desde su idioma original al idioma que se desea validar, adaptándolo culturalmente al medio donde será utilizado, y comprobar que mantiene sus propiedades. Para eso debe cumplir con la evaluación de las características psicométricas cuyos componentes son validez y confiabilidad (25).

La validez de un cuestionario es un proceso complejo que implica evaluar en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, es decir si cumple con la función para lo que ha sido diseñado (25, 26). Se compone, entre otros, de la validez de contenido y validez de constructo.

II.2.1. Validez de contenido

La validez de contenido evalúa si la encuesta abarca todas las dimensiones del fenómeno a medir. Uno de los mecanismos más comúnmente utilizados es a través del método Delphi, en donde se aplica un cuestionario a un grupo de expertos sobre el tema en una primera instancia, y una vez obtenido los resultados se vuelve a aplicar la encuesta, y dichos productos son analizados por el responsable del estudio para sacar conclusiones (27).

II.2.2. Validez de constructo

La validez de constructo, en tanto, es entendida como la coincidencia de resultados obtenidos con otros test que midan el mismo fenómeno, y puede ser evaluada de tres formas: validez convergente-divergente, análisis factorial y validez discriminante. Cualquiera de estos métodos es recomendado para obtener dicho índice (26).

El Análisis Factorial (AF) es un análisis estadístico multivariante que reduce un conjunto de variables interrelacionadas en un número de variables comúnmente llamado factores (26). Existen dos tipos de análisis factorial, el análisis factorial exploratorio (AFE) usado cuando no se conoce previamente los factores definitorios de la variable, y el análisis factorial confirmatorio (AFC) cuando se comienza con factores definidos y se comprueba la adecuación de los mismos al constructo teórico (28). Para realizar el análisis factorial, es necesario que exista una correlación entre las variables del instrumento (26).

II.3. Confiabilidad

La confiabilidad o fiabilidad es el grado de precisión que expresa el test como instrumento de medición de un rasgo determinado. Es evaluar que tan estable es el instrumento de medición frente a lo que tiene que medir (25). Hay diversas técnicas para determinar la confiabilidad de un instrumento de medición. El método utilizado depende de la naturaleza del instrumento (29).

Para evaluar la confiabilidad es necesario tener una consistencia interna, una estimación de la estabilidad, una equivalencia entre las versiones del documento a validar y que exista una armonía inter jueces (26). Uno de los métodos más utilizados para medir la confiabilidad es la medida de consistencia interna, el cual indica la intensidad con la que se relaciona un ítem con otro. Un coeficiente útil para medir la consistencia interna es el alfa de Cronbach (30). El cual se interpreta a partir de ciertos criterios, expresados en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterio de interpretación de los valores de Alfa de Cronbach

Valor alfa de Cronbach	Interpretación
Coeficiente alfa > a 0.9	Excelente
Coeficiente alfa > a 0.8	Bueno
Coeficiente alfa > a 0.7	Aceptable
Coeficiente alfa > a 0.6	Cuestionable
Coeficiente alfa > a 0.5	Pobre
Coeficiente alfa > a 0.4	Inaceptable

Considerando todo lo mencionado, es que la presente investigación tiene como objetivo determinar la validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad del cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral (A-MHS versión modificada en español). Es un cuestionario corto y sencillo de aplicar, por lo que es el instrumento ideal para ser utilizado en atención primaria del país.

III. Hipótesis y objetivos

III.1. Hipótesis

Se presentará un adecuado nivel de validez de constructo, validez de contenido y confiabilidad del Cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral (A-MHS versión modificada en español)

III.2. Objetivo General

Determinar la validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad del Cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral (A-MHS versión modificada en español) en una muestra de mujeres embarazadas mayores de 18 años, en centros de salud primaria de la Región metropolitana, Santiago de Chile.

III.3. Objetivos Específicos

1. Determinar la validez de contenido del cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral (A-MHS versión modificada en español) en una muestra de mujeres embarazadas mayores de 18 años, en centros de salud primaria de la Región metropolitana, Santiago de Chile.

2. Determinar la validez de constructo del cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral (A-MHS versión modificada en español) en una muestra de mujeres embarazadas mayores de 18 años en centros de salud primaria de la Región metropolitana, Santiago de Chile.

3. Determinar la confiabilidad del cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral (A-MHS versión modificada) en una muestra de mujeres embarazadas mayores de 18 años, en centros de salud primaria de la Región metropolitana, Santiago de Chile.

IV. Materiales y métodos

Metodología

IV.1. Tipo de estudio

No experimental, del tipo transversal y descriptivo.

IV.2. Universo

Mujeres embarazadas que asisten a centros de salud primaria de la región metropolitana.

IV.3. Muestra

Tipo de muestra por conveniencia. Tamaño de la muestra estará compuesto por un número 72 mujeres embarazadas, calculado a partir de Gorsuchy cols (31), quien define que es necesario un mínimo de 3 a 5 sujetos por ítem para obtener valores confiables.

Los pacientes serán reclutados de dos centros de atención primaria de la región metropolitana: CESFAM Santa Amalia, de la comuna de La Florida y CESFAM Vista Hermosa, de la comuna de Puente Alto.

Criterios de Inclusión:

- Nacionalidad chilena.
- Embarazadas mayores de 18 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.

Cada sujeto seleccionado para participar en el estudio deberá firmar un consentimiento informado en el cual accedieron a ser evaluados.

IV.4. Técnicas de recolección

Se aplicó el cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral (AMHS versión modificada en español) con las modificaciones correspondientes realizadas por el criterio de expertos en el proceso de análisis post traducción, que consistió en la eliminación de un ítem de preguntas relacionadas con el cepillado interproximal, el que se decidió eliminar, ya que no todos los pacientes lo utilizan por desconocimiento de su importancia o de su uso. Las participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión fueron invitadas a participar en el proyecto FIOUCH 13-005. Una vez firmado el consentimiento informado se les aplicó el cuestionario a las pacientes.

IV.5. Aspectos éticos

El presente estudio se enmarca dentro de un proyecto FIOUCH13-005 llamado “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”

Siendo aprobado por el comité de ética de la facultad de odontología de la Universidad de Chile y por el comité de ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO).

IV.6. Diseño del estudio

La validación de un instrumento consta de etapas según lo mencionado por Carvajal y cols (25). Validación en su idioma original y tener su adaptación al idioma español, luego comprobar la mantención de sus propiedades de validez y confiabilidad para ser aplicado en mujeres embarazadas chilenas (26)

IV.7. Instrumento

El cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral (A-MHS versión modificada en español) consiste en 5 preguntas relacionados con el ítem de cepillado y 7 con el ítem de visitas dentales, con preguntas relacionadas con diversas situaciones en las cuales se cepillan los dientes y visitan al dentista con 4 respuestas posibles Completamente seguro (4 puntos), Bastante seguro (3 puntos), Bastante seguro que no (2 puntos), Completamente seguro que no (1 puntos).

IV.8. Validez de Contenido

El cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral (A-MHS versión modificada en español) se sometió a juicio de 4 expertos. Todos los expertos pertenecen a la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile en donde desempeñan labores de docencia y/o investigación. Fueron seleccionados debido a su amplio conocimiento y experiencia con el tema, Autoeficacia en Salud Oral.

Panel de expertos consultados:

1. Cirujano Dentista, especialista en Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial. Académico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

2. Cirujano Dentista y Psicólogo, magíster en ciencias odontológicas, doctorado en psicología. Profesor asociado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.
3. Psicólogo, magíster en psicología clínica. Profesor asistente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.
4. Psicólogo, magíster en psicología de la salud. Académico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

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

- Carta de solicitud de colaboración a experto en archivo Word, en la cual se indicó la metodología a utilizar (Anexo).
- El cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral (A-MHS versión modificada en español) en idioma español en archivo Excel (Anexo).

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

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

IV.9. Validez de Constructo

- Se determinó la validez de constructo del Cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizando el método de correlación de variables, realizando el test de Bartlett y el índice de Kaiser Meyer Olkin.
- La prueba de esfericidad de Bartlett evalúa la aplicabilidad del análisis factorial de las variables estudiadas. El modelo es significativo cuando se puede aplicar el análisis factorial, esto ocurre cuando $p \leq 0.05$ (32)

La medida KMO contrasta si las correlaciones parciales entre las variables son suficientemente pequeñas. El estadístico KMO varía entre 0 y 1. Los valores pequeños indican que el análisis factorial puede no ser una buena idea, dado que las correlaciones entre los pares de variables no pueden ser explicadas por otras variables. Los valores menores de 0,5 indican que no debe utilizarse el análisis factorial con los datos muestrales que se están analizando (33).

Otros autores consideran un valor igual o mayor a 0,7 como factible para realizar el análisis factorial. (26).

IV.10 Obtención de la confiabilidad

Se determinó la confiabilidad de cuestionario de autoeficacia en salud Oral (versión modificada en español). Se obtuvo por medio de la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach, cuyos valores oscilan entre 0 y 1. Se considera que existe una buena consistencia interna cuando el valor de alfa es superior a 0,7 (34)

IV.11 Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó a través del software “Paquete estadístico para las ciencias sociales” (SPSS en sus siglas en inglés) versión 18.0.

Se realizó una descripción de la muestra y análisis estadístico de frecuencia de los datos recopilados de las participantes, además de un análisis de frecuencia de las respuestas de cada pregunta, junto con su media y desviación estándar.

Se realizó un análisis factorial confirmatorio para determinar la validez de constructo. La medición del Alfa de Cronbach para determinar confiabilidad, prueba r de Pearson para evaluar asociaciones entre las preguntas y un análisis de los componentes principales mediante el método de rotación Varimax.

V.Resultados

V.1.Caracterización de la muestra

La muestra obtenida estuvo compuesta por un total de 72 pacientes, cuyas edades fluctuaban entre los 18 y 40 años de edad (28 años de edad promedio). La distribución en cuanto al servicio de salud primario (CESFAM) fue de 47,2% en Santa Amalia y 52,8% en Vista Hermosa. Además, el estado civil de las participantes se distribuyó de la siguiente manera 52,8% solteras, 19,4% casadas y 27,8% conviven.

El 36,6% de las participantes eran primíparas y el 63,4% no. Este porcentaje corresponde al porcentaje valido, ya que una de las participantes no respondió a esta pregunta.

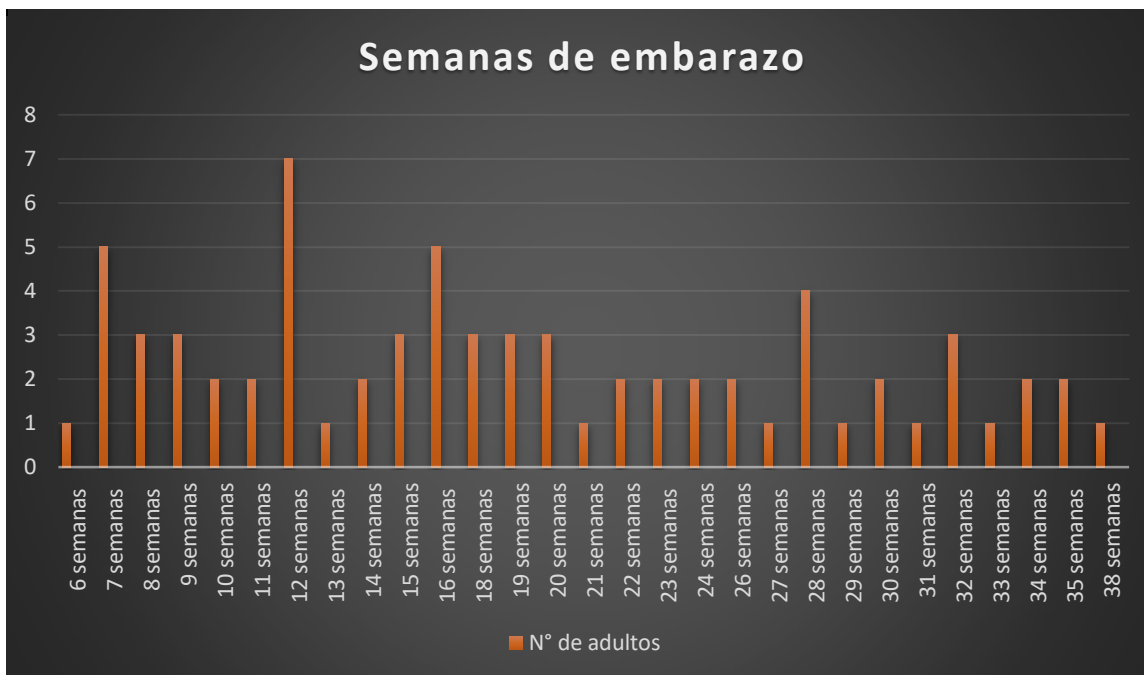
En la tabla 2 se representan los valores sociodemográficos

Tabla 2. Valores sociodemográficos

Variables	Frecuencias	Porcentaje (Valido(%))
Edad		
Menores de 25 años	22	30,6%
Igual o mayor de 25 años	50	69,4%
Cesfam		
Santa Amalia	34	47,2%
Vista hermosa	38	52,8%
Estado civil		
Soltera	38	52,8%
Casada	14	19,4%
Convive	20	27,8%
Primigesta		
Si	26	36,6 %
No	45	63,4 %

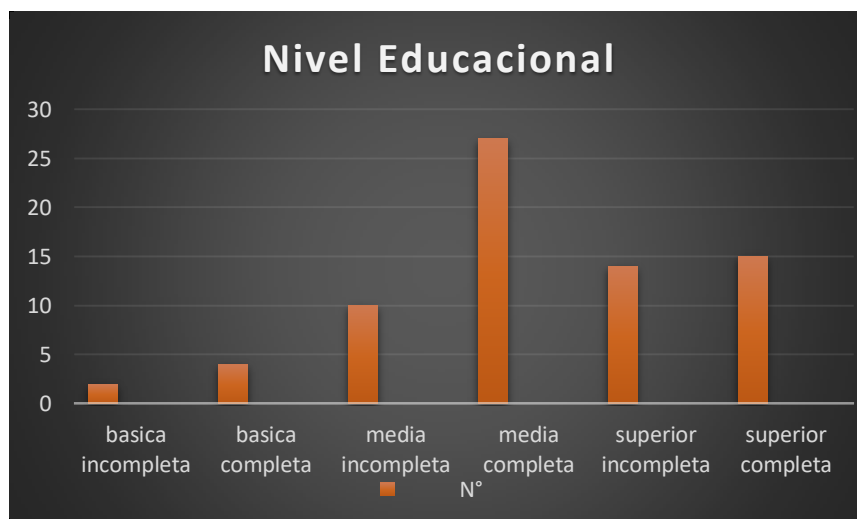
Descripción de la muestra

Gráfico 1. Semanas de embarazo



El promedio es de 19 semanas de embarazo y un 32,9% de las participantes presentó 12 semanas de embarazo (% valido ya que 2 pacientes no respondieron esta pregunta)

Gráfico 2. Nivel educacional



En relación al nivel educacional de las participantes encuestadas, existían 6 opciones de respuestas posibles (básica incompleta- básica completa-media incompleta-media completa-superior incompleta- superior completa).

En la muestra se vio que un 37,5% de las participantes completo estudios de enseñanza media

Respecto a la ocupación: 26 dueñas de casa (39,4%) , 4 estudiantes (6,1%), 33 trabajadoras dependientes (50%), 2 Trabajadoras independientes (3%), 1 Cesante (1,5%). Estos valores son los porcentajes validos, ya que 6 personas no la respondieron.

Los ingresos de las familias a las que pertenecen las participantes del estudio consistió en: una familia con un ingreso menor a los 80 mil pesos (1,4%), 7 con un ingreso entre 81 mil y 150 mil pesos (9,9%), 2 con un ingreso entre 151 mil y 220 mil pesos (2,8%), 12 con un ingreso entre 221 mil y 280 mil pesos (16,9%), 14 con un ingreso entre 281 mil y 450 mil pesos (19,7%), 20 con un ingreso entre 451 mil y 780 mil pesos (28,2%) y 15 con un ingresos mayor a 780 mil pesos (21,1%), estos datos son los porcentajes válidos, ya que existió una participante que no respondió esta pregunta, lo que se considera como dato perdido.

Los integrantes del grupo familiar de las participantes consistió: en 6 familias con 2 integrantes en su familia (8,3%), 19 con 3 integrantes en su familia (26,4%), 14 con 4 integrantes en su familia (19,4%), 13 con 5 integrantes en su familia (18,1%), 10 con 6 integrantes en su familia (13,9%), 3 con 7 integrantes en su familia (4,2%), 2 con 8 integrantes en su familia (2,8%), 1 con 9 integrantes en su familia (1,4%), 2 con 10 integrantes en su familia (2,8%), 1 con 13 integrantes en su familia(1,4%) y 1 con 16 integrantes en su familia (1,4%).

V.2. Cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral (versión modificada en español)

Este ítem consiste en saber ¿Con cuánta seguridad las pacientes se cepillarían los dientes en las siguientes situaciones?

Tabla 3. Ítems A

¿Qué tan seguro/a estas de cepillarse los dientes en las siguientes situaciones ?	Completa-mente seguro/a que no	Bastante seguro/a que no	Bastante seguro/a	Completa-mente seguro/a	Media	Desviación típica
A1. Cuando estás cansado/a en la noche	11,1%	19,4%	26,4%	43,1%	3,01	1,04
A2. Cuando no tienes que ir al dentista en un futuro cercano	4,2%	4,2%	30,6%	61,1%	3,48	0,76
A3. Cuando estás de vacaciones	2,8%	4,2%	23,6%	69,4%	3,59	0,70
A4. Cuando tienes mucho trabajo	5,6%	11,1%	36,1%	47,2 %	3,25	0,86
A5. Cuando tienes dolor de cabeza o te sientes enfermo/a	11,1%	15,3%	37,5%	36,1%	2,98	0,98

Este ítem consiste en saber: ¿Con cuánta seguridad las pacientes acudirían al dentista en las siguientes situaciones?

Tabla 4. Ítems B

¿Qué tan seguro/a estas de que visitarás al dentista con la frecuencia que se te ha aconsejado?	Completamente seguro/a que no	Bastante seguro/a que no	Bastante seguro/a	Completamente seguro/a	Media	Desviación típica
B1. Cuando el dentista no te surgiere visitarlo regularmente	40,3%	25%	20,8%	13,9%	2,00	1,08
B2. Cuando no tienes síntomas dentales	48,6%	26,4%	12,5%	12,5%	1,88	1,05
B3. Cuando tienes problemas de dinero	52,8%	18,1%	11,1%	18,1%	1,94	1,17
B4. Cuando estas ocupado/a	34,7%	33,3%	22,2%	9,7%	2,06	0,98
B5. Cuando no puedes agendar una hora con un dentista	25%	16,7%	33,3%	25%	2,58	1,12
B6. Cuando has tenido experiencias previas desagradables	38,9%	12,5%	19,4%	29,2%	2,38	1,27
B7. Cuando tienes miedo a intervenciones dolorosas	22,2%	9,7%	23,6%	44,4%	2,90	1,20

Se vio en las preguntas del cuestionario en que situaciones las participantes están completamente seguras de cepillarse los dientes: Durante las vacaciones con un 69,4% (50 personas), seguido de 61,1% (44 personas) cuando no tienen que ir al dentista en un futuro cercano, luego de un 47,2% (34 personas) cuando tiene mucho trabajo, después con un 43,1% (31 personas) cuando están cansados en la noche y finalmente con un 36,1% (26 personas) cuando tiene dolor de cabeza o cuando se sienten enfermas.

Respecto a que tan seguro están de visitar al dentista con la frecuencia que se te ha aconsejado, con un 44,4% (32 personas) cuando tienen miedo de intervenciones dolorosas, 29,2% (21 personas) cuando han tenido experiencias desagradables, 25% (18 personas) cuando no puedes agendar una hora con un dentista conocido, 18,1% (13 personas) cuando tienes problemas de dinero, 13,9% (10 personas) cuando el dentista no te sugiere visitarlo regularmente, 12,5% (9 personas) cuando no tienes síntomas dentales y finalmente 9,7% (7 personas) cuando estas ocupada.

V.3.Validez de contenido

Una vez recibidas las respuestas de los expertos vía correo electrónico, se procedió a analizar sus juicios y comentarios. El 100% de los expertos consideró que la traducción, redacción y congruencia del cuestionario de Autoeficacia en salud Oral (AMH-S) era adecuada para su aplicación en mujeres embarazadas que realizan su atención clínica en los centros de atención primaria de la región Metropolitana. En la reunión post-recepción de las respuestas, participaron los 4 expertos y consideraron que era necesario realizar modificaciones al cuestionario.

Respecto al análisis de validez de contenido. Los expertos consideraron que la pregunta B4 (¿Cuando estas ocupado/a?) de ítems visita al dentista presenta ambigüedad en la redacción y congruencia del Cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral (A-MHS versión modificada en español) y no pertenecía a ninguno de los tres factores a los que se asocian las preguntas. Por esto se sugirió eliminar esta

pregunta del cuestionario para evitar la ambigüedad de esta respuesta, ya que no mide Autoeficacia, de esta manera se adapta mejor al contexto cultural chileno.

V.4. Validez de Constructo

Se observa que el coeficiente KMO es alto, de 0,738. Mientras que la significancia es menor al 0,05. Por ende, el análisis factorial puede ser aplicado en la muestra

Tabla 5.

Medida de adecuación muestral de Káiser –Meyer-Olkin.	0,738
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado-aproximado Barlett	
gl	399,811
Sig	66
	0,000

Uno de los procedimientos para obtener el número de factores es la utilización del criterio de káiser (33), que consiste en conservar aquellos factores cuyo auto valor asociado sea mayor que 1. Al aplicar el análisis factorial confirmatorio este arrojó tres factores con valores de 4,176 que representa el 34,803% de la varianza del primer factor, segundo factor con valor de 2,473 que representa el 20,605% y finalmente el tercer factor con un valor de 1,333 que representa el 11,104%.

Tabla 6.

Componentes	Autovalores		Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza
1	4,176	34,803	34,803	4,176	34,803
2	2,473	20,605	55,408	2,473	20,605
3	1,333	11,104	66,512	1,333	11,104
4	0,914	7,621	74,133		
5	0,787	6,554	80,687		
6	0,571	4,759	85,446		
7	0,448	3,736	89,182		
8	0,368	3,068	92,250		
9	0,309	2,575	94,826		
10	0,272	2,267	97,092		
11	0,187	1,554	98,647		
12	0,162	1,353	100,000		

Análisis de componentes principales

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser

De acuerdo al análisis de los datos pertenecientes a cada factor se vio que el factor 1 abarca desde los ítems A1 al A5 siendo este factor aquel que mide autoeficacia en cepillado dental. El factor 2 corresponde a los ítems B1, B2 y B3 que mide autoeficacia en relación a visita al dentista y finalmente el factor 3 con los ítems B4, B5, B6 y B7 relacionados con la autoeficacia frente a situaciones que provocan ansiedad y falta de tiempo en los pacientes como es el caso de B4.

Tabla 7.

	1	2	3
A3	,870	,026	,010
A4	,837	-,032	,080
A2	,766	,096	-,028
A5	,765	-,033	,282
A1	,471	,255	,099
B2	,000	,906	,125
B1	-,011	,893	,124
B3	,199	,796	,330
B6	-,014	-,026	,827
B7	,176	,229	,785
B5	,060	,333	,709
B4	,231	,437	,532

V.5. Confiabilidad

El resultado del Alfa de Cronbach obtenido fue de 0,823 considerado bueno.

Análisis de la variación del Alfa de Cronbach si se elimina una de las preguntas.

Tabla 11.

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina un elemento
A1	,375	,818
A2	,360	,818
A3	,399	,816
A4	,383	,817
A5	,455	,812
B1	,483	,809
B2	,512	,807
B3	,676	,791
B5	,546	,804
B6	,358	,823
B7	,604	,798
B4	,581	,801

En el análisis de la confiabilidad del cuestionario se vió que la eliminación de la pregunta B6 no produce en un cambio en el Coeficiente de Alfa de Cronbach esto ocurre ya que la pregunta presenta ambigüedad en la interpretación, por esto no existe una variación en el Coeficiente de Confiabilidad, pero a diferencia de la pregunta B7 que es más específica en el mismo enfoque, la eliminación de esta pregunta provoca un cambio significativo en el valor de confiabilidad.

Por ello no es necesario eliminar la pregunta B6 ya que no representa variación en la confiabilidad.

Discusión

Los instrumentos de evaluación en salud deben ser sometidos a un proceso de evaluación de sus propiedades psicométricas, para poder garantizar su calidad. Este proceso consiste en adaptar culturalmente un instrumento al medio donde se quiere aplicar y así comprobar sus características psicométricas, en validez y confiabilidad (26)

En esta tesis de investigación se utilizó y evaluó el cuestionario de autoeficacia en salud Oral (versión modificada en español). Está investigación forma parte del proyecto FIOUCH 13-005 “Factores psicosociales como determinantes para la salud oral de adolescentes, embarazadas y adultos mayores beneficiarios del programa de salud oral en servicios de atención primaria de la región metropolitana. En la población chilena, son escasos los estudios respecto a Autoeficacia en Salud Oral, siendo este proyecto el primero en abordar este tema. La traducción de este cuestionario al idioma español también trae consigo una adaptación al contexto sociocultural, y se considera aún más importante realizar este tipo de investigación en grupos considerados vulnerables en cuanto a salud oral, como lo son las mujeres embarazadas.

La adherencia al tratamiento es un tema de bastante interés en el área, ya que gran parte de los pacientes posterior a sus tratamientos y rehabilitaciones no asisten a los controles dentales, lo que conlleva a un fracaso de los mismos por su falta de continuidad. En ello radica la importancia de realizar la toma de conciencia de los pacientes para lograr un nivel de compromiso y autoeficacia en su cuidado en salud oral.

El objetivo principal de este estudio es determinar la validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad del cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral (A-MHS versión modificada en español) en una muestra de mujeres embarazadas mayores de 18 años, en centros de salud primaria de la Región metropolitana, Santiago de Chile, para a futuro incorporar la posibilidad de aplicarlo a otra población odontológica e incluso en otras áreas de la salud.

Posterior al análisis factorial aparece un nuevo factor, el tercero, que indicó un tipo de autoeficacia relacionado con el control de ansiedad frente a tratamientos doloroso o con experiencia previas desagradables.

Esto habla de la presencia de situaciones que provocan estrés o ansiedad en los pacientes, que en algunos casos podría significar abandono de los tratamientos odontológicos. Las experiencias previas desagradables podrían provocar una situación de estrés o ansiedad en posteriores atenciones odontológicas, para esto se podrían implementar maniobras que generen una mejor autoeficacia en el control y manejo de ansiedad dental.

En el proceso de búsqueda de información respecto a Autoeficacia en Salud General se encontraron estudios que relacionan Autoeficacia y en aspectos de prevención en salud y su importancia a la hora de realizar prevención en salud y en comportamiento asociados a esta.

Estudios afirman que la Autoeficacia percibida es un buen predictores en el diagnostico precoz el cáncer de mama (como el autoexamen de mama)” (35)
“La autoeficacia percibida ayuda a predecir resultados de un programa de consumo controlado de drogas” (36)” La autoeficacia también ha demostrado ser un recurso personal poderoso para sobrellevar el estrés” (37). “Hay evidencia de que la autoeficacia percibida podría hacer frente a los factores de estrés que afectan la función inmune” (38). “Las personas que consideran tener una alta autoeficacia son más capaces de controlar el dolor que las que tienen una baja autoeficacia” (39,40,41). “Se ha demostrado que la autoeficacia afecta la presión arterial, la frecuencia cardíaca y niveles séricos de catecolamina para enfrentar situaciones desafiantes o amenazantes” (42,43,44). “La recuperación de la función cardiovascular en los pacientes post coronarios también se ve reforzada por las creencias en el físico y eficacia cardíaca” (45). “El tratamiento cognitivo conductual de los pacientes con artritis reumatoide mejoró la creencia en su eficacia, lo que redujo el dolor e inflamación articular y mejora el funcionamiento psicosocial” (46).”

La autoeficacia percibida predice grado de cambio terapéutico en una variedad de entornos (47).

Una limitante en la evaluación de la validez de contenido fue el bajo número de expertos (4 profesionales). No obstante, los profesionales seleccionados son expertos en cuanto a Autoeficacia, ya que esto supone una cuestión fundamental a la hora de establecer este tipo de validez. Pedrosa y cols. (48) plantea que, si se pretende realizar un adecuado análisis de contenido, resulta primordial analizar las características y experiencia de los expertos en relación al constructo tratado. Los 4 expertos consultados tenían conocimientos y experiencias respecto al constructo de Autoeficacia en Salud Oral. Finalmente, la existencia de pocos estudios de Autoeficacia en adultos en Chile, por lo que son pocos los profesionales expertos en el tema. (49,50)

Para análisis de validez de constructo se realizó un análisis factorial confirmatorio, este arrojó la existencia de tres factores uno con 4,176 que representó el 34,803%, el siguiente 2,473 que representó un 20,605% y finalmente 1,333 que corresponde un 11,104%, lo que indica que estos tres factores son capaces de explicar el constructo.

De esta manera se puede decir que la versión en español del Cuestionario de Autoeficacia en Salud Oral de aplicada a mujeres embarazadas chilenas, presenta una adecuada validez de contenido y validez de constructo. Para la obtención de la confiabilidad, a través de la consistencia interna, se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach $\alpha = 0,823$ en un inicio. Posterior al análisis factorial de los ítems, se resolvió eliminar una pregunta que presentaba ambigüedad lo que provocó un cambio en el coeficiente Alfa de Cronbach a 0,801 que en ambos casos están en la categoría de bueno en el coeficiente de Cronbach. (30,32, 26).

Este valor indica que el instrumento es homogéneo, es decir, todas las preguntas están midiendo la misma característica, Autoeficacia en Salud Oral. En otras palabras, es que si existe acuerdo entre las preguntas de cada ítem.

Conclusión

A través de los resultados obtenidos en esta investigación, se puede establecer que la versión en español del cuestionario de Autoeficacia en salud oral (A-MHS versión modificada), es un instrumento útil con buenas propiedades psicométricas, valores adecuados de validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad, para la recolección de información de Autoeficacia en Salud Oral dental en la población de mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención primaria en Chile. Esto indica que podría ser aplicada en población adulta en general que asiste a servicios de atención primaria.

Es una herramienta efectiva por su facilidad para ser usada y rápida recolección de datos, donde gran cantidad de información sobre los pacientes puede ser recopilada e interpretada. Debido a esto es adecuada para centros de salud como es el caso del servicio de atención primaria en Chile.

BIBLIOGRAFIA

1. Ajami, B., Shabzندهdar, M., y Asadollahi, A. (2008). La evaluación de los conocimientos de la salud oral, actitud y el comportamiento de los empleados en los centros de salud Mashhad No 1, 2 y 3 en 2006. Revista de la Facultad de Odontología de y el comportamiento de los empleados Facultad de Odontología de Mashhad, 32 (1), 37-40. Mashhad
2. Makarem, A., Talebi, M., Mazhari, F., y Kiyanos, N. (2008). Evaluación de la Salud Oral y Dental Situación de la provincia de Khorasan hemofílicos pacientes en 2004. Revista de la Facultad de Odontología de Mashhad, 32(2), 161-168.
3. Pourhashemi, S., Akhoundi, N., y Ehsani, H. (2008). El estado de los servicios dentales preventivos En Teherán. Majallah-I-Dandanpizishki, 19 (4 (65)), 91-96
4. G-Abotaleb, MNSA (2010). GH. [Saveh estado de salud oral de los niños de primaria en 2009]. J G-Abotaleb, MNSA (2010). GH. [Saveh estado de salud oral de los niños de primaria en 2009]. J Gorgan Calledge Nurs obstetricia.
5. Ghaffari, M., Rakhshanderou, S., Ramezankhani, A., Noroozi, M., y Armoon, B. (2018). exploración de cepillarse el comportamiento de los estudiantes universitarios en Irán: una investigación cualitativa. revista internacional de medicina y cepillarse el comportamiento de los estudiantes universitarios en Irán: una investigación cualitativa. revista internacional de medicina y salud de los adolescentes.
6. Bandura A (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev, 84, 191–215, 0033-295X
7. Kakudate N, Morita M, Fukuhara S, Sugai M, Nagayama M, Isogai E, Kawanami M, & Chiba I (2010a). Development of the outcome expectancy scale for self-care (OESS) among periodontal disease patients. J Eval Clin Pract (in press), 1356-1294
8. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW (1982). The Self-efficacy Scale: construction and validation. Psychol Rep, 51, 663–671, 0033-2941
9. Woodruff SL, Cashman JF (1993). Task, domain, and general efficacy: a reexamination of the Self-efficacy Scale. Psychol Rep, 72, 423–432, 0033-2941

10. Stanley KD, Murphy MR (1997). A comparison of general self-efficacy with self-esteem. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*, 123, 81–99, 8756-7547
11. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84:191-215
12. McCaul KD. Adherence to dental regimens. In: Gochman DS, editor. *Handbook of health behavior research II: provider determinants*. New York: Plenum, 1997;303-319.
13. Schüz B, Sniehotta FF, Wiedemann A, Seeman R. Adherence to daily flossing regimen in university students: effects of planning when, where, how and what to do in the face of barriers. *J Clin Periodontol* 2006;33:612–619
14. Stewart JE, Wolfe GR, Maeder L, Hartz GW. Changes in dental knowledge and self efficacy scores following interventions to change oral hygiene behavior. *Patient Educ Couns* 1996;27:269-277
15. Abraham S, Sheeran P. The health belief model. In: Conner M, Norman P, editors. *Predicting health behavior*. 2nd ed. New York: Open University Press, 2005:23-61
16. Norman P, Brain K. An application of the extended health belief model to the prediction of breast self examination among women with a family history of breast cancer. *Br J Health Psychol* 2005;10:1–16
17. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Q* 1988;15:175-183
18. Sullivan KA, & Waugh DJ. Toward the development of the cerebrovascular attitudes and beliefs scale (CABS): a measure of stroke-related health beliefs. *Top Stroke Rehabil* 2007;14:41-51
19. Wdowik MJ, Kendall PA, Harris MA, Auld G. Expanded health belief model predicts diabetes self-management in college students. *J Nutr Educ* 2001;33:17-23.
20. Webb TL, Sheeran P. Does changing behavioral intentions engender behavioral change? a meta-analysis of the experimental evidence. *Psychol Bull* 2006;132:249–268.

21. Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. & Hecht, J. (1993). Self-efficacy and behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104.
22. Naoki Kakudate and Manabu Morita (2012). Association Between Self-Efficacy and Oral Self-Care Behaviours in Patients with Chronic Periodontitis, Pathogenesis and Treatment of Periodontitis, Prof. Nurcan Buduneli (Ed.)
23. Knecht MC, Syrjäla A-MH, Laukkanen P, Knuuttila MLE. Self-efficacy as a common variable in oral health behavior and diabetes adherence. *Eur J Oral Sci* 1999; 107: 89-96. # *Eur J Oral Sci*, 1999
24. Litt, M. (1998). Self-efficacy and perceived control: Cognitive mediators of pain tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (1), 149-160.
25. Abad, F., Garrido, J., & cols. (2006). *Introducción a la Psicometría: Teoría Clásica de los Tests y Teoría de la respuesta al Ítem*. Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología.
26. Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, Á.. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72.
27. Varela-Ruiz, Margarita, Díaz-Bravo, Laura, & García-Durán, Rocío. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en educación médica*, 1(2), 90-95
28. McDowell I, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press 1996.
29. Fortin M, Nadeau M. *La medida de investigación*. Fortin MF (Ed). El proceso de investigación de la concepción a la realización. México: McGraw-Hill Interamericana 1999.
30. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951; 16, 297- 334.
31. Gorsuchy, R.L. (1983). *Factor Analysis*, 2nd Edition. Hillsdale, New Jersey: Lawrence, Erlbaum Associates.
32. Snedecor G, Cochran W. *Statistical Methods*. 8va Edición. Iowa state university Press. 1989.

- 33.Kaiser HF. The Varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 1958.
- 34.Navas MJ y Recio P. Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica. Material de apoyo para el estudio de la asignatura. Madrid: UNED. 2006.
- 35.Seydel, E., Taal, E., & Wiegman, O. (1990). Risk-appraisal, outcome and self-efficacy expectancies: Cognitive factors in preventive behavior related to cancer. *Psychology and Health*, 4, 99-109.
- 36.Sitharthan, T., & Kavanagh, D. J. (1990). Role of self-efficacy in predicting outcomes from a programme for controlled drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 27,87-94.
- 37.Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-170.
- 38.Wiedenfeld, S. A., O'Leary, A., Bandura, A., Brown, S., Levine, S., & Raska, K.(1990). Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components Self-Efficacy Scales 21 of the immune system. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1082-1094.
- 39.Altmaier, E. M., Russell, D. W., Kao, C. F., Lehmann, T. R., & Weinstein, J. N. (1993).Role of self-efficacy in rehabilitation outcome among chronic low back pain patients. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 335-339.
- 40.Litt, M. D. (1988). Self-efficacy and perceived control: Cognitive mediators of pain tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 149-160.
- 41.Manning, M. M., & Wright, T. L. (1983). Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 421-431.
- 42.Bandura, A., Cioffi, D., Taylor, C. B., & Brouillard, M. E. (1988). Perceived selfefficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 479-488.
- 43.Bandura, A., Reese, L., & Adams, N. E. (1982). Micro-analysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 5-21.

44. Bandura, A., Taylor, C. B., Williams, S. L., Mefford, I. N., & Barchas, J. D. (1985). Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 406-414.
45. Taylor, C. B., Bandura, A., Ewart, C. K., Miller, N. H., & DeBusk, R. F. (1985). Exercise testing to enhance wives' confidence in their husbands' cardiac capability soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 55, 635-638.
46. O'Leary, A., Shoor, S., Lorig, K., & Holman, H. R. (1988). A cognitive-behavioral treatment for rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 7, 527-542.
47. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84, 191–215, 0033-295X
48. Pedrosa I, Suárez J, García E. Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción psicol.* 2013; 10 (2): 3-18.
49. Muza R y Muza P. Ansiedad en un servicio de emergencia dental. *Horiz Enferm.* 2008; 19, 1, 23-28
50. Ríos M, Herrera A, Molina Y, Cadenasso P, Zambrano V, Rojas G. Ansiedad Dental en Adultos Chilenos que Concurren a un Servicio de Salud Primaria. *Int J Odontostomat.* Agosto 2016; 10 (2): 261-266.



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 pídale que me detenga, para así repasar la investigación, tomándonos el tiempo necesario para explicarlos. Si más adelante tiene preguntas, puede plantearlas a mí o a cualquier otro investigador del proyecto.

INFORMACIÓN 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



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 había 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.



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.

Nombre del participante Firma Fecha

Nombre de quien toma el consentimiento Firma Fecha

Nombre del investigador responsable Firma Fecha

Nombre del Director del establecimiento o su representante Firma Fecha



**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
COMITE ETICO-CIENTIFICO**

ACTA DE APROBACION EJECUTIVA

Santiago, Chile 07 de Octubre 2015

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

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

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

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

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



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



C.C: Archivo.

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

ACTA DE APROBACIÓN

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

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

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

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

Investigador principal: Prof Gonzalo Matías Ríos Erazo.

Patrocinio: Facultad de Odontología Universidad de Chile.

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

Fecha de Aprobación: 20 de Noviembre 2014

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

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

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

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

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

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

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

Los documentos de Consentimiento informado cumple con los requisitos

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

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

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



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



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

