



**Universidad
de Valparaíso
CHILE**

Escuela de Odontología

CREENCIAS Y PREOCUPACIONES DE LOS PACIENTES
ODONTOLÓGICOS EVALUADAS CON EL
INSTRUMENTO "ENCUESTA DE CREENCIAS DENTALES"
VERSIÓN EN ESPAÑOL

Trabajo de Investigación
requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista

Alumnos: Andrés Galaz Pérez
Alexis Mendoza Tapia
Nicolás Riffo Farr

Docente Guía: Prof. Dr. Mauricio Vivanco Barahona
Cátedra de Prótesis Fija

Valparaíso – Chile
2016

Dedicatoria

Dedicado a mis padres que siempre me han apoyado en todas las situaciones que se han presentado en este largo camino. A mi familia en general y amigos que se han involucrado en mi proceso y sé que me desean lo mejor para el futuro.

Agradecer de igual forma a compañeros y futuros colegas con los que hemos compartido y vivido este proceso. Dedicado también a los funcionarios que sin su ayuda y buena onda, el paso por la universidad hubiera sido más difícil aún. Agradezco a los docentes que realmente se esfuerzan por educar de forma constructiva y que son empáticos con la realidad de los estudiantes.

Infinitas gracias.

Andrés Galaz Pérez.

A mis padres que me dieron la oportunidad de poder estudiar esta profesión, y han sido un apoyo constante y fundamental durante este periodo. También dedicada a mi hermana y mis dos sobrinos, que son piezas importantes de mi vida.

Por último, a mis amigos y los que formé durante mi etapa universitaria, que de algún modo formaron parte de este proceso.

Muchas gracias.

Alexis Mendoza Tapia

Esta tesis está dedicada a mi familia, que me dio la oportunidad y el apoyo necesario para lograr estudiar una profesión de la cual siempre me sentiré orgulloso.

Un agradecimiento especial a mi madre, de la cual siempre tuve un apoyo incondicional en los momentos difíciles y para la cual hoy soy una gran alegría. A mi padre, de quien siempre obtuve buenos consejos en momentos difíciles y a mi querida hermana quien siempre estuvo para darme su apoyo y escucharme cuando lo necesitaba.

Para todo ellos un gran abrazo y mi más grande alegría de por fin ser un profesional del área de la salud.

Nicolás Riffo Farr.

Agradecimientos

A Dr. Mauricio Vivanco por sus consejos, su buena disposición y su orientación a lo largo de este trabajo.

Al profesor Sr. Sebastián Espinoza y Dra. Vezna Sabando, por sus ayudas constantes respecto a la elaboración de nuestra tesis.

Y por último a Antonio Galindo, quien fue fundamental en la parte estadística de este trabajo, presentando además buena disposición frente a cualquier duda.

Índice

Introducción.....	Pág. 1
Marco Teórico.....	Pág. 2
Objetivos.....	Pág. 19
Diseño metodológico	Pág. 20
Resultados	Pág. 27
Discusión.....	Pág. 47
Conclusiones.....	Pág. 52
Sugerencias.....	Pág. 53
Resumen.....	Pág. 54
Referencias Bibliográficas.....	Pág. 55
Anexos.....	Pág. 58

Introducción

En la actualidad los servicios de salud se han enfocado en que la experiencia de los usuarios posea altos estándares al momento de hacer uso de dichos servicios. En consecuencia la opinión de los pacientes y sus percepciones respecto a la forma en que se llevan a cabo las atenciones de salud se ha convertido en una fuente de investigación y análisis en los últimos tiempos.

Numerosas investigaciones se han enfocado en conceptualizar y analizar los aspectos que las personas consideran importantes respecto de su salud y la forma en que ellos valoran los servicios cuando son utilizados. De este modo se busca mejorar constantemente el sistema de atención y conocer los problemas que puedan requerir nuevas políticas de salud. En Chile se han realizado cambios legales que tienen por finalidad asegurar y guiar la forma en que se debe atender a los pacientes y entregar un servicio de calidad.

En odontología son diversos los estudios que buscan determinar la percepción de los usuarios en relación a los servicios entregados. Las investigaciones enfocadas en este ámbito guardan relación con la satisfacción de las personas y no existe hasta el momento un criterio de unificación a la hora de evaluar la percepción de los usuarios en relación a la entrega de la atención por parte de los dentistas. Los instrumentos creados para la medición de estas percepciones son por iniciativa de los propios prestadores y bajo criterios que no se encuentran bien definidos, lo que induce a la creación de un instrumento poco confiable y de dudosa validez. A lo sumo, conocer los aspectos que más valoran los pacientes al recibir la atención dental es fundamental para generar una adecuada comunicación con el profesional y de esa forma mejorar tanto el resultado de tratamientos como la salud oral en general.

Es en estos aspectos donde las creencias dentales cobran vital importancia, ya que nos permiten identificar características psicológicas de los pacientes como por ejemplo el miedo dental, y de esta manera tomar las medidas necesarias para entregarle una atención basada en aspectos de calidad y comunicación.

En este estudio se aplicó el instrumento "Revised Dental Belief Survey" el cual fue traducido al español. Esta encuesta tiene la característica de evaluar las percepciones y preocupaciones del paciente con respecto a la manera en que los dentistas llevan a cabo su trabajo, por lo que en el contexto local de la investigación, nos permitirá medir la forma en que los pacientes perciben la atención entregada por los alumnos de la Catedra de Prótesis Fija de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, y de esta forma conocer las actitudes que los pacientes valoran o les preocupa a la hora de recibir la atención dental.

Marco Teórico

Desde el punto de vista psicológico, las creencias pueden ser definidas como un conjunto de asociaciones establecidas por un individuo, utilizadas como premisa o como caracterizaciones preestablecidas de una relación entre objetos, eventos o situaciones. Estas caracterizaciones pueden estar basadas en la historia personal de interacción con tales objetos, eventos o situaciones o sobre prescripciones normativas, es decir, por las normas o reglas que operan dentro de un grupo social del individuo. Una creencia puede no ser manifestada sólo de forma verbal, sino también por un comportamiento que implique conductualmente una aceptación o adhesión a la misma.

I. Creencias en Salud.

En el ámbito de la salud, se han creado modelos teóricos como el “Modelo de creencias de salud” y que buscan explicar los comportamientos en salud y la prevención de enfermedades. Este modelo considera estos comportamientos como el resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada. Se explica que el conjunto de creencias de un individuo produce un grado de preparación psicológica para actuar encarando el problema de salud. Variables como la edad, el sexo, nivel cultural o el conocimiento sobre la enfermedad han sido incluidas para explicar las creencias de un individuo. Se puede entender las creencias en salud como las relaciones arbitrarias entre conductas generadas socialmente y conductas de salud o riesgo. Es necesario atender no sólo a las conductas de salud que ejerce la persona o las creencias que manifiesta tener, sino también, a las diferentes funciones que establezcan la relación entre ambas¹. Estos hechos fundamentan la necesidad de conocer la percepción, las creencias, expectativas que poseen los pacientes que se atienden en un sistema de salud, con el fin de otorgar un mejor servicio y de solucionar los problemas asociados a los comportamientos negativos en salud.

El concepto de calidad percibida la atención de salud ha evolucionado en forma importante, lo que ha desarrollado un nuevo paradigma de calidad total que incorpora la opinión del usuario.

II. Percepción de Pacientes.

La percepción de calidad y satisfacción, por parte de los pacientes, parecen ser uno de los factores más influyentes en la evaluación del centro asistencial, pero es

importante tener claro que esta percepción puede no ser siempre debido a un conocimiento objetivo de las características del servicio, ya que su evaluación no siempre se condice con la calidad funcional del centro de salud, debido a que un análisis perceptivo del consumidor es una situación que incorpora elementos de evaluación que se producen bajo el nivel de conciencia, ya que el 95% de los pensamientos, emociones y aprendizaje, se producen en la mente inconsciente³. Esto nos dice que las percepciones de los usuarios no siempre son el reflejo de la realidad objetiva.

El cómo los servicios sanitarios evalúan el concepto de calidad ha ido evolucionando en el tiempo, pasando de un simple control y verificación de las actividades del servicio, mediante inspección y auditoria de las mismas, a una medición de la calidad del producto⁴. De esta manera se incluyó la prevención de fallos y corrección de errores en los procesos para garantizar que el producto o servicio sea de calidad.

La OMS en 1981 realiza una definición sobre calidad referida a los servicios sanitarios y la determina como *“la situación en la que el paciente es diagnosticado y tratado correctamente según los conocimientos actuales de la ciencia, y según sus factores biológicos, con el coste mínimo de recursos, la mínima exposición de riesgos posibles de daño adicional y la máxima satisfacción para el paciente”*.

Por lo tanto debemos entender la satisfacción usuaria como; el resultado de la diferencia entre la percepción que él usuario tiene del servicio prestado y de las expectativas que tenía en un principio o de las que pueda tener en visitas sucesivas⁴.

Es importante tener claro que las expectativas del paciente se forjan a partir de experiencias anteriores propias y de personas conocidas, así como de las promesas y compromisos que el propio sistema adquiere con los pacientes⁵. Debido a esto no podemos considerar la satisfacción como una dimensión estática, ya que puede aumentar o disminuir en función de la evolución de la percepción y las expectativas que se tengan del servicio o producto.

Las políticas actuales de salud han determinado que los usuarios cumplen un rol fundamental en cuanto a la forma en que se otorgan los servicios de salud. Se han establecido directrices y modificaciones legales con el fin de proteger a los usuarios y promover su participación en la evaluación de establecimientos que otorgan estos servicios.

III. Ley de Derechos y Deberes de los pacientes.

En Chile en el año 2012 entró en vigencia la “Ley de Derechos y deberes de los pacientes”⁶. Esta ley está enfocada en fortalecer el eje principal de la salud pública en el país que son “los usuarios”. La ley tiene por objetivo regular los derechos y deberes que las personas tienen en relación a las acciones vinculadas a su atención de salud y es aplicada a todos los prestadores de salud, entendiéndose todas las personas, natural o jurídica, pública o privada cuya actividad sea el otorgamiento de salud, ya sea en categoría de instituciones o individuales.

En el artículo 5º de la ley se establece que los pacientes tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. Se define que los prestadores de salud deben usar un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención. También se deben cumplir las normas de cortesía y amabilidad así como también respetar la honra de las personas durante la atención.

En el artículo 10º se expresa el derecho de la persona a ser informada, oportuna y comprensiblemente por parte del médico u otro profesional tratante, acerca de su estado, su posible diagnóstico, sus alternativas de tratamiento y de los riesgos y pronósticos de su tratamiento.

El paciente es quien determina si el servicio que se le entrega es aceptable o no, por esto es importante conocer sus necesidades, preferencias, y valores que tiene respecto de su salud y de los servicios prestados a la hora de diseñar y mejorar la asistencia prestada.

IV. Evaluación de servicios odontológicos.

Como paso previo a la mejora de los servicios entregados, es necesario conocer la realidad en cuanto a la percepción de calidad que tienen los usuarios de dicho servicio. Según Saturno⁷, esta evaluación puede realizarse de dos maneras según la forma de participación de los usuarios, la cual puede ser activa o requerida. En la forma activa, es el usuario quien toma la iniciativa de dirigirse al establecimiento y dar su opinión respecto al servicio. En cambio en la forma requerida, es la institución quien solicita al usuario su opinión respecto a diferentes aspectos, que permitan evaluar el desempeño y funcionamiento del servicio.

Ambas formas metodológicas para evaluar la percepción usuaria respecto al servicio entregado son útiles, pero actualmente se tiene mayor experiencia con la forma de

participación requerida. Este método se basa en realizar preguntas de carácter subjetivo u objetivo según el aspecto que se quiera valorar.

Dentro de este grupo podemos encontrar:

- Encuestas de satisfacción, de opinión y expectativas.
- Grupos focales, informadores clave y otras técnicas de investigación cualitativa.
- Informes de los usuarios.

Hasta el momento la encuesta se ha convertido en la herramienta más utilizada para medir la percepción de calidad y el nivel de satisfacción de los usuarios de servicios sanitarios².

Existe un gran número de encuestas de salud publicadas, por lo que es importante elegir el que nos permita medir lo que queremos medir⁵. Según la “American Psychological Association”, la publicación de un test debe cumplir requisitos tales como; ser completo, preciso y claro para el fácil entendimiento del usuario, también contener información estadística sobre la validez, fiabilidad y errores estándar de medición. Además especificar el grado de calificación profesional que se necesita para administrarlo e interpretar correctamente las puntuaciones y contener información general suficiente dirigidas a las personas que van a ser evaluadas y a sus representantes legales, cuando se requiera su consentimiento antes de la administración del test.

En Chile, la información existente en relación al grado de satisfacción y percepción de la calidad que tiene los usuarios de los servicios de salud entregados es variada. Esto se debe principalmente a que no hay una metodología común entre los distintos establecimientos a la hora de evaluar la satisfacción usuaria, realizándose estrategias propias de manera aislada por parte de los prestadores, lo que no permite realizar comparaciones entre distintos servicios y establecimientos, además de la escasa validez y confiabilidad que tienen estos instrumentos².

En Odontología son pocos los cuestionarios publicados. Estos se han desarrollado para distintos fines, como evaluar la satisfacción del paciente, la ansiedad en la consulta dental, el temor al dentista y el estado general de salud oral⁵.

Muza y cols⁸, realizaron un estudio en que midieron el nivel de satisfacción de pacientes mujeres con tres especialidades dentales; odontopediatría, periodoncia y cirugía oral, en el servicio dental del Hospital de Rancagua de Chile. En la encuesta los aspectos explorados, fueron los siguientes: competencia técnica del dentista, información acerca de su tratamiento dental por el dentista, trato del dentista hacia usted, tiempo de espera en la clínica para acceder al dentista, costo del tratamiento,

comunicación con el dentista, acceso al tratamiento dental, limpieza de la sala de espera, obtener citas en tiempo determinado y disponibilidad de baños. Las preguntas tenían cinco posibilidades de respuesta, que fueron excelente, regular, malo, muy malo, no sé. El resultado de este estudio determinó que el grado de satisfacción de los pacientes era moderadamente excelente.

En otro estudio realizado por Nallar⁹, en el cual se midió el nivel de satisfacción de pacientes usuarios del servicio Odontológico que entrega el CESFAM Rosita Renard de Santiago de Chile. Los pacientes reportaron el nivel de satisfacción en una escala de 5 puntos de tipo Likert y respuestas dicotómicas (sí/no) para los 11 ítems que se focalizan en infraestructura, información, trato del personal, acceso a la atención, tiempo de espera, calidad de la atención del equipo de salud, comunicación con el profesional y comprensión de la información, comodidad del usuario, evaluación final, expectativas y percepción usuaria del establecimiento. El resultado de este estudio arrojó un grado de satisfacción usuaria alta para todos los ítems analizados.

En ambos estudios, los instrumentos creados fueron validados a través de una prueba piloto realizada a pacientes dentro de los mismos centros de salud. Estos estudios pueden presentar cuestionamientos en su metodología, ya que el instrumento creado para obtener la opinión de los pacientes no posee bases científicas necesarias en cuanto a su validez y consistencia.

V. Proceso de validación de un instrumento de recopilación de datos.

Para poder aplicar un cuestionario de medición en salud se debe validar, este proceso consta de varias etapas dentro de las cuales es necesario corroborar sus características psicométricas para asegurarse de que además de ser confiable, sea válido en la población a investigar, en un proceso dinámico que adquiere consistencia en la medida en que más características psicométricas se midan en distintas poblaciones, culturas y sujetos; y que está en gran parte enfocado en reducir el error en el proceso de medición. Además si el instrumento fue elaborado en un idioma original distinto al de la población a estudiar, debe pasar por un proceso de adaptación. El fin de este proceso es producir un instrumento apropiado para la población objetivo y que sea equivalente al original para poder comparar resultados obtenidos en otros estudios que hayan utilizado el mismo instrumento^{10, 11,12}.

1) Manejo del cuestionario.

Al ya tener claro cuál es el objetivo a evaluar y lo que queremos medir, la interrogante que se nos plantea es la elección del instrumento o cuestionario apropiado para medirlo. Se nos da tres alternativas¹³ a la hora de escoger la más adecuada:

1. Que exista un cuestionario ya validado que sea útil para medir lo que nosotros pretendemos.
2. Que exista un cuestionario desarrollado y validado para otra población o idioma diferente. En este caso, tendremos que adaptar dicho cuestionario iniciando un proceso de validación que incluirá pruebas de validez y fiabilidad.
3. Que no exista ningún instrumento adecuado para nuestros objetivos, por lo que podemos plantearnos desarrollar uno por nuestra cuenta, siendo ésta última opción más difícil.

2) Adaptación de cuestionarios.

Se ha reconocido la necesidad de contar con instrumentos de medida de la salud adaptados para su uso en contextos diferentes del original con el fin de realizar comparaciones internacionales^{10,14}. Aunque se trata de un arduo proceso, es la forma eficaz para disponer de un cuestionario de salud en todas aquellas situaciones en que no encontramos un instrumento adecuado para medir o evaluar el objetivo que nos proponemos en nuestro entorno cultural, pero sí lo existe en otro país. Este trabajo consiste en elegir un instrumento publicado en otro idioma o contexto cultural que sirva para evaluar nuestro objetivo, y posteriormente adaptarlo a nuestro entorno.

El proceso de adaptación de un cuestionario de salud no se lleva a cabo con una simple traducción literal del cuestionario original, sino además es necesaria una adaptación al contexto propio, a la cultura de la población donde será aplicado, lo cual implica que incluso cuestionarios adaptados al español en países de habla hispana no serían válidos para su utilización en Chile sin haber iniciado previamente un proceso de adaptación cultural¹³.

Para una correcta adaptación, es necesario conseguir la equivalencia entre la versión original y traducida en tres aspectos:

- Equivalencia conceptual. Consiste en que independientemente de cómo se haga la pregunta o ítem, el concepto que se quiere medir existe en la población original y de destino. Por ejemplo, el concepto de percepción que

tienen los pacientes de la atención dental recibida no es el mismo en países europeos, pero sí puede considerarse similar entre Chile y Argentina.

- Equivalencia semántica. Es lo que se consigue con el proceso de traducción a nivel lingüístico.
- Equivalencia normativa. Hace la referencia en cómo las personas abordan, contestan o expresan determinadas ideas u opiniones a nivel público.

Todo ello conlleva un proceso de varias fases que pretende en primer lugar la equivalencia conceptual y semántica, para posteriormente realizar una evaluación de la validez y fiabilidad del test con la finalidad de aportar pruebas de que el test adaptado tiene características equivalentes al original. Esas fases son las siguientes¹³:

- Contactar al autor del cuestionario:

Tiene la finalidad de conseguir la autorización legal para su uso, y en el caso de que no esté registrado, obtener su consentimiento para la utilización y traducción del instrumento.

Además, puede ser útil su ayuda a la hora de clarificar conceptos o ciertas ambigüedades que pueden surgir a la hora de interpretar los ítems que componen el test.

- Traducción del cuestionario:

Esta fase persigue conseguir la semejanza no sólo lingüística del cuestionario traducido con el original, sino que además, ambos han de ser semántica y conceptualmente equivalentes, por lo que ha de tener en cuenta expresiones y léxicos propios de la cultura de población en la que se va a aplicar el test. Existen diversas técnicas descritas para la realización la traducción de los ítems de los cuestionarios¹³, que varían desde hacer una única traducción directa que posteriormente sufriría algunas modificaciones sugeridas por un grupo de expertos en lingüística, a realizar un proceso de traducción/retrotraducción (volver a traducirlo) al idioma original. Sin embargo, la primera opción no suele ser aceptada por la mayoría de las guías normativas publicadas en esta materia, y la segunda presenta varios inconvenientes como que se puede retrotraducir algo mal traducido inicialmente. Por lo general, está considerablemente aceptada la realización de dos traducciones realizadas por dos especialistas diferentes que hablen la lengua original y sean conocedores del contexto cultural de la población de estudio. Una técnica que puede ser útil para realizar este proceso garantizando las equivalencias lingüística,

conceptual y semántica es lo que se conoce como técnica secuencial, consistente en la realización de dos traducciones por dos especialistas diferentes, que posteriormente se comparan y se resuelven las discrepancias, sintetizándose en una traducción por consenso entre ambos traductores. Posteriormente se realiza una retrotraducción al idioma original y se realiza una conciliación entre las discrepancias entre el original y la versión retrotraducida. Si existe la posibilidad de contactar al autor de la versión original que aporte para que las preguntas traducidas mantengan su equivalencia y sentido, tendrá una aceptación mayor. Posteriormente se administra a un grupo de personas pertenecientes a la población de estudio, a las cuales se les preguntará sobre el significado que han atribuido a cada ítem y se resolverán aquellos aspectos que dificulten la interpretación.

- Estudio de las propiedades psicométricas del cuestionario adaptado:

Consiste en la realización de un análisis estadístico que además de proporcionarnos datos sobre la calidad del cuestionario adaptado, proporciona pruebas empíricas sobre la equivalencia conceptual del test original y de la versión traducida, analizando tanto sus ítems como estudiando la validez y fiabilidad del cuestionario.

3) Características psicométricas.

Evaluar las características psicométricas de un cuestionario es un criterio de calidad para la medición, valora la precisión de un instrumento y son requisito para que los resultados de una investigación puedan utilizarse como evidencia^{10, 15}.

a. Confiabilidad.

La confiabilidad valora la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento de medición al ser aplicado en distintas ocasiones, dichos resultados debieran ser comparables en situaciones similares si el instrumento es confiable. Para Sampieri se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento al mismo sujeto u objeto de estudio produce similares resultados. El grado de correlación de un instrumento se expresa en un coeficiente de confiabilidad que varía de 0, indicando ausencia de correlación, a 1 que significa correlación total, sin embargo ningún instrumento posee valor 1. Valores aceptables van desde 0,7 a 0,9^{10,15}.

Existen cuatro medios para estimar confiabilidad: la consistencia interna, la estabilidad, la equivalencia y la armonía inter-jueces. El más utilizado es la consistencia interna, que mide la homogeneidad de los enunciados de un instrumento indicando la relación entre ellos. Para calcularlo se utiliza, entre otras, la técnica "Alfa de Cronbach", que mide la correlación de los ítems dentro del

cuestionario valorando cómo éstos en el instrumento miden las mismas características, el cual requiere solo una aplicación del instrumento, el cual puede ser en la prueba piloto^{10, 11, 15, 16}.

b. Validez.

Otra característica interna fundamental de un instrumento de medición es su validez, lo que ha sido definido como el grado en que un instrumento mide aquello para lo que ha sido diseñado y es clave tanto en el diseño de un cuestionario como en la comprobación de la utilidad de la medida realizada. Un instrumento para ser válido necesita ser confiable, pero un instrumento confiable no necesariamente es válido. Entre mayor evidencia de validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo tenga la herramienta de medición, más se acerca a representar la variable que pretende medir¹⁵.

La validez de contenido evalúa de manera cualitativa si el cuestionario abarca todas las dimensiones del fenómeno que quiere medir, o si representa el concepto medido. Por lo general, depende del criterio de expertos quienes juzgan si los ítems desarrollados para desarrollar el constructo representan todos los aspectos del dominio específico de contenido que debiera representar. La validez de criterio es el grado de correlación entre un instrumento y otra medida de la variable que se estudia y que sirva de referencia. Puede utilizarse alguna medida de criterio que se considere como regla de oro (gold standard) por investigadores del ámbito o con otro instrumento para medir el mismo constructo o alguna variable relacionada con el fenómeno y que sirva de medida de comparación siempre que esté previamente validado. Un constructo es una variable medida que tiene cabida dentro de una teoría, por tanto la validez de constructo se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que pertenecen a un cuerpo teórico común según la evidencia existente para dichas variables. Determina la relación del instrumento con la teoría^{10, 15}.

c. Sensibilidad.

La sensibilidad explora la capacidad que tiene un instrumento de detectar cambios en el constructo de interés evaluado después de una intervención, se utiliza para conocer la eficacia de intervenciones o tratamientos relacionando la variación de los puntajes antes y después con la puntuación antes de la intervención. Es de utilidad para determinar el tamaño muestral de un estudio, así cuanto mayor sea la sensibilidad del instrumento menor será el tamaño de la muestra necesario^{10,11}.

d. Factibilidad.

La factibilidad mide si el cuestionario es asequible de ser utilizado en el campo que al que está dirigido, es necesario evaluar factores como tiempo de implementación, amenidad del formato, brevedad y claridad del formato, registro, codificación e interpretación¹⁰.

VI. Creencias Dentales.

Es de conocimiento popular que existe una asociación entre la atención dental y la sensación de miedo o ansiedad por parte de una gran parte de la población al verse enfrentada a esta situación. Este hecho está puede estar asociado a diferentes factores como la experiencia previa de los paciente, el instrumental, la experiencia de dolor, etc. Otro factor importante de considerar es la interacción que se produce entre el paciente y el dentista. Existen estudios en los que se describe que la mayor parte de las experiencias dentales traumáticas, que por lo general son base para generar miedo al dentista, no están directamente relacionadas con el dolor sino que el comportamiento y actitudes del dentista y la atmósfera de la clínica constituyen factores más determinantes¹⁷.

La percepción negativa, determinada por el miedo o ansiedad por parte de los pacientes ha sido asociada con la disminución en la frecuencia de visita al dentista, mayor prevalencia de problemas dentales¹⁸. Las personas que tienen mucho miedo de ir al dentista tienen mayor cantidad de dientes perdidos que aquellos que no tienen miedo al dentista¹⁹. Varios estudios confirman una disminución en la calidad de vida relacionada con la salud oral, producto de un número reducido de dientes. Un deterioro marcado de la calidad de vida se puede determinar con la pérdida de más de 8 dientes. La comodidad a la hora de comer y participar de la interacción social, su autoestima y satisfacción con respecto a su salud oral se ve disminuida²¹.

Es fundamental conocer las percepciones de los pacientes con respecto a la forma en que los dentistas llevan a cabo la atención dental, tanto en aspectos técnicos como de comunicación²². La evaluación de las creencias dentales entrega información valiosa para el tratamiento del miedo dental, lo que determinaría un aumento en la frecuencia de visitas al dentista, y por otra parte el hecho de conocer como los dentistas se comunican con el paciente mejoraría los resultados de los tratamientos²⁵.

En la literatura revisada en Odontología, hay muchos cuestionarios desarrollados para medir aspectos del paciente como la percepción de la salud oral, el miedo al

dentista, indiferencia con los problemas bucodentales, satisfacción del paciente, etc. Son cuestionarios que han sido desarrollados en inglés principalmente y posteriormente adaptados a otros idiomas. También se han publicado artículos sobre el estudio de la satisfacción del paciente con determinados tratamientos, pero no con la atención odontológica prestada.

De las investigaciones asociadas a la búsqueda de conocer las percepciones, creencias y preocupaciones de los pacientes surge la creación de un cuestionario llamado “Dental Belief Survey”, que se propone como instrumento para acceder a esta relevante información²⁶.

VII. “Encuesta de Creencias Dentales” (Dental Belief Survey, DBS).

La traducción literal al español del instrumento Dental Belief Survey con su sigla DBS sería “Encuesta de Creencias Dentales”. A nuestro conocimiento no existe otra traducción del nombre al español por lo que en este estudio al referirnos al cuestionario, lo haremos con su sigla en inglés; “DBS” o “R-DBS” (versión revisada). También usaremos el concepto “Creencias Dentales” para referirnos a un conjunto de características que posee el cuestionario en diferentes aspectos como actitudes frente a ciertas situaciones dentista-paciente, percepciones de pacientes y otros alcances que se han determinado en investigaciones anteriores.

Este instrumento fue traducido al español con el objetivo de poder ser aplicado en personas de habla hispana, residentes en Estados Unidos, las cuales conforman la minoría étnica mayoritaria en el respectivo país. La finalidad de la aplicación de esta encuesta, se basa en que debido a que puede haber diferencias culturales en diversos trastornos de ansiedad, incluido el miedo al dentista, es importante desarrollar medidas apropiadas en relación a las características propias de los diferentes grupos culturales.

Evolución del DBS y sus Dimensiones.

Creado por Getz en 1985, en el marco de una investigación en la que estudiaban las características de pacientes ansiosos o con fobias a la atención dental. Se ha descrito que en el “miedo dental” interactúan diversos factores psicológicos y sociales. Los autores que comenzaron a investigar a estos pacientes explican que no sólo las experiencias traumáticas que pueda tener un paciente causaran este miedo dental, sino que, el comportamiento y la actitud del dentista y la atmósfera en la clínica influyen en gran medida a generar este “miedo dental”. Los primeros estudios encontrados, que utilizaban este cuestionario, estaban relacionados con investigar las características del “Miedo Dental” y la búsqueda de entender el origen o los

factores que contribuyen a esta condición de los pacientes. El “Dental Belief Survey” (DBS) es un instrumento psicométrico, creado para examinar el proceso interpersonal o relación entre el paciente y el proveedor. En ese sentido al DBS, se le atribuye la característica de evaluar las actitudes del paciente con respecto a la manera en que los dentistas llevan a cabo su trabajo (por ejemplo el grado en que ellos sienten que el dentista es apresurado o el grado en que sienten que no son escuchados por el dentista²³. Abrahamsson KH. describe al DBS como un instrumento que identifica en qué medida el paciente percibe el comportamiento del dentista y cómo contribuye o qué constituye la razón de miedo del paciente²⁵.

Desde su creación en 1985, el DBS ha tenido cambios en su estructura interna, con el fin de mejorar este instrumento. La primera versión del DBS estaba compuesto de 15 preguntas, agrupadas en 4 dimensiones: Comunicación, Menosprecio, Control y confianza (Anexo 1). En 1995 Getz creó una versión revisada de la encuesta “Revised Dental Belief Survey”. En esta versión del cuestionario se añadió 13 preguntas (ítems) y las 15 preguntas originales se mantuvieron o modificaron ligeramente. En esta versión los ítems están agrupados en 3 dimensiones de la relación dentista-paciente. La primera dimensión de esta versión fue llamada Ética o Profesionalismo, relacionado con la preocupación acerca de los estándares éticos del dentista. Esta dimensión se centra en la percepción del paciente acerca de la competencia e integridad del dentista, así como en estándares relacionados con el tipo de tratamiento recomendado y si ese tratamiento se basa en el consentimiento informado. La segunda dimensión del R-DBS es Comunicación y se refiere a la forma en que el dentista y el personal dental escuchan, da explicaciones y muestran empatía. Esta dimensión explora lo bien que el paciente cree que el dentista se comunica y cuán cómodo el paciente se siente al hablar con el dentista. La tercera dimensión es llamada Control; las preguntas de esta dimensión están relacionadas con la sensación de control del paciente cuando son tratados por el dentista. En 2005 Coolidge propone una versión de 25 ítems y también agrega una cuarta dimensión al RDBS que llamó Confianza, está compuesto por ítems que pertenecen a la dimensión Control y que se relacionan con la percepción de que el dentista no será empático con el dolor del paciente (Anexo 2). Los ítems 1 al 11 corresponden a la dimensión ética y profesionalismo, los ítems 12 a 20 corresponden a la dimensión Comunicación y los ítem 21 a 28 corresponden a la dimensión Control. El cuestionario es presentado en una escala tipo Likert de 5 puntos, los rangos de respuesta van desde nunca (1) a casi siempre (5), altos valores en los resultados indican más creencias negativas.

1) Ética y profesionalismo.

La American Dental Association (ADA), establece una serie de principios y códigos que conducen el quehacer odontológico y el trato a los pacientes²⁷. Establece que el dentista debe informar del tratamiento propuesto, sus alternativas e involucrarlo en las decisiones de tratamiento. Un aspecto importante destacado en este código es que al paciente se le dé una prestación competente y oportuna de la atención dental dentro de los límites de las circunstancias clínicas que presente el paciente, con la debida atención a las necesidades, deseos y valores del paciente. Este documento advierte que un dentista que recomienda y lleva a cabo servicios o procedimientos dentales innecesarios se dedica a una conducta no ética.

2) Comunicación con el odontólogo.

Dentro del código de la ADA se expresa un principio que tiene que ver con la comunicación y se refiere a que los profesionales tienen el deber de ser honesto y digno de confianza en sus relaciones con las personas. Bajo este principio, las obligaciones principales del dentista incluyen el respeto la posición de la confianza inherente a la relación odontólogo-paciente, la comunicación veraz y sin engaño, y el mantenimiento de la integridad intelectual.

Las habilidades interpersonales y de comunicación, el uso de los principios psicosociales y de comportamiento, y la comunicación efectiva con individuos de diferentes poblaciones de pacientes, incluyendo aquellos culturalmente diferentes, se consideran competencias esenciales para el dentista general²⁸. Según los estudios²⁹ una relación exitosa dentista-paciente proporciona muchos beneficios, como una mayor adherencia del paciente y la lealtad, mejores resultados terapéuticos, y el manejo de la ansiedad. Los altos niveles de satisfacción de los pacientes se han asociado con el nivel de la inteligencia emocional de su dentista. Por el contrario, la falta de comunicación es la causa más común de la insatisfacción del paciente. La inteligencia emocional se considera un componente clave para el establecimiento de una relación positiva con los pacientes y aumentar la relación con ellos³⁰.

3) Sensación de falta de control y Ansiedad.

El cuidado dental históricamente se ha caracterizado por generar más miedo y ansiedad que otras formas de atención de la salud; de hecho, la ansiedad de los pacientes por lo general se menciona como un factor que contribuye a la salud oral de baja calidad³¹.

Según e MINSAL la ansiedad puede afectar a cualquier persona y en cualquier momento. No se ha descrito diferencias entre grupos etarios o sexos. En ausencia de investigaciones realizadas en Chile, podemos citar que se reporta en Inglaterra que

sólo la mitad de la población asiste regularmente a las consultas dentales; el porcentaje restante lo hace sólo cuando el dolor es de tal magnitud que sobrepasa el temor al dentista. En USA se informa que aproximadamente el 20% del total de la población evita someterse a un cuidado dental periódico por la ansiedad y el temor que le produce esta atención³¹.

Los estudios que han utilizado el DBS y R-DBS en sus investigaciones han demostrado que es un instrumento válido y confiable. En 2004 Kvale³² realizó un estudio en pacientes con altos niveles de “miedo dental” y su objetivo era probar la estructura de factores (Estructura factorial) del R-DBS, específicamente explorar el ajuste del modelo básico que contiene las dimensiones Ética, Comunicación y Control. El autor analizó estadísticamente diferentes modelos del cuestionario y también propuso un modelo en el cuál introduce la dimensión Confianza y omite 4 ítems. Los ítems 3 y 11 tenían la intención de evaluar las habilidades y competencias del dentista, pero para el autor estos ítems no abordan principalmente la percepción del paciente acerca de la relación dentista-paciente. El ítem 28 fue excluido también es su modelo ya que según su análisis esta pregunta es la única que está altamente correlacionada con otro cuestionario llamado “Dental Fear Survey”, lo que indicaría que este ítem pertenece a otro aspecto del “miedo dental”. El ítem 18 también fue removido del modelo ya que su contenido estaba cubierto por otros ítems más específicos y podía ser removido sin perder contenido. El autor concluye que el análisis factorial confirmatorio del modelo propuesto confirma en gran medida las dimensiones del instrumento, por lo que tiene apoyo estadístico y que es una mejora al DBS original. También sugiere que el DBS- R debe ser el instrumento de elección cuando se quiere evaluar la percepción del paciente sobre la relación con el profesional al distribuir sus ítems en sub-escalas.

En un estudio realizado por Coolidge en 2005³³, analizó las propiedades psicométricas del R-DBS. Su objetivo era examinar la confiabilidad interna, realizar un test- retest y validez de constructo del cuestionario. En su metodología realizó 2 experimentos, en el primero se aplicó 3 cuestionarios a los participantes de este estudio; el R-DBS, el Revised Iowa Dental Control Index (R-IDCI), y el Desirability of Control (DC). La hipótesis que plantea el autor con respecto a este experimento es que el R-DBS tendría una correlación positiva con la sub-escala “Desired Control” del cuestionario R-IDCI, y estaría negativamente correlacionado con la sub-escala “Predicted Control” del R-IDCI. También plantean que la dimensión “Control” del R-DBS y la sub-escala “Predicted Control” tendrían una alta correlación. En su hipótesis predicen que el R-DBS y el cuestionario DC tendrían una baja correlación. En un segundo estudio, utilizó una muestra de pacientes que tenían diagnóstico de alguna fobia dental. Se aplicó el R-DBS y el “Dental Anxiety Scale” (DAS). El autor plantea la hipótesis en este estudio que el R-DBS y el DAS están correlacionados

positivamente, y también plantea que los puntajes del R-DBS en esta muestra serán más elevados que en la muestra de estudiantes del primer estudio. En sus conclusiones destacan la gran evidencia que logran recabar para determinar que el R-DBS es confiable y posee validez de constructo. El cuestionario se adapta bien en muestras de pacientes no clínico y su constructo subyacente es estable fuera del entorno dental, también funciona bien en muestras de individuos que no poseen “miedo dental”. También destacan que el cuestionario puede ser útil en diversas situaciones clínicas y no clínicas en los que medir las percepciones acerca de odontología es importante.

Abrahamsson³⁴, realizó un estudio en el que pretendía evaluar las propiedades psicométricas de una versión Sueca del “Revised Dental Belief Survey” (RDBS) en diferentes muestras de pacientes (Pacientes con “miedo dental”, pacientes que buscan atención regular, pacientes de Periodoncia y una muestra no clínica de estudiantes.). Más específicamente buscaba probar la consistencia interna del DBS-R en los grupos estudio, comparar los resultados del DBSR entre los grupos estudios y probar el valor predictivo de “miedo dental” de las dimensiones o sub-escalas que posee el RDBS. La hipótesis que plantea es que las “creencias dentales negativas” podría discriminar entre los grupos de estudio “miedosos y “no miedosos”. En total se evaluó a 700 pacientes divididos entre los grupos. Se les solicitó aplicar 2 cuestionarios; el R-DBS y el “Dental Anxiety Scale”, esta última encuesta puede tener valores de 4 (sin miedo) a 20 (miedo extremo), puntajes mayores o iguales a 13 indicaría pacientes temerosos. Según los análisis estadísticos de los resultados obtenidos en este estudio, plantean que el DBSR es un instrumento confiable y válido para el uso en pacientes suecos, tanto clínicos como no clínicos, en el contexto de evaluar las actitudes de los dentistas. Los resultados indican altos valores de Alfa de Cronbach, con variaciones entre 0.95 y 0.97 entre los grupos de estudio. Dejan de manifiesto también la buena consistencia interna del DBSR al igual que en otros estudios. Los resultados demostraron una diferencia significativa entre los pacientes con “miedo dental” en comparación a los otros grupos de estudio.

Siguiendo su línea de estudio Abrahamsson³⁵ realiza un estudio en 2009 en el que pretende investigar los factores estructurales subyacentes del DBSR y probar el ajuste del modelo de factores original del cuestionario en pacientes regulares o cotidianos. En sus resultados se destaca la evidencia a favor del DBSR en poseer una escala válida y confiable al evaluar las actitudes de los pacientes hacia el dentista durante el proceso de la atención dental. Sus resultados avalan el uso de la versión del DBSR (28 ítems) y que se debe interpretar la escala del cuestionario como una medición del constructo general de creencias dentales, actitudes y sentimientos de los pacientes relacionados con el odontólogo y la odontología en general.

En un estudio más reciente, Coolidge³⁶, elabora una versión en español del DBS-R junto con una versión en español del “Dental Anxiety Scale” para que fuera aplicada en una muestra de población habla –hispana en Estados Unidos. Con el fin de entregar más datos acerca de las propiedades psicométricas del cuestionario, el autor realiza pruebas para establecer la relación entre la versión en español del DBSR y la versión en español del DAS. Adicionalmente realizaron una evaluación dental de los pacientes buscando alguna relación entre los resultados de los cuestionarios y la calidad de la salud oral. En relación al DBSR no encontraron una relación significativa entre el puntaje total obtenido del cuestionario y el número de caries u obturaciones. Por otro lado, una relación significativa fue encontrada entre altos puntajes en el DBSR y gran número de dientes perdidos. Dentro de las conclusiones de su estudio, el autor advierte la necesidad de más estudios, sin embargo, establece que existe evidencia comprobada de q la confiabilidad y la validez de constructo de la versión en español del DBSR en la muestra investigada.

Recopilando esta información y el proceso que ha tenido el “Cuestionarios de Creencias Dentales” (R-DBS), es válido indicar que este es un instrumento confiable y bien construido para recopilar información acerca de la percepción y creencias que los pacientes tienen de los dentistas y de cómo llevan estos a cabo su trabajo. Ha sido validado en los diferentes estudios hechos tanto en Estados Unidos como en Europa, su confiabilidad es alta y entrega información importante sobre aspectos que los pacientes consideran importantes a la hora de ser atendidos. Los diferentes autores recomiendan su uso y análisis en investigaciones que pretendan evaluar estas creencias de los pacientes.

VIII. Contexto local de la Investigación.

En el contexto de este estudio, la necesidad de conocer las percepciones que se forman los pacientes con respecto a la atención recibida es particularmente aún más necesaria en la Cátedra de Prótesis Fija. Dentro del programa de estudios presentados, los docentes evalúan a sus alumnos a través de una pauta de evaluación construida por la cátedra. En esta pauta se evalúan 3 dimensiones del alumno; el “Saber Cognitivo”, “Saber Psicomotor” y el que destacamos, “Saber Ser (Afectivo)” cada uno con diferentes ítems y en una escala de 1 a 5. En este último se evalúa la actitud del alumno frente a las situaciones clínicas y su relación con los pacientes; uno de los tópicos en está un ítem que llaman “compasión” y describen que en su puntuación máxima el alumno es capaz de situarse en el lugar del paciente biosicosocialmente para planificar su tratamiento y que entiende e integra la opinión del paciente en esta planificación. Otro ítem de esta dimensión es llamado “compromiso con el paciente” y hace referencia a que el alumno se preocupe por las

necesidades del paciente, mantenga la cordialidad, explique los tratamientos con palabras sencillas y que el paciente pueda comprender, y que todas las decisiones tomadas durante el tratamiento irán en virtud del éxito del tratamiento. Un ítem llamado “Autocritica” destaca que el alumno se percate de sus errores y sea capaz de aportar soluciones al problema, así también entienda sus límites profesionales.

Estos aspectos mencionados también deberían poder ser evaluados por los pacientes que son atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad de Valparaíso, por lo que se hace necesario identificar un método válido y confiable para recopilar esta información, en función de conocer las percepciones del desempeño clínico y actitudes de los alumnos hacia los pacientes.

Debido a las características de carácter educativo formador que tiene el servicio que entrega nuestra facultad a la población de Valparaíso, donde son alumnos guiados por profesionales competentes los que entregan dicho servicio, es que tomamos la decisión aplicar el instrumento R-DBS en una muestra de pacientes que han sido tratados en la cátedra de prótesis fija, con el objetivo de poder realizar estudios posteriores en los que se puedan conocer aspectos relevantes de las competencias clínicas y las relaciones sociales que conlleva el tratamiento de pacientes y solución de sus motivos de consulta.

Por medio de la evaluación de las percepciones de los pacientes del desempeño de los alumnos y la atención entregada, en las 3 áreas que evalúa el cuestionario, podrán realizarse comparaciones con las pauta de evaluación existente en la cátedra realizada para evaluar el desempeño de los alumnos y así obtener un marco diferencial entre lo observado por los docentes y lo percibido por los pacientes.

De esta manera se tendrá un conocimiento más específico sobre las áreas más débiles detectadas por los pacientes en relación al desempeño y atención entregada por los alumnos de nuestra facultad, para así instaurar medidas que permitan mejorar estas situaciones y evaluar en el tiempo, con el mismo instrumento, para comparar si estas medidas han tenido las repercusiones que se esperaban.

Objetivos

Objetivo general

Medir la percepción de los pacientes atendidos en la Cátedra de Prótesis Fija año 2015, en relación a las Creencias Dentales, según género, edad, nivel educativo y cantidad de dientes perdidos.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a la muestra del estudio, según género, edad, nivel educativo y cantidad de dientes perdidos.
2. Identificar las Creencias Dentales de los pacientes atendidos en la Cátedra de Prótesis Fija año 2015, según la dimensión Ética y Profesionalismo.
3. Describir las Creencias Dentales de los pacientes atendidos en la Cátedra de Prótesis Fija año 2015, según la dimensión Comunicación.
4. Determinar las Creencias Dentales de los pacientes atendidos en la Cátedra de Prótesis Fija año 2015, según la dimensión Control.
5. Establecer la relación entre la cantidad de dientes perdidos y las Creencias Negativas y Creencias Altamente Negativas de los pacientes atendidos en la Cátedra de Prótesis Fija año 2015.
6. Validar el instrumento Creencias Dentales a través de la muestra de los pacientes atendidos en la Cátedra de Prótesis Fija año 2015.

Hipótesis: Más de la mitad del porcentaje de pacientes que declararon tener 8 o más dientes perdidos, presentan mayor porcentaje de Creencias Altamente Negativas comparadas con las Creencias Altamente Positivas.

Diseño metodológico

Diseño de estudio

Esta investigación corresponde a un estudio de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal.

Población de estudio

La población de estudio corresponde a los pacientes atendidos durante el año 2015, pertenecientes a la cátedra de Prótesis Fija de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Esta base de datos se obtuvo a través de la base de datos de pacientes ingresados de la Unidad Clínica de Examen y Orientación para el Tratamiento (U.C.E.O.T). Según los datos obtenidos la cantidad de pacientes ingresados fue de 224.

Se realizó la citación presencial de pacientes seleccionados a recepción de la Clínica B, ubicada en la primera planta del edificio pacífico, lugar donde posteriormente serán evaluados mediante un examen clínico simple, en las dependencias clínicas del mismo sector, en el periodo de tiempo establecido entre el 6 de junio y 4 de julio del año 2016.

Muestra

El tipo de muestra es probabilístico y se utiliza el muestreo aleatorio sistemático, en base a la población de 224 pacientes.

$$n = \frac{N \times z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

N = Total de la población = 224

Z α = 1,96, si la confianza es del 95%

p = Proporción esperada = 50% o 0,5

q = 1 – p = 0,5

d = precisión deseada = 5% o 0,05

El tamaño de la muestra queda en 145 pacientes, los cuales se seleccionaron mediante muestreo aleatorio sistemático. Se hizo un llamado a la lista de pacientes ingresados en forma aleatoria partiendo del primero de la lista, saltándose de dos en dos hasta completar el tamaño muestral. En el caso del paciente que no pueda participar en el estudio se selecciona el paciente siguiente de la lista.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores a 18 años
- Pacientes atendidos en la Cátedra de Prótesis Fija año 2015.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que tengan discapacidad visual y/o cognitiva que le dificulte la lectura y comprensión de las preguntas del cuestionario.
- Pacientes menores de 18 años.
- No haber sido atendidos en la Cátedra de Prótesis Fija año 2015.

Recolección de Datos

Formas de recolección de la información

La forma de recolección de la información se generó a través del instrumento auto administrado “Encuesta de Creencias Dentales. En el instrumento también se incluyeron las preguntas socio-demográficas; edad, género, nivel educacional. Además consta de un espacio para identificar la cantidad de dientes perdidos del paciente a través de un examen clínico realizado por un investigador.

Variables del estudio

Tipo de variables y nivel de medición

- a) Creencias Dentales: Variable dependiente. Nivel de medición cualitativa nominal.
- b) Género: Variable independiente. Nivel de medición cualitativa nominal.
- c) Edad: Variable independiente. Nivel de medición cuantitativa continua. Al caracterizar la muestra, esta variable se categoriza en segmentos etarios, por lo que pasa a nivel de medición cualitativa ordinal.
- d) Nivel educativo: Variable independiente. Nivel de medición cualitativa ordinal.
- e) Cantidad de Dientes Perdidos: Variable independiente. Nivel de medición es intervalar.

Operacionalización de las variables

Nombre variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Reactivos
a) Creencias Dentales	Conjunto de percepciones, sentimientos, preocupaciones, comportamientos y actitudes propias de una persona relacionadas a los dentistas y cómo llevan a cabo la atención dental.	Se midió a través del Cuestionario Creencias Dentales compuesto por 28 reactivos con 5 categorías de respuesta (nunca....casi siempre), asignado un valor número a las categorías referidas de 1 al 5, donde 1 es nunca y 5 es casi siempre. Al respecto, se realiza la sumatorio del puntaje total obtenido por paciente y se categorizan en base a los percentiles 25, 50 y 75.	Ética y Profesionalismo	Items 1 a 11.
			Comunicación	Items 12 a 20
			Control	Items 21 a 28.

Nombre variable	Definición conceptual	Definición operacional
b) Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Se clasificó por intervalos en las siguientes categorías: Joven (18-29 años), Adulto joven (30-44 años), Adulto mayor (45-59 años), Tercera edad (60 años o más).
c) Género	Condición biológica que distingue a hombres de mujeres.	Características bilógicas: Masculino y Femenino.

<p>d) Nivel educativo</p>	<p>Grado más alto de estudios que una persona haya alcanzado.</p>	<p>Último nivel de estudio aprobado, clasificándose en:</p> <p>Sin estudios o Básica incompleta, Básica completa, Media incompleta, Media completa, Superior o Técnica de nivel superior incompleta, Superior o Técnica de nivel Superior completa</p>
<p>e) Cantidad de dientes perdidos</p>	<p>Número de dientes ausentes en boca, que hayan sido extraídos por caries o patología periodontal, exceptuando terceros molares.</p>	<p>Número de dientes ausentes en boca, que hayan sido extraídos por caries o patología periodontal, exceptuando terceros molares. Se clasificó la muestra en dos categorías: 0-7 dientes perdidos, 8-27 dientes perdidos.</p> <p>Se estima que aquellas personas que han perdido de 8 o más dientes, presentan un deterioro de su calidad de vida según estudio de Gamonal J (2003)³⁸.</p>

Validez de contenido del “cuestionario de creencias dentales” (RDBS)

El instrumento Cuestionario de Creencias Dentales Versión Revisada consta de 28 ítems que exponen situaciones, sentimientos y reacciones relacionadas a los dentistas y a como llevan a cabo la atención. Las respuestas son en base a escala Likert, donde las opciones corresponden a; 1 (Nunca), 2 (Una o dos veces), 3 (Unas pocas veces), 4 (Frecuentemente) o 5 (Casi Siempre). La suma de los puntajes puede ir de 28 (creencias altamente positivas) a 140 (creencias altamente negativas). A su vez el cuestionario (RDBS) comprende 3 sub-dimensiones que en su conjunto representan el constructo de las creencias de la atención de los autores del instrumento, las que son “Profesionalismo o Ética” (ítems 1-11), “Comunicación” (ítems 12-20), “Control” (ítems 21-28).

Se realizó un análisis lingüístico para establecer la correcta forma de expresar el contenido de la pregunta y su interpretación por parte de las personas pertenecientes a la muestra de esta investigación, debido a que existen diferencias culturales y de contexto entre ambas poblaciones de estudio que pueden ocasionar problemas a la

hora de interpretar las preguntas por parte de los participantes. Se solicitó a 4 expertos en lenguaje (Anexo 3), expresión oral y escrita, y licenciados en educación, que evaluaron la redacción y realizarán recomendaciones para modificar algunas preguntas que puedan causar confusiones o que podrían no ser entendidas por los pacientes.

Los ítems que presentan modificaciones son:

Ítem 3: El enunciado *“Me preocupa que el dentista sea técnicamente competente y que esté haciendo un trabajo de calidad”* se modificó por *“Me preocupa que el dentista sepa hacer bien su trabajo como profesional, y que esté haciendo un trabajo de calidad”*.

Ítem 5: El enunciado *“Me preocupa que el dentista me proporcione toda la información que necesito para tomar buenas decisiones”* se modificó por *“Me preocupa que el dentista me entregue toda la información que necesito para tomar buenas decisiones”*.

Ítem 7: El enunciado *“El dentista parece ser reacio a corregir trabajos que no han sido satisfactorios para mí”* fue modificado por *“El dentista parece no gustarle corregir trabajos que no han sido satisfactorios para mí”*.

Ítem 11: El enunciado *“Me preocupa que el dentista no tenga la habilidad suficiente para manejar mis temores o problemas dentales”* fue modificado por *“Me preocupa que el dentista no tenga la habilidad suficiente para entender y ayudarme con mis temores y problemas dentales”*.

Ítem 16: El enunciado *“Me preocupa que el dentista no tome seriamente mis temores hacia la odontología”* fue modificado por *“Me preocupa que el dentista no tome seriamente mis temores hacia los dentistas en general, a los tratamientos o sentir dolor”*.

Ítem 20: El enunciado *“Yo creo que el dentista no tiene suficiente empatía por lo que implica realmente ser un paciente”* fue modificado por *“Yo creo que el dentista no entiende lo que significa realmente ser paciente o estar en el sillón como paciente”*.

Ítem 24: El enunciado *“Si yo fuera a indicar que me duele, pienso que el dentista va a ser reacio para detenerse y tratar de corregir el problema”* fue modificado por *“Si yo fuera a indicar que me duele, pienso que el dentista no va a querer detenerse y tratar de corregir el problema”*.

Una vez realizadas las modificaciones, se determina que el instrumento es apto para ser aplicado en una prueba piloto.

Procedimientos

Los pacientes fueron citados a la recepción de la clínica B de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. En primer lugar los pacientes firmaron un consentimiento informado (Anexo 4) para expresar su voluntad o no de participar de la investigación. Posteriormente se les solicitó completar sus datos sociodemográficos, para luego completar el cuestionario autoadministrado de “Creencias Dentales” (R-DBS), donde previamente se explica, en base a un ejemplo, cómo se deben responder las preguntas (Anexo 5).

Como última etapa, se le solicitó al paciente ingresar a las dependencias de la clínica B, para ser sometido a un examen clínico simple, efectuado por un único investigador calibrado con un gold standar, encargado de efectuar esta etapa, el cual realizó un conteo de dientes perdidos por caries o enfermedad periodontal.

Análisis estadístico

El tipo de estadística a utilizar es descriptiva. Se realizó la tabulación y análisis descriptivos de los datos obteniendo las medidas de tendencia central y de dispersión mediante el programa “Statistical Product and Service Solutions” (SPSS). Una vez recogidos los datos se generaron tablas y gráficos de frecuencia y porcentaje por columnas, y tablas de contingencias de variables cruzadas.

Para determinar la confiabilidad del instrumento, se aplicó el Coeficiente de Correlación de Pearson. Al respecto, se aplicó en dos oportunidades la Encuesta Creencias Dentales a una muestra piloto de 10 pacientes atendidos en la Cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, los que no fueron incluidos posteriormente en la muestra definitiva. La aplicación de la encuesta se llevó a cabo con un intervalo de una semana entre la primera y segunda aplicación del instrumento.

Adicionalmente, para evaluar la confiabilidad de cada una de las dimensiones del instrumento, se realizó un análisis de Alfa de Cronbach.

Materiales

1. Consentimiento informado para los pacientes que participen en este estudio (Anexo 4).
2. Cuestionario “Creencias Dentales” versión Revisada (Revised Dental Belief Survey) para pacientes (Anexo 5).

Instrumental e insumos para el examen clínico de los pacientes que participan en el estudio (bandeja de examen, pinza, sonda curva, espejo bucal, guantes y mascarilla de examen).

Financiamiento

Esta investigación fue financiada por los mismos investigadores. Monto en el cual se incluye material de anexos y gastos de análisis estadístico, mediante contratación de profesional pertinente.

Resultados

Caracterización de la muestra

El gráfico N° 1 indica la distribución porcentual de la edad declarado por los pacientes atendidos en la cátedra de Prótesis fija año 2015. Antes bien, dentro del cuestionario la variable edad se señala como pregunta abierta, no obstante, en la codificación de los datos en el programa estadístico SPSS, se transforma a segmentos etarios para una mejor interpretación de los datos, quedando de la siguiente manera: a) Joven (18-29 años); b) Adulto joven (30-44 años); c) Adulto mayor (45-59 años); d) Tercera edad (60 años o más). De acuerdo a estos datos, 20 pacientes pertenece a la categoría Joven (14%), 31 personas corresponde a adulto joven (21%), 49 pacientes pertenece a la categoría adulto mayor (34%) y 45 son de tercera edad (31%).

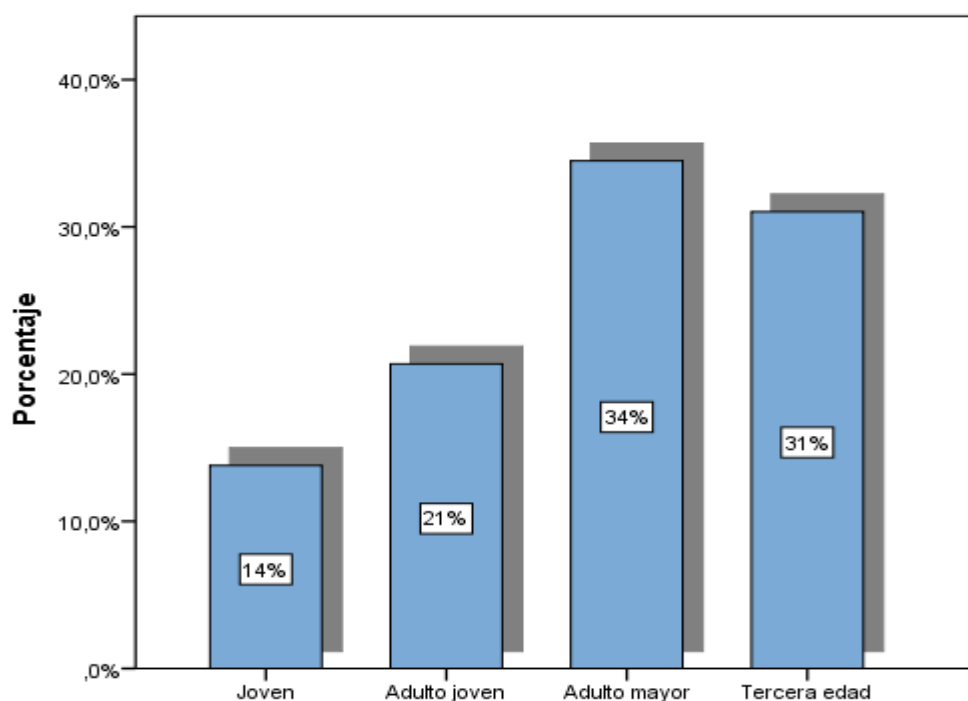


Gráfico N°1: Distribución del porcentaje del segmento edad en los pacientes atendidos en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015.

En el gráfico N°2 se indica la distribución del porcentaje en relación al género de los pacientes atendidos en la Cátedra de Prótesis Fija año 2015, según lo declarado en el cuestionario Creencias Dentales. Como se observa en el gráfico el 65% de los pacientes pertenecen al género femenino (94 personas) mientras que el 35% de la muestra son pacientes hombres (51 personas).

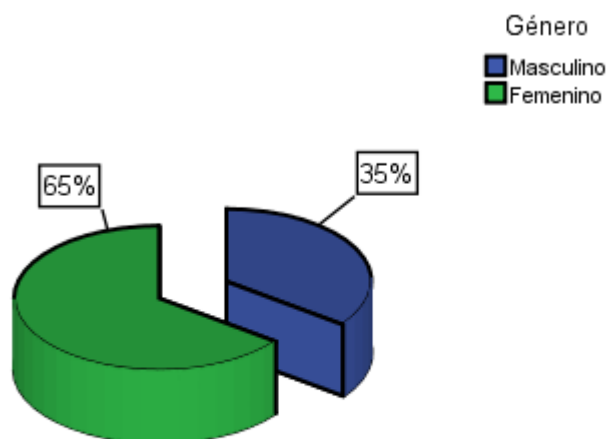


Gráfico N°2: Distribución del porcentaje del género en los pacientes atendidos en la Cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015.

El gráfico N°3 tiene relación con la distribución del porcentaje del Nivel Educativo en pacientes atendidos en la cátedra de Prótesis Fija año 2015. El Nivel Educativo se estableció en base a las siguientes categorías: a) Sin estudios o Básica Incompleta; b) Educación Básica Completa; c) Educación Media Incompleta; d) Educación Media Completa; e) Educación Superior o Técnica Nivel Superior Incompleta; f) Educación Superior o Técnica Nivel Superior Completa; g) Otros. De acuerdo a los datos obtenidos, el 3% de la muestra (4 pacientes) no posee estudios o Básica Incompleta, el 7% sólo posee enseñanza básica completa (10 personas), el 9% posee educación Media Incompleta (13 pacientes). El 29% de la población (42 pacientes) tiene educación media completa, el 27% posee educación superior o técnica de nivel superior incompleta (40 pacientes), el 22% tiene educación superior o técnica de nivel superior completa (32 pacientes) y finalmente el 3% de la muestra (4 pacientes) posee otros tipos de estudios.

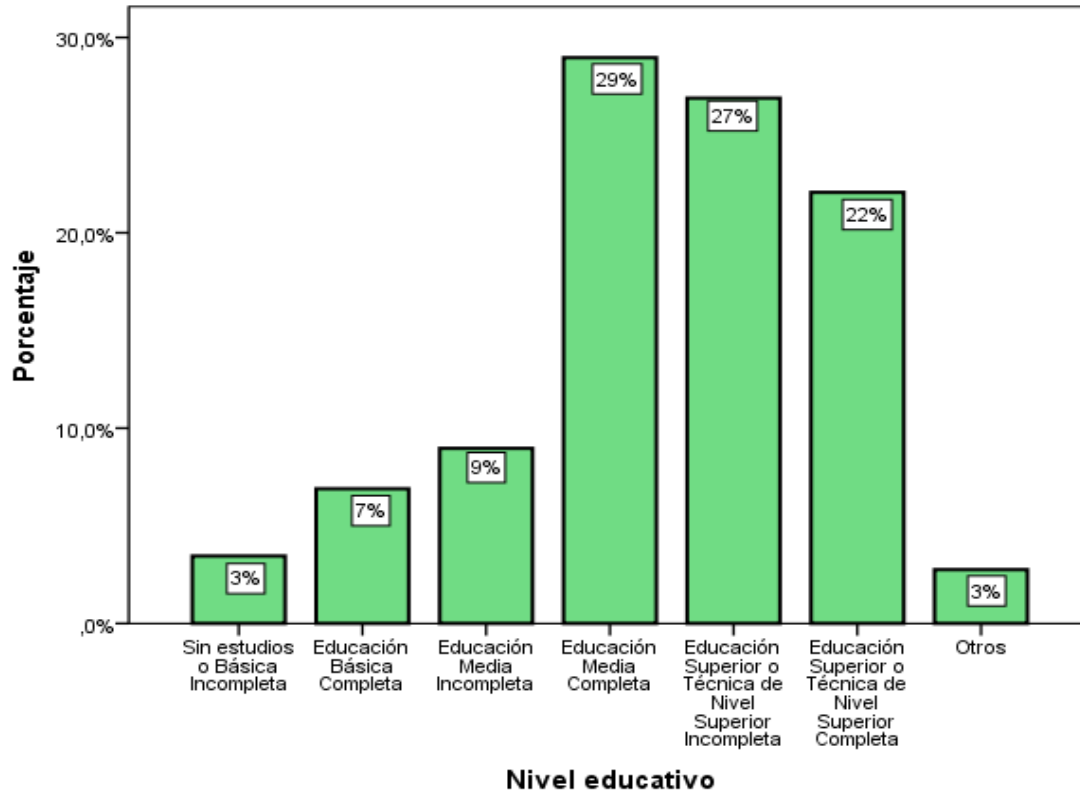


Gráfico N°3: Distribución del porcentaje del Nivel Educativo en los pacientes atendidos en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015.

En la Tabla I se indica la frecuencia y porcentaje respecto a la cantidad de dientes caídos por los pacientes atendidos en la Cátedra de Prótesis Fija año 2015, al momento de la aplicación del cuestionario Creencias Dentales. El constructo cantidad de dientes perdidos se indica en el cuestionario en modo de pregunta abierta, aunque en la codificación de la variable se transforma en 2 categorías. En este sentido, el constructo pasa de estar en un nivel ordinal a un nivel intervalar en la medición del mismo. De acuerdo a los datos obtenidos, 111 pacientes (76,6%) han perdido de 0 a 7 dientes mientras que 34 pacientes (23,4%) han perdido de 8 a 27 dientes.

Cantidad de dientes perdidos	Frecuencia (<i>F</i>)	Porcentaje (%)
Dientes (0 - 7)	111	76,6%
Dientes (8 - 27)	34	23,4%
Total	145	100,0%

Tabla I: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la cantidad de dientes perdidos en los pacientes atendidos en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015.

Encuesta Creencias Dentales (R-DBS)

Creencias Dentales: Escala general

La Tabla II contiene la distribución de la frecuencia y porcentaje de la variable Creencias Dentales contempladas a través de la dimensión Profesionalismo o Ética, Comunicación y Control. Al respecto, se entiende que la escala presenta la sumatoria de todos y cada uno de los 28 reactivos que conforman el cuestionario Creencias Dentales. Tomando en cuenta los criterios estadísticos de medición utilizados para cada una de las dimensiones del constructo Creencias Dentales, referidos al percentil 25, 50 y 75, se transformó la variable contemplada sobre los puntajes totales obtenidos por cada paciente y se categorizaron, al igual que las dimensiones, en: a) Creencias Altamente Negativas (112 a 140 puntos); b) Creencias Negativas (84 a 111 puntos); c) Creencias Positivas (55 a 83 puntos); d) Creencias Altamente Positivas (28 a 54 puntos).

"Creencias Dentales"	Frecuencia (<i>F</i>)	Porcentaje (%)
Creencias Altamente Negativas	2	1,4%
Creencias Negativas	9	6,2%
Creencias Positivas	50	34,5%
Creencias Altamente Positivas	84	57,9%
Total	145	100,0%

Tabla II: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la opinión del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, según la Escala General Creencias Dentales.

Según los datos de la tabla, las creencias positivas se concentran en un 93% respecto al total de casos, desglosado en Creencias Altamente Positivas (58%) y Creencias Positivas (35%). Por otro lado, es posible observar que las Creencias Negativas representan el 6% del total, mientras que sólo dos pacientes presentan Creencias Altamente Negativas, lo que representa el 1%.

Profesionalismo o Ética: Primera dimensión del Constructo Creencias Dentales

El primer reactivo del Cuestionario sobre Creencias Dentales hace referencia a que si el paciente le preocupa que el dentista recomiende tratamientos que realmente no se necesitan. Del total de casos al 56% de los pacientes nunca les ha preocupado que los dentistas recomienden tratamientos que no sean necesarios, mientras que 8% refiere a que casi siempre les preocupa este aspecto (Tabla III).

<i>"Me preocupa que el dentista recomiende tratamientos que realmente no se necesitan"</i>	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Casi siempre	11	7,6%
Frecuentemente	22	15,2%
Unas pocas veces	11	7,6%
Una o dos veces	20	13,8%
Nunca	81	55,9%
Total	145	100,0%

Tabla III: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la opinión del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, respecto a que si le preocupa que el dentista recomiende tratamientos que realmente no se necesitan.

A los pacientes se les consultó sobre que si les preocupa que el dentista sepa hacer su trabajo como profesional, en términos de la calidad del servicio. Este reactivo corresponde al tercero de la dimensión Ética y Profesionalismo. De los casos observados al 52% de los pacientes les preocupa casi siempre este aspecto, mientras que al 19% nunca le ha preocupado (Tabla IV).

<i>"Me preocupa que el dentista sepa hacer su trabajo como profesional, y que esté haciendo un trabajo de calidad"</i>	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Casi siempre	76	52,4%
Frecuentemente	18	12,4%
Unas pocas veces	15	10,3%
Una o dos veces	9	6,2%
Nunca	27	18,6%
Total	145	100,0%

Tabla IV: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la opinión del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, respecto a que si le preocupa que el dentista sepa hacer su trabajo como profesional, y que esté haciendo un trabajo de calidad.

La Tabla V indica la opinión de los pacientes atendidos en la cátedra de Prótesis Fija año 2015, respecto a que si les preocupa que el dentista entregue información necesaria para que el paciente tome buenas decisiones. Los datos obtenidos determinan que al 20% de los pacientes nunca les ha preocupado este aspecto mientras que al 56% casi siempre les ha preocupado.

<i>“Me preocupa que el dentista me entregue toda la información que necesito para tomar buenas decisiones”</i>	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Casi siempre	81	55,9%
Frecuentemente	22	15,2%
Unas pocas veces	4	2,8%
Una o dos veces	8	5,5%
Nunca	30	20,7%
Total	145	100,0%

Tabla V: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la opinión del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, respecto a que si le preocupa que el dentista entregue toda la información que necesita para tomar buenas decisiones.

El reactivo que se indica en la Tabla VI, dice relación con la creencia de que cuando el dentista parece estar apurado al paciente le preocupa no estar recibiendo un cuidado adecuado. En los resultados se observa que el 39% de los pacientes nunca les ha preocupado este aspecto, al 20% una o dos veces, al 13% unas pocas veces y aproximadamente al 28% le preocupa frecuentemente o casi siempre.

<i>“Cuando el dentista parece estar apurado me preocupa no estar recibiendo un cuidado adecuado”</i>	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Casi siempre	11	7,6%
Frecuentemente	29	20,0%
Unas pocas veces	19	13,1%
Una o dos veces	29	20,0%
Nunca	57	39,3%
Total	145	100,0%

Tabla VI: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la opinión del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, respecto a que si cuando el dentista parece estar apurado le preocupa no estar recibiendo un cuidado adecuado.

La Tabla VII indica el reactivo me preocupa que el dentista no busca realmente lo mejor de acuerdo a mis intereses, concerniente a la dimensión Ética y Profesionalismo, desde el punto de vista de los pacientes que respondieron el cuestionario Creencias Dentales. El 58% describe que nunca se ha preocupado, el 17% una o dos veces, el 8% unas pocas veces, el 7,6% frecuentemente y un 10% casi siempre le preocupa este aspecto.

<i>“Me preocupa que el dentista no busca realmente lo mejor de acuerdo a mis intereses”</i>	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Casi siempre	14	9,7%
Frecuentemente	11	7,6%
Unas pocas veces	12	8,3%
Una o dos veces	24	16,6%
Nunca	84	57,9%
Total	145	100,0%

Tabla VII: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la opinión del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, respecto a que si le preocupa que el dentista no busca realmente lo mejor de acuerdo a los intereses del paciente.

En la Tabla VIII se observa la distribución de la opinión de los pacientes respecto a que si el dentista se concentra mucho en terminar el trabajo y no lo suficiente en la comodidad del paciente. Según se observa en los datos, se destaca que la mitad de los casos sostienen que nunca han mantenido dicha creencia, seguido por la categoría una o dos veces (19,3%) y unas pocas veces (18,6%). Por otro lado, en relación a los casos que sostienen creencias negativas, el 6% plantea que frecuentemente piensan tal afirmación, seguido levemente por los pacientes que afirmaron casi siempre mantener dicha creencia (7%).

<i>“El dentista se concentra mucho en terminar el trabajo y no lo suficiente en la comodidad del paciente”</i>	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Casi siempre	10	6,9%
Frecuentemente	8	5,5%
Unas pocas veces	27	18,6%
Una o dos veces	28	19,3%
Nunca	72	49,7%
Total	145	100,0%

Tabla VIII: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la opinión del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, respecto a que si el dentista se concentra mucho en terminar el trabajo y no lo suficiente en la comodidad del paciente

La Tabla IX indica el último reactivo de la dimensión Profesionalismo o Ética, concerniente a la creencia de que al paciente le preocupa que el dentista no tenga la habilidad suficiente para entender y ayudar con los temores y problemas dentales, desde el punto de vista de la muestra del estudio. Se destaca, en primera instancia, que la mitad de los casos afirma que nunca se han preocupado por el tema enunciado en el reactivo. Por otro lado y como ha sido la tendencia en las tablas

anteriores, el menor porcentaje se concentra en la categoría de respuesta casi siempre (9%).

<i>“Me preocupa que el dentista no tenga la habilidad suficiente para entender y ayudarme con mis temores y problemas dentales”</i>	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Casi siempre	13	9,0%
Frecuentemente	25	17,2%
Unas pocas veces	15	10,3%
Una o dos veces	20	13,8%
Nunca	72	49,7%
Total	145	100,0%

Tabla IX: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la opinión del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, respecto a que si le preocupa que el dentista no tenga la habilidad suficiente para entender y ayudar con los temores y problemas dentales.

La Tabla X indica la distribución de la frecuencia y porcentaje de los pacientes que respondieron el instrumento, en torno a la dimensión Profesionalismo o Ética. Al respecto, la dimensión se calculó en base a la sumatoria total del puntaje obtenido por los pacientes en cada reactivo de la dimensión. Posteriormente, a través del programa SPSS se reconfiguró la variable en cuatro categorías, utilizando los percentiles 25, 50 y 75 como criterios estadísticos para los puntajes de corte en cada categoría de la dimensión. En este sentido, los puntajes de corte con sus respectivas categorías quedaron distribuidos de la siguiente manera: a) Creencias Altamente Negativas (44 a 55 puntos); b) Creencias Negativas (33 a 43 puntos); c) Creencias Positivas (21 a 32 puntos); d) Creencias Altamente Positivas (11 a 20 puntos).

Según los datos de la Tabla X, se puede observar que, en primer lugar, la mayor concentración de porcentaje se encuentra en las creencias positivas (81%). Al desglosar la creencia positiva, se registra la mayor ponderación en el tipo Creencias Positivas (41%), 2% más alto que la categoría Creencias Altamente Positivas (39%). Por el otro lado, se obtiene que la categoría Creencias Negativas representa el 17% del total, mientras que el menor porcentaje se registra en la categoría Creencias Altamente Negativas (2%).

<i>“Creencias Dentales”</i>	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Creencias Altamente Negativas	3	2,1%
Creencias Negativas	25	17,2%
Creencias Positivas	60	41,4%
Creencias Altamente Positivas	57	39,3%
Total	145	100,0%

Tabla X: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la opinión del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, según la dimensión Profesionalismo o Ética respecto a las Creencias Dentales

Comunicación: Segunda dimensión del Constructo Creencias Dentales

A los pacientes se les consultó sobre el siguiente reactivo: Siento que el dentista no da explicaciones claras, correspondiente al primer reactivo de la dimensión Comunicación. Al respecto y en función de los datos, se observa que más de la mitad de los casos siente que el dentista no explica claramente (55%), y el 23% lo ha sentido una o dos veces. Contrariamente, sólo el 3% de los pacientes declara que ha sentido tal aseveración casi siempre (Tabla XI).

<i>“Siento que el dentista no da explicaciones claras”</i>	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Casi siempre	4	2,8%
Frecuentemente	5	3,4%
Unas pocas veces	23	15,9%
Una o dos veces	34	23,4%
Nunca	79	54,5%
Total	145	100,0%

Tabla XI: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la opinión del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, respecto a que si siente que el dentista no da explicaciones claras.

En la Tabla XII se observa la distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a las creencias dentales de los pacientes que respondieron al cuestionario, respecto a la dimensión Comunicación de la variable Creencias Dentales. La dimensión referida se calculó en base a la sumatoria total del puntaje obtenido por los pacientes en cada reactivo de la dimensión, reconfigurándose posteriormente la variable en cuatro categorías, utilizando al igual que en la dimensión 1 los percentiles 25, 50 y 75 como criterios estadísticos para los puntajes de corte. Al respecto, los puntajes de corte

con sus respectivas categorías quedaron distribuidos de la siguiente manera: a) Creencias Altamente Negativas (36 a 45 puntos); b) Creencias Negativas (27 a 35 puntos); c) Creencias Positivas (17 a 26 puntos); d) Creencias Altamente Positivas (9 a 16 puntos).

De acuerdo a los datos de la Tabla XII, la mayor concentración del porcentaje se encuentra en la categoría Creencias Altamente Positivas, con un 63% del total, mientras que un porcentaje importante se registra en la Creencias Positivas (23%). Por el otro lado, es posible observar que las Creencias Negativas en su conjunto constituyen el 13% del total, desglosado en Creencias Negativas (12%) y Creencias Altamente Negativas (1%).

<i>"Creencias Dentales"</i>	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Creencias Altamente Negativas	2	1,4%
Creencias Negativas	17	11,7%
Creencias Positivas	34	23,4%
Creencias Altamente Positivas	92	63,4%
Total	145	100,0%

Tabla XII: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la opinión del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, según la dimensión Comunicación respecto a las Creencias Dentales

Control: Tercera dimensión del Constructo Creencias Dentales

El segundo reactivo de la dimensión Control dice relación con lo siguiente: "El dentista parece no notar que los pacientes necesitan descansar a veces", indicado en la Tabla XIII. De acuerdo a los datos, se puede señalar que se mantiene la tendencia a valorar positivamente al dentista, aunque hay una homogeneidad mayor entre las categorías de respuesta nunca (43%) y una o dos veces (32%). De todas formas, la mayor concentración sigue registrándose en la categoría nunca. Finalmente, el menor porcentaje se encuentra en los casos que sostuvieron que frecuentemente han creído en el enunciado en cuestión (6%), seguido levemente por la categoría casi siempre (7%) y unas pocas veces (13%).

<i>“El dentista parece no notar que los pacientes necesitan descansar a veces”</i>	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Casi siempre	10	6,9%
Frecuentemente	8	5,5%
Unas pocas veces	19	13,1%
Una o dos veces	46	31,7%
Nunca	62	42,8%
Total	145	100,0%

Tabla XIII: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la opinión del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, respecto a que si el dentista parece no notar que los pacientes necesitan descansar a veces.

La Tabla XIV indica el siguiente reactivo: “Cuando estoy en el sillón dental me siento indefenso (porque las cosas están fuera de mi control”, perteneciente a la dimensión Control. Del total de casos, se destaca que más de la mitad declara que nunca se ha sentido indefenso al momento de estar en una silla dental (57%), aunque un porcentaje importante sí se ha sentido indefenso una o dos veces (19%). Por el contrario, la menor proporción se encuentra en los pacientes que señalaron que frecuentemente se sientes indefensos (7%).

<i>“Cuando estoy en el sillón dental me siento indefenso (porque las cosas están fuera de mi control”</i>	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Casi siempre	12	8,3%
Frecuentemente	10	6,9%
Unas pocas veces	13	9,0%
Una o dos veces	28	19,3%
Nunca	82	56,6%
Total	145	100,0%

Tabla XIV: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la opinión del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, respecto a que si cuando está en el sillón dental se siente indefenso.

Siguiendo con la dimensión Control, a los pacientes que respondieron el cuestionario Creencias Dentales, se les planteo el siguiente reactivo: “Me preocupa que el dentista haga lo que él quiera y realmente no me escuche cuando estoy en el sillón”. Como ha sido la tendencia en la mayoría de los reactivos expuestos en las tablas anteriores, la mayoría ha indicado la categoría de respuesta nunca (68%), haciendo alusión a una posición positiva hacia el profesional dentista. Por otro lado y también

siguiendo la tendencia de las otras tablas, la menor proporción se encuentra en las categorías frecuentemente (3%) y casi siempre (5%) (Tabla XV).

<i>“Me preocupa que el dentista haga lo que él quiera y realmente no me escuche cuando estoy en el sillón”</i>	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Casi siempre	7	4,8%
Frecuentemente	4	2,8%
Unas pocas veces	17	11,7%
Una o dos veces	19	13,1%
Nunca	98	67,6%
Total	145	100,0%

Tabla XV: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la opinión del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, respecto a que si le preocupa que el dentista haga lo que él quiera y realmente no lo escuche cuando está en el sillón.

En la Tabla XVI se observa la distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a las creencias dentales de los pacientes que respondieron el instrumento, respecto a la dimensión Control. La dimensión referida se calculó en base a la sumatoria total del puntaje obtenido por los pacientes en cada reactivo de la dimensión, reconfigurándose la variable en cuatro categorías referidas en la tabla, utilizando al igual que en la dimensión 1 y 2 los percentiles 25, 50 y 75 como criterios estadísticos para los puntajes de corte. Al respecto, los puntajes de corte con sus respectivas categorías quedaron distribuidos de la siguiente manera: a) Creencias Altamente Negativas (32 a 40 puntos); b) Creencias Negativas (24 a 31 puntos); c) Creencias Positivas (15 a 23 puntos); d) Creencias Altamente Positivas (8 a 14 puntos).

Según los datos de la Tabla XVI, se puede observar que la gran mayoría de los pacientes presentan Creencias Altamente Positivas en cuanto al control que tienen en contextos de atención odontológica (70%). De igual forma, se destaca que el 24% del total presenta Creencias Positivas, mientras que por otro lado, el 5% mantiene Creencias Negativas y el 1% Creencias Altamente Negativas.

“Creencias Dentales”	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Creencias Altamente Negativas	2	1,4%
Creencias Negativas	7	4,8%
Creencias Positivas	35	24,1%
Creencias Altamente Positivas	101	69,7%
Total	145	100,0%

Tabla XVI: Distribución de la frecuencia y porcentaje en torno a la opinión del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, según la dimensión Control respecto a las Creencias Dentales

Análisis comparativo en Creencias Dentales, Edad, Género, Nivel Educativo y Cantidad de dientes perdidos: Nivel de significancia y Test de Chi cuadrado de Pearson

La Tabla XVII indica la distribución del porcentaje de las Creencias Dentales (Escala general Likert), según segmento edad, desde el punto de vista de la muestra de estudio. En relación a los datos, se conoce que la tendencia se inclina a las Creencias Positivas y Altamente Positivas, aunque a nivel comparativo con la variable edad, en la categoría Creencias Positivas, se distingue que el segmento Adulto mayor presenta la mayor concentración respecto a los demás segmentos (40%), mientras que el menor porcentaje se encuentra en jóvenes (15%). En lo que respecta la categoría Creencias Altamente Positivas, se aprecia que son los jóvenes quienes presentan, en mayor proporción, dichas creencias (80%). Se debe mencionar que para efectos de un análisis comparativo entre la variable dependiente e independientes, los porcentajes se establecieron en columnas a modo de poder comparar las ponderaciones, sin que influya el tamaño de la muestra según los segmentos etarios. Esto se aplica para cada tabla de contingencia.

“Creencias Dentales”	Edad				Total
	Joven	Adulto joven	Adulto mayor	Tercera edad	
Creencias Altamente Negativas	0,0%	0,0%	0,0%	4,4% (2)	1,4% (2)
Creencias Negativas	5,0% (1)	3,3% (1)	6,0% (3)	8,9% (4)	6,2% (9)
Creencias Positivas	15,0% (3)	33,3% (10)	40,0% (20)	37,8% (17)	34,5% (50)
Creencias Altamente Positivas	80,0% (16)	63,3% (20)	54,0% (26)	48,9% (22)	57,9% (84)
Total	100% (20)	100% (31)	100% (49)	100% (45)	100% (145)

Tabla XVII: Distribución del porcentaje de las Creencias Dentales del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, según edad.

Según la prueba de Chi cuadrado de Pearson (Tabla XVIII), se puede señalar que no existe una relación estadísticamente significativa entre la variable dependiente Creencias Dentales y la variable independiente Edad, puesto que la significación alcanza en la prueba es superior al margen de error permitido para la muestra de estudio ($0,3 > 0,05$).

Prueba estadística	Valor Experimental	Grados Libertad	Significación Asintótica
Chi cuadrado de Pearson	10,813	9	0,289
N° de casos válidos	145		

Tabla XVIII: Test de Chi cuadrado de Pearson para la variable Creencias Dentales y Edad

La Tabla XIX indica la distribución del porcentaje de las Creencias Dentales (Escala general Likert), según la variable género. En relación a los datos, se observa que para el caso de las Creencias Positivas, se identifica que los hombres presentan mayor valoración que las mujeres (43% frente al 30%, respectivamente), mientras que en la categoría Creencias Altamente Positivas, la relación se invierte y son las mujeres que, en mayor proporción, presentan mayor creencias positivas que los hombres (62% frente al 51%, respectivamente).

"Creencias Dentales"	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Creencias Altamente Negativas	0,0%	2,1% (2)	1,4% (2)
Creencias Negativas	5,9% (3)	6,4% (6)	6,2% (9)
Creencias Positivas	43,1% (22)	29,8% (28)	34,5% (50)
Creencias Altamente Positivas	51,0% (26)	61,7% (58)	57,9% (84)
Total	100% (51)	100% (94)	100% (145)

Tabla XIX: Distribución del porcentaje de las Creencias Dentales del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, según género.

De acuerdo con la prueba de Chi cuadrado de Pearson entre la variable dependiente Creencias Dentales y la variable independiente género (Tabla XX), es posible sostener la no existencia de una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, puesto que la significación es de 0,3, valor superior al 0,05.

Prueba estadística	Valor Experimental	Grados Libertad	Significación Asintótica
Chi cuadrado de Pearson	3,463	3	0,326
N° de casos válidos	145		

Tabla XX: Prueba de Chi cuadrado de Pearson en relación a las Creencias Dentales y el género.

La Tabla XXI indica la distribución del porcentaje de las Creencias Dentales y el Nivel Educativo, en relación a los pacientes que respondieron el cuestionario. Según los datos de la tabla, al desglosar por tipo de creencia, se observa en la Creencia Negativa que el mayor porcentaje de pacientes que presentaron dichas creencias no tienen estudios o cumplen con básica incompleta (20%). En relación a la Creencia Positiva, se aprecia que son mayoritariamente pacientes con enseñanza media completa, quienes presentan más Creencias Positivas comparados con los otros nivel educativos (50%). Finalmente, en función de la Creencia Altamente Positiva, se observa que la mayor proporción de pacientes clasificados en dicha categoría, tienen educación superior o técnica de nivel superior incompleta (74%), mientras que la menor proporción la tienen los pacientes que declararon no tener estudios o básica incompleta (50%).

"Creencias Dentales"	Nivel Educativo							Total
	Sin estudios o Básica Incompleta	Educación Básica Completa	Educación Media Incompleta	Educación Media Completa	Educación Superior o Técnica de Nivel Superior Incompleta	Educación Superior o Técnica de Nivel Superior Completa	Otros	
Creencias Altamente Negativas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	3,1%	0,0%	1,4%
					(1)	(1)		(2)
Creencias Negativas	25,0%	0,0%	0,0%	4,8%	5,1%	9,4%	25,0%	6,2%
	(1)			(2)	(2)	(3)	(1)	(9)
Creencias Positivas	25,0%	40,0%	46,2%	50,0%	17,9%	28,1%	25,0%	34,5%
	(1)	(4)	(6)	(21)	(7)	(9)	(1)	(49)
Creencias Altamente Positivas	50,0%	60,0%	53,8%	45,2%	74,4%	59,4%	50,0%	57,9%
	(2)	(6)	(7)	(19)	(30)	(19)	(2)	(85)
Total	100% (4)	100% (10)	100% (13)	100% (42)	100% (40)	100% (32)	100% (4)	100% (145)

Tabla XXI: Distribución del porcentaje de las Creencias Dentales del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, según Nivel Educativo.

Según la prueba de Chi cuadrado de Pearson, es posible señalar que no existe relación estadísticamente significativa entre la variable dependiente Creencias Dentales y la variable independiente Nivel Educativo (Tabla XXII), debido a que la significación alcanzada por la prueba supera el margen de error permitido por la muestra ($0,4 > 0,05$).

Prueba estadística	Valor Experimental	Grados Libertad	Significación Asintótica
Chi cuadrado de Pearson	18,605	18	0,417
N° de casos válidos	145		

Tabla XXII: Test de Chi cuadrado de Pearson para la variable Creencias Dentales y Nivel Educativo.

En la tabla XXIII se observa la distribución del porcentaje de las Creencias Dentales de los pacientes que respondieron el cuestionario, según la cantidad de dientes perdidos. De acuerdo con los datos, al desglosar según la clasificación de Creencias Dentales, se puede señalar que para el caso de las Creencias Positivas y Altamente Positivas, los pacientes que han perdido menos de 8 dientes corresponden al 93,7% de la muestra. Mientras que 12% de los pacientes que han perdido 8 o más dientes, poseen Creencias Negativas y Altamente Negativas.

"Creencias Dentales"	Cantidad de Dientes Perdidos		Total
	Dientes (0 - 7)	Dientes (8 - 27)	
Creencias Altamente Negativas	0,9% (1)	2,9% (1)	1,4% (2)
Creencias Negativas	5,4% (6)	8,8% (3)	6,2% (9)
Creencias Positivas	36,0% (40)	29,4% (10)	34,5% (50)
Creencias Altamente Positivas	57,7% (64)	58,8% (20)	57,9% (84)
Total	100% (111)	100% (34)	100% (145)

Tabla XXIII: Distribución del porcentaje de las Creencias Dentales del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, según cantidad de dientes perdidos.

Según la prueba estadística de Chi cuadrado de Pearson, es posible señalar que no existe relación estadísticamente significativa entre la variable dependiente Creencias Dentales y la Cantidad de dientes perdidos por los pacientes (Tabla XXIV), donde el valor significativo de la prueba supera el margen de error permitido por la muestra ($0,95 > 0,05$).

Prueba estadística	Valor Experimental	Grados Libertad	Significación Asintótica
Chi cuadrado de Pearson	1,613	3	,657
N° de casos válidos	145		

Tabla XXIV: Test de Chi cuadrado de Pearson en función de las Creencias Dentales y Cantidad de dientes perdidos por los pacientes.

Verificación de la hipótesis

Hipótesis: Más de mitad del porcentaje de pacientes que declararon tener 8 o más dientes perdidos, presentan mayor porcentaje de Creencias Altamente Negativas comparadas con las Creencias Altamente Positivas.

"Creencias Dentales"	Cantidad de Dientes Perdidos		Total
	Dientes (0 - 7)	Dientes (8 - 27)	
Creencias Altamente Negativas	0,9%	2,9%	1,4%
Creencias Altamente Positivas	57,7%	58,8%	57,9%

Tabla XXV: Distribución del porcentaje de las Creencias Dentales del paciente atendido en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, según cantidad de dientes perdidos..

De acuerdo a los datos de la tabla, es posible rechazar la hipótesis referida, debido a que la mayor concentración de porcentaje para el caso de los pacientes que han perdido 8 o más dientes, se encuentra en la categoría Creencias Altamente Positivas.

Confiabilidad del instrumento

Se correlacionó el puntaje total de la Encuesta Creencias Dentales obtenidos en la primera y segunda aplicación del instrumento, obteniéndose una correlación altamente positiva de 0,970, por lo que no fue necesario modificar los ítems de la escala. A continuación se señala la Correlación de Pearson realizada a través del SPSS:

Correlaciones de Pearson

		Puntaje Total 1	Puntaje Total 2
Puntaje Total 1	Correlación de Pearson	1	,970**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	8	8
Puntaje Total 2	Correlación de Pearson	,970**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	8	8

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Análisis por dimensión del instrumento con Alfa de Cronbach

- Dimensión Profesionalismo o Ética

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,839	11

Estadísticas de total de elemento				
Reactivos Profesionalismo o Ética	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
<i>Me preocupa que el dentista recomiende tratamientos que realmente no se necesitan</i>	22,46	60,361	,614	,817
<i>Yo creo que el dentista hace o dice cosas para ocultarme información</i>	23,19	68,671	,525	,830
<i>Me preocupa que el dentista sepa hacer su trabajo como profesional, y que esté haciendo un trabajo de calidad</i>	20,77	60,945	,491	,830
<i>Creo que el dentista dice una cosa y hace otra</i>	23,19	69,764	,493	,833
<i>Me preocupa que el dentista me entregue toda la información que necesito para tomar buenas decisiones</i>	20,70	60,557	,488	,831

<i>Al dentista parece no importarle que los pacientes necesitan descansar a veces</i>	22,50	64,738	,503	,827
<i>El dentista parece no gustarle corregir trabajos que no han sido satisfactorios para mí</i>	22,76	67,712	,377	,836
<i>Cuando el dentista parece estar apurado me preocupa no estar recibiendo un cuidado adecuado</i>	22,14	60,800	,602	,818
<i>Me preocupa que el dentista no busca realmente lo mejor de acuerdo a mis intereses</i>	22,56	60,790	,611	,818
<i>El dentista se concentra mucho en terminar el trabajo y no lo suficiente en la comodidad del paciente</i>	22,50	64,543	,477	,829
<i>Me preocupa que el dentista no tenga la habilidad suficiente para entender y ayudarme con mis temores y problemas dentales</i>	22,28	59,163	,649	,814

- Dimensión Comunicación

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,864	9

Estadísticas de total de elemento				
Reactivo Comunicación	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
<i>Siento que el dentista no da explicaciones claras</i>	13,97	46,221	,459	,861
<i>Me preocupa que al dentista no le guste tomarse el tiempo para realmente hablar con el paciente</i>	13,61	38,587	,722	,836
<i>Me siento incómodo haciendo preguntas</i>	14,26	47,941	,320	,872
<i>El dentista dice cosas para hacerme sentir culpable por la forma como cuido mis dientes</i>	14,26	47,191	,467	,860
<i>Me preocupa que el dentista no tome seriamente mis temores hacia los dentistas en general, a los tratamientos o a sentir dolor</i>	13,61	39,239	,713	,837
<i>Me preocupa que el dentista me hacen sentir mal</i>	14,21	41,568	,755	,834
<i>Me preocupa que al dentista no le agrade cuando un paciente hace una petición</i>	13,97	41,284	,671	,841
<i>Me preocupa que el personal dental me avergüence por la condición de mis dientes</i>	14,22	44,048	,570	,851
<i>Yo creo que el dentista no entiende lo que significa realmente ser paciente o estar en el sillón como paciente</i>	13,81	41,851	,651	,844

Dimensión Control

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,817	8

Estadísticas de total de elemento				
Reactivos Control	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
<i>Cuando estoy en el sillón dental me siento incapaz de detener la consulta para descansar, si así quisiera</i>	11,79	26,054	,606	,785
<i>El dentista parece no notar que los pacientes necesitan descansar a veces</i>	11,47	26,223	,560	,792
<i>Cuando estoy en el sillón dental me siento indefenso (porque las cosas están fuera de mi control)</i>	11,58	25,259	,576	,790
<i>Si yo fuera a indicar que me duele, pienso que el dentista no va a querer detenerse y tratar de corregir el problema</i>	12,07	27,620	,627	,786
<i>El dentista no me cree cuando he dicho que he sentido dolor</i>	12,06	30,608	,323	,820
<i>El dentista frecuentemente parece estar apurado, entonces yo me siento estresado</i>	11,83	26,019	,614	,784
<i>Me preocupa que el dentista haga lo que él quiera y realmente no me escuche cuando estoy en el sillón</i>	11,85	27,616	,484	,803
<i>Sentirme abrumado por la cantidad de tratamientos que necesito es suficiente para evitar la atención</i>	11,79	27,114	,495	,801

Los reactivos del instrumento no presentan valores de alfa tan cercanos a 1, por lo que su fiabilidad no es la suficiente. Para mejorar la confiabilidad del instrumento, es recomendable eliminar el reactivo destacado con amarillo en cada dimensión.

Discusión

Este estudio fue desarrollado con la finalidad de conocer las preocupaciones, percepciones y creencias que poseen los pacientes, que son atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso en el año 2015, acerca de los dentistas (alumnos) y de la forma en que se lleva a cabo la atención dental.

En primer lugar se busca caracterizar la muestra de pacientes que fue utilizada en este estudio. De los resultados podemos decir que en cuanto a la edad y los criterios de clasificación, la mayor concentración de la muestra se encuentra en el segmento adulto mayor y tercera edad, componiendo juntos cerca del 65% de la muestra, por lo que podemos considerar que la mayoría de los pacientes posee más de 45 años de edad. Los estudios anteriores en los que se utiliza una muestra de pacientes que acuden por atención general o muestras de pacientes con miedo dental demuestran un comportamiento similar en cuanto a la edad de los pacientes variando en promedio de 40 a 55 años. Con respecto a la distribución de género de la muestra, los resultados indican que la mayoría de los pacientes eran mujeres (65%), mientras que el 35% restante corresponde a hombres. Distribución similar al estudio realizado por Abrahamsson 2006.

En cuanto al nivel educacional de los pacientes que pertenecen a la muestra se puede decir que la mayoría de estos posee al menos educación media completa (78%), mientras que una minoría de los pacientes (20%) no ha completado sus estudios escolares. Estos resultados son similares a los reportados por el Centro de Estudios del MINEDUC, el cuál refiere que al año 2013, el 61% de la población chilena posee un nivel educacional igual o superior a la enseñanza media completa³⁷. La muestra determina ser una representación cercana a la realidad al compararla con la distribución de los estudios previos y la realidad educacional en Chile.

Con respecto a la observación de la cantidad de dientes perdidos, en este estudio la mayoría de los pacientes tenían pérdidas menores a 8 dientes (77%), mientras que el 23% de la muestra presentaba más de 8 dientes perdidos. Esta observación demuestra una realidad más favorable en los pacientes de la muestra de este estudio comparándolo con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud del 2003, en la que se describe que los adultos entre 35-44 años posee en promedio 6,5 dientes perdidos, pero en la población de 65 a 74 años esta cifra aumenta llegando a tener en promedio aproximadamente 16 dientes perdidos³⁸. Se estima que aquellas personas que han perdido de 8 o más dientes, presentan un deterioro marcado de la calidad de vida. La comodidad a la hora de comer y participar de la interacción social,

su autoestima y satisfacción con respecto a su salud oral se ve disminuida²¹. La cantidad de dientes perdidos por una persona parece ser un reflejo de la calidad de su salud oral, el hecho de tener un gran número de dientes perdidos podría indicar que esa persona está en una situación en la que durante el transcurso de su vida, sus controles odontológicos tempranos fueron escasos, independiente de las razones que hayan causado esta falta de control.

Al analizar los resultados recopilados con el instrumento R-DBS, en forma general, tanto las creencias positivas, como altamente positivas prevalecen absolutamente entre los pacientes evaluados (93%), mientras que se puede decir que las creencias negativas y altamente negativas son bastante bajas (7%). Estos resultados parecen indicar que los pacientes que son atendidos en la cátedra de Prótesis Fija poseen una buena percepción respecto a la atención dental que se les entrega y pocas preocupaciones al respecto. Este resultado puede estar determinado en primer lugar por el hecho de que son pacientes que acuden en busca de atención dental de forma voluntaria. Otros estudios no solo encuestaron a pacientes pertenecientes a alguna clínica sino que también investigaron grupos de personas comunes. En estos grupos existe un aumento en la prevalencia de creencias negativas y la pérdida dentaria. Esto se explica debido a que al tener más creencias negativas, probablemente la persona acuda menos al dentista ya sea por estas mismas creencias o por el miedo dental que determinan.

En cuanto a las dimensiones que evalúa el instrumento, en la dimensión Ética y Profesionalismo un reactivo importante destacar es sobre las la preocupación que poseen los pacientes respecto a que le realicen tratamientos que no se necesitan, determinando que a más de la mitad de los pacientes nunca les preocupa este aspecto. Esto coincide con los resultados obtenidos en otras investigaciones³⁹ en las que este reactivo estaba con los puntajes más bajos, es decir, una creencia más positiva en este aspecto. De esto se puede inducir que los pacientes sienten confianza en cuanto a los tratamientos que se le realizan. Existen otros dos reactivos que representan un aspecto considerado como preocupaciones importantes para el paciente. Por una parte que el paciente sepa hacer su trabajo adecuadamente, y por otro lado que el dentista entregue toda la información respecto a las opciones de tratamiento. En ambos reactivos más de la mitad de los pacientes sientes casi siempre esas preocupaciones. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos en la investigación de Hathiwala³⁹, en el que el hecho que el dentista entregue información acerca de las opciones de tratamiento es una de las mayores preocupaciones por parte de los pacientes.

En cuanto a la información obtenida de la dimensión Comunicación, los análisis demuestran que la mayoría de los pacientes no sienten que las explicaciones que da el dentista no son claras. Esta observación es similar a la encontrada por

Abrahamsson³⁴ en este ítem cuando se estudia a pacientes regulares o que no tienen miedo dental. El hecho de que exista una alta prevalencia de creencias dentales positivas en la dimensión comunicación (86%), demuestra que existe una buena interacción entre el dentista (alumno) y paciente en cuanto al entendimiento de la información que se entrega. Esto podría estar asociado también al nivel educacional que poseen los pacientes según algunos estudios³³⁻³⁶. Este hecho no puede ser probado en este estudio ya que no fue parte de los objetivos, pero sin duda fue considerado como un punto de partida para establecer nuevas investigaciones relacionadas a las observaciones realizadas.

La tercera y última dimensión del instrumento corresponde al Control, los ítems de esta se refieren a aquellas situaciones en las que el paciente podría sentir miedo o ansiedad durante la atención dental. Según estudios³³⁻³⁶ una alta prevalencia de creencias negativas en esta dimensión, puede ser asociada a pacientes miedosos o con un gran nivel de ansiedad general. En esta investigación, los resultados obtenidos demuestran que la mayoría de los pacientes atendidos (94%) presentan creencias positivas o altamente positivas en relación a esta dimensión.

Al relacionar las creencias dentales con la edad de los pacientes, podemos observar que los pacientes pertenecientes a la categoría jóvenes (80%), presentan un nivel de creencias altamente positivas en comparación con las otras categorías de edad dentro del mismo nivel de creencias. Además se observa una relación decreciente entorno a las creencias altamente positivas, ya que a medida que aumenta el rango etario de los pacientes, el nivel de creencias altamente positivas va en disminución. Estos resultados difieren de los obtenidos por Abrahamson³⁴, estudio en el cual se observó que para este grupo etario existe una mayor prevalencia de creencias dentales negativas.

No se puede establecer una relación significativa entre la prevalencia de creencias altamente negativas y el nivel educacional de los pacientes. Según los resultados aquellos pacientes con nivel educacional menor a la media completa, no refieren tener creencias altamente negativas.

En cuanto a la relación que existe entre la cantidad de dientes perdidos por los pacientes y las creencias dentales, se observa que aquellos pacientes con 8 o más dientes perdidos tienen una tendencia a tener creencias negativas o altamente negativas, a pesar de que estos pacientes constituyen la minoría de los pacientes encuestados (23%). Sin embargo, no existe una relación estadísticamente significativa que permita establecer una relación verdadera entre la prevalencia de creencias negativas o altamente negativas en pacientes con pérdidas de 8 o más dientes. Se evidencia que no existe una relación estadísticamente significativa entre un número

elevado de dientes perdidos y creencias negativas de los pacientes en este estudio. Estos resultados difieren de los obtenidos por Coolidge³⁶, quien logró establecer una relación entre el número de dientes perdidos y la prevalencia de creencias negativas. En su estudio no sólo utilizó pacientes dentales, sino que el estudio se aplicó también a personas de una comunidad hispana que no eran necesariamente pacientes dentales. En este estudio la muestra eran pacientes odontológicos por lo que su percepción tanto del dentista o de la odontología claramente va a diferir de una persona que no acude al dentista por sus creencias.

En este estudio es posible aseverar que la mayor prevalencia de creencias negativas está en relación a los aspectos que se evalúan en la dimensión Ética y Profesionalismo. Esto indica la preocupación que tienen los pacientes por obtener un tratamiento que cumpla con los estándares establecidos tanto por los códigos de ética, como por las bases legales de nuestro país (Ley 20.584). Siguiendo esta premisa, para los pacientes también es importante que se les entregue la información apropiada en cuanto a sus necesidades y opciones de tratamiento.

Además podemos presumir que los pacientes pertenecientes a la muestra de este estudio tienen bajo niveles de ansiedad y miedo al dentista. Este hecho puede ser deducido, ya que paciente con creencias negativas son relacionados con altos niveles de ansiedad general o miedo al dentista.

De acuerdo a los análisis realizados, el instrumento es confiable en relación al análisis de Pearson, esto coincide con los análisis de confiabilidad obtenidos en otros estudios³³⁻³⁶.

En cuanto a la confiabilidad de cada una de sus dimensiones, según Alfa de Cronbach, hemos determinado que para mejorar la confiabilidad del instrumento, es recomendable eliminar un reactivo por dimensión, los cuales corresponden a: ítem 7 de la dimensión Profesionalismo y Ética, el ítem 14 de la dimensión Comunicación y el ítem 25 de la dimensión Control.

La evidencia afirma que este instrumento es confiable para evaluar las percepciones y creencias de los pacientes acerca de cómo se lleva a cabo la atención dental. Sin embargo, una posible causa de la diferencia de resultados encontrados en comparación a otros estudios³³⁻³⁶, tiene relación a que este instrumento es aplicado a diferentes muestras de pacientes. El hecho de que en este estudio se haya aplicado a pacientes que se atienden regularmente podría influir en los resultados obtenidos, ya que el instrumento en diversas investigaciones es utilizado para identificar y evaluar aquellos pacientes que presentan niveles altos de ansiedad o temor al dentista. A pesar de esto existen estudios en los que se evalúan a pacientes que no

presentan ansiedad o miedo al dentista y los resultados son igualmente validos en función de la confiabilidad y validez del instrumento.

Como recomendación consideramos necesario realizar nuevos estudios que utilicen este instrumento para mejorar sus propiedades en el contexto socio-cultural local. Un aumento en el tamaño de la muestra y la aplicación del cuestionario a diferentes muestras de personas y no sólo pacientes parece ser útil para establecer e identificar nuevos hallazgos respecto a la percepción que poseen las personas sobre el dentista.

Conclusiones

De este estudio se puede afirmar que los pacientes atendidos en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, mantienen Creencias Altamente Positivas y Creencias Positivas en términos del profesionalismo del médico dentista, comunicación y control por parte del paciente al dentista en contextos de atención médica odontológica.

Según la dimensión Ética y Profesionalismo, los pacientes atendidos en la cátedra de Prótesis Fija, durante el año 2015, presentan una Creencia Positiva. Sin embargo es la dimensión donde se encontró una mayor prevalencia de Creencias Negativas.

Las creencias dentales de los pacientes atendidos en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, en relación a la dimensión de Comunicación, se clasificaron en mayor medida como Creencias Altamente Positivas.

En relación a la última dimensión del instrumento y en concordancia con la dimensión Profesionalismo o Ética y Comunicación, es posible sostener que los pacientes atendidos en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, presentan Creencias Altamente Positivas en términos del Control que tienen frente al dentista en contextos de atención odontológica.

De acuerdo a los datos obtenidos en este estudio, se rechaza la hipótesis referida, debido a que la mayor concentración de porcentaje para el caso de los pacientes que han perdido 8 o más dientes, se encuentra en la categoría Creencias positivas.

El R-DBS es un instrumento confiable para evaluar las percepciones de los pacientes respecto a la forma en que se entrega la atención dental.

Se necesitan nuevos estudios para mejorar las propiedades de este instrumento así como establecer diferentes grupos de estudio para realizar mejores comparaciones de los resultados.

Sugerencias

Aplicar la encuesta a un universo más amplio que pacientes de la cátedra de prótesis fija, para poder evidenciar si existe algún cambio en el resultado de la validación de la hipótesis.

Incluir dentro de las preguntas de la encuesta, si se atienden con mayor frecuencia en el servicio público o privado, para así poder determinar en qué sector de la atención se pueden estar presentando mayores problemas en relación a las subdimensiones de la encuesta.

Realizar un cambio gramatical de las categorías de respuesta, ya que son muy similares entre ellas.

En futuros estudios similares, recomendamos aplicar la encuesta junto con la Dental Anxiety Scale (DAS), para de esa forma reconocer posibles sujetos que posean creencias negativas y relacionarlo con su nivel de ansiedad dental. De la misma forma con los resultados obtenidos se podrían comparar los resultados obtenidos en otros estudios que utilizaron ese protocolo.

Resumen

Creencias y preocupaciones de los pacientes odontológicos evaluadas con el instrumento "Encuesta de Creencias Dentales" versión en español.

Alumnos: Andrés Galaz P., Alexis Mendoza T., Nicolás Riffo F.
Institución: Universidad de Valparaíso.

Introducción: En la actualidad los servicios de salud se han enfocado en que la experiencia de los usuarios posea altos estándares al momento de hacer uso de dichos servicios. La opinión de los pacientes respecto a la forma en que se llevan a cabo las atenciones de salud se ha convertido en una fuente de investigación y análisis en los últimos tiempos. En este estudio se aplicó el instrumento "Revised Dental Belief Survey" el cual fue traducido al español. Esta encuesta tiene la característica de evaluar las percepciones y preocupaciones del paciente con respecto a la manera en que los dentistas llevan a cabo su trabajo.

Objetivo: Medir la percepción de los pacientes atendidos en la cátedra de Prótesis Fija año 2015, en relación a las Creencias Dentales, según género, edad, nivel educativo y cantidad de dientes perdidos.

Diseño metodológico: Estudio de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal. Se aplicó la encuesta R-DBS a 145 pacientes de la cátedra de Prótesis Fija año 2015 seleccionados mediante un muestreo aleatorio sistemático. En el instrumento se incluyeron las preguntas socio-demográficas; edad, género, nivel educacional. Además se identificó la cantidad de dientes perdidos del paciente a través de un examen clínico. Se realizó la tabulación y análisis descriptivos de los datos obteniendo las medidas de tendencia central y de dispersión mediante el programa "Statistical Product and Service Solutions" (SPSS). Se generaron tablas y gráficos de frecuencia y porcentaje por columnas, y tablas de contingencias de variables cruzadas. Para determinar la confiabilidad del instrumento, se aplicó el Coeficiente de Correlación de Pearson, y de cada una de las dimensiones del instrumento, se realizó un análisis de Alfa de Cronbach.

Resultados: La mayor concentración de porcentaje para el caso de los pacientes que han perdido 8 o más dientes, se encuentra en la categoría Creencias Altamente Positivas.

Conclusiones: De este estudio se puede afirmar que los pacientes atendidos en la cátedra de Prótesis Fija durante el año 2015, mantienen Creencias Altamente Positivas y Creencias Positivas en términos del profesionalismo del médico dentista, comunicación y control por parte del paciente al dentista en contextos de atención médica odontológica. De acuerdo a los datos obtenidos en este estudio, se rechaza la hipótesis referida, debido a que la mayor concentración de porcentaje para el caso de los pacientes que han perdido 8 o más dientes, se encuentra en la categoría Creencias positivas.

Se necesitan nuevos estudios para mejorar las propiedades de este instrumento así como establecer diferentes grupos de estudio para realizar mejores comparaciones de los resultados.

Referencias Bibliográficas

- (1) Moreno E, Roales-Nieto JG. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica. 2003, Vol. 3, Nº 1, pp. 91-109.
- (2) Pezoa M. Propuesta Metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos Gobierno de Chile; 2011. p. 3-5.
- (3) Zaltman Gerald, Cómo Piensan los Consumidores, Havard Business School Press; 2004
- (4) Rioboo R. Odontología Preventiva y Comunitaria. Madrid: Avances; 2002.
- (5) Lopez G. Estudio de la satisfacción del paciente en odontología mediante cuestionarios de salud: adaptación al español del cuestionario “Dental Satisfaction Questionnaire”, Valencia; 2012.
- (6) Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud; Acciones Vinculadas a la Atención en Salud; Atención en Salud; D.F.L. no. 1, Ministerio de Justicia, 2000; Ley no. 20.584.
- (7) Saturno P. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Esp Salud Publica. 1995; 69: 163-75.
- (8) Muza R. Satisfacción de paciente con tres especialidades dentales, Rev Chil Salud Publica; 2008; Vol 12 (1): 12-17.
- (9) Nallar M. Nivel de satisfacción usuaria en atención odontológica en el Cesfam Rosita Renard, Universidad Andres Bello; 2015.
- (10) Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? An Sist Sanit Navar. 2011 Apr; 34:63–72.
- (11) Kimberlin C, Winterstein A. Validity and reliability of measurement instruments used in research. Am J Health Syst Pharm. 2008; 65:2276–84.
- (12) Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol. 1993; 46:1417–32.
- (13) Viladric MC, Doval E. Desarrollo y adaptación de cuestionarios en el ámbito de la salud. Bellaterra: Laboratori d’Estadística Aplicada y Modelitzacio (Universidad Autónoma de Barcelona); 2007.
- (14) Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine. 2000; 25:3186–91.
- (15) Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación 5a Ed. México: McGraw-Hill; 2014.
- (16) Bland J, Altman D. Statistics Notes: Validating scales and indexes. BMJ. 2002; 324:606–7.
- (17) Moore R, Brødsgaard I, Birn H. Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. Behav Res Ther. 199; 29(1):51-60.
- (18) Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: Exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. BMC Oral Health. 2007 Jan 14;7:1.

- (19) Schuller AA, Willumsen T, Holst D: Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiol* 2003, 31(2):116-121.
- (20) Kunzelmann KH, Dünninger P. Dental fear and pain: effect on patient's perception of the dentist. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1990 Oct;18(5):264-6.
- (21) Polzer I , Schimmel M , Müller F, Biffar R. Edentulism as part of the general health problems of elderly adults. *International Dental Journal* (2010) 60, 143-155.
- (22) Orsini CA, Jerez OM. Establishing a good dentist-patient relationship: skills defined from the dental faculty perspective. *J Dent Educ*. 2014 Oct; 78(10):1405-15.
- (23) Kvale G, Berg E, Nilsen CM, Raadal M, Nielsen GH, Johnsen TB, Wormnes B. Validation of the Dental Fear Scale and the Dental Belief Survey in a Norwegian sample. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997, 25: 160-164.
- (24) Milgrom P, Weinstein P, Getz T. *Treating Fearful patients: a clinical handbook*. Reston: Reston publishing Company, 1985.
- (25) Abrahamsson KH, Berrgren U, Hakeberg M, Carlsson SG. The importance of dental beliefs for the outcome of dental-fear treatment. *Eur J Oral Sci* 2003; 111:99-105.
- (26) Milgrom P, Weinstein P, Kleinknecht R, Getz T: *Treating Fearful Dental Patients: A Patient Management Handbook*. Reston VA: Reston Publishing Company; 1985.
- (27) American Dental Association. *Principles of Ethics and code of Professional Conduct*. 2012.
- (28) American Dental Education Association. ADEA competencies for the new general dentist. *J Dent Educ* 2014;78(7):1030-3.
- (29) Schouten BC, Eijkman MAJ, Hoogstraten J. Dentists' and patients' communicative behavior and their satisfaction with the dental encounter. *Community Dent Health* 2003;20(1):11-5.
- (30) Azimi S, AsgharNejad Farid AA, Kharazi Fard MJ, Khoei N. Emotional intelligence of dental students and patient satisfaction. *Eur J Dent Educ* 2010;14(3):129-32.
- (31) Doerr PA, Lang WP, Nyquist LV, Ronis DL. Factors associated with dental anxiety. *J Am Dent Assoc* 1998;129 (8):1111-9.
- (32) Kvale G, Milgrom P, Getz T, Weinstein P, Johnsen TB. Beliefs about professional ethics, dentist-patient communication, control and trust among fearful dental patients: the factor structure of the Revised Dental Belief Survey. *Acta Odontol Scand* 2004; 62:21-9.
- (33) Coolidge T, Heima M, Coldwell SE, Weinstein P, Milgrom P. Psychometric properties of the Revised Dental Beliefs Survey. *Community Dent Oral Epidemiology* 2005; 33: 289-97.
- (34) Abrahamsson KH, Hakeberg M, Stenman J, Ohrn K. Dental beliefs: evaluation of the Swedish version of the revised Dental Beliefs Survey in different patient groups and in a non-clinical student sample. *Eur J Oral Sci* 2006; 114: 209-215.
- (35) Abrahamsson KH, Ohrn K, Hakeberg M. Dental beliefs: factor structure of the revised dental beliefs survey in a group of regular dental patients. *Eur J Oral Sci* 2009; 117: 720-727.

- (36) Coolidge T, Hillstead MB, Farjo N, Weinstein P. Additional psychometric data for the Spanish Modified Dental Anxiety Scale and psychometric data for a Spanish version of the Revised Dental Beliefs Survey. *BMC Oral Health* 2010; 10:12.
- (37) Análisis de indicadores educativos de Chile y la OCDE en el contexto de la Reforma Educacional Revisión comparada de la educación en Chile en el panorama internacional, en base a la publicación *Education at a Glance 2015*. Centro de estudios MINEDUC N° 31, Año 2015.
- (38) Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Urzúa I, Aranda W, Carvajal P, Arteaga O. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. *J Periodontol* (in press). MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2003.
- (39) Hathiwala S, Acharya S, Patil S. Personality and psychological factors: Effects on dental beliefs. *Rungta College of Dental Sciences and Research*. 2015. 2015 Apr. 33: 88-92.

Anexos

ANEXO 1

CUESTIONARIO “DENTAL BELIEFS SURVEY-15 ÍTMES”

ITEMS

1	Dentists don't like requests.
2	Dentists don't have enough time.
3	When having dental work done: no clear explanations.
4	When having dental work done: dentists don't really listen.
5	When having dental work done: do what they want, no matter what.
6	When having dental work done: make me feel guilty.
7	When having dental work done: not sure to believe what dentist says.
8	When having dental work done: say things to try and fool me.
9	When having dental work done: don't take my worries seriously.
10	When having dental work done: dentists make light of my fears.
11	When having dental work done: worry if dentists are technically competent.
12	When having dental work done: don't think the dentist will stop if it hurts.
13	When having dental work done: don't feel I can stop for a rest.
14	When having dental work done: don't feel comfortable asking questions.
15	Thought of hearing news keeps me avoiding treatment.

ANEXO 2

REVISED DENTAL BELIEFS SURVEY

	ITEM	28-Item version subscale	25-Item version factor
1	I am concerned that dentists recommend work that it not really needed.	Professionalism	Professionalism
2	I believe dentists say / do things to withhold information from me.	Professionalism	Professionalism
3	I worry if the dentist is technically competent and is doing quality work.	Professionalism	N/A
4	I have had dentists say one thing and do another	Professionalism	Professionalism, Trust
5	I am concerned that dentists provide all the information all the information.	Professionalism	Professionalism
6	Dentists don't seem to care that patients sometimes need a rest.	Professionalism	Lack of Control
7	I've had dentists seem reluctant to correct work unsatisfactory to me.	Professionalism	Professionalism
8	When a dentist seems in a hurry I worry that I'm not getting good care.	Professionalism	Professionalism
9	I am concerned that the dentist is not looking out for my best interests.	Professionalism	Professionalism
10	Dentists focus too much on getting the job done and not enough on the patient's comfort.	Professionalism	Trust
11	I'm concerned that dentists might not be skilled enough to deal with my fears or dental problems.	Professionalism	N/A
12	I feel dentists do not provide clear explanations.	Communication	Communication
13	I am concerned that dentists do not like to take the time to really talk to patients.	Communication	Communication
14	I feel uncomfortable asking questions.	Communication	Communication
15	Dental professionals say things to make me feel guilty about the way I care for my teeth.	Communication	Communication
16	I am concerned that dentist will not take my worries (fears) about dentistry seriously.	Communication	Communication
17	I am concerned that dentists will put me down (make light of my fears).	Communication	Communication
18	I am concerned that dentists do not like it when a patient makes a request.	Communication	Communication
19	I am concerned that dental personnel will embarrass me over the condition of my teeth.	Communication	Communication
20	I believe that dentist don't have enough empathy for what it is really like to be patient.	Communication	Communication
21	When I am in the chair I don't feel like I can stop the appointment for a rest if I feel the need.	Lack of Control	Lack of Control
22	Dentists don't seem to notice that patients sometimes need a rest.	Lack of Control	Lack of Control
23	Once I am in the chair I feel helpless (that things are out of my control).	Lack of Control	Lack of Control
24	If I were to indicate that it hurts, I think that the dentist would be reluctant to stop and try to correct the problem.	Lack of Control	Trust, Professionalism
25	I have had dentists not believe me when I said I felt pain.	Lack of Control	Trust
26	Dentists often seem in a hurry, so I feel rushed.	Lack of Control	Trust
27	I am concerned that the dentist will do what he wants and not really listen to me while I'm in the chair.	Lack of Control	Trust
28	Being overwhelmed by the amount of work needed (all the bad news) could be enough to keep me from beginning or completing treatment.	Lack of Control	Lack of Control

ANEXO 3

SOLICITUD DE VALIDACIÓN

Estimado Validador:

La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez de contenido del instrumento evaluativo llamado en inglés Dental Belief Survey (utilizamos la traducción Cuestionario acerca “Creencias Dentales”) que será aplicado a pacientes de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso. Su utilización es para examinar el proceso interpersonal o relación entre el paciente y el proveedor. Está dirigido a la percepción subjetiva del paciente respecto al comportamiento de los dentistas y cómo estos llevan a cabo los procedimientos, de esta forma se recopilarán datos que serán aplicados en el estudio denominado.

Cuestionario “Creencias Dentales”

Objetivo Principal del Estudio:

- Medir la percepción de los pacientes atendidos en la Cátedra de Prótesis Fija año 2015, en relación a las Creencias Dentales, según género, edad, nivel educativo y cantidad de dientes perdidos.

El cuestionario se encuentra dividido en 3 dimensiones (Autores han propuesto una 4ta dimensión llamada “confianza” en la que entran Items de las otras 3 dimensiones), en las que el paciente entrega sus percepciones:

- Ética y Profesionalismo (Items 1-11): referido a aspectos como competencia técnica o si el dentista toma decisiones pensando en lo mejor para el paciente.
- Comunicación (Items 12 – 20): facilidad para comunicarse, actitud del dentista hacia el paciente.
- Control (Items 21 – 28): por ejemplo la sensación de impotencia durante la atención por parte del paciente.
- Confianza: Items 10, 25, 26, 27.

Evaluación de Contenido

Solicito evaluar la pertinencia de cada ítem de este cuestionario. Debe indicar su grado de acuerdo o desacuerdo con valores de 1 a 5, siendo 1 su MINIMO grado de acuerdo y 5 su MAXIMO grado de acuerdo. Al final de cada sección encontrará un espacio para comentarios que siempre son bien recibidos.

ITEMS	Pertinencia en valores de 1 a 5 1: MINIMO 5: MAXIMO	
I. Dimensión Profesionalismo y Ética		
Item N° 10 Dimensión Confianza		
1. Me preocupa que el dentista recomiende tratamientos que realmente no se necesitan.		
2. Yo creo que el dentista hace o dice cosas para ocultarme información.		
3. Me preocupa que el dentista sea técnicamente competente y que esté haciendo un trabajo de calidad.		
4. Creo que el dentista dice una cosa y hace otra.		

5. Me preocupa que el dentista me proporcione toda la información que necesito para tomar buenas decisiones.		
6. Al dentista parece no importarle que los pacientes necesitan descansar a veces.		
7. El dentista parece ser reacio a corregir trabajos que no han sido satisfactorios para mí.		
8. Cuando el dentista parece estar apurado me preocupa no estar recibiendo un cuidado adecuado.		
9. Me preocupa que el dentista no busca realmente lo mejor de acuerdo a mis intereses.		
10. El dentista se concentra mucho en terminar el trabajo y no lo suficiente en la comodidad del paciente.		
11. Me preocupa que el dentista no tenga la habilidad suficiente para manejar mis temores o problemas dentales.		
II. Dimensión Comunicación		
12. Siento que el dentista no da explicaciones claras.		
13. Me preocupa que al dentista no le guste tomarse el tiempo para realmente hablar con el paciente.		
14. Me siento incómodo haciendo preguntas.		
15. El dentista dice cosas para hacerme sentir culpable por la forma como cuido mis dientes.		
16. Me preocupa que el dentista no tome seriamente mis temores hacia la odontología.		
17. Me preocupa que el dentista me hacen sentir mal.		
18. Me preocupa que al dentista no le agrade cuando un paciente hace una petición.		
19. Me preocupa que el personal dental me avergüence por la condición de mis dientes.		
20. Yo creo que el dentista no tiene suficiente empatía por lo que implica realmente ser un paciente.		
III. Dimensión Control		
Items N° 25, 26, 27 Dimensión Confianza.		
21. Cuando estoy en el sillón dental me siento incapaz de detener la consulta para descansar, si así quisiera.		
22. El dentista parece no notar que los pacientes necesitan descansar a veces.		
23. Cuando estoy en el sillón dental me siento indefenso (porque las cosas están fuera de mi control).		
24. Si yo fuera a indicar que me duele, pienso que el dentista va a ser reacio para detenerse y tratar de corregir el problema.		
25. El dentista no me cree cuando he dicho que he sentido dolor.		
26. El dentista frecuentemente parece estar apurado, entonces yo me siento estresado.		
27. Me preocupa que el dentista haga lo que él quiera y realmente no me escuche cuando estoy en el sillón.		
28. Sentirme abrumado por la cantidad de tratamientos que necesito es suficiente para evitar la atención.		

ANEXO 4



Escuela de Odontología
Universidad de Valparaíso

Cuestionario “Creencias Dentales” (Dental Belief Survey)

Docente Guía: Mauricio Vivanco (mvivancb@hotmail.com)
Investigadores: Andrés Galaz Pérez (andres.galaz.perez@gmail.com)
Alexis Mendoza Tapia (alexismendoza89@gmail.com)
Nicolás Riffo Farr (n.riffofarr@gmail.com)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO

Lugar: Facultad de Odontología, Subida Carvallo N° 211 Playa Ancha, Valparaíso.

Estimado señor (a):

El siguiente estudio está siendo desarrollado por alumnos de sexto año que cursan la carrera de Odontología en la Universidad de Valparaíso. El objetivo de este cuestionario es conocer las percepciones y creencias que tienen los pacientes, acerca de los dentistas y como sienten que ellos llevan a cabo su trabajo. Adicionalmente se solicita contestar algunos datos socio-demográficos y una revisión simple de su estado de salud dental.

Yo, _____, RUT _____, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos obtenidos por los investigadores en el examen clínico y encuesta que serán aplicados.

Valparaíso, _____ de _____ 2016

FIRMA PARTICIPANTE

ANEXO 5



Escuela de Odontología
Universidad de Valparaíso

Docente Guía: Mauricio Vivanco (mvivancb@hotmail.com)
Investigadores: Andrés Galaz Pérez (andres.galaz.perez@gmail.com)
Alexis Mendoza Tapia (alexismendoza89@gmail.com)
Nicolás Riffo Farr (n.riffofarr@gmail.com)

Cuestionario “Creencias Dentales” (Dental Belief Survey)

En primer lugar se contestan algunos datos generales acerca el paciente. En segundo lugar se realizan 28 preguntas, que refieren a varias situaciones, sentimientos y reacciones relacionadas a los dentistas y a la atención dental. Es de carácter anónimo y los datos obtenidos serán utilizados en la investigación.

Las preguntas en este cuestionario, se refieren a varias situaciones, sentimientos, y reacciones relacionadas a los dentistas y cómo se lleva a cabo la atención dental. Por favor califica tus sentimientos o creencias respecto a estos enunciados colocando un círculo alrededor del número (1, 2, 3, 4 o 5) de la categoría que más se aproxima a los sentimientos que tienes por la odontología.

I. Antecedentes Generales

1. Edad: _____ años
2. Género: Masculino Femenino
3. Estudios: Sin estudios o Básica incompleta
 Educación Básica completa
 Educación Media incompleta
 Educación Media Completa
 Educación Superior o Técnica de nivel superior Incompleta
 Educación Superior o Técnica de nivel superior Completa
 Otros

4.

Dientes Perdidos

La forma de responder al cuestionario se ejemplifica a continuación:

Ejemplo de enunciado:

“El dentista se concentra mucho en terminar el trabajo y no lo suficiente en la comodidad del paciente”.

Categorías de respuesta:

1	2	3	4	5
Nunca	Una o dos veces	Unas pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre

1 = Nunca

2 = Una o dos veces

3 = Unas pocas veces

4 = Frecuentemente

5 = Casi siempre

Cuestionario	Nunca	Una o dos veces	Unas pocas veces	Frecuente mente	Casi siempre
1. Me preocupa que el dentista recomiende tratamientos que realmente no se necesitan.	1	2	3	4	5
2. Yo creo que el dentista hace o dice cosas para ocultarme información.	1	2	3	4	5
3. Me preocupa que el dentista sepa hacer su trabajo como profesional, y que esté haciendo un trabajo de calidad.	1	2	3	4	5
4. Creo que el dentista dice una cosa y hace otra.	1	2	3	4	5
5. Me preocupa que el dentista me entregue toda la información que necesito para tomar buenas decisiones.	1	2	3	4	5
6. Al dentista parece no importarle que los pacientes necesitan descansar a veces.	1	2	3	4	5
7. El dentista parece no gustarle corregir trabajos que no han sido satisfactorios para mí.	1	2	3	4	5
8. Cuando el dentista parece estar apurado me preocupa no estar recibiendo un cuidado adecuado.	1	2	3	4	5
9. Me preocupa que el dentista no busca realmente lo mejor de acuerdo a mis intereses.	1	2	3	4	5
10. El dentista se concentra mucho en terminar el trabajo y no lo suficiente en la comodidad del paciente.	1	2	3	4	5

11. Me preocupa que el dentista no tenga la habilidad suficiente para entender y ayudarme con mis temores y problemas dentales.	1	2	3	4	5
12. Siento que el dentista no da explicaciones claras.	1	2	3	4	5
13. Me preocupa que al dentista no le guste tomarse el tiempo para realmente hablar con el paciente.	1	2	3	4	5
14. Me siento incómodo haciendo preguntas.	1	2	3	4	5
15. El dentista dice cosas para hacerme sentir culpable por la forma como cuido mis dientes.	1	2	3	4	5
16. Me preocupa que el dentista no tome seriamente mis temores hacia los dentistas en general, a los tratamientos o a sentir dolor.	1	2	3	4	5
17. Me preocupa que el dentista me hace sentir mal.	1	2	3	4	5
18. Me preocupa que al dentista no le agrade cuando un paciente hace una petición.	1	2	3	4	5
19. Me preocupa que el personal dental me avergüence por la condición de mis dientes.	1	2	3	4	5
20. Yo creo que el dentista no entiende lo que significa realmente ser paciente o estar en el sillón como paciente.	1	2	3	4	5
21. Cuando estoy en el sillón dental me siento incapaz de detener la consulta para descansar, si así quisiera.	1	2	3	4	5

22. El dentista parece no notar que los pacientes necesitan descansar a veces.	1	2	3	4	5
23. Cuando estoy en el sillón dental me siento indefenso (porque las cosas están fuera de mi control).	1	2	3	4	5
24. Si yo fuera a indicar que me duele, pienso que el dentista no va a querer detenerse y tratar de corregir el problema.	1	2	3	4	5
25. El dentista no me cree cuando he dicho que he sentido dolor.	1	2	3	4	5
26. El dentista frecuentemente parece estar apurado, entonces yo me siento estresado.	1	2	3	4	5
27. Me preocupa que el dentista haga lo que él quiera y realmente no me escuche cuando estoy en el sillón.	1	2	3	4	5
28. Sentirme abrumado por la cantidad de tratamientos que necesito es suficiente para evitar la atención.	1	2	3	4	5