

Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral

Validez y confiabilidad del cuestionario de ansiedad y miedo dental IDAF- 4C+ en adultos mayores

Journal:	<i>International Journal of Interdisciplinary Dentistry</i>
Manuscript ID	REVISTA-2020-0057.R1
Manuscript Type:	Original Article
Date Submitted by the Author:	05-Aug-2020
Complete List of Authors:	Ríos, Matías; Universidad de Chile Facultad de Odontología, Área ciencias del comportamiento Herrera Ronda, Andrea; Behavioral Sciences Area, Institute for Research in Dental Science, School of Dentistry, Universidad de Chile Fariás Salinas, Camila; Universidad de Chile Facultad de Odontología Valdés Sepúlveda, Valeska; Centro De Salud Familiar Santa Amalia Aguilar Riveros, Jacqueline; Universidad de Chile Facultad de Odontología, Área ciencias del comportamiento van Treek, Paula; Universidad de Chile Facultad de Odontología, Área ciencias del comportamiento Rojas, Gonzalo; Universidad de Chile Facultad de Odontología, Área ciencias del comportamiento
Keywords:	Dental anxiety, validation study, Dental Care for Aged

SCHOLARONE™
Manuscripts

1
2
3 Conflicto de interés:
4

5 Los autores declaran no tener conflictos de interés.
6
7
8
9

10 Fuente de Financiamiento:
11
12

13 Este trabajo fue financiado por el Fondo de Investigación Facultad de Odontología
14 Universidad de Chile, FIOUCH 13-005, titulado “Factores Psicosociales Como
15 Determinantes Para La Salud Oral De Adolescentes, Embarazadas Y Adultos
16 Mayores Beneficiarios Del Programa De Salud Oral En Servicios De Atención
17 Primaria De La Región Metropolitana”.
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Relevancia Clínica

Justificación Científica para el estudio: Existe escasa evidencia disponible en torno a la ansiedad dental en adultos mayores en Chile.

Resultados principales: El cuestionario índice de ansiedad y miedo dental IDAF-4C+ presenta **confiables** propiedades psicométricas y valores adecuados de validez y confiabilidad, es un instrumento útil y confiable para aplicar en la población de adultos mayores **de 60 a 61 años que acuden a los servicios de atención primaria evaluados.**

de la Región Metropolitana.

Consecuencias prácticas: Cubrir la brecha por falta de instrumentos y escasa investigación del fenómeno en este rango etario. Determinar el nivel de ansiedad dental y sus 4 componentes de forma de crear estrategias para una mejor adherencia al tratamiento.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad del cuestionario IDAF-4C+ versión en español, en adultos mayores de dos servicios de atención primaria de la Región Metropolitana, Chile.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, transversal aplicado a 42 adultos mayores de dos servicios de atención primaria de la Región Metropolitana. La validez de contenido se determinó mediante el juicio de expertos, la validez de constructo a través del análisis factorial confirmatorio, mientras que la confiabilidad se determinó por consistencia interna, a través del coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados: El juicio de expertos no realizó modificación al IDAF-4C+ versión en español. El análisis factorial confirmó la presencia de un solo factor, el cual explicó el 60,1% de la varianza, mientras que la confiabilidad arrojó un alfa de Cronbach de 0,901, considerado excelente.

Conclusiones: El cuestionario IDAF-4C+ presentó una adecuada validez de contenido, validez de constructo y una confiabilidad excelente. [Se recomienda su uso para la medición de ansiedad dental en adultos mayores que acuden a los servicios de atención primaria evaluados.](#)

Palabras Clave: Ansiedad dental; Estudio de Validación; Cuidado dental para ancianos.

1
2
3 ABSTRACT
4
5
6
7

8 *Objective:* To determine the content validity, construct validity and reliability of the
9 Spanish version of the IDAF-4C + in older adults, patients in two primary health care
10 from the Metropolitan Region, Chile.
11
12

13
14 *Material and methods:* Descriptive transversal study, 42 older adults from two primary
15 health care centres from the Metropolitan Region set up the sample. Content validity
16 was determined by experts' judgment, construct validity was determined by a
17 confirmatory factorial analysis and reliability was determined by internal consistency
18 through Cronbach's alfa.
19
20
21
22
23
24

25
26 *Results:* The experts did not modify the Spanish version of the IDAF-4C+. The factorial
27 analysis confirmed the presence of only one factor which explains the 60,1% of the
28 variance, and Cronbach's alfa resulted in 0,901, considered as excellent.
29
30
31

32
33 *Conclusions:* The Spanish version of IDAF-4C+ is valid and reliable in measuring dental
34 anxiety and fear and its use is recommended among older adults who visit primary
35 health care centres in the Metropolitan Region.
36
37
38
39
40
41
42
43

44 **Key Words:** Dental Anxiety; Validation Study; Dental Care for Aged.
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

INTRODUCCIÓN

En la práctica odontológica diaria, uno de los desafíos a los que se enfrenta el dentista, es la presencia de ansiedad dental (AD) en sus pacientes⁽¹⁾. Esta condición es una respuesta emocional al estrés específico que involucra estímulos o experiencias asociadas al tratamiento dental⁽²⁾, abarcando componentes de tipo cognitivos, fisiológicos y motores⁽³⁾. Si bien, la AD debiera tratarse con ayuda psicológica en un contexto no dental⁽⁴⁾, en la realidad, el único responsable de su manejo es el odontólogo. En relación a su causa, aunque se señala una fuerte asociación con experiencias traumáticas de la infancia o tratamientos dolorosos, el origen de ésta sería multifactorial⁽⁴⁻⁵⁾.

A nivel mundial, es posible observar prevalencias de AD entre un 4% y un 23% en Europa⁽⁶⁾, destacando el Reino Unido en donde casi la mitad de la población se ve afectada⁽⁷⁾, mientras que en Australia 1 de cada 6 adultos presentaría AD⁽⁴⁾. Por otro lado, en el continente americano, Estados Unidos registra entre un 50% y un 80% de población adulta afectada, y de ésta, entre el 10% a 20% presentaría niveles severos⁽⁸⁾. En un estudio realizado en Brasil, en una muestra por conveniencia de 212 pacientes de una clínica dental universitaria, se determinó una prevalencia de ansiedad dental de 44,8%⁽⁹⁾. En Colombia, mientras tanto, en un estudio realizado en 460 adultos también asistentes a una clínica dental universitaria, se identificó una prevalencia de 62,8%⁽¹⁰⁾. En Chile, en una muestra por conveniencia de 174 pacientes que acudieron a servicios de salud primaria, el 37,9% presentó AD⁽¹¹⁾. La gran limitación de estos tres estudios es la no representatividad, por ser muestreos no probabilísticos.

La AD es una barrera importante para el adecuado cuidado oral⁽¹⁾, ya que los pacientes buscan retrasar o postergar las visitas al dentista o asistir sólo en el caso de

1
2
3 urgencia dolorosa^(4-5,8,12). Como consecuencia la adherencia a tratamiento se ve
4 interferida. Además, presentan expectativas y percepciones de dolor exagerado,
5 independiente del tipo de procedimiento^(2,4), por lo que se observarían múltiples lesiones
6 de caries no tratadas y una alta necesidad de tratamiento dental en comparación con
7 pacientes sin AD⁽⁵⁾.
8
9
10
11
12
13

14 En relación a la salud oral en la tercera edad en Chile, la Encuesta Nacional de
15 Salud⁽¹³⁾ (ENS) 2016-2017, reportó que la presencia de caries cavitadas en ambos
16 maxilares fue de un 59,6% en adultos entre los 45 y 64 años, y el uso de prótesis dental
17 removible fue de 36,8%. A su vez, el porcentaje de dentición no funcional fue de
18 45,2%. En ese mismo rango etáreo, solo el 40,9% visitó al dentista hace un año o
19 menos, el 56% hace más de un año y el 3,1% nunca lo ha visitado⁽¹³⁾. El programa
20 “Salud Oral Integral del Adulto de 60 años” busca revertir estas cifras, brindando
21 atención odontológica completa en tratamientos de operatoria, periodoncia, medicina
22 oral y rehabilitación protésica. Este programa se imparte tanto en el sistema público
23 como privado de salud y tiene un costo según el tramo socioeconómico (copago del 0%
24 al 20%) del paciente⁽¹⁴⁾.
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39

40 Con respecto a la AD en la tercera edad, existen pocos estudios⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ que
41 abarquen específicamente a este grupo. Aún así, es posible evidenciar que entre los
42 mayores de 65 años, la presencia de AD genera menor probabilidad de realizar
43 actividades como el cepillado y el uso de hilo dental, mayor edentulismo e
44 irregularidades en la frecuencia de visitas odontológicas⁽¹⁵⁾. Además, esta población
45 presenta mayores factores de riesgo, en comparación con la población más joven,
46 aumentando la probabilidad de desarrollar enfermedades orales^(18,19). Estudios indican
47 que los pacientes pertenecientes al rango de “65 años o más” en comparación con otros
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 grupos etarios, registran una mayor frecuencia de AD y esta tiende a ser
4 subvalorada^(11,16-17). Lo último se explicaría porque los pacientes podrían ocultar los
5 síntomas ansiosos o porque el clínico suele confundirlos con aspectos normales del
6 envejecimiento como un leve deterioro cognitivo o la presencia de comorbilidades
7 médicas y mentales⁽²⁰⁾. Bajo este contexto de alta vulnerabilidad de salud bucal, en
8 conjunto con la asociación entre AD y deterioro en el cuidado de salud bucal, es que se
9 hace necesario tener instrumentos de evaluación adecuados para medirla en adultos
10 mayores. El objetivo del presente estudio es determinar la validez y confiabilidad del
11 cuestionario de ansiedad y miedo dental IDAF-4C+ en adultos mayores pertenecientes
12 a dos centros de salud de la Región Metropolitana. Esta escala es ampliamente usada
13 en distintos países y cuenta con una versión en español validada por Carrillo y cols.⁽²¹⁾.
14 Basado en estudios anteriores⁽²²⁾ esperamos que este instrumento presente las mismas
15 propiedades metricas que la versión original, es decir, que se mantenga un factor y una
16 buena consistencia interna (mayor a 0,7).
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37

38 MATERIALES Y MÉTODOS

39
40 Se realizó un estudio no experimental, descriptivo y transversal. El universo
41 correspondió a adultos mayores que estaban en tratamiento odontológico en servicios
42 de atención primaria de la Región Metropolitana. Lo que corresponde a 5.872 adultos
43 mayores entre los 65 y 79 años para el CESFAM Santa Amalia⁽²³⁾. El Cesfam Vista
44 Hermosa tuvo 13.566 inscritos el año 2019, de estos el 9.06% corresponden a adultos
45 mayores de 65 años⁽²⁴⁾. El muestreo, de tipo no probabilístico, correspondió a una
46 muestra por conveniencia, donde se reclutó a todos los pacientes interesados en
47 participar en este estudio de validación, entre enero de 2017 y marzo 2018 de los
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 Centros de Salud Familiar (CESFAM) Santa Amalia, de la comuna de La Florida y
4
5 CESFAM Vista Hermosa, de la comuna de Puente Alto, obteniendo un total de 42
6
7 pacientes. Los Cesfam pertenecen a la atención primaria del sistema público de salud
8
9 en Chile y ofrecen una atención sectorizada de la población. Cuentan con un equipo
10
11 multidisciplinario que otorga atención médica ambulatoria e incorporan el contexto
12
13 social, familiar y ambiental del paciente para una atención más integral⁽²⁵⁾.
14
15

16
17 El cálculo muestral se determinó a partir de Gorsuch y cols.⁽²⁶⁾, quienes definen
18
19 que para obtener valores confiables es necesario al menos 3 personas por ítem del
20
21 cuestionario. El módulo IDAF-4C, del cual se desprenden los cálculos para el análisis
22
23 factorial, posee 8 ítems lo que da un $n = 24$ en su límite inferior.
24
25

26
27 Esta investigación fue evaluada y aprobada por el comité ético y científico de la
28
29 Facultad de Odontología de la Universidad de Chile y por el Comité de Ética del
30
31 Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Los participantes que cumplieron los
32
33 criterios de inclusión y exclusión fueron invitados a participar del estudio por parte de
34
35 sus dentistas tratantes, la que contempló el responder un conjunto de instrumentos
36
37 auto-administrados, donde se incluía el cuestionario IDAF-4C+. Un integrante del
38
39 proyecto estuvo presente en todo momento por si surgía alguna duda.
40
41

42
43 Dentro de los criterios de inclusión se consideraron a adultos mayores, de
44
45 nacionalidad chilena, de 60 a 61 años, con ficha clínica en el establecimiento de salud
46
47 correspondiente, y que estuvieran en tratamiento odontológico en dicho
48
49 establecimiento. Se excluyó a pacientes que presentaban condiciones sistémicas que
50
51 afectaban severamente la salud bucal.
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 Instrumento: El IDAF-4C+ consta de 3 módulos:
4

5 - Módulo de componentes IDAF-4C: Este módulo mide los cuatro componentes de la
6 ansiedad dental (cognitiva, fisiológico, conductual y emocional). Posee 8 ítems, con una
7 escala de respuestas tipo Likert de 5 valores, siendo 1 el puntaje mínimo y 5 el máximo
8 asignado a cada ítem, por lo tanto, a mayor puntaje, mayor ansiedad dental. La
9 puntuación global del módulo se calcula sumando las puntuaciones, con un rango de 8
10 a 40 puntos.
11

12 - Módulo de Fobia dental IDAF-P: Módulo para el diagnóstico de fobia dental, consta de
13 5 ítems, con respuestas dicotómicas de si/no. El IDAF-P puede usarse junto con el
14 IDAF-4C para obtener un diagnóstico de fobia dental. Si bien, este módulo no otorga
15 puntaje, es utilizado como un condicionante para establecer el diagnóstico de fobia
16 dental.
17

18 - Módulo de Estímulos IDAF-S: Posee 10 ítems, y busca cubrir una gama de estímulos
19 que se reportan con mayor frecuencia como causantes de ansiedad en el contexto
20 dental. Cada ítem tiene una escala de respuesta que va desde 1 (nada nervioso) a 5
21 (muy nervioso). El módulo está diseñado para ayudar al clínico o investigador a
22 determinar áreas específicas de preocupación para los pacientes o encuestados. Los
23 ítems se analizan de manera individual, por lo tanto, los puntajes individuales de este
24 módulo no contribuyen al puntaje global para la medición de ansiedad dental.
25

26 Según las normas establecidas por Armfield⁽²⁷⁾, los puntajes de corte para clasificar
27 al sujeto dentro de las categorías de ansiedad dental son las siguientes:
28

- 29 • Sin ansiedad-Leve ansiedad: 8 a 15 puntos en el IDAF 4C
 - 30 • Ansiedad moderada: 16 a 23 puntos IDAF 4C
- 31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

- Ansiedad severa o Fobia dental: Mayor o igual a 24 puntos IDAF 4C o cualquier respuesta “sí” en el módulo IDAF-P.

El plan de análisis de datos contempló un error de significancia del 5% a través del software “Paquete estadístico para las ciencias sociales” (SPSS en sus siglas en inglés) versión 21.0. Se realizaron estadísticos descriptivos además de la obtención de validez de contenido, de constructo y confiabilidad del instrumento.

- **Validez de Contenido:** Se obtuvo a través de metodología Delphi, la cual busca obtener el grado de consenso o acuerdo de los especialistas sobre el problema planteado⁽²⁸⁾. Los 3 módulos del IDAF-4C+ se sometieron a juicio de 4 expertos, académicos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, los que fueron escogidos por su conocimiento y experiencia en el tema. **El grupo de expertos estuvo compuesto por un dentista y psicóloga, dos psicólogos y un dentista. Todos con formación en el área de ciencias del comportamiento y psicología de la salud.** Éstos evaluaron la traducción en idioma español en cuanto al lenguaje utilizado, la redacción, su congruencia y pertinencia. Para esto se recolectaron las respuestas vía correo electrónico y luego se realizó una reunión en donde los 4 expertos presentaron sus juicios y respuestas realizadas, para así lograr un consenso.

- **Validez de Constructo:** Se determinó a partir del módulo de componentes IDAF-4C mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC). Para esto, se repitieron los procedimientos de análisis de datos informados en el estudio de Carrillo y cols.⁽²¹⁾, en el cual se desarrolló la versión en español del IDAF-4C+ original y se evaluaron sus propiedades psicométricas. El análisis factorial exploratorio aplicado por Carrillo y cols. arrojó un único factor con un autovalor de 5,7 que representó el 71,1% de la varianza. Para comprobar si es adecuado y factible realizar un análisis factorial confirmatorio, se

1
2
3 evaluó la matriz de correlaciones entre los ítems del módulo IDAF-4C, confirmando la
4 intercorrelación de las variables, por medio de la medida de adecuación muestral de
5 Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. La validación de los
6
7 módulos de fobia IDAF-P y de estímulos IDAF-S no fueron realizadas en el presente
8 estudio, por considerarse módulos condicionantes, es decir, no son considerados en el
9 puntaje de medición del nivel de AD, sino que sus resultados son usados por el clínico
10 como orientación en su tratamiento⁽²⁷⁾.
11
12

13
14 - **Confiabilidad:** Para obtener la confiabilidad del módulo de componentes IDAF-4C, se
15 aplicó el método de consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach.
16
17

18 RESULTADOS

19 Descriptivos

20
21 La muestra estuvo compuesta por un total de 42 adultos mayores con una edad
22 promedio de 60,1 años (DE: 0,32), siendo el 83,3% mujeres. El 59,5% declararon estar
23 casados. La distribución en cuanto al establecimiento de salud fue de un 76,2% para
24 Santa Amalia y 23,8% para Vista Hermosa. El 54,8% de los encuestados son
25 dueñas(os) de casa, 35,7% poseen educación media completa y el 47,6% presentan un
26 ingreso familiar menor a 280 mil pesos chilenos (tabla 1).
27
28

29
30 La tabla 2 entrega información de los principales estadígrafos (media, desviación
31 estándar, frecuencia) de cada puntaje asociado al cuestionario IDAF-4C+, observando
32 sus tres módulos: IDAF-4C, IDAF-P y IDAF-S.
33
34

35
36 En relación al módulo IDAF-4C, es posible apreciar que tanto el ítem 1 (*“Me siento
37 nervioso un rato antes de ir al dentista”*) como el ítem 6 (*“Mi corazón late más fuerte o
38 va más rápido cuando voy al dentista”*) presentan la media más alta frente a los demás
39 ítems. En relación al módulo IDAF-S, los estímulos que mayor nerviosismo o
40
41

1
2
3 preocupación generaron en la muestra, fueron los relacionados con el ítem 1 (*“Tener un*
4 *tratamiento doloroso o incómodo”*) con una media de 2,5 (DE: 1,2), ítem 7 (*“El dinero*
5 *que cuesta el tratamiento dental”*) con una media de 3,1 (DE: 1,5) y ítem 8 (*“Las agujas*
6 *o inyecciones”*) con una media de 2,7 (DE: 1,6). A su vez, estos últimos dos ítems
7
8 concentran las mayores desviaciones típicas en cuanto a las respuestas. Finalmente,
9
10 en relación al módulo IDAF-P, los ítems 1 y 2 tienen el mayor porcentaje de respuestas
11
12 “sí”, con un 19% y 23,8% respectivamente.
13
14
15
16
17
18

19 Validez de contenido

20
21 El 100% de los expertos consideró que la traducción, redacción y congruencia del
22
23 IDAF-4C+ versión en español⁽²¹⁾ era adecuada para su aplicación en adultos mayores
24
25 en servicios de salud primaria en Chile. Posteriormente, los 4 expertos reunidos
26
27 llegaron nuevamente a consenso considerando que no era necesario realizar
28
29 modificaciones al cuestionario.
30
31
32

33 Validez de Constructo

34
35 La prueba KMO entregó un valor de 0,64, mientras que la prueba de esfericidad de
36
37 Bartlett obtuvo un valor de 253,84 ($p \leq 0,05$) indicando ambos que es posible realizar un
38
39 análisis factorial. El AFC arrojó un factor único con un autovalor de 4,81, que representa
40
41 el 60,1% de la varianza (tabla 3). En la tabla 4 es posible ver la matriz factorial para los
42
43 ítems del módulo IDAF-4C. En general, se aprecian altas cargas factoriales, que van
44
45 desde 0,57, correspondiente al ítem 7 (*“Cuando me toca ir al dentista lo intento evitar*
46
47 *inventando excusas”*) hasta cargas de 0,96, correspondiente al ítem 5 (*“Tengo miedo o*
48
49 *temor cuando voy al dentista”*).
50
51
52
53
54
55

56 Confiabilidad

1
2
3 El cálculo de la confiabilidad se realizó en el módulo IDAF-4C donde se obtuvo un
4
5 coeficiente alfa de Cronbach de 0,901, considerado excelente⁽²⁹⁾. Se aprecia una muy
6
7 adecuada correlación entre cada uno de los ítems con el puntaje total del módulo,
8
9 observando la correlación elemento-total corregida. Por último, al chequear la
10
11 confiabilidad ítem-test, es posible apreciar que todos los ítems al ser eliminados
12
13 provocan que el coeficiente de alfa de Cronbach disminuya (tabla 5).
14
15
16
17
18

19 DISCUSIÓN

20
21 El objetivo del presente estudio fue determinar la validez de contenido, validez de
22
23 constructo y confiabilidad del cuestionario IDAF-4C+, versión en español, en adultos
24
25 mayores en dos servicios de atención primaria de la Región Metropolitana, Chile. En
26
27 relación a la validez de contenido es posible concluir que el IDAF-4C+ posee un
28
29 adecuado lenguaje, redacción y congruencia, acorde a su uso en el contexto cultural
30
31 chileno. La validez de constructo, por medio del AFC, arrojó un factor único con un
32
33 autovalor de 4,81. Este único factor es capaz de explicar el 60,1% del constructo. En
34
35 relación a la confiabilidad, se obtuvo un $\alpha = 0,901$, lo que indica que el instrumento es
36
37 homogéneo y que todos los ítems miden ansiedad dental.
38
39
40
41

42 Las limitaciones de este estudio, están relacionadas principalmente con la
43
44 generalización de los resultados, por los siguientes aspectos. Primero, el pequeño
45
46 número de muestra ya que el bajo número de participantes ($n=42$), y su estrecho rango
47
48 etáreo (60 a 61 años), no permiten la generalización de resultados, aunque se cumplan
49
50 los requisitos determinados por Gorsuch y cols.⁽²⁶⁾. Segundo, el limitado número de
51
52 centros de salud evaluados ($n=2$) no permiten la representatividad a nivel de Región
53
54 Metropolitana ni a nivel país. Tercero, el bajo número de expertos que evaluaron la
55
56
57
58
59
60

1
2
3 validez de contenido, dado el limitado número de profesionales que investigan este
4 fenómeno en Chile^(11,30). Por otra parte, la gran mayoría de las participantes fueron
5 mujeres lo que también puede sesgar los resultados obtenidos. La aplicación
6 autoadministrada del instrumento puede ser considerada otra limitante del estudio ya
7 que los errores de comprensión y/o limitación visual por parte de los participantes
8 pudieron no ser pesquizados. Finalmente, al ser un estudio de validación, no fueron
9 considerados datos odontológicos importantes como el tipo de tratamiento o el número
10 de sesiones de tratamiento al momento de la evaluación, siendo los participantes
11 evaluados en diferentes momentos de su atención clínica.
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22

23
24 En relación a la presente muestra, se aprecia que los ítems que obtuvieron
25 mayores promedios en el módulo IDAF-S fueron “*El dinero que cuesta el tratamiento*
26 *dental*”, “*Tener un dentista antipático o poco amable*” y “*Las agujas e inyecciones*”, por
27 lo que serían las fuentes generadoras de ansiedad más frecuentes en esta población.
28 Los resultados presentados concuerdan con los obtenidos por Armfield⁽¹⁶⁾ y Carrillo y
29 cols.⁽²¹⁾, coincidiendo en que dichas respuestas presentaban puntajes promedio
30 mayores a 2,5. Estudios en Australia⁽¹⁷⁾ y Canadá⁽³¹⁾ confirman que la percepción de
31 alto costo, ansiedad y miedo al tratamiento dental y una mala relación con el dentista
32 son los temas más frecuentes de preocupación de los adultos mayores. **Nuestros**
33 **resultados son similares, a pesar de que el tratamiento recibido por la muestra es de**
34 **bajo costo.**
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48

49 La evaluación de los ítems del módulo IDAF-4C, resultaron en saturaciones de
50 factor de 0,57 a 0,96, lo que indica la buena relación de cada elemento con el
51 constructo ansiedad dental. Al comparar estas cifras con las obtenidas por Carrillo y
52 cols., se observa cierta congruencia en los resultados, aunque menos fuerte su
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 asociación, ya que en esta se obtuvo un factor único con un autovalor de 5,70 que
4 representó el 71,13% de la varianza.
5
6

7 En relación a la confiabilidad, resulta relevante comparar el $\alpha = 0,901$ obtenido en
8 este estudio, con el obtenido por Carrillo y cols.⁽²¹⁾, quienes obtuvieron un $\alpha = 0,94$,
9 siendo ambos resultados concordantes, lo mismo ocurre al comprar con los resultados
10 obtenidos en la validación sueca con un $\alpha = 0,95$ ⁽³²⁾ y a la versión original que reporta un
11 $\alpha = 0,91$ ⁽²⁷⁾.
12
13
14
15
16
17
18

19 A futuro, sería interesante poder relacionar los niveles de ansiedad dental en el
20 adulto mayor y su estado de salud oral, además de identificar adecuadamente los
21 estímulos que la provocan. Esta información sería de gran utilidad ya que permitiría
22 establecer estrategias específicas para esta población, y así fomentar la adherencia a
23 tratamiento.
24
25
26
27
28
29

30 En conclusión, el cuestionario índice de ansiedad y miedo dental IDAF-4C+ en
31 versión en español, presenta confiables propiedades psicométricas y valores
32 adecuados de validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad, es un
33 instrumento útil y confiable para aplicar en la población de adultos mayores de 60 a 61
34 años que acuden a los servicios de atención primaria evaluados.
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

REFERENCIAS

1. Humphris G, Spyt J, Herbison A, Kelsey T. Adult dental anxiety: Recent assessment approaches and psychological management in a dental practice setting. *Dent update*. 2016;43(4):388-394.
2. Lin C, Wu S, Yi C. Association between anxiety and pain in dental treatment: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res*. 2017;96(2):153-162.
3. Ríos M, Herrera A, Rojas G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Av Odontoestomatol*. 2014;30(1):39-46.
4. Armfield J, Heaton L. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aus Dent J*. 2013;58(4):390-407.
5. Doganer Y, Aydogan U, Yesil H, Rohrer J, Williams M, Agerter D. Does the trait anxiety affect the dental fear? *Braz Oral Res*. 2017; 31:e36:1-8.
6. Astrøm A, Skaret E, Haugejorden O. Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC Oral Health*. 2011;11(1):10.
7. McGrath C, Bedi R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32(1):67-72.
8. White A, Giblin L, Boyd L. The prevalence of dental anxiety in dental practice settings. *J Dent Hyg*. 2017;91(1):30-34.

- 1
2
3 9. Campos J, Presoto C, Martins C, Domingos P, Maroco J. Dental anxiety:
4 prevalence and evaluation of psychometric properties of a scale. Psychology,
5 Community & Health. 2013;2:19-27.
6
7
8
9
10
11 10. Arrieta K, Díaz S, Verbel J, Hawasly N. Factores asociados a sintomatología
12 clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología. Rev Clin
13 Med Fam. 2013;6(1):17-24.
14
15
16
17
18
19 11. Ríos M, Herrera A, Molina Y, Cadenasso P, Zambrano V, Rojas G. Ansiedad
20 dental en adultos Chilenos que concurren a un servicio de salud primaria. Int. J.
21 Odontostomat. 2016;10(2):261-266.
22
23
24
25
26
27 12. Heaton L. Behavioral interventions may reduce dental anxiety and increase
28 acceptance of dental treatment in dentally fearful adults. J Evid Based Dent Pract.
29 2013;13(4):160-162.
30
31
32
33
34
35 13. Departamento de epidemiología. MINSAL. Encuesta Nacional De Salud 2016-
36 2017. Segunda entrega de resultados [internet]. Enero, 2018 [consultado el
37 28/07/20]. Disponible en: [http://epi.minsal.cl/wp-](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2%C2%BAResultadosENS_DEPTO.EPIDEMIOLOGIA.MINSAL.14.01.2019.pdf)
38
39
40
41
42
43
44
45
46 14. MINSAL. Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. 2010
47 [consultado el 28/07/20]. Disponible
48 en: [https://www.minsal.cl/portal/url/item/7221747c2c9484b7e04001011f0141a4.p](https://www.minsal.cl/portal/url/item/7221747c2c9484b7e04001011f0141a4.pdf)
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

- 1
2
3 15. Pohjola V, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. Dental fear and oral health habits
4 among adults in Finland. *Acta Odontol Scand*. 2008;66(3):148-153.
5
6
7
- 8
9 16. Armfield J. Development and psychometric evaluation of the Index of Dental
10 Anxiety and Fear (IDAF-4C+). *Psychol Assess*. 2010;22:279–287.
11
12
13
- 14 17. Slack-Smith L, Lange A, Paley G, O’Grady M, French D, Short L. Oral health and
15 access to dental care: a qualitative investigation among older people in the
16 community. *Gerodontology*. 2010;27(2):104-113.
17
18
19
- 20 18. Critchlow, Diana. "Part 3: Impact of systemic conditions and medications on oral
21 health." *British Journal of Community Nursing*. 2017; 22(4), 181-190.
22
23
24
25
26
27
- 28 19. Pérez B, Legrá Matos S, Laplace J, Márquez D, Suárez L, Almestoy L. Oral
29 diseases in the elderly. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2013;17(4):477-488.
30
31
32
- 33 20. Balsamo M, Cataldi F, Carlucci L, Fairfield B. Evaluación de la ansiedad en
34 adultos mayores: una revisión de las medidas de autoinforme. *Clin Interv Aging*.
35 2018; 13: 573-593.
36
37
38
39
40
- 41 21. Carrillo-Díaz M, Crego A, Armfield J, Romero M. Adaptation and psychometric
42 properties of the spanish version of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-
43 4C+). *Oral Health Prev Dent*. 2012;10(4):327-337.
44
45
46
47
48
- 49 22. Rios M, Palma Loayza L, Herrera A, Farías Salinas C, Morales Gutiérrez N,
50 Martínez Manzano C, et al. Validity and reliability of the Index of Dental Anxiety
51 and Fear (IDAF-4C+) in Chilean pregnant women. *Av Odontoestomatol*. 2018
52
53
54
55
56
57

- 1
2
3 Sep;34:227–36.
4
5
6 23. COMUDEF. Cuenta Pública participativa, gestión 2017. Centro de Salud Familiar
7 Santa Amalia. Mayo, 2018. [consultado el 29/07/20]. Disponible
8 en: <http://www.comundef.cl/>.
9
10
11
12 24. Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente
13 Alto. Plan de Salud 2020.
14
15
16 25. SSMN. Atención primaria [internet]. [consultado el 28/07/20]. Disponible
17 en: https://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php.
18
19
20
21
22 26. Gorsuch R L. Factor Analysis. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey/ Lawrence, Erlbaum
23 Associates;1983.
24
25
26
27
28 27. Armfield J M. Australian population norms for the Index of Dental Anxiety and
29 Fear (IDAF-4C). *Aus Dent J.* 2011;56(1):16-22.
30
31
32
33
34 28. McPherson S, Reese C, Wendler MC. Methodology Update: Delphi Studies. *Nurs*
35 *Res.* 2018;67(5):404-410.
36
37
38
39 29. George, D. & Mallery, P. SPSS for Windows step by step: A simple guide and
40 reference (11.0). 4th ed. Boston/ Allyn & Bacon, 2003.
41
42
43
44
45 30. Muza R, Muza P. Ansiedad en un servicio de emergencia dental. *Rev Horiz*
46 *Enferm.* 2019;19(1):23-28.
47
48
49
50 31. Thompson B, Cooney P, Lawrence H, Ravaghi V, Quiñonez C. The potential oral
51 health impact of cost barriers to dental care: findings from a Canadian population-
52 based study. *BMC Oral Health.* 2014;14(1):78.
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 32. Wide Boman U, Armfield JM, Carlsson SG, Lundgren J. Translation and
4
5 psychometric properties of the Swedish version of the Index of Dental Anxiety
6
7 and Fear (IDAF-4C+). Eur J Oral Sci 2015;123:453–459.
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

For Review Only

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la muestra estudiada

Variable	Frecuencia (n=42)	Porcentaje (%)
Sexo		
Mujer	35	83,3
Hombre	7	16,7
CESFAM*		
Santa Amalia – La Florida	32	76,2
Vista Hermosa – Puente Alto	10	23,8
Ocupación		
Dueño(a) de casa	23	54,7
Trabajador(a) dependiente	7	16,7
Trabajador(a) independiente	9	21,4
Cesante	2	4,8
Jubilado(a)	1	2,4
Estado civil		
Soltera/o	7	16,7
Casada/o	25	59,5
Convive	1	2,4
Separada/o	1	2,4
Divorciada/o	5	11,9
Viuda/o	3	7,1
Nivel educacional**		
Básica Incompleta	5	11,9
Básica Completa	7	16,7
Media Incompleta	7	16,7
Media Completa	15	35,7
Superior Incompleta	2	4,8
Superior Completa	6	14,2

Variable	Frecuencia (n=42)	Porcentaje (%)
Ingreso familiar (en miles de pesos chilenos)**		
Menos de 80	3	7,7
Entre 81 y 150	1	2,6
Entre 151 y 220	5	12,8
Entre 221 y 280	11	28,2
Entre 281 y 450	6	15,4
Entre 451 y 780	11	28,2
Más de 780	2	5,1

*CESFAM: Centro de Salud Familiar, entrega atención primaria de salud bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.

**Nivel educacional: Básica: desde los 6 hasta los 13 años. Tiene carácter obligatorio.

Media: desde los 14 a 17 años. Tiene carácter obligatorio.

Superior: carácter opcional y de pago y se imparte en institutos profesionales, centros de formación técnica y universidades.

***. 3 valores perdidos

Tabla 2. Estadísticos descriptivos por ítem del IDAF 4C+

Ítem	Media	Desviación estándar
IDAF-4C		
1. Me siento nervioso un rato antes de ir al dentista	2,92	1,50
2. Normalmente, intento no ir al dentista, porque lo encuentro una experiencia desagradable o estresante	2,35	1,51
3. Me pongo nervioso o tenso por las próximas visitas al dentista	2,02	1,48
4. Creo que algo realmente malo me pasaría si fuera al dentista	1,71	1,38
5. Tengo miedo o temor cuando voy al dentista	2,09	1,49
6. Mi corazón late más fuerte (o va más rápido) cuando voy al dentista	2,47	1,53
7. Cuando me toca ir al dentista lo intento evitar inventando excusas	1,23	0,75
8. Antes de ir al dentista pienso con frecuencia sobre todas las cosas que podrían ir mal.	1,80	1,48
IDAF-S		
1. Tener un tratamiento doloroso o incómodo	2,55	1,27
2. Sentirte incómodo, tímido o avergonzado	1,71	1,06
3. No tener el control de lo que está pasando	2,35	1,47
4. Sentirte con náuseas (ganas de vomitar), mareado o asqueado	2,07	1,48
5. Tener sensación de adormecimiento (sentir la boca dormida, como hinchada o paralizada por la anestesia)	2,02	1,42
6. No saber lo que el dentista va a hacer	2,35	1,51
7. El dinero que cuesta el tratamiento dental	3,14	1,53
8. Las agujas o inyecciones	2,78	1,66
9. Sentir atragantamiento o asfixia	2,16	1,44
10. Tener un dentista antipático o poco amable	2,73	1,49

IDAF-P

Resp.* Frecuencia Porcentaje

			(%)
1. El miedo que tengo a ir al dentista, o el evitar ir a su consulta, está afectando a mi vida en cosas diarias (por ejemplo, en mis rutinas normales, actividad laboral o académica, actividades sociales o en las relaciones con otras personas)	Si	8	19
	No	34	81
2. Estoy muy preocupado porque tengo mucho miedo al dentista	Si	10	23,8
	No	32	76,2
3. Creo que el miedo que tengo a ir al dentista es excesivo y no está justificado	Si	6	14,3
	No	36	85,7
4. Tengo miedo de ir al dentista porque me preocupa tener un ataque de pánico (me da miedo empezar a sudar mucho, que el corazón me lata muy deprisa, sentir que pierdo el control, tener un dolor en el pecho, etc.)	Si	6	14,3
	No	36	85,7
5. Tengo miedo de ir al dentista porque en general me preocupa mucho lo que puedan pensar de mí otras personas o no me gusta ser observado por otros (por ejemplo, ser observado por el dentista o la enfermera).	Si	6	14,3
	No	36	85,7

*Resp.: Respuesta Si - No.

Tabla 3: Valores propios, porcentajes de varianza y porcentajes acumulados en el análisis factorial del módulo IDAF-4C

Componente	Valor propio inicial	% de varianza	% acumulado
1	4,81	60,16	60,16
2	1,37	17,19	77,36
3	0,59	7,41	84,77
4	0,44	5,61	90,38
5	0,28	3,58	93,97
6	0,22	2,79	96,77
7	0,21	2,62	99,39
8	0,04	0,64	100,00

For Review Only

Tabla 4: Validez de constructo: Matriz factorial de módulo IDAF-4C

Ítem	Componente 1
5. Tengo miedo o temor cuando voy al dentista.	0,96
6. Mi corazón late más fuerte (o va más rápido) cuando voy al dentista.	0,84
2. Normalmente, intento no ir al dentista, porque lo encuentro una experiencia desagradable o estresante.	0,81
3. Me pongo nervioso o tenso por las próximas visitas al dentista.	0,74
1. Me siento nervioso un rato antes de ir al dentista.	0,69
8. Antes de ir al dentista pienso con frecuencia sobre todas las cosas que podrían ir mal.	0,64
4. Creo que algo realmente malo me pasaría si fuera al dentista.	0,57
7. Cuando me toca ir al dentista lo intento evitar inventando excusas.	0,57

Nota: Todas las cargas factoriales fueron significativas ($p < 0,05$).

Tabla 5: Confiabilidad por ítem del módulo IDAF-4C

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item 1	0,689	0,760
Item 2	0,796	0,752
Item 3	0,720	0,758
Item 4	0,659	0,764
Item 5	0,914	0,745
Item 6	0,851	0,748
Item 7	0,582	0,780
Item 8	0,673	0,761
Módulo IDAF-4C		0,901

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	1
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	1
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	3-5
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	5
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	5
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	5-6
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	6
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	NA
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	8-9
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	NA
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	6
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	8-9
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	8-9
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	NA
		(c) Explain how missing data were addressed	NA
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	NA
		(e) Describe any sensitivity analyses	NA
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	9
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	NA
		(c) Consider use of a flow diagram	NA
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	9
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	NA
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	9-11
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	NA

		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	NA
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	NA
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	NA
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	11
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	11-12
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	12-13
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	12
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	6

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

Ed-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 pídale que me detenga, para así repasar la investigación, tomándonos el tiempo necesario para explicarlos. Si más adelante tiene preguntas, puede planteármelas a mi 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



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.



Ed-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.

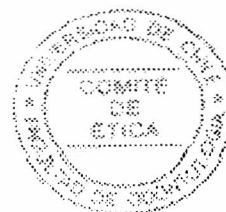
Leí la información precedente, o me la leyeron. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de ella, y todas las preguntas que se me hicieron fueron respondidas a mi entera satisfacción. Consiento voluntariamente a participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho a retirarme de la investigación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

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
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-CIENTIENTIFICO

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

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


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

Los documentos de Consentimiento informado cumple con los requisitos

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

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

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


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



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