



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES
UNIDAD LEÓN

TÍTULO:

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y
PERCEPCIÓN DE LA PREVENCIÓN EN ODONTÓLOGOS: DISEÑO
Y VALIDACIÓN**

FORMA DE TITULACIÓN:

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ODONTOLOGÍA

P R E S E N T A:

MAGDALENA DEL ROCIO ARCOS VELASCO

TUTOR: DRA. FATIMA DEL CARMEN AGUILAR DÍAZ

ASESOR: MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ



(León, 2017)



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Agradecimientos	4
Dedicatorias	5
Resumen	6
1. Introducción	7
2. Marco Teórico	8
2.1 Prevención	8
2.2 Odontología preventiva	10
2.3 Enfermedades bucales prevenibles	10
2.3.1 Caries.....	11
2.3.2 Enfermedad periodontal.....	13
2.3.3 Fluorosis dental.....	14
2.3.4 Cáncer oral	15
2.4 Cuestionarios CAP Conocimientos, Percepciones, Prácticas	16
2.4.1 Conocimientos.....	17
2.4.2 Actitudes- percepción	18
2.4.3 Prácticas	19
2.5 Diseño de cuestionarios CAP	19
2.6 Instrumentos y procesos de medición	20
2.6.1 Teoría en proceso de medición.....	20
2.6.2 Escalas e instrumentos de medición.....	20
2.6.3 Propiedades del instrumento.....	21
2.6.3.1 Confiabilidad	21
2.6.3.2 Validez.....	22
3 Antecedentes	25
4 Planteamiento del Problema	27
4.1 Pregunta de investigación.....	27
5 Justificación	28
6 Objetivos	29
6.1 Objetivos específicos.....	29
7 Hipótesis	30
7.1 Hipótesis alternas.....	30
7.2 Hipótesis nula.....	30
7.3 Hipótesis estadística.....	30
8 Métodos	31

8.1 Tipo de estudio.....	31
8.2 Selección y tamaño de la muestra.....	31
8.3 Criterios de Selección.....	31
8.4 Variables.....	32
8.5 Diseño del cuestionario.....	33
8.6 Análisis de datos.....	37
9 Consideraciones éticas.....	38
10 Resultados.....	39
10.1 Diseño.....	39
10.2 Validez de consenso.....	40
10.3 Evaluación de propiedades psicométricas.....	43
10.4 Validez de convergencia.....	47
10.5 Descripción de la población.....	49
11 Discusión.....	51
12 Conclusiones.....	55
13 Referencias.....	56
14 Anexos.....	63

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo y el camino recorrido lo agradezco a Dios, me ha regalado sabiduría y fortaleza y en los momentos que más sola me sentía él estaba junto a mí espiritualmente, y en él a todas las personas que hicieron posible el culmino de este proyecto.

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM con el proyecto IN309217 *Actitudes, conocimientos sobre la odontología preventiva y las prácticas preventivas rutinarias que realizan los odontólogos*. Agradezco a la DGAPA-UNAM por la beca recibida.

Mi agradecimiento está dirigido a la Universidad Nacional Autónoma de México y la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, por haberme abierto las puertas y haberme permitido ser parte de la mejor casa de estudios de Latinoamérica, siendo un orgullo haber sido parte de ella.

A mis maestros por haberme regalado sus conocimientos y sobre todo haberse convertido en mi apoyo tanto académico como personal, gracias por su amistad y gracias por haber aceptado mi cultura y forma de ser.

A mi tutora que más que eso ha sido mi amiga, por su paciencia, tiempo y cariño, Doctora Fátima gracias porque a pesar de todas las adversidades y obstáculos nunca se rindió. Que Dios premie su dedicación y esmero.

A la Doctora Ángeles, por su grata disposición para apoyarme en el proceso de creación de esta tesis, por su conocimiento y por haberse convertido en mi guía y consejera.

DEDICATORIA

Todo esfuerzo por más difícil que sea tiene su satisfactoria recompensa, y mi meta ha sido cumplida, por ello dedico este trabajo a mis padres Néstor y Lourdes, que han estado en cada momento junto a mí, me han dado la fortaleza para levantarme a pesar de las caídas y derrotas, han estado incondicionalmente junto a mí. De la misma manera a mis hermanos Carolina, Tomás y Francisco, son mi roca y la fuerza que necesito para seguir, sus risas, abrazos, aunque físicamente no estuvieron junto a mí, a través de sus palabras me fortalecían.

A mi prima Gaby que estuvo siempre a mi lado formó parte de mi familia aquí en México y me enseñó a no debilitarme ante las adversidades y seguir adelante, que los sueños se cumplen, pero con muchas ganas y empeño.

A mi familia que con sus oraciones fueron el granito para que este proyecto sea cumplido.

A mis amigas mexicanas y sus familias, Naxca, Alejandra y Yaz fueron mi apoyo y mi paño de lágrimas, me apoyaron en los momentos más difíciles, se convirtieron en mi segunda familia.

A las madres de la congregación Hias Mínimas de María Inmaculada y la Familia de Corde Jesu por apoyarme en todo momento darme asilo y nunca dejarme y hacerme sentir sola.

RESUMEN

Introducción: La falta de conocimientos, las prácticas inadecuadas y la negativa percepción en odontólogos acerca de la prevención de enfermedades bucales puede ser un problema que afecta la adecuada práctica de la odontología preventiva impactando de manera negativa el estado de salud bucal de la población. Pocos estudios han evaluado estas características, lo que hace necesario un estudio sobre estos aspectos. **Objetivos:** Diseñar y evaluar la validez y confiabilidad de un cuestionario que mida los conocimientos, percepciones y las prácticas referentes a la prevención en odontólogos.

Método: Se creó un banco de preguntas, las cuales fueron evaluadas por un grupo de expertos a través de la prueba de Lawshe modificada. Se seleccionaron las preguntas a incluir. Se seleccionó la escala de respuesta para cada pregunta. Se diseñó el formato del cuestionario con las preguntas seleccionadas y posteriormente se aplicó el cuestionario a una muestra (n=106), para la evaluación de propiedades psicométricas, como la consistencia interna, y la repetibilidad a través del coeficiente de alpha (α) de Cronbach y el coeficiente de correlación de intraclass (CCI) respectivamente. **Resultados:** Se obtuvo un instrumento de 52 ítems con escala de respuesta tipo Likert, dividido en tres dimensiones: conocimientos (24 ítems), prácticas (14 ítems) y percepciones (14 ítems). La consistencia interna del cuestionario de conocimientos de prácticas y percepción sobre la prevención en odontólogos (CPPPO) fue de $\alpha= 0.700$, para sus dimensiones: conocimientos, prácticas y percepción valores de $\alpha= 0.594$, 0.695 y 0.714 respectivamente. Los valores obtenidos para la prueba de repetibilidad test-retest para el instrumento en general fue de CCI= 0.455 , para la dimensión conocimiento CCI= 0.996 , prácticas CCI= 0.881 y percepción CCI= 0.522 .

Conclusión: El cuestionario de conocimientos, prácticas y percepción sobre la prevención en odontólogos (CPPPO) es válido y confiable para ser aplicado en odontólogos.

CAPITULO 1

1. INTRODUCCIÓN

Las alteraciones bucales tienen un impacto negativo en la calidad de vida de la población afectando aspectos físicos, emocionales, sociales y económicos (ONU, 2011). Esto podría ser evitado si existiera una atención adecuada, basada en la prevención, un buen diagnóstico y tratamiento oportuno. Sin embargo, a pesar de que muchas enfermedades bucodentales son altamente prevenibles, continúan siendo un problema global (Carvajal, 2016). Diversos factores favorecen esta situación, entre ellos, el nivel de conocimientos que tienen los trabajadores de salud en el ámbito odontológico, a las prácticas preventivas que realizan para disminuir los altos índices de caries, gingivitis, periodontitis existentes ya en la población, y a la actitud que tienen sobre dichas acciones o tratamientos.

En general se identifica que las acciones preventivas realizadas son sumamente limitadas, lo cual puede depender de: aspectos relacionados al odontólogo, al paciente y al sistema sanitario. En este estudio se evalúan los aspectos relacionados a los odontólogos, ya que autores como Nebot et, al. afirman que todas las actitudes de los odontólogos van a ser un influyente de las actividades preventivas hacia sus pacientes, (Nebot, 2007).

El propósito del estudio es diseñar y validar un cuestionario de conocimientos, percepción y prácticas sobre prevención en odontólogos de práctica profesional.

CAPÍTULO 2

2. MARCO TEÓRICO

2.1 PREVENCIÓN

Cuando se habla de prevención, se hace referencia a dos elementos indispensables entre sí: los recursos y las acciones para prevenir enfermedades y promover la salud de la población desde un enfoque de tipo médico. Según Clark (1967), la prevención significa “evitar el desarrollo de un estado patológico. En un sentido más amplio, incluye todas las medidas, que limitan la progresión de la enfermedad en cualquier etapa de su curso” (Clark, 1967). La Organización Mundial de la Salud (OMS) coincide con el concepto de prevención antes mencionado, y lo amplía en 1998 incluyendo a los factores de riesgo creando una nueva definición universalmente aceptada que dice: “La prevención abarca medidas no sólo para prevenir la ocurrencia de la enfermedad, sino también la reducción de los factores de riesgo, para detener su progreso y reducir sus consecuencias una vez establecidas” (Starfield, 2008).

Mediante el decreto de la Asamblea Nacional de la Salud reunida en Ginebra, se manifestó que, la salud oral fuera añadida a los diversos programas de prevención de enfermedades bucales. Se describe también que la prevención es un aspecto alcanzable y primordial en cuanto a simpleza, costo-efectividad, pero de la misma manera debe ser rigurosa en promoverla e implementarla (The Lancet, 2008).

En el año de 1978 en la conferencia de Alma Ata se propuso la aplicación de diversas distinciones de la prevención, tomadas en tres fases:

PREVENCIÓN PRIMARIA

Actualmente, la prevención primaria está catalogada como la escala más importante a nivel de salud, para evitar la aparición de posibles problemas futuros en el paciente, fomentando el cuidado y reducción de los principales factores de riesgo, haciendo conciencia de los posibles daños que esto ocasionen en el equilibrio de la salud (Vignolo, 2011).

Según la OMS en 1989, la define como: “Las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud son, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1989).

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Es la fase que pretende disminuir la prevalencia de la enfermedad. El diagnóstico temprano, captación oportuna y tratamiento precoz, son tres los aspectos más importantes a tomar en cuenta en la aplicación de una prevención secundaria. Buscar un paciente que sea aparentemente sano con la presencia de alguna enfermedad, para aplicar el tratamiento idóneo y evitar la proyección de esta, es también parte de la filosofía de este nivel de prevención (Vignolo, 2011).

PREVENCIÓN TERCIARIA

Incluye todas las acciones que se realicen para reducir los índices de prevalencia de enfermedades crónicas, de la misma manera las acciones que se realicen para reducir las repercusiones que ha provocado la enfermedad, ya sea la rehabilitación bucal o del cuerpo (Mesías, 1998).

2.2 ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

Está orientada principalmente en todas las acciones que se realicen para prevenir o evitar la aparición de enfermedades que afecten la salud bucal, o de la misma manera que ayuden a disminuir el grado de malignidad y destrucción de las estructuras bucodentales.

Conceptualizando, diríamos que es la disciplina que busca la promoción de la salud bucodental con el objeto de evitar enfermedades como la caries, gingivitis, enfermedad periodontal y cáncer bucal (Ángeles, 1998).

El propósito de la odontología preventiva es hacer tomar conciencia a la población que, las acciones que se realicen en casa acerca del cuidado bucal, mantendrían una salud oral ideal (Harris, 2005).

La importancia de la prevención en odontología recae en que tanto la fluoración del agua como los barnices de flúor, los selladores de fosetas y fisuras, son instrumentos de prevención que han sido efectivos previniendo (Friedman, 2012).

En la atención privada de los odontólogos, existen muchos factores que limitan una práctica de la odontología preventiva, estudios, como el realizado por Jay Friedman, demuestran que el factor principal es la remuneración, exponiendo que los tratamientos preventivos son poco redituables, concluyendo que la práctica clínica preventiva genera problemas en el sostenimiento de la misma, y propone que la mejor solución es la práctica clínica grupal compuesta por especialistas, higienistas y quizás terapeutas (Friedman, 2012).

Wayne Richards propone en su estudio que otro factor principal, para una odontología preventiva decadente es la falta de conocimiento del odontólogo, explicando que más del 50 % de los grupos de estudio realizado proponen que, la mejor manera de aplicar prevención en su consulta, es dar consejos de hábitos de higiene oral, dieta y prevención, además, de evitar el consumo de alcohol y tabaco, aunque no exista una explicación científica clara (Wayne, 2010).

2.3 ENFERMEDADES BUCALES PREVENIBLES

SALUD Y ENFERMEDAD BUCODENTAL

La World Dental Foundation (FDI), define a la salud bucodental como: “un componente fundamental de la salud y el bienestar físico y mental, que se inserta en un continuo influido por los valores y actitudes de los individuos y comunidades. Refleja los atributos fisiológicos, sociales y psicológicos esenciales para la calidad de vida” (FDI, 2016).

La enfermedad bucodental se define como aquel estado donde hay deficiencia de salud, alterando el equilibrio normal del cuerpo. Factores como el tabaquismo y el exceso de alcohol, añadido a las enfermedades crónicas más importantes como: la enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas que han sido las máximas causantes para el deterioro de la salud bucal y general (OMS, 2012).

Por tanto, al tener un mal cuidado de la salud bucodental existe un mayor riesgo de aparición de enfermedades como: caries, gingivitis, periodontitis y cáncer oral.

2.3.1 CARIES

La caries actualmente se ha considerado como un problema social, que según la OMS afecta a un 60 a 90% de la población mundial. La caries se define como una enfermedad multifactorial relacionada con el tipo de alimentación, el tiempo y la frecuencia, fluoración del agua, la higiene oral, el nivel educativo y la accesibilidad a los diversos servicios de salud, tienen influencia en su aparición. La caries tiene un desarrollo óptimo cuando existe una estrecha relación entre el huésped y los microorganismos que habiten en un ambiente idóneo (pH ácido) (Arreguín-Cano, 2016).

Como se mencionó anteriormente, la placa dental conformada por una biopelícula asociada a diferentes especies y microorganismos, con una capacidad de adherirse a superficies blandas animadas o inanimadas y tomar nutrientes del ambiente, sea superficies dentales o tejidos periodontales (Socransky, 2003), ha sido considerada como uno de los principales factores de enfermedades bucodentales como: caries, enfermedad periodontal y gingivitis en población infantil en México (Quiñonez, 2015). Por lo que es necesario hacer hincapié en las técnicas de remoción y control de la misma (Abello, 2000), ya que algunas de las especies bacterianas que compone esta biopelícula tienen un alto coeficiente de cariogenicidad, con un ambiente que favorece su desarrollo como dieta con alta cantidad de hidratos de carbono (Tanner, 2002).

Entre los principales indicadores de un alto riesgo a caries están: dieta cariogénica, frecuencia de cepillado, no exposición a fluoruros, control de placa dentobacteriana, situación familiar, frecuencia de asistencia a revisión dental. Para esta alteración existen diversos tratamientos preventivos que a lo largo del tiempo han mostrado su efectividad, tal es el caso, de los selladores de fosetas y fisuras aprobados por la Asociación Dental Americana desde 1976 como un tratamiento de prevención de desarrollo de caries. A través de su unión micro mecánicamente al esmalte del diente evitándose la fusión de bacterias cariogénicas; según el rango de prevención se situaría como parte de una acción de prevención primaria. Estudios señalan que, la colocación de selladores en niños y adolescentes muestra una reducción de caries del 86% después de 1 año, y a partir de 4 años después, una disminución de 58% (Guideline Pediatric Dentistry, 2008).

Para el éxito de un sellador de fosetas y fisuras, es importante tomar en cuenta diversos factores, tales como, etapas de erupción dentaria, dominio de técnica usada por el clínico.

Los aspectos a tomar en cuenta para la colocación de un sellador son:

- a) Experiencia cariogénica del paciente
- b) Cuidados periódicos que ha tenido el paciente
- c) Anatomía y morfología de las fosetas y fisuras
- d) Adecuado estado de erupción dental (Aislamiento)
- e) Caries incipientes sin cavitación (Montes de Oca, 2010).

Otro de los métodos preventivos para esta alteración, es el uso de fluoruros, según estudios a principios del siglo pasado, se evidenció que la relación del incremento de uso de fluoruros con la reducción de niveles de caries, ha sido un éxito (Sheila Jones, 2017)

La principal forma de acción del flúor es de manera tópica y aplicado varias veces al día, considerando que la concentración alta de flúor presenta mayor efectividad como prevención primaria; pero tomando muy en cuenta del alto riesgo de fluorosis con concentraciones altas, como una medida cautelar para ello es el control adecuado de las partes por millón (ppm) de Flúor, que es de 1000 ppm en niños a partir de 3 años. Existiendo un equilibrio entre el mayor beneficio de este elemento para la prevención de caries y el menor riesgo de generar fluorosis (Fenton, 2014).

Acotando a lo anterior, la presencia de altos niveles de flúor en la boca, usada en geles o barnices forma una pequeña capa temporal sobre esmalte, que con el tiempo se convertirá en fluoruro de calcio, elemento indispensable en la remineralización (Guideline of fluoride therapy, 2014).

Si bien los selladores de fosetas y fisuras, la aplicación de flúor y otros mecanismos preventivos han sido considerados como los métodos preventivos mayormente aceptados, la saliva cumple una función esencial en cuanto al mantenimiento de la salud bucal. Actúa como amortiguadora de ácidos en el momento del ataque cariogénico de bacterias producidas en la fermentación de azúcares, neutralizando el ambiente, volviéndolo no propicio para la adhesión de bacterias al esmalte dental (Carvalho de Paula, et al, 2015). Todo esto se debe a que las glándulas parótidas van a secretar saliva con una composición de bicarbonato de sodio que hace la función antes señalada.

En la saliva hay 3 proteínas antibacterianas: lisozima, lactoferrina, peroxidasa salival. La lactoferrina al combinarse con el hierro y cobre cumple la función de privar a las bacterias de nutrientes, por tanto, inhibe la adherencia de Streptococcus Mutans a los bloques de hidroxiapatita envuelta por saliva, por otro lado, la peroxidasa salival reacciona con la saliva y forma hipotiocinato, inhibiendo el uso por completo de la glucosa.

En cuanto al perfil salival, existen varios componentes con diferentes características que deben tener valores promedios para determinar una normalidad y bajo riesgo a caries como son: pH, volumen, flujo salival, capacidad buffer, densidad poblacional salival de *Streptococcus mutans* y valores de flúor (Oho, 2002).

2.3.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL

En ella se encuentra la gingivitis o inflamación de la encía, es una enfermedad causada por la presencia de placa dentobacteriana en el margen gingival de carácter reversible, causado por diversos factores entre los más descritos se encuentran: mala higiene, hábitos nocivos, cambios hormonales, tabaquismo y alcoholismo entre otros, presentándose con mayor frecuencia en adolescentes. Según estudios mundiales se considera la gingivitis como la segunda causa de morbilidad bucal, con prevalencia en hombres del 10% más que las mujeres; en cuanto a raza no se encuentran mucha diferencia, pero hay cierto aumento en la raza caucásica (Matesanz-Pérez, 2008).

Por ser una enfermedad infecciosa por placa dentobacteriana, el tratamiento está centrado en tratar la infección y disminuir la inflamación (Botero, 2010).

Cuando esta no es tratada, puede desencadenar periodontitis; considerada como una patología de carácter inflamatoria crónica que afecta de manera directa a los tejidos de soporte del diente como son: encía, ligamento periodontal y hueso alveolar. Existen diversos grados de afección, su fase inicial consiste, en la formación de una biopelícula adherida al margen gingival de la encía, conformado por diversos microorganismos, que atacan con el tiempo a los tejidos de soporte, como son: *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia*, *Eikenella corrodens*. Otro punto relevante es el ambiente que predispone el hospedador para que el grado de patogenicidad aumente, entre ellos están: hábitos, patologías preexistentes, genética; considerando a esta patología como multifactorial (Rodríguez, 2015).

Varios estudios afirman que, una de las causas más influyentes en la aparición de gingivitis es la falta de higiene oral, debido a estos estudios se ha comprobado la relación de una deficiente higiene oral y la inflamación gingival; añadido a la presencia de otros factores relacionados a ellos, como la falta de conocimiento y nivel socioeconómico (Murrieta-Pruneda, 2008).

Entre los instrumentos físicos necesarios para el cuidado e higiene dental, está el cepillo dental, hilo dental y cepillos inter-proximales. Por tanto, para obtener una buena remoción en corto tiempo es necesario evaluar la técnica aplicada, la frecuencia y duración del cepillado, de igual manera la

cooperación del paciente, habilidades psicomotrices, edad y sus capacidades de aprendizaje (González, 1998).

La eficacia de los cepillos dentales para una adecuada remoción de placa se basará principalmente:

- a) A la forma de colocación de las cerdas del cepillo en la superficie dental.
- b) A la presión que se ejerce al accionar el cepillo sobre la superficie dental o tejidos blandos.
- c) Al tiempo que se emplee para la remoción de placa.
- d) Principalmente a la motivación que tenga el paciente para realizar el cepillado (Tomofuji, 2002).

Existen diversos tipos de técnicas de cepillado entre ellas están: la horizontal, Fones, Stillman, Bass y Bass modificada, sin embargo, existe una gran controversia acerca de qué técnica de cepillado es la ideal; considerado como secundario, debido a que se deben tomar en cuenta factores como: edad del paciente, salud dental y periodontal. Es así que el método que se instaure en el paciente, debe llevar diversos fundamentos para su indicación (Castro, et al., 2008).

2.3.3 FLUOROSIS

A través de los años el fluoruro ha sido punto clave para la disminución del índice de caries, sin embargo, la diversa disponibilidad en suplementos, alimentos o aplicaciones tópicas de fluoruro ha conllevado que se incremente la cantidad de flúor sistémico, provocando afecciones en los dientes, como la fluorosis que tienen como manifestaciones, cambios visibles en la opacidad del esmalte del diente por alteraciones en el desarrollo del germen dental, dependiendo de la cantidad de flúor consumido, edad, tiempo de exposición, estado nutricional de la persona (Jordão, 2015).

La fluorosis dental en grados leves no presenta un impacto de salud pública, pero en las etapas de moderado y grave, significa defectos funcionales y estéticos, con una gran repercusión tanto en la calidad de vida del individuo, como en la salud pública debido a los altos costos de tratamientos restauradores. Es importante mencionar que se ha sugerido que la prevalencia de fluorosis dental va en aumento, como lo menciona Hernán Sánchez (2005) *“La fluorosis dental se viene incrementando en el mundo desde mediados del siglo pasado, en la medida en que se han venido utilizando diferentes vehículos de administración de fluoruros para la prevención de la caries, lo que puede hacer que las exposiciones totales al fluoruro “puedan ser mayores que las necesarias para prevenir la caries dental”, de manera especial en vías sistémicas como: el suministro de agua y la sal fluorada. En México, incluso en áreas donde la concentración de fluoruro en el agua es*

baja u óptima existe una alta prevalencia de fluorosis dental (Aguilar-Díaz, 2017). Por ello se requiere acciones que promuevan la disminución del consumo de fluoruros.

2.3.4 CÁNCER ORAL

El término cáncer oral hace referencia a todas las neoplasias situadas en la cavidad oral o el labio inferior, con mayor frecuencia en hombres blancos en la sexta y séptima década de vida (Maciel de Sousa, et al, 2016).

El cáncer oral representa un 7% de los nuevos casos de cáncer registrados, en números un total de 270,000 casos. Estudios afirman que el fumar y beber alcohol son factores propisorios para el cáncer oral. Diversos estudios epidemiológicos demuestran pruebas del efecto de la salud oral y las técnicas de higiene oral en relación al cáncer oral (Marques, et al, 2008).

Según estudios se espera un crecimiento en los índices de cáncer oral en México, donde aproximadamente 148,000 nuevos casos fueron registrados y se espera que en 2035 haya una proyección de 290,000 (DePinho & Hawk, 2016).

Dentro de la prevención de esta alteración es muy importante tomar en cuenta aspectos como: la nutrición, la higiene oral, abandono del uso y consumo de tabaco y alcohol, así como controles médicos periódicos (DePinho & Hawk, 2016).

El tabaquismo se ha convertido mundialmente en un problema frecuente, a pesar de los diversos tratamientos a que han sido sometidos los fumadores, pero sin resultados favorables, la principal solución se fundamenta en la prevención enfocada principalmente a la población adolescente, que según las estadísticas, niños y jóvenes que inician su problema con el uso del tabaco, promedia de 82,000 a 99,000 cada día; la edad de inicio en el consumo del tabaco es de 13.7 años y a los 18 años llegan al proceso de ser consumidores regulares (Calleja, 2010).

El tabaquismo tiene una amplia relación con la presencia y gravedad de cáncer oral y enfermedad periodontal, constituyéndose en una de las causas para el incremento de estas enfermedades. Fumar causa un desequilibrio entre las especies de oxígeno reactivo y los antioxidantes, de la misma manera hay una disminución en cuanto al aporte de elementos y sustancias que ayudan a la reparación por presencia de sangre en el tejido gingival, consecuentemente se debilita el proceso de cicatrización, por tanto, se da la pérdida prematura de dientes y una calidad de vida mucho menor debido a su influencia en la alimentación y en su salud psicosocial (López, 2009).

De igual manera se ha demostrado que el uso y abuso del alcohol y de otras sustancias está ampliamente relacionado con la aparición de enfermedades bucales como: la caries, enfermedad periodontal y cáncer bucal (Ahmed Khocht, 2009).

Según estadísticas el consumo de alcohol representa más del 6.2% de muertes en hombre y el 1.1% en mujeres en todo el mundo; en cuanto a jóvenes y adolescentes la cifra aumenta a 9%. En América Latina la cifra de consumo es de alrededor de 54.7%, con esta tasa de consumo de alcohol muchos profesionales deberían centrarse por trabajar con estas personas en prevención, por las consecuencias y la afección que provoca en su vida, tanto en su salud, como en su familia y su alrededor

Por otro lado, se ha mencionado en diversos artículos, el desconocimiento en los profesionales de la salud, especialmente dentistas, debido a la poca información recibida en pregrado o escasos programas de actualización, como un factor causal en el deficiente diagnóstico precoz del cáncer (de Sousa, et al, 2016).

2.4 CUESTIONARIOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

Desde el año de 1950 los elementos de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), se han venido utilizando en poblaciones como enfoques para apoyo de programas preventivos, educativos y especialmente de promoción de la salud, basándonos así en lo que conocen y saben, en su predisposición a actuar y en las diversas prácticas respecto a temas preventivos, resultado del contexto sociocultural de su atmósfera (Cleland, 1973).

El modelo CAP está compuesto por los elementos Conocimiento, Actitud y Prácticas (KAP, *Knowledge, Attitudes and Practices*), conocido como un elemento clásico que estudia, evalúa y se enfoca en los mismos, con el objetivo de transmitir correctamente el mensaje, se logrará el cambio de actitudes, frente a la problemática que se requiere estudiar, adquiriendo un cambio en el grupo social que se está aplicando (O'Neill, 1979).

La primera encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) se remonta a la década de los sesenta, (1967) con el tema relacionada a familia urbana del Centro de Desarrollo e Investigaciones de la Universidad de Hong Kong, que posteriormente se modificó con una nueva unión de la asociación, planificación familiar de la Universidad de Hong Kong en el año 1972, a partir de ello se continuó con su aplicación en un periodo de cada 5 años (Kong, 1997).

Los cuestionarios CAP son instrumentos utilizados en la realización de estudios y encuestas con el fin de obtener información acerca de los conocimientos y el comportamiento de las personas en relación a situaciones o padecimientos específico, identificando grupos que tienen riesgo de padecer alguna enfermedad a causa de ciertas creencias, o bien por falta de conocimiento que provoca la falta de búsqueda de atención adecuada o que no tenga los cuidados necesarios para estar sanos (Haloi , 2014).

Este tipo de encuestas tienen como principal objetivo arrojar una amplia información sobre los valores y sistemas de creencias de la población acerca de cómo estos afectan sus prácticas sobre la búsqueda de salud, todo ello debido a diversos factores, como la falta de conocimiento y actitud para desarrollar buenas prácticas (OMS, 2008).

Las encuestas CAP, favorecen la recolección de información sobre lo que la gente sabe, cómo se siente y cómo se comporta con relación a un tema en concreto. Se utilizan para recopilar datos valiosos que pueden servir para fortalecer la planificación y el diseño de programas, la incidencia, la movilización social, el análisis y la evaluación en el ámbito de la protección de la infancia. De manera especial en el ámbito de promoción de la salud (Gamboa, 2008).

2.4.1 CONOCIMIENTO

La Organización Mundial de la Salud define al conocimiento como la información que a través de la experiencia ha sido obtenida, constituyéndose en un elemento profundo, que tiene como resultado la conducta que las personas tienen en la vida, transmitida de generación en generación (OMS, 1989).

Entendemos al conocimiento, como el conjunto de entendimientos o como el conjunto de cosas ya conocidas que incluye la habilidad de representarse y la manera propia de percibir a través de la imaginación; el grado de conocimiento evaluado determinará el área donde se debe realizar mayor énfasis ya sea con información o educación (Gumucio, 2011).

Autores como Nonaka y Takeuchi (1995) definen al conocimiento como el proceso humano dinámico de la justificación de la creencia personal en busca de la verdad, destacando así la naturaleza activa y subjetiva del conocimiento en sí, es por ello que si se brinda un conocimiento (Nonaka, 1995).

Tsoukas y Vladimirou (2001), plantea que el conocimiento es la capacidad de todo ser humano para realizar distinciones o juicios de acuerdo a un contexto o una teoría dada, y proponen dos teorías en las que explica en sí, la capacidad de emitir un juicio; que son; la habilidad que posee el individuo para realizar estas distinciones y la situación del individuo en un dominio de acción generado (Vladimirou, 2001).

En el ámbito de Salud bucodental, el concepto de conocimiento hace referencia a toda la información que se recibe sobre los cuidados que se debe tener para mantener las estructuras bucodentales. Todas las fuentes donde se puede recibir conocimiento son los servicios de salud; entre ellos, odontólogos de práctica profesional, medios de comunicación, la escuela, la familia y grupos sociales (Alarcón, 2003).

2.4.2 ACTITUDES – PERCEPCIÓN

Este componente, se define como una predisposición, favorable o desfavorable, para realizar alguna acción ya sea de manera individual (relacionada a características personales) o colectiva (que incide en el comportamiento de un grupo social).

Las actitudes son creencias emocionales, motivacionales, perceptivas y cognitivas que pueden influir positiva o negativamente en el comportamiento o práctica de un individuo. Las actitudes influyen en el comportamiento futuro tomando en cuenta el conocimiento del individuo, colaborando en la tarea de explicar por qué un individuo adopta una práctica y no otras alternativas (Nations, 2014).

Basado en el modelo tridimensional de Rosenberg y Hovland, la actitud es: *“...la predisposición a responder a un estímulo con una respuesta cognitiva (creencias, opiniones o ideas) afectiva (evaluación en términos agrado-desagrado) o conductual (intenciones a comportarse de una manera determinada).”*

Reconocemos al componente cognitivo como “lo que ya se sabe acerca del objeto y como reaccionamos ante él según creencias y conocimientos ya adquiridos a lo largo del tiempo, siendo ya difíciles de modificarlos debido a su complejidad y estabilidad. El componente cognitivo, indica si la persona está en intención y en disposición de desarrollar su conducta con una previa modificación. Finalmente, el componente afectivo, que marca los sentimientos, estados emocionales y ánimo de la persona. “Es precisamente en este componente en el cual se apoyan todas las técnicas participativas fomentadas, formadas con base en la cultura y las creencias en las que se desarrolla el individuo, de la misma manera todas las influencias externas que ha recibido por parte de medios de comunicación.” (Rosales, 2017).

En nuestro estudio tomamos en cuenta al término percepción, para reemplazar al término actitud debido a que es el interés y parte de los objetivos planteados en el presente trabajo. Para la psicología moderna la percepción está definida como el conjunto de procesos y actividades con la estimulación que alcanzan los sentidos. Es el resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones (Melgarejo, 1994), he ahí la importancia de la misma porque es la respuesta de los conocimientos obtenidos y las experiencias antes vividas.

2.4.3 PRÁCTICAS

Se define prácticas como las acciones observables de un individuo en respuesta a una situación con base en su cultura, en términos concretos, con base en lo que conoce, a la construcción de su realidad y a lo que su cultura le permite realizar. En cuanto a salud bucal se sabe a las prácticas que se encuentran relacionadas con la higiene bucal, la alimentación y todos los factores que influyan en el cuidado y prevención de enfermedades bucales, siendo factor principal para el deficiente control de posibles enfermedades bucodentales (Gumucio, 2011).

2.5 DISEÑO DE CUESTIONARIOS CAP

Existen guías para la creación de encuestas CAP, centrando su atención a la formulación de preguntas. Estas guías sugieren:

- Las preguntas deben ser coherentes entre sí, es decir que guarden relación unas con otras y que lleven conexión entre el aspecto que se requiere enfatizar como conocimiento, prácticas o percepción.
- Deben pasar de lo general a lo específico, de lo sencillo a lo complejo.
- Que las preguntas involucren de lo menos a lo más personal, evitando el retroceso, lo que da a los encuestados la impresión de que responden la misma pregunta una y otra vez.
- Utilizar el método de preguntas cerradas.
- Debe existir un buen balance de preguntas entre las secciones conocimientos, prácticas y actitudes (Gumucio, 2011).

Según la OMS las especificaciones para encuestas con objetivos de promoción de salud, son:

- Las preguntas deben tener una conexión directa con el objetivo del proyecto, evitando la redundancia.
- Las preguntas deben ser claras y concisas
- Las preguntas deben estar previamente codificadas
- Deben guardar un orden lógico
- Contar con un pilotaje previo del cuestionario
- Tiempo adecuado de respuesta considerado en los parámetros de 15-20 minutos.

(OMS, 2008) (OMS, 1996)

2.6 INSTRUMENTOS Y PROCESOS DE MEDICIÓN

La medición es un ejercicio clave que a través de la observación de personas, objetos y aspectos de la realidad tengan un verdadero sentido. Para ello es necesario medir y cuantificar distintos aspectos científicos. Carmines y Zeller (1979) señalan que “la importancia de la medición, considerada como una teoría auxiliar que establece la relación entre indicadores y constructos, parten de la base, que la medición tiene la misma importancia para la investigación científica que la teoría fundamental o sustantiva, mediante la cual se busca explicar los fenómenos, por medio de la especificación de las relaciones de unos conceptos, con otros.” Todo esto apoya que la medición es el instrumento ideal para conocer y percibir las distintas realidades que se vive, obteniendo un valor significativo que lo demuestre (Carmines, 1979).

Existen diversas maneras para realizar una medición en ciencias de la salud ya sea de manera directa, como indirecta, pero en el aspecto de salud pública es un tanto difícil, debido a que se encuentra aspectos como, “calidad de vida”, “conocimientos”, “percepción” e “interés”; que, al ser variables subjetivas, necesitan instrumentos con buenas cualidades psicométricas; para ello se diseñaron escalas de medición o cuestionarios que reflejaran el pensamiento de una persona (Goldstein, 2000).

2.6.1 TEORÍA EN EL PROCESO DE MEDICIÓN

En el campo de la investigación científica los fenómenos que se desean explicar y que se miden, deben tener como base una teoría. “La teoría juega un papel clave en la manera de establecer los elementos en el proceso de medición”. Con esto el investigador estará obligado a conocer la teoría para fundamentar correctamente sus preguntas de investigación; debe tomar muy en cuenta la claridad que debe existir en la relación de sus constructos, para el uso de instrumentos confiables y válidos. De esta manera la fase de medición, será identificada como el proceso de relación entre conceptos abstractos y empíricos, esto pertenecerá a un proceso de clasificación y cuantificación de datos de conceptos teóricos que van a ser parte del diseño de investigación (Carmines, 1979).

2.6.2 ESCALAS - INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Las escalas definidas como los instrumentos de medición conformadas por ítems que engloban la base teórica y tienen como fin detectar el problema o la realidad que se requiere conocer, pero que muchas veces no son observables. “Identificando distintos niveles de las variables teóricas que no son directamente observables” (DeVellis, 1991).

El cuestionario será el instrumento que se utilizará para la recolección de información, que tiene como objetivo cuantificar y universalizar la información y con ello estandarizar el proceso de entrevista. En si la “comparabilidad de la información” (Arribas, 2004).

En la medición debe existir una relación estrictamente directa entre “los indicadores empíricamente basados” que en sí son la respuesta que se observa y los constructos no observables que sustentan la explicación. (Carmines, 1979). Esto permitirá una aplicación empírica a los enunciados teóricos que se apliquen (Mendoza, 2009).

En la utilización de escalas de medición debe existir una amplia relación entre psicofísica y psicometría. Ambas apoyarán en la construcción del instrumento, la psicofísica, entendiéndose a esta como la ciencia que se ocupa de la medida de los problemas relacionados con los fenómenos físicos y psicológicos, aproximará en la cuantificación del proceso de percepción, como al momento de transformar fenómenos intangibles a un sistema de cuantificación a través de analogías; y la psicometría, considerada como la ciencia que se ocupa de los problemas de medición en Psicología, utilizando la estadística como pilar básico para la elaboración de teorías y para el desarrollo de métodos y técnicas específicas de medición. Esta última permitirá adaptar la escala utilizada al fenómeno que se requiere medir tomando en cuenta de la misma manera la calidad de la medida (Arribas, 2004) (Fontes, 1994) (Abad, 2004)

2.6.3 PROPIEDADES DEL INSTRUMENTO: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.

Son partes básicas de una medida empírica, que al responder una pregunta tendrá una amplia relación con la manera de determinar, como indicador empírico de ellos representado a un concepto teórico (Carmines, 1979).

2.6.3.1 CONFIABILIDAD

Denominada como precisión, se caracteriza por la fiabilidad al momento de cuantificar los valores, que no exista mayor rango de error de medida. Teniendo una amplia relación con la estabilidad del instrumento, sin depender del observador (individuo que lo aplique), y el tiempo (momento de la aplicación) (Aravena, 2014).

En la medición del fenómeno a estudio siempre existirá la posibilidad de un mínimo error aleatorio, por lo cual será el mínimo error de confiabilidad presente en todo grado de medición, el objetivo es que en diversos procesos de medición se encuentre consistencia en la misma. “Entre más consistentes sean los resultados en repeticiones de la medición, más alta será la confiabilidad del proceso de medición” (Carmines, 1979).

La confiabilidad se puede evaluar según tres distintas dimensiones: consistencia interna, confiabilidad intra-observador y confiabilidad inter-observador.

- Consistencia interna: La consistencia interna está definida como la homogeneidad de los ítems que forman parte en el instrumento o escala de medición. Si los ítems de esta escala

forman una fuerte relación con la variable latente, implicarán una mayor correlación entre sí, significando que estos ítems miden lo mismo. El coeficiente de alfa de Cronbach define esta consistencia interna, convirtiéndose en una de las medidas más utilizadas para representar la confiabilidad del instrumento, sus valores oscilan 0-1; se considera buena consistencia interna cuando el valor alfa es mayor a 0.5 a 0.6 para primeras investigaciones (DeVellis, 1991) (Arribas, 2004) (Meneses, 2013)

- Confiabilidad intra-observador: Este método hace referencia a las veces que se ha aplicado el instrumento, con un mismo método a una misma población, pero en tiempos diferentes (García, 2009). Esto dependerá del tipo de instrumento que se aplique, si hablamos de un instrumento de análisis cuantitativo la forma de evaluar será aplicando el cálculo del CCI una correlación del 70% marcará una alta fiabilidad, pero si el instrumento es de tipo cualitativo se utilizará el cálculo del índice Kappa de Cohen (Serra, 2007).
Mediante el test-retest es posible medir la estabilidad del instrumento, esto se logra aplicando el cuestionario dos veces a la misma población. La evaluación de la estabilidad temporal o test-retest es usada en al menos un 19.0% de los estudios de validez y es evaluada principalmente con el Coeficiente de Correlación Intra-clase (CCI). Los valores del CCI pueden oscilar entre 0 y 1, de modo que la máxima concordancia posible corresponde a un valor de CCI=1.
- Confiabilidad inter-observador: Es el análisis de fiabilidad que se obtiene al ser evaluada una misma muestra a dos distintos evaluadores, su nivel de confiabilidad no es tan alto como las pruebas anteriormente mencionadas. Se puede valorar usando el Índice Kappa o porcentaje de acuerdos (Mokkink, 2010).

2.6.3.2 VALIDEZ

Es también denominada exactitud, esta determinará el grado en que una medición refleja la realidad de un fenómeno, en si el motivo por el cual se creó el instrumento y clasifique lo que realmente queremos analizar (Manterola, 2002).

Hulley define validez con un ejercicio de tiro blanco, en donde “Un rifle bien calibrado puede acertar al blanco varias veces si se apunta correctamente (válido y confiable); sin embargo, existe la posibilidad que se apunte correctamente, pero todas las balas den en un mismo punto fuera del blanco; esto quiere decir que el instrumento está mal calibrado, apuntar al blanco pero no se logra marcar en el mismo punto repetidamente, es probable que el rifle esté mal calibrado o que no se tenga la capacidad de apuntar correctamente (el instrumento no es válido ni confiable)” (Hulley, et al., 2007).

En este ejemplo marca claramente la importancia de que un cuestionario sea confiable y por consiguiente valido, en el primer recuadro de título “confiable, poca validez” nos deja notar que aunque un cuestionario sea confiable na va ser considerado como idóneo porque carece de validez, en el segundo cuadro de “válido pero poco confiable” que aunque haya resultado positiva en algunas pruebas de confiabilidad y validez, pierde la validez de la misma por no ser estable, en el tercer cuadro “sin validez y confiabilidad”, muestra que hubo aciertos en algunas pruebas de confiabilidad pero en pruebas de validez dio resultados negativos, pierde su validez por su ata inestabilidad en confiabilidad y su nula validez, en el último recuadro “valido y confiable” muestra una alta estabilidad por las pruebas que han sido aplicadas por tanto el instrumento ess confiable y valido. Figura 1.

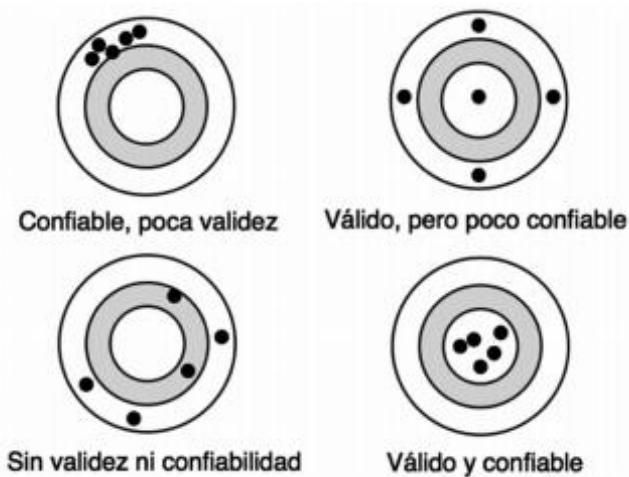


Figura 1: Ejemplo de validez: “Tiro al blanco” (Hulley, 2007)

La *American Educational Research Association & National Council on Measurement in Education* (1999) propone distintos cambios en las dimensiones de validez según pasa el tiempo, pero la *American Psychological Association* (APA) en 1974 propone tres dimensiones, teniendo la posibilidad de evaluar según tres dimensiones o se podrá utilizar solamente una, estas son: validez de contenido, constructo y de criterio (Measurement, 1999).

- Validez de consenso: En esta validación no se aplicarán análisis empíricos, sino que corresponde al análisis subjetivo de un grupo de expertos en el área correspondiente que determinarán si la escala de medición tiene sentido y es razonable (Pesudovs, 2007). Está definida por “el grado en que una herramienta será capaz de medir diferentes dimensiones del constructo” (García, 2009).

La literatura muestra la prueba de Lawshe como la ideal para este tipo de validez, esta prueba, consiste en un acuerdo entre jueces, que deciden si el ítem propuesto es esencial

para el estudio, Tristán en su revisión literaria marca un valor aceptado para 14 panelistas un valor de 0.57.(Tristán-Lopez, 2008).

- Validez de constructo: Definida como grado que el instrumento refleja lo que se requiere conocer sobre el fenómeno o realidad que se necesita conocer. Su evaluación es de manera empírica con grupos extremos “el comportamiento de la escala se evalúa con sujetos con y sin el evento de interés, de esta forma el grupo que presenta el atributo obtendrá un alto nivel en la escala estudiada, mientras que el grupo que no posee el atributo puntuará muy bajo o cercano a 0” (Aravena, 2014). Esta subdividida en dos tipos: convergente y discriminante. La validez de convergencia es el método por el que medimos la relación existente en el cuestionario entre las dimensiones planteadas.
- Validez de criterio: Evalúa principalmente la correlación de las medidas de la escala comparándola con otra medición del atributo ya antes estudiado; conocido también como “estándar de oro” (Mokkink, 2010).

3. ANTECEDENTES

Elementos como conocimiento, actitud y práctica ya han sido tomados en cuenta desde 1950, con el objeto de aplicarlos en programas preventivos, educativos y de salud, ayudando a definir a las poblaciones respecto a su forma de comportarse, en qué es lo que saben respecto a la problemática existente y las actitudes que toman con relación a ello (Cleland, 1973).

Importantes organizaciones como la OMS, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), ya han hecho uso de encuestas CAP, para tratar tópicos como la desnutrición y el paludismo (OPS, 2008). Así mismo, las encuestas CAP han sido aplicadas con anterioridad en temas como diabetes, VIH, tuberculosis y cólera entre otras (Cleland, 1973).

De igual manera existen estudios en los que se emplean este tipo de cuestionarios dentro del área de la salud bucal, sin embargo, estos generalmente van dirigidos a los pacientes o población en general, y pocos han sido utilizados con profesionales de la salud (Kloppe, 2005). Esto a pesar de que autores como Nebot et al. afirman que actitudes negativas por parte de los profesionales de la salud, son la clave para desencadenar deficientes programas de salud preventiva (Nebot, 2007). Ejemplo de ello es lo observado por Pérula et al., quien reporta que la falta de eficiencia de programas de salud preventiva, se debe a la falta de motivación y principalmente el desgaste profesional; aspectos que muchas veces se ven presentes en los servicios de práctica pública por la demanda existente (Pérula, 2007).

Bonetti observó en dentistas escoceses, quienes buscaron crear una iniciativa para aumentar el uso de selladores de fosetas y fisuras. En ese estudio se evaluaron tres puntos importantes: mayor beneficio en cuanto a costo, si antes de colocarlos la idea ya la tenían, si colocarlos ya se había convertido en un “hábito”. Estos tres puntos relacionados al adecuado conocimiento favorecían el uso de selladores de fosetas y fisuras entre los dentistas (Bonetti, 2014).

Algunos de los estudios realizados recientemente se basan principalmente en los conocimientos, prácticas y actitudes de dentistas sobre campañas antitabaco pero todo direccionado a la prevención de cáncer bucal, ejemplo de ello es un estudio realizado por Haresaku, el cual reporta que la mayoría de dentistas en Japón mencionan requerir más conocimientos acerca del tema, por tanto se concluye que esta falta de conocimiento y de confianza sobre el tema, provoca la disminución de medidas preventivas para dicha patología (Haresaku, 2016).

De igual manera un estudio en odontólogos chilenos con el tema “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer oral”, empleando la encuesta realizada, reconocen una marcada carencia de conocimientos, actitudes y prácticas de los odontólogos acerca de este tema y proponen como alternativa una campaña educacional de calidad para mejorar estos aspectos, influyendo en la morbi-mortalidad del cáncer oral. (Stillfried, 2016). Otro estudio realizado en Brasil en el año del 2016, concluye que es insuficiente el conocimiento con el que cuentan los odontólogos para un buen diagnóstico temprano y tratamiento de cáncer. Todo ello influyendo de manera negativa en la sociedad, aumentando los índices de aparición y control de cáncer en la población (de Sousa, 2016).

Se ha detectado, que la mayoría de dentistas libios cuentan con una actitud favorable en cuanto al concepto de prevención como una medida útil. Los tratamientos más usados como método de prevención por estos dentistas fueron la instrucción de higiene oral y el uso de pastas fluoradas, los métodos menos usados fueron los selladores y la aplicación tópica de flúor (Arheiam, 2015).

Existen muchos factores que limitan una práctica de la odontología preventiva en la atención privada de los odontólogos. Estudios como el realizado por Jay Friedman, muestra que el factor principal es la baja remuneración que deja, exponiendo que los tratamientos preventivos son relativamente poco redituables, concluyendo que la práctica clínica preventiva genera problemas en el sostenimiento de la misma, y propone que la mejor solución para ello es la práctica clínica grupal compuesta por especialistas, higienistas y quizás terapeutas (Friedman, 2012).

Wayne Richards propone que otro factor principal, para una odontología preventiva decadente es la falta de conocimiento por falta del odontólogo, explica que más del 50 % de los dentistas encuestados proponen que la mejor manera de aplicar prevención en su consulta, era dar consejos de hábitos de higiene oral, dieta y prevención, además del abandono del consumo de alcohol y tabaco, pero sin tener una explicación científica de ello (Wayne, 2010).

4. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

A pesar de que las enfermedades bucales, son altamente prevenibles, continúan siendo un problema de salud pública en el mundo y mantienen una alta prevalencia dentro de la población mexicana. Si bien, existen acciones preventivas eficaces, estas requieren una adecuada interacción paciente-profesional. Por ello los conocimientos, prácticas y percepción sobre la prevención en odontólogos es un tema que influye de manera directa en la comunidad, a pesar de esto, actualmente no ha sido evaluado el nivel de conocimientos ni la importancia que han dado los dentistas en cuanto a este tema.

Para poder recabar esta información es indispensable contar con instrumentos que tengan la capacidad de evaluar conocimientos, prácticas y percepción sobre la prevención en odontólogos, que sean confiables y específicos para ser aplicados en odontólogos en México, sin embargo, hasta el momento no existen índices diseñados con tal fin que cumplan estas características. Si bien existen algunos registros sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en otras poblaciones de profesionales de la salud bucal, ninguno de los estudios cuenta con la descripción del proceso de validación de los cuestionarios utilizados.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

De lo antes descrito surge la siguiente pregunta de investigación ¿Es válido y confiable el cuestionario creado en esta investigación sobre conocimiento, prácticas y percepción de la prevención en odontólogos mexicanos?

5. JUSTIFICACIÓN

Es necesario que el profesional cuente con los conocimientos adecuados y una percepción favorables hacia la prevención, lo cual lo llevará a que en su práctica clínica incluya mejores prácticas preventivas que contribuyan a la disminución de los altos índices de enfermedades bucales. Sin embargo, se tiene poca información sobre cuáles son los conocimientos y prácticas sobre la prevención que tienen los odontólogos que tienen práctica clínica y esto es notorio desde que no existe un cuestionario que evalúe estos aspectos. De ahí la importancia de contar con un instrumento que sea aplicable y válido en odontólogos de nuestra población, el cual favorecerá la recopilación de información útil y válida utilizable a nivel nacional, previos pilotajes y adecuaciones culturales necesarias para cada grupo cultural, que refleje los conocimientos y percepciones que tienen los profesionales de la salud bucal en nuestro país sobre la prevención en la odontología. Dicha información facilitará conocer la situación sobre estas características e identificar diversos factores presentes en los odontólogos que estén relacionados a la práctica de la odontología preventiva. Se podrá identificar si existen barreras por parte de los profesionales de la salud bucal para la aplicación de la prevención en sus pacientes y de ser así, identificar cuáles son estas barreras, si provienen de la falta de conocimiento, de actitudes no adecuadas o bien por falta de habilidad para la aplicación de acciones preventivas, etc.

6. OBJETIVOS

General

Diseñar y evaluar la validez y confiabilidad de un cuestionario que mida los conocimientos, percepción y prácticas referentes a la prevención en odontólogos pertenecientes a los estados de Guanajuato, Querétaro, San Luis Potosí, Baja California y Michoacán.

Específicos

- ✓ Evaluar el índice de validez de contenido del CPPPO a través de la prueba de Lawshe modificada.
- ✓ Evaluar la consistencia interna del CPPPO a través de alfa Coeficiente de Cronbach.
- ✓ Estimar la confiabilidad del CPPPO a través de la medición prueba-reprueba en odontólogos.
- ✓ Evaluar la validez de convergencia del CPPPO comparando las puntuaciones totales con las preguntas globales.

7. HIPÓTESIS

El cuestionario es válido y confiable para poder ser utilizado en odontólogos mexicanos para evaluar los conocimientos, prácticas y percepciones referentes a la prevención en odontólogos

ALTERNAS

- H_A : El cuestionario CPPPO es válido para la medición de conocimientos, percepciones y prácticas hacia la prevención de la práctica odontológica.
- ✓ H_{A1} El índice de validez de contenido correspondiente a 14 panelistas será igual o mayor a un valor de 0.57
- ✓ H_{A2} La consistencia interna será igual o mayor a 0.6
- ✓ H_{A3} La confiabilidad prueba-reprueba será igual o mayor a 0.4
- ✓ H_{A4} Existirá una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre las preguntas globales y la puntuación de cada uno de los dominios del cuestionario CPPPO

NULAS

- H_0 : El cuestionario (CPPPO) no es válido para la medición de los conocimientos, percepción y prácticas sobre la prevención en la práctica odontológica.
- ✓ H_{01} El índice de validez de contenido correspondiente a 14 panelistas será igual o menor a un valor de 0.57
- ✓ H_{02} La consistencia interna será menor a 0.6
- ✓ H_{03} La confiabilidad prueba-reprueba será menor a 0.4

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal de validación

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Odontólogos de práctica profesional.

8.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de la muestra se realizó por conveniencia y fue integrada por odontólogos de diferentes áreas de especialización (Odontopediatría, Prótesis, Cirugía, Endodoncia, Periodoncia, General, Ortodoncia)

8.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión

- Odontólogos que actualmente tienen práctica clínica.
- Odontólogos que autoricen su participación mediante el consentimiento informado por escrito.
- Odontólogos titulados

Exclusión

- Odontólogos que hayan participado anteriormente en algún tipo de cuestionario de percepción de la salud bucal.

Eliminación

- Aquellas preguntas que tengan más de una opción de respuesta señalada
- Cuestionario con más del 20% de preguntas sin respuesta

8.4 Definición conceptual y escala de medición de las variables

Tabla 1: Variables de la investigación

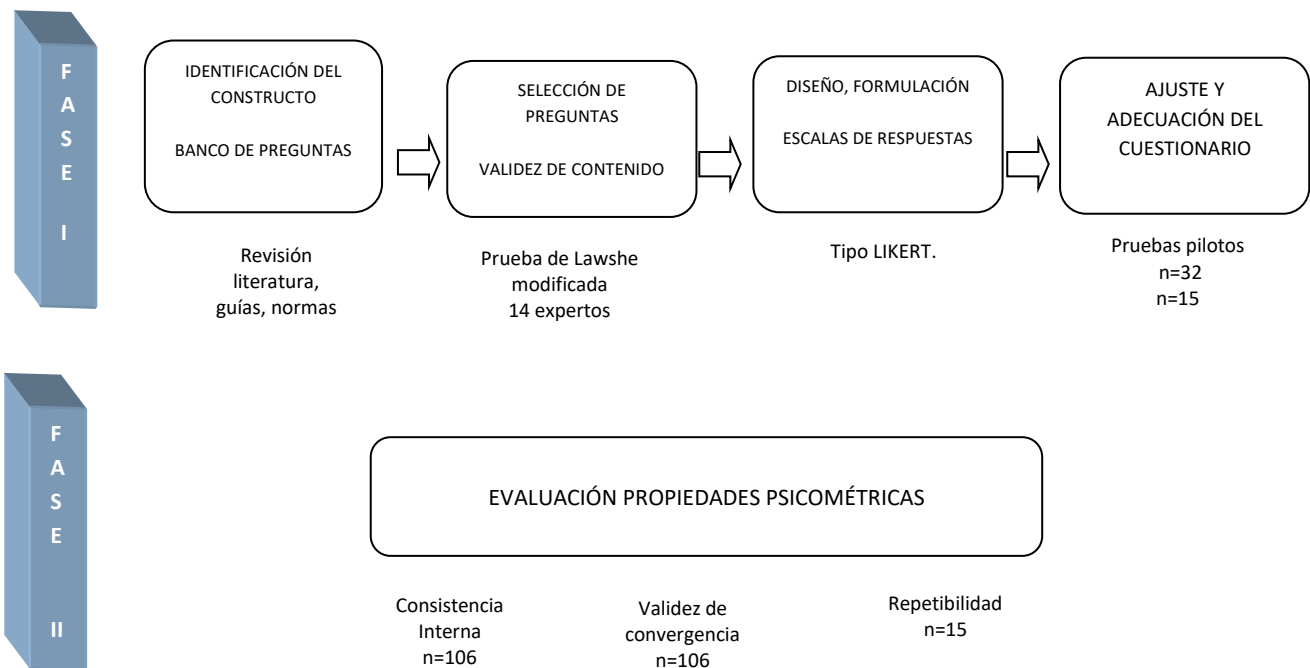
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Estado y municipio de procedencia	Lugar de procedencia. En el cuestionario se presenta como: estado y municipio de procedencia	De razón
Edad	Se entenderá como el número de años vividos desde el momento de nacer a la fecha de la aplicación del cuestionario. Reportada en el cuestionario por cada participante En el cuestionario se presenta como: edad	De razón Número de años
Sexo	Condición orgánica que diferencia a la mujer del hombre, reportada en el cuestionario por cada participante. En el cuestionario se presenta como: femenino y masculino	Nominal (1) Femenino, (2) Masculino
Especialización	Estudios realizados después del pre-grado, reportada en el cuestionario por cada participante. En el cuestionario se presenta como: especialidad.	Nominal: Cirugía, odontopediatría, general, ortodoncia, periodoncia, endodoncia, prótesis
Escuela de procedencia	Lugar donde realizó sus estudios, reportada por cada participante. En el cuestionario se presenta como: escuela de procedencia	Nominal: (0) Pública (1) Privada
Área de práctica clínica	Ámbito donde desarrolla su práctica clínica. En el cuestionario se presenta como: área de práctica clínica	Nominal: (0) Pública (1) Privada (2) Ambas
Años de práctica clínica	Tiempo de práctica clínica, desde el término de sus estudios de pregrado y posgrado. En el cuestionario se presenta como: años de práctica clínica	Numérica: Número de años
Conocimientos	Ámbito que será evaluado por el nivel de conocimiento que el odontólogo demuestre a respuesta a los cuestionamientos que se le plantee. En el cuestionario se presenta de los ítems: 15-38 (Tabla 5)	(1) Desacuerdo (2) No sé (3) De acuerdo
Prácticas	Ámbito que será valorado por la frecuencia con que realiza el odontólogo las actividades planeadas destinadas a la prevención, en sus pacientes. En el cuestionario se presenta de los ítems: 1-14 (Tabla 5)	(0) Siempre (1) Frecuentemente (2) Ocasionalmente (3) Pocas Veces (4) Nunca
Percepción	Ámbito que será evaluado por la manera que la práctica de la prevención en su consulta. En el cuestionario se presenta de los ítems 39-52 (Tabla 5)	(1) Desacuerdo (2) No sé (3) De acuerdo

8.5 DISEÑO DEL CUESTIONARIO

Se consideraron dos fases para el desarrollo y evaluación del cuestionario Conocimientos, Percepciones y Prácticas sobre la prevención en odontólogos (CPP-Prevención en Odontología (CPPPO) tomando en cuenta normas oficiales y estándares internacionales, considerando las fases:

- Fase 1: Diseño de instrumento y prueba piloto,
- Fase 2: Análisis de pruebas psicométricas del instrumento.

Figura 2. Proceso del diseño y evaluación del instrumento



Fuente: Propia

Fase 1: Diseño del Instrumento y prueba piloto

A. Definición del constructo

El primer paso consistió en determinar las dimensiones teóricas que conformaron al cuestionario, para ello se realizó una exhaustiva revisión de la literatura. Específicamente se tomó como base las Normas Oficiales Mexicanas entre ellas la NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales., NOM-009-SSA2-1993: “Para el fomento de la salud del escolar”, la NOM-007-SSA2-2016: “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.”, así como compendios de salud como la “*Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention*” (Fenton, 2014). Derivado de esta revisión se creó un banco de preguntas.

Para la construcción de los enunciados de los ítems, se tuvieron en cuenta las recomendaciones que recogen los textos de psicometría, referidas a la estructura, lenguaje, y longitud de ítems (Requena, 2009).

El banco de preguntas inicial se conformó por 46 ítems. Los cuales fueron sometidos a un proceso de revisiones, por un grupo de catorce expertos (diez salubristas, dos odontólogos generales y dos odontopediatras), quienes juzgaron la pertinencia, relevancia de la aportación, la claridad de los ítems y la redundancia de los mismos; también sugirieron revisiones y eliminación de algunos ítems, así como, sugerencias para el proceso de construcción del cuestionario.

B. Formulación de ítems:

Se revisó que el lenguaje fuese claro y conciso, no se tuvo muchos inconvenientes debido a que como se dirigía a dentistas, el lenguaje debía estar compuesto por tecnicismo, para no perder formalidad, se cuidó que todos los enunciados propuestos sean entendibles para todas las zonas de México.

En cuanto al formato de respuesta, se adoptó un modelo de respuesta tipo Likert, con 5 y 3 opciones, 5 correspondiente a sección de prácticas enumerando 4=siempre, 3=frecuentemente, 2=ocasionalmente, 1= pocas veces y 0=nunca mientras que en las secciones conocimientos y percepción con opción de respuesta: 2= de acuerdo, 1= no sé, 0= desacuerdo, mostrando que a mayor puntuación mejores conocimientos, prácticas y percepciones.

En esta misma fase, se contabilizó el tiempo de respuesta con el fin de ofrecer evidencias del proceso de respuesta de igual manera se solicitó marcar las palabras no comprensibles o dudosas, la opinión del diseño y formato del cuestionario.

C. Validez de contenido

Una vez que se contó con el banco de preguntas se evaluó la validez de contenido a través de la prueba de Lawshe modificada, con la finalidad de evaluar la relevancia de las preguntas formuladas. Se tomó como punto de corte el valor de 0.57 que corresponde a la cantidad de 14 panelistas (Tristán-Lopez, 2008). Con base en ello se realizaron algunos ajustes y se obtuvo, la primera versión del cuestionario, en ella da como resultado la eliminación de 12 enunciados, sin embargo, se realizó una revaloración de los mismos debido a que consideramos esenciales para el estudio. Se finalizó descartando 5 ítems, se dio una primera prueba piloto a una muestra mayor (n=106), considerando futuras nuevas modificaciones.

D. Pruebas piloto

Se aplicó el cuestionario a tres diferentes poblaciones. La primera muestra fue de n=32 odontólogos de posgrado de odontopediatría y ortodoncia de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León. La segunda y tercera población estuvo integrada por odontólogos de las ciudades: Querétaro, Baja California, San Luis Potosí, Morelia y diferentes municipios de Guanajuato.

Los cuestionarios incluían instrucciones dirigidas a los participantes haciendo hincapié en la importancia de responder todos los enunciados. Para evitar el temor a ser evaluados reforzamos la idea de que no hay respuestas correctas o incorrectas, sino una expresión de acuerdo o desacuerdo con los enunciados que se presentan. Se solicitó a los participantes que indicaran el tiempo total tomado para responder el cuestionario, así como que puntuaran de 0 a 10 el grado de comprensión de los enunciados, su dificultad e indicaran alguna sugerencia en relación al lenguaje, forma, etc.

En esta fase se evaluó que las preguntas fueran claras y concisas, que en el nivel de respuesta no hubiera confusión, que el lenguaje utilizado fuera el ideal y acorde al nivel de preparación, además de ello se tomó en cuenta el tiempo de respuesta en cada una de las pruebas. Después de las pruebas realizadas se tomó muy en cuenta las consideraciones dadas y se decidió modificar o agregar ítems, para una posterior reformulación del cuestionario y posterior aplicación en una mayor muestra, y evaluar las propiedades psicométricas del instrumento.

Fase 2: Análisis de propiedades psicométricas del instrumento

En esta fase de validación, ya obtenida la versión final de la fase anterior, se decidió la aplicación a una población de 100 odontólogos, para finalmente evaluar las propiedades psicométricas del mismo.

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD

En cuanto al análisis de confiabilidad se realizó en dos etapas:

- La primera consistió en determinar la consistencia interna del cuestionario utilizando una dimensión evaluada a través del coeficiente de α -Cronbach para el instrumento total y evaluando este valor para cada uno de los ítems si son eliminados del cuestionario, para con ello identificar y eliminar los ítems que no favorecían la consistencia del cuestionario. Se estableció un valor de > 0.6 como un valor aceptable. Esto basado en una revisión realizada por Peterson quien propone esos valores conforme lo propuesto por Nunally en 1967 para primeras investigaciones (Peterson, 1994). La validez de convergencia de evaluó estimando la correlación entre las preguntas globales y el puntaje total.
- En la segunda fase a una submuestra, se les reaplicó el cuestionario después dos semanas de la primera aplicación, para con ello poder evaluar repetibilidad a través de la prueba-reprueba

8.6 ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recopilados se analizaron en el programa the *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS v.22 Inc., Chicago, USA).

En cuanto a la validez de contenido se tomó en cuenta la aplicación de la Prueba de Lawshe modificada.

La consistencia interna fue calculada a través del α -Cronbach.

Se evaluó la repetibilidad del cuestionario a través del análisis del Coeficiente de Correlación de Intraclase. (CCI).

Se evaluó la validez de convergencia con la correlación entre las preguntas globales y el puntaje total del cuestionario a través del coeficiente de Rho de Spearman.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según el Reglamento la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación, 6 de enero, 1987), se considera el siguiente estudio bajo a ningún riesgo hacia la persona.

Como forma de tener un alto grado de confidencialidad, se decide guardar los cuestionarios en un lugar que solo este autorizado por el personal autorizado en el proyecto, estos cuestionarios serán resguardados en archiveros. Todo esto con el objeto de proteger los derechos de confidencialidad de los participantes. En tanto que los archivos computarizados tendrán un código de confidencialidad que solo el personal que trabaje en este proyecto tendrá acceso.

10. RESULTADOS

10.1 DISEÑO

El cuestionario quedó conformado en la fase inicial, por 46 preguntas, de las cuales 13 ítems conformaron la sección de prácticas, 18 sección de conocimientos y 14 de la sección de percepciones; tomando en cuenta que el cuestionario presenta un buen equilibrio entre secciones. El cuestionario se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Banco de preguntas fase inicial

	PRÁCTICAS	CONOCIMIENTOS	PERCEPCIÓN
1	Recomienda asistir periódicamente para revisiones de control	15 El consumo de agua simple potable, el control de la ingesta de alimentos con alto contenido en hidratos de carbono y ricos en fibra tiene beneficios en la salud bucal	33 El odontólogo debería promover la disminución o cesación del hábito de tabaquismo
2	Da instrucciones sobre el cuidado de la dieta para mantener la salud bucal	16 Una dieta saludable rica en calcio ayuda a la prevención de caries y fluorosis dental	34 Existen tratamientos preventivos dentro de su área de especialidad
3	Da instrucciones sobre las técnicas para una buena higiene bucal	17 El consumo de refrescos favorece la presencia de caries	35 Usted puede influir en que su paciente realice acciones o tratamientos preventivos
4	Recomienda el uso de aditamentos de higiene (independiente del cepillo dental)	18 Una adecuada higiene bucal disminuye el riesgo de presentar caries, enfermedad periodontal, cáncer bucal	36 Considera usted que la atención preventiva o realización de tratamientos preventivos es redituable (vendible)
5	Recomienda utilizar una pequeña cantidad de pasta dental	19 Fumar aumenta el riesgo de presentar enfermedad periodontal y cáncer bucal	37 La prevención en odontología tiene bases científicas
6	Da instrucciones o consejos para eliminar o disminuir el hábito de tabaquismo	20 El control personal de placa dentobacteriana juega un papel más relevante en la prevención de enfermedades periodontales que la eliminación de cálculo por parte de un especialista	38 La prevención en odontología es muy efectiva
7	Propone a sus pacientes el uso de selladores de fosetas y fisuras en la dentición temporal y a la aparición en boca de la dentición permanente	21 El consumo de alcohol aumenta el riesgo de presentar cáncer bucal	39 La prevención en odontología es aburrida o tediosa
8	Coloca periódicamente fluoruro tópico	22 Los selladores, únicamente están indicados en dentición temporal	40 Deberían existir profesionales dedicados exclusivamente a la prevención en odontología
9	Evalúa la calidad de saliva (cantidad, pH, etc)	23 El sellador de fosetas y fisuras es efectivo en la prevención de caries en molares recién erupcionados.	41 Falta de conocimientos del odontólogo
10	Promueve y enseña cómo usar las tabletas o soluciones reveladoras de placa bacteriana	24 Los selladores pueden ser aplicados aun cuando ya existan lesiones cariosas en esmalte	42 Falta de motivación del odontólogo
11	Realiza pruebas para evaluar la cantidad de microorganismos que se encuentran en boca	25 La aplicación periódica de fluoruro tópico disminuye el riesgo de caries en niños y adultos	43 Falta de compromiso del paciente
12	Emplea el explorador para detectar la presencia de caries	26 En la formación de caries la frecuencia del consumo de azúcar tiene un papel más importante que la cantidad total de azúcar consumida.	44 Falta de entrenamiento del odontólogo
13	Realiza sondaje para detectar pérdida de inserción periodontal	27 La cantidad y calidad de la saliva juegan un papel importante en el estado de salud bucal	45 Falta de remuneración para el odontólogo
14	Fomenta la autoexploración en sus pacientes para la detección de lesiones malignas o premalignas	28 Examinar un diente, recién erupcionado o con caries incipiente, con un explorador afilado daña las barras de esmalte y predispone al diente a la caries.	46 Falta de tiempo del odontólogo
		29 El efecto de fluoruro que se encuentra en la pasta dental aumenta si se usa menos agua para enjuagarse después del cepillado.	
		30 Está contraindicado colocar fluoruro en dientes con fluorosis	
		31 Los niños menores de 6 años deben utilizar pastas con alta concentración de fluoruro (1500ppm o mas)	
		32 Los adultos están en riesgo de desarrollar fluorosis dental	

Fuente: propia

10.2 VALIDEZ DE CONSENSO

Se realizó esta fase con la participación de 14 expertos, los cuales valoraron la relevancia que tenían en nuestro cuestionario, mediante la prueba de Lawshe modificada, se llegó a determinar, las preguntas que iban a ser eliminadas en esta primera ronda dando valores a las respuestas con esenciales de (1.0), útil pero no esencial (0.5) e irrelevante (0).

Una vez registrados los datos se obtiene los siguientes valores que se encuentran descritos en la Tabla 3, mostrando el valor que se obtuvo en cada enunciado y se tomará como aceptado aquellos que cuenten con valores mayores de 0.57 correspondiente a la validez con participación de 14 expertos (Tristán-López, 2008). Debemos tomar en cuenta que al realizar esta prueba se obtuvo una cantidad de 12 preguntas eliminadas, pero se hizo una revaloración y se decidió modificar algunas de ellas, debido a que estaban sustentadas por Normas Mexicanas las Normas Oficiales: NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales., Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. y publicaciones actuales sobre salud oral entre ellas están los *Guidelines on Fluoride Therapy* (2014), y una guía: *Evidence-Based in Clinical Recommendations for The use of Pit and fissure sellants* (Beauchamp, 2008), etc., las cuales contribuirán al objetivo del cuestionario. Las preguntas que resultaron eliminadas fueron 5 en esta primera fase, siendo 3 de la sección de conocimientos, 1 en sección prácticas y 1 sección percepciones.

Las preguntas que fueron modificadas por recomendación de los expertos, fueron: el ítem 15 de sección de conocimientos, esta se separó quedando de la siguiente manera: “Una dieta saludable rica en calcio ayuda a la prevención de caries” y “Una dieta saludable rica en calcio ayuda a la prevención de fluorosis”; de la misma manera el ítem 18: “Fumar aumenta el riesgo de presentar enfermedad periodontal” y “Fumar aumenta el riesgo de presentar cáncer bucal”.

Tabla 3. Validez de contenido de 14 expertos. Prueba de Lawshe modificada

ÍTEM	Esencial	CVR'	APRUEBA		Enunciados	Esencial	CVR'	APRUEBA	
1	12.5	0.7857	SI	SI	23	10	0.43	NO	SI
2	13	0.8571	SI	SI	24	12	0.71	SI	SI
3	14	1	SI	SI	25	9.5	0.36	NO	SI
4	12	0.7143	SI	SI	26	9.5	0.36	NO	SI
5	11.5	0.6429	SI	SI	27	11	0.57	SI	SI
6	10	0.4286	NO	SI	28	6.5	-0.07	NO	SI
7	11	0.5714	SI	SI	29	12	0.71	SI	NO
8	13	0.8571	SI	SI	30	13	0.86	SI	SI
9	11	0.5714	SI	SI	31	12.5	0.79	SI	NO
10	10	0.4286	NO	SI	32	13	0.86	SI	SI
11	10.5	0.5	NO	SI	33	12	0.71	SI	SI
12	12	0.7143	SI	SI	34	13	0.86	SI	SI
13	14	1	SI	SI	35	10	0.43	NO	SI
14	12.5	0.7857	SI	SI	36	9	0.29	NO	SI
15	10.5	0.9091	SI	SI	37	9.5	0.36	NO	SI
16	11	1	SI	SI	38	11.5	0.64	SI	SI
17	9.5	0.7273	SI	SI	39	12	0.71	SI	SI
18	8	0.1429	NO	SI	40	11.5	0.64	SI	SI
19	9	0.6364	SI	SI	41	12	0.71	SI	SI
20	11.5	0.6429	SI	SI	42	12.5	0.79	SI	SI
21	12	0.7143	SI	NO	43	12.5	0.79	SI	SI
22	13	0.8500	SI	SI	44	10.5	0.50	NO	SI
					45	12.5	0.79	SI	SI

SUMA 28.48

CIV 1.89

CVR': Razón de validez de contenido. CIV: Índice de validez de contenido de 14 expertos con un nivel de aceptación de 0.57≥.

Fuente: Propia.

AJUSTE DEL CUESTIONARIO

El cuestionario se pone a prueba en tres diferentes muestras, correspondientes a odontólogos pertenecientes al posgrado de ortodoncia y odontopediatría, odontólogos de León, San Luis Potosí, Dolores Hidalgo y Morelia.

En estas tres pruebas realizadas se registró el tiempo de respuesta obteniendo un promedio de 10.9 (± 1.37) minutos, Tabla 4.

Tabla 4. Tiempo de respuesta.

PRUEBAS	TIEMPO
1	12.4 min
2	10 min
3	10.5 min
Total	10.97 (± 1.37)

Fuente: propia.

En la primera prueba realizada a odontólogos del posgrado ($n=32$), se realiza una modificación en el nivel de respuestas: se detecta que la cantidad de opciones de respuesta son muy confusas por tanto se decide eliminar las opciones de respuesta:

- “Totalmente desacuerdo”- “Desacuerdo”- “No sé”- “De acuerdo”- “Total acuerdo”
- Se decide finalmente a las opciones “Desacuerdo”- “No sé”- “De acuerdo”

De la misma manera con las sugerencias aportadas se toma en cuenta la adición de un ítem más, correspondiente al tema de Maloclusión: “Hábitos como succión de dedo, labio o protrusión lingual influyen en la presencia de mal-oclusiones” esto propuesto en sección conocimientos, apoyándonos de la Norma Oficial Mexicana 013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

En la segunda prueba realizada, se aplicó el cuestionario con las modificaciones antes mencionadas a odontólogos ($n=15$) de la ciudad de León. En esta fase conforme los comentarios propuestos y con base en la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida., se decide agregar un tema más: “lactancia materna”. Las preguntas propuestas fueron: “La lactancia materna tiene múltiples beneficios en la salud bucal” ubicada en sección conocimientos y “El odontólogo debería promover la lactancia materna”, propuesta en sección percepción.

Finalmente, al analizar los datos estadísticos observamos que en la sección conocimientos podría presentarse el sesgo de respuesta invariable, por tanto, se modifican los ítems siguientes: “La aplicación periódica de fluoruro tópico solo se recomienda en niños”, “La cantidad y calidad de la saliva influyen poco o nada en el estado de salud bucal general” y “Los niños menores de 5 años deben utilizar pastas con alta concentración de fluoruro (1500 ppm o más)”.

En la tercera prueba, aplicada a 106 odontólogos pertenecientes a la ciudad de San Luis Potosí, León, Morelia, Celaya y Dolores Hidalgo y después a un subgrupo (n=15) se les reaplicó el cuestionario pasados 15 días, para con ello poder realizar las pruebas psicométricas: análisis de consistencia interna, validez de convergencia y confiabilidad del instrumento a través de la prueba re prueba.

10.3 Evaluación de propiedades psicométricas

Confiabilidad

La consistencia interna fue evaluada con la prueba de α -Cronbach. Esta fue analizada para la escala total y para cada dimensión (Conocimientos, Prácticas y Percepciones). Se obtuvo un valor general de $\alpha=0.700$ siendo esta aceptable. De la misma manera en la dimensión de conocimiento se obtuvo un valor de $\alpha=0.594$ que por ser una primera investigación se da como aceptable; en la dimensión de prácticas el valor fue de $\alpha =0.695$ y finalmente en la dimensión de percepción un valor de $\alpha=0.714$. Tabla 5

Tabla 5. Consistencia interna del instrumento distribuido por dimensiones.

	Ítems	α - Cronbach
Prácticas	14	0.695
Conocimientos	24	0.594
Percepción	14	0.714
Escala total del instrumento	52	0.700

Fuente: propia

En cuanto al análisis de los ítems que puedan mejorar la consistencia interna, en caso que fueran eliminados, se observó que de la sección conocimientos si se eliminara el ítem 34 la puntuación global subiría a un $\alpha=0.706$; pero al realizar el análisis por dimensión, la consistencia disminuye. Por tanto, se decide mantener el ítem. De igual manera en la sección de prácticas eliminando el ítem 12 la consistencia interna subiría a un $\alpha=0.720$, pero vuelve a suceder lo comentado anteriormente. En la Tabla 6 se muestra los ítems finales distribuidos por dimensiones.

Tabla 6. Consistencia interna, alfa de Cronbach para cada ítem si el elemento se ha suprimido.

	PRÁCTICAS	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	Recomienda asistir periódicamente para revisiones de control	0.698
2	Da instrucciones sobre el cuidado de la dieta para mantener la salud bucal	0.692
3	Da instrucciones sobre las técnicas para una buena higiene bucal	0.690
4	Recomienda el uso de aditamentos de higiene (independiente del cepillo dental)	0.691
5	Recomienda utilizar una pequeña cantidad de pasta dental	0.695
6	Da instrucciones o consejos para eliminar o disminuir el hábito de tabaquismo	0.689
7	Propone a sus pacientes el uso de selladores de fosetas y fisuras en la dentición temporal y a la aparición en boca de la dentición permanente	0.692
8	Coloca fluoruro tópico periódicamente	0.699
9	Evalúa la calidad de saliva (cantidad, pH, etc.)	0.693
10	Promueve y enseña cómo usar tabletas o soluciones reveladoras de placa bacteriana	0.685
11	Realiza pruebas para evaluar la cantidad de microorganismos que se encuentran en boca	0.695
12	Emplea el explorador para detectar la presencia de caries	0.720
13	Realiza sondaje para detectar pérdida de inserción periodontal	0.695
14	Fomenta la autoexploración en sus pacientes para la detección de lesiones malignas o pre-malignas	0.689

	CONOCIMIENTOS	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
15	El consumo de agua simple potable, el control de la ingesta de alimentos con alto contenido en hidratos de carbono y ricos en fibra tiene beneficios en la salud bucal	0.697
16	Una dieta saludable rica en calcio ayuda a la prevención de caries	0.696
17	Una dieta saludable rica en calcio ayuda a la prevención de fluorosis dental.	0.684
18	El consumo de refrescos favorece la presencia de caries	0.697
19	El consumo de refrescos favorece la presencia de erosión dental	0.700
20	Los trastornos alimenticios están relacionados con la erosión dental	0.700
21	Una adecuada higiene bucal disminuye el riesgo de presentar caries, enfermedad periodontal, cáncer bucal	0.696
22	Fumar aumenta el riesgo de presentar enfermedades bucales como enfermedad periodontal	0.697
23	Fumar aumenta el riesgo de presentar enfermedades bucales como cáncer bucal	0.697
24	El control personal de placa dentobacteriana juega un papel más relevante en la prevención de enfermedades periodontales que la eliminación de cálculo por parte de un especialista	0.687
25	El consumo de alcohol aumenta el riesgo de presentar cáncer bucal	0.691
26	El sellador de fosetas y fisuras es efectivo en la prevención de caries en molares recién erupcionados	0.701
27	Los selladores pueden ser aplicados aun cuando ya existan lesiones cariosas en esmalte	0.698
28	La aplicación periódica de fluoruro tópico disminuye el riesgo de caries	0.698
29	En la formación de caries la frecuencia del consumo de azúcar tiene un papel más importante que la cantidad total de azúcar consumida.	0.696
30	La cantidad y calidad de la saliva no juegan un papel importante en el estado de salud bucal	0.704
31	Examinar un diente, recién erupcionado o con caries incipiente, con un explorador afilado daña las barras de esmalte y predispone al diente a la caries.	0.701
32	La recomendación actual es no enjuagarse después del cepillado con pasta dental para mantener el efecto del fluoruro	0.697
33	Los niños menores de 6 años deben utilizar pastas con alta concentración de fluoruro (1500ppm o mas)	0.700
34	Identifica las instituciones a las cuales puede remitirá a sus pacientes para apoyarlos a dejar el hábito de tabaquismo	0.706
35	Hábitos como succión de dedo, labio o protrusión lingual influye en la presencia de mal-oclusiones.	0.697

36	El uso de pasta dental debe iniciarse a partir de la erupción del primer diente en boca	0.695
37	La gente debe usar la cantidad de pasta que desee	0.699
38	La lactancia materna tiene múltiples beneficios en la salud bucal	0.699

	PERCEPCIONES	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
39	El odontólogo debería promover la disminución o cesación del hábito de tabaquismo	0.705
40	El odontólogo debería promover la lactancia materna	0.697
41	Existen tratamientos preventivos dentro de su área de especialidad	0.697
42	Usted puede influir en que su paciente realice acciones o tratamientos preventivos	0.693
43	Considera usted que la atención preventiva o realización de tratamientos preventivos es redituable (vendible)	0.697
44	La prevención en Odontología tiene bases científicas	0.695
45	La prevención en Odontología es muy efectiva	0.696
46	Deberían existir profesionales dedicados exclusivamente a la prevención en odontología	0.701
47	La principal barrera para que no se practique la odontología preventiva es: Falta de conocimiento	0.698
48	Falta de motivación	0.693
49	Falta de compromiso del paciente	0.695
50	Falta de entrenamiento	0.696
51	Falta de remuneración	0.687
52	Falta de tiempo del odontólogo	0.701

Fuente: Propia

En cuanto a la confiabilidad prueba-reprueba, encontramos un valor de Coeficiente de Correlación Interclase (CCI), para el instrumento en general de CCI=0.526. Se analizó de la misma forma para las tres dimensiones propuestas: obteniendo un valor de CCI=0.815 para Conocimientos, Prácticas con un CCI=0.924 y en cuanto a Percepciones un valor de CCI=0.642. Tabla 7.

Tabla 7. Confiabilidad test-retest del instrumento. Confiabilidad por dimensiones

DIMENSIÓN	CCI
Conocimientos	0.815
Prácticas	0.924
Percepciones	0.642
CPPPO total	0.526

CCI= Coeficiente de correlación intraclase

Fuente: propia.

10.4 VALIDEZ DE CONVERGENCIA

Esta fue evaluada a través de la estimación de la correlación preguntas globales con la puntuación de la escala total.

En este apartado se evaluó la relación que guardan las preguntas globales: “Considera usted que los esfuerzos en la odontología deben mayormente ir dirigidos a:”, “En general, ¿cómo calificaría sus conocimientos sobre la prevención de enfermedades bucales” y “En general, ¿Con qué frecuencia realiza tratamientos preventivos dentro de su práctica clínica diaria?”, con la puntuación obtenida en las dimensiones de conocimientos, prácticas y percepción. Se observó una correlación significativa entre los valores obtenidos con la escala total y cada una de las tres preguntas globales, como se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8. Validez de convergencia. Relación entre preguntas globales y la puntuación del CPPPO (n=106)

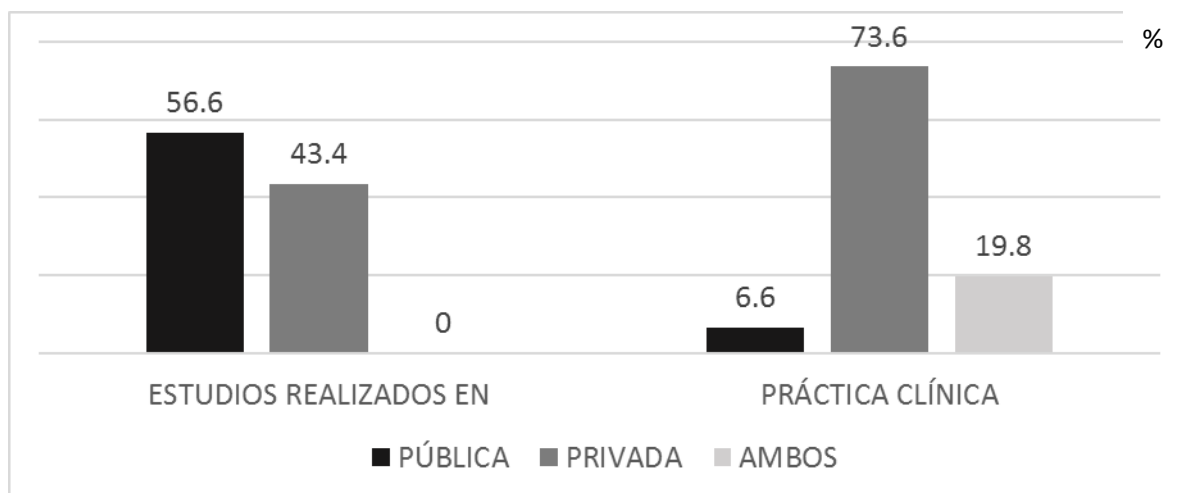
PREGUNTAS GLOBALES	Coeficiente de correlación*	p
Considera usted que los esfuerzos en la odontología deben mayormente ir dirigidos a:	0.362**	<0.005
En general, ¿cómo calificaría sus conocimientos sobre la prevención de enfermedades bucales	0.466**	<0.001
En general, ¿Con que frecuencia realiza tratamientos preventivos dentro de su práctica clínica diaria?	0.242**	<0.001
<p>* <i>RHO DE SPERMAN</i></p> <p>Fuente: propia</p>		

10.5 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

El cuestionario fue aplicado a odontólogos pertenecientes a las ciudades de León, Dolores Hidalgo, Morelia, Celaya y San Luis Potosí (n=106), siendo, 52% del sexo femenino y 47% al sexo masculino.

Además de esto se encontró que la edad media promedio fue de 37.9 ± 11.9 años de edad. De la misma manera se analizó y se encontró que la media en cuanto a años de práctica clínica es de 13.43 ± 11.42 años.

En relación a la escuela de procedencia se observó que el 56.6% provienen de una escuela pública y el 43.4% de una privada. Respecto al área de práctica clínica, el 73.6% ejerce en el ámbito privado, el 19.8% en el ámbito privado y público mientras que el 6.6 % únicamente al área pública. (Grafica 1).



Gráfica 1. Distribución de escuela de procedencia y práctica clínica.

n=106 Fuente propia.

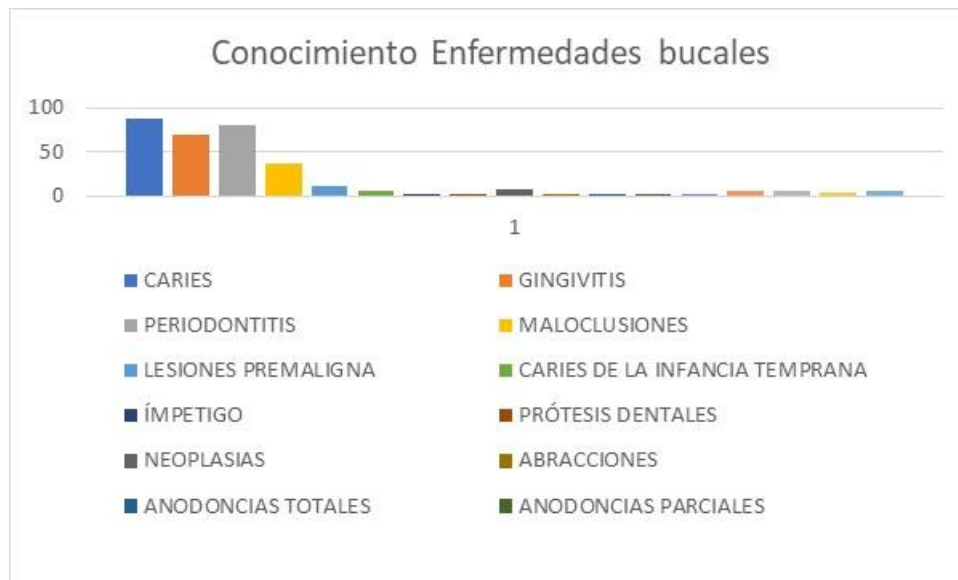
En cuanto a la especialidad a la que correspondían se obtuvo que la mitad de los encuestados no cuenta con una especialidad. De los que reportan tener estudios de posgrado, el 15% pertenecen al área de ortodoncia, 12% a odontopediatría y 11 % al área de prótesis siendo estas las más representativas, representado en la Grafica 2.



Grafica 2. Distribución conforme área de especialidad. n=106

Fuente: propia.

Se solicitó a los participantes escribir cuales eran las enfermedades bucales que ellos consideran prevenibles y los resultados fueron: con mayor porcentaje las enfermedades de periodontitis con un 85%, seguido de caries con un 83%, gingivitis con un 74% y el 39% menciona que las maloclusiones. Fueron mencionadas algunas otras condiciones como: anodoncia, neoplasias, impétigo, pulpitis y halitosis entre otras. Grafica 3.



Grafica 3. Muestra la estadística enfermedades bucales. n=106

Fuente: propia.

11. DISCUSIÓN

El presente trabajo estuvo enfocado a diseñar y evaluar la validez y confiabilidad de un cuestionario que sirva para medir los conocimientos, prácticas y percepciones de los dentistas acerca de la prevención, ya que, si bien se han reportado estos aspectos en diferentes poblaciones, no se tienen datos sobre la validez de los instrumentos empleados. El cuestionario CPPPO, se propone como una herramienta que creada para evaluar el conocimiento sobre cuáles son las deficiencias existentes en los odontólogos acerca del tema de prevención. Abarca temas primordiales básicos que el odontólogo debe conocer y poner en prácticas. Este cuestionario el único en su tipo se propone como herramienta para, la identificación, del porqué de la baja práctica de la prevención en el área y con ello los persistentes altos índices de enfermedades bucales (Haloj, 2014) (Kassebaum 2015).

La importancia de elaborar este cuestionario radica en la necesidad de evaluar a odontólogos, identificar si tienen o cuentan con los conocimientos adecuados para disminuir el alto riesgo a prevalencia de enfermedades bucales existente en México. Esto es fundamental ya que los conocimientos que los odontólogos tienen son lo que transmiten a sus pacientes (Juárez-López, 2010).

De la misma manera, las actitudes que el profesional de la salud presente ante el paciente pueden alterar las actitudes de los mismos sobre la prevención ayudando a que bien estas sean positivas, o impactando negativamente si el odontólogo no tiene una percepción y posterior actitud adecuada. Si el propio odontólogo no le da importancia a la prevención difícilmente el paciente lo hará por sí mismo, el odontólogo debe participar en concientizar a la población de las causas, consecuencias dando gran importancia a la aplicación de tratamientos para evitar la enfermedad (Ramos-Morcillo, 2013).

Un aspecto importante a tomar en cuenta en las instituciones en las que se forman los futuros odontólogos, es si realmente ponen hincapié en la filosofía de prevención, ya que como lo menciona Bridgman: *“la formación de buenos dentistas implica realzar y promover la salud general y bucodentaria, además de proporcionar bienestar a la gente que atienden, de manera justa, y respetando su dignidad, autonomía y derechos”, sin embargo, esto, debido a diversos factores se ha perdido, muchas veces por el simple hecho de que los tratamientos preventivos son pocos redituables, y se cae en buscar los más remunerativos, olvidando muchas veces las bases adquiridas, en las cuales lo más importante es velar por la salud y bienestar del paciente, es decir de la persona. O bien podría ser que las bases adquiridas no han sido las suficientes, no han realmente permeado con las herramientas necesarias (Vicentela, 2015).*

Por otro lado, para la elaboración de este cuestionario se realizó una búsqueda exhaustiva por encontrar un modelo de cuestionario que hubiera sido diseñado para evaluar a profesionales de salud acerca del tema, pero no se logró hallar ejemplar alguno, por tal motivo se inició de cero. Aunque existen cuestionarios para evaluar conocimientos sobre salud bucal, prevención de alteraciones bucales, como caries, estos van mayormente dirigidos a los pacientes, madres o población abierta, pero no dirigidos a los profesionistas, quienes son las personas encargadas de preservar la salud bucal prevenir enfermedades o ser los guías para la sociedad en lo referente al cuidado de esta (Haloi , 2014,).

Es probable que la carencia de cuestionarios de esta índole, se haya dado por que se asume que los profesionales de la salud cuentan con los conocimientos suficientes sobre la mejor manera de prevenir las enfermedades. No se ha puesto en tela de juicio esto y se ha aceptado con una verdad inquebrantable. Posiblemente esta actitud sea parcialmente correcta, ya que sin duda los odontólogos son las personas que se han preparado para esta tarea, sin embargo, existen avances constantes dentro de esta rama los cuales no siempre permean en toda la comunidad odontológica por diversas razones.

Respecto a la construcción y validación del cuestionario, dado que no existe un modelo de cuestionario que se apegue a las especificaciones que se deseaban, se propuso diseñar este cuestionario, para ello basamos nuestro diseño en la guía propuesta por Arribas y Gumucio, para la realización de cuestionarios CAP (Arribas, 2004) (Gumucio, 2011) y en los parámetros para la realización de cuestionarios propuesto por la OMS (OMS, 2008).

Es importante remarcar la importancia de la validación, un cuestionario validado provee información más confiable, además de ello verifica que cumpla el objetivo por el cual fue creado y revele datos que sean necesarios y aporten al estudio que se está realizando. Cronbach en 1971 propone que: *“la validación es el proceso por medio del cual el investigador que desarrolla cuestionarios obtiene evidencia para sustentar sus inferencias”*. Lo que obtenemos de la validez realizada es lo que asegura que el investigador no está errando en sus cuestionamientos y en interpretar una realidad (Menéndez, 2017).

De la igual manera se buscó incluir la evaluación de acciones preventivas no solo destinadas al control de caries sino de una gama más amplia de enfermedades bucales, por ello un aspecto que se consideró fundamental fue identificar cuáles son las enfermedades bucales que los odontólogos consideran prevenibles. Es común que al pensar en prevención dentro de la odontología se piense en primera instancia en caries, sin embargo, existen otras alteraciones bucales que pueden ser prevenidas. Conforme las enfermedades que los odontólogos detectaban como prevenibles estuvieron: caries y periodontitis entre las más mencionadas, seguidas de maloclusiones. Es de resaltar que los odontólogos no mencionaron alteraciones como fluorosis u erosión dental, siendo

la fluorosis dental una enfermedad de muy altos índices en esta zona del bajo. Estas enfermedades son prevenibles sin embargo para ello se requiere la aplicación de acciones las cuales únicamente podrán darse si existe buen conocimiento de las mismas. Así mismo, se observó que los odontólogos identifican como enfermedades ciertos síntomas o signos, los cuales propiamente no son enfermedad sino una consecuencia de esta, entre ellos resaltan: la anodoncia, la halitosis. Estas observaciones muestran que existen conocimientos inadecuados, lo cual sugiere la necesidad de mejorar los conocimientos entre los odontólogos (Beltrán-Valladares, 2005).

Cabe recalcar que el cuestionario fue aplicado a todas las áreas de especialidad como son: odontopediatría, ortodoncia, endodoncia, periodoncia, cirugía maxilofacial, prótesis, con el objeto de conocer cuál es su percepción en cuanto a prevención en sus áreas y cuáles son los tratamientos preventivos que aplican en cada una, conociendo que odontopediatría, ortodoncia y periodoncia están ampliamente ligadas a la prevención, debido a que el resultados de un buen tratamiento está ligada a la buena higiene, y su principal objetivo es mantener a sus pacientes motivados para mantener su salud bucal y logren obtener los resultados que esperan, pero al contrario en el área de prótesis, endodoncia y cirugía los resultados obtenidos fueron, que los tratamientos que realizan están marcados principalmente en el eslabón de prevención secundaria y terciaria, sin darse cuenta que también entran en prevención primaria, la creencia por ejemplo en cirugía es que su trabajo no es hacer profilaxis, tomando en cuenta que una buena profilaxis antes de una cirugía y unos buenos consejos de prevención post- quirúrgica, aporta a un buen proceso de recuperación y un posterior mantenimiento de la salud bucal (De Sousa, et, al., 2016)

En cuanto a la validez de contenido, realizado a través de la prueba de Lawshe con la participación de 14 expertos, se marcaba la eliminación 12 preguntas ya que no alcanzaban el valor mínimo estipulado por la prueba. No obstante, se decidió incluir algunas de estas preguntas, ya que se consideraron fundamentales para el objetivo del estudio, las cuales, estaban sustentadas por Normas Oficiales Mexicanas. Por tanto, las preguntas que finalmente se eliminaron fueron en la sección prácticas: ítem 6 *“Da instrucciones o consejos para eliminar o disminuir el consumo de alcohol”*. En la sección de conocimientos los enunciados 21 *“Los selladores únicamente están indicados en dentición temporal”*, el 29 *“Están contraindicados colocar fluoruro en dientes con fluorosis”* y el 31 *“Los adultos están en riesgo de desarrollar fluorosis dental”*. Finalmente, en la sección de percepción: se decide eliminar el enunciado 38. *“La prevención en odontología es aburrida o tediosa”* debido a que se obtuvo un valor de 0.54. Quedando conformado el cuestionario para iniciar la primera prueba piloto con 41 ítems divididos en: 13 ítems en prácticas, 15 en conocimientos y 13 en percepciones.

En cuanto a la consistencia interna se observó que los valores obtenidos fueron adecuados, todos ellos por arriba del 0.6, excepto en la dimensión de conocimientos la cual registro un valor de

$\alpha=0.594$. Al realizar el análisis de quitar un ítem para elevar el valor de consistencia interna se obtuvo que al eliminar el ítem 15 con lo cual el valor aumentaría a 0.6, pero se decide no eliminarlo ya que disminuía el valor de consistencia general.

Cabe resaltar que según George y Mallery (2003) para una escala de confiabilidad los valores >0.9 representan Excelente consistencia, >0.8 (Bueno), >0.7 (Aceptable), >0.6 (Cuestionable), >0.5 (Pobre) y <0.5 (Inaceptable), mientras que una revisión realizada por Meneses, en donde habla acerca de lo dicho por Nunally en 1978, describe un valor de 0.5 a 0.6 como aceptable para primeras fases de investigación (Meneses, 2013).

En cuanto al análisis de la prueba test-retest, se observaron valores superiores a 0.5 en todas las dimensiones y en cuanto al instrumento general el valor fue de 0.526. Estos valores se consideran aceptables conforme lo que Prieto y colaboradores mencionan, ellos sugieren que valores mayores a 0.4 son considerables como una fiabilidad regular y buena, por tanto, consideramos nuestra fiabilidad como aceptable (Prieto, 1998); Sin embargo, sería recomendable considerar una nueva prueba con una mayor población ya que en este caso sólo fue evaluada en 15 sujetos.

En cuanto al análisis de la relación de las dimensiones con las preguntas globales, se observó una correlación estadísticamente significativa en todas, aunque se haya mostrado baja en específico en la pregunta sobre la frecuencia en la que realiza tratamientos preventivos (Martínez, 2009).

Se tomó en cuenta en las tres pruebas, el tiempo de respuesta en el momento de la aplicación, obteniendo un promedio de 10.96 minutos, que, de acuerdo con los parámetros emitidos por la OMS, este tiempo se considera aceptable para el tiempo de respuesta de una encuesta (OMS, 2008).

Los limitantes que fueron encontrados al realizar el estudio, al aplicar los cuestionarios, fue que la mayor parte de odontólogos encuestados sentían la presión de ser evaluados, y por tanto se corre el riesgo de caer en falsas respuestas, para ello se hizo énfasis en que el cuestionario es totalmente anónimo y los motivos del porque se aplican es para evaluar el cuestionario y no propiamente la información que tienen sobre la prevención, esto con el objetivo de evitar tensión y lograr obtener mejores resultados. Además de esto, otra de las dificultades fue la falta de cooperación de los encuestados por motivos de tiempo o falta de interés.

Finalmente, mencionar que la importancia del estudio de los conocimientos, percepciones y prácticas de prevención en odontólogos, es un aspecto importante a tomar en cuenta, la creación de este instrumento es un paso básico para posteriormente encontrar soluciones idóneas para mejorar la salud bucal. Se sugiere la aplicación de este cuestionario para odontólogos, con mínimo un año de práctica clínica ya sea privada o pública.

12. CONCLUSIONES

Este instrumento, único en su tipo, después de haber sido diseñado y evaluado en cuanto a su validez y confiabilidad, se concluye que:

- Se obtuvo un cuestionario conformado por 52 ítems divididos en tres dominios: Conocimientos, prácticas y percepciones.
- El tiempo de respuesta de este cuestionario está dentro de los parámetros recomendados por la OMS para encuestas que evalúan conocimientos, actitudes y prácticas.
- El cuestionario muestra una consistencia interna aceptable con un valor de alfa de Cronbach >0.6 .
- Con base en lo anterior se concluye que el cuestionario CPPPO cuenta con valores de confiabilidad y validez aceptables, pero se recomienda realizar una prueba con mayor población para continuar evaluando sus propiedades psicométricas como la validez de constructo. Así mismo, se sugiere realizar adecuaciones al cuestionario conforme a cada población a ser utilizado.
- Se recomienda el uso de este cuestionario para futuras investigaciones relacionadas al tema de prevención en odontólogos, con el fin de identificar los problemas existentes en los profesionales de la salud, que afectan de manera directa a la población.

13. REFERENCIAS

- Abello, H. B. (2000). Enfermedad periodontal en Colombia y en el mundo. En *Fundamentos de la odontología. Primera edición.* (págs. 68-84.). Santa fe de Bogotá:: Fundación Cultural Javieriana de Artes Gráficas.
- Aguilar, A. A. (2016). Salivary profile and its relation to CEFT index in 5 year old children. *Revista Odontológica Mexicana* , 155-161.
- Aguilar-Díaz, M.-C. F.-V.-H. (2017). Prevalencia de fluorosis dental reportada en México 2005-2015: revisión de la literatura. *Salud Publica Mex* , 59:306-313.
- Ahmed Khocht, D. S. (2009). Dental Care and Oral Disease in Alcohol Dependent Persons. *J Subst Abuse Treat*, 214-218.
- Alarcón A, V. H. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd Chile* , 131:1061-1065.
- Ángeles, H. L. (1998). Odontología preventiva. Cap 1:1.
- Antonio Jesús Ramos-Morcillo, E. J.-L.-S.-P.-C. (2013). Diseño y validación de un cuestionario sobre las actitudes ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria. (CAPPAP). *Atención primaria*, 45 (10): 514-521.
- Aravena, P. C., Moraga, J., Cartes-Velásquez, R., & Manterola, C. (2014). Validez y Confiabilidad en Investigación Odontológica. *International Journal of Odontostomatology*, 8 (1) 69.75.
- Arheiam, A., & Bernabé, E. (2015). Attitudes and practices regarding preventive dentistry among Libyan dentists. *Community Dent Health.*, 32 (3) 174-9.
- Arribas, M. M. (2004). Diseño y Validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 23-29.
- B Starfield, 1. J. (2008). The concept of prevention: a good idea gone astray? *Journal Epidemiol Community Health*, 580-583.
- Beauchamp, J. e. (2008). Evidence-Based Clinical Recommendations for the Use of Pit-and-Fissure Sealants. *The Journal of the American Dental Association*, 139 (3): 257-268.
- Beltrán-Valladares Perla Rubí, C.-T. H.-R.-S.-S. (2005). Prevalencia de fluorosis dental y fuentes adicionales de exposición a fluoruro como factores de riesgo a fluorosis dental en escolares de Campeche, México. *Revista de investigación clínica*, 57(4):532-539.
- Bonetti, D. (2014). Evidence not practised: The underutilisation of preventive fissure sealants. *Br Dent Journal*, 216 (7): 409–413.
- Botero JE, B. E. (2010). Determinantes del Diagnóstico Periodontal. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 3 (2): 94.
- Calleja, N. (2010). Estrategias efectivas en la prevención del tabaquismo. *Revista Médica del Hospital General de México*, 73 (2): 129-139.

- Carvalho de Paula, N., Dea Bruzamolín, C., Tomazinho, P. H., & Variani. (2015). Evaluating of oral and salivary conditions of two specific groups of workers. *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, 50-55.
- Clark DW, M. B. (1967.). Preventive medicine. . *Boston, MA: Little, Brown & Co.*
- Cleland, J. (1973). A critique of KAP studies and some suggestions for their improvement. *Stud. Family Plann.*, 4(2):42–47.
- Cruz rodriguez, M., Cardenas, S., Moreno, F., & Moreno, S. (2015). Enfermedad periodontal y enfermedad cardiovascular: una interaccion extrema. *Revista Universitas Medica*, 56 (4): 491.
- Dentistry, A. A. (2014). Guideline on Fluoride Therapy. *American Academy of Pediatric Dentistry*, 15-16.
- DePinho, R. A., & Hawk, E. (2016). Mexico's public health actions around HPV vaccination are also significant and represent an important area where Mexico has surpassed the U.S., highlighting the importance bi-directional exchanges of ideas and best practices in NCD prevention and control. *Salud Pública de México*, 93-96.
- DeVellis, R. F. (1991). Scale development: Theory and applications. *California. Sage Publications.*
- Devlin, S. J., & Dong, H. K. (1993). Selecting a escale for measuring quality. *Market Res.*, 5(3):12-7.
- Dr. Vignolo Julio, D. M. (2011). Levels of care, prevention and primary health care. *Prensa Médica Latinoamericana*, 11-14.
- Edward G. Carmines, R. A. (1979). Reliability and Validity Assesment. Beverly Hills. *Sage Publications*, 5-70.
- Erika Giseth León Ramírezl, D. d. (2017). Spanish version of the scale of attitudes toward alcohol, alcoholism and alcoholics: content validation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 342-348.
- Farith González-Martínez¹, R. S.-P.-A. (2009). Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagen. *Revista de Salud Pública*, 620-630.
- Federación, D. O. (6 de enero, 1987). *Reglamento Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México.
- Federation, World Dental. (6 de sep de 2016). Salud Bucodental. *Nueva definición de salud bucodental*. Polonia.
- Fenton, P. K. (2014). Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for preventio. *Public Health England*, Third Edition.
- Fontes S., F. A. (1994). Consideraciones teóricas sobre las leyes psicofísicas. *Revista de psicologica general y aplicada*, 37 (4); 391-395.
- Francisco J Abad, C. G. (2004). *Introducción a la Psicometría* . Madrid: pp. 4.

- Friedman, J. W. (2012). Assessing Prevention in Clinical Dentistry. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, 53-54.
- Gamboa EM, L. N. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. *Rev. chil. nutr.* , 35(1): 43-52. .
- García de Yébenes MJ, R.-S. F.-O. (2009). Validación de cuestionarios. *Reumatol Clin* , 5:171-177.
- García de Yébenes MJ, Rodríguez-Salvanés F, Carmona-Ortells L. (2009). Validación de cuestionarios. *Reumatol Clin*, 5:171-177.
- Goldstein, G. &. (2000). Handbook of psychological assessment. *Elsevier*.
- Gómez, M. A. (2015). El alcoholismo, causas, consecuencias y tratamiento. *Revista Médica Cubana*, Vol 1.
- González MC, V. L. (1998). Caries dental. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. *Instituto Seguros Sociales I.S.S. y Asociación Colombiana de Facultades de Odontología A.C.F.O.* , 45-56.
- Gumucio, S. (2011). Recogida de datos. Métodos cuantitativos. Ejemplo de encuestas CAP (conocimientos, actitudes y prácticas). *Médecins du Monde*, P: 1-40.
- H., K. P. (1962). Recent Advances In Dental Caries Research. Bacteriology. *International Dental Journal*, 443-464.
- Halo R, I. N. (2014). KAP Surveys and Oral Health: A detailed Review. *J Contemp Dent* , 4(2):99-105.
- Haresaku S1, M. M. (26-julio-2016). Comparison of Practices, Knowledge, Confidence, and Attitude toward Oral Cancer among Oral Health Professionals between Japan and Australia. *J Cancer Educ*.
- Heidi Celina Oviedo, A. C.-A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 572.
- Hernán Sánchez, J. H. (2005). Fluorosis dental en escolares del departamento de Caldas, Colombia . *Biomédica*, 46-54.
- Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., & Grady, D. &. (2007). Planificación de las mediciones: precisión y exactitud. En: Diseño de las investigaciones clínicas. 3a ed. New York, Editorial *Lippincott Williams & Wilkins*.
- Jordão, L. M. (2015). Dental fluorosis: prevalence and associated factors in 12-year-old schoolchildren in Goiânia, Goiás. *Revista Brasileira de Epidemiologia*.
- José Francisco Murrieta-Pruneda¹, L. A.-L.-V.-O.-M.-D. (2008). Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Iztapalapa, Ciudad de México. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 368.

- Juan Antonio Arreguín-Cano, * C.-V. (2016). Caries dental y microorganismos asociados a la caries en la saliva de los alumnos del primer año de la Facultad de Odontología, UNAM. *Revista odontológica mexicana*, 77-81.
- Kloppe P, B. C. (2005). Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de médicos españoles y los médicos europeos. *Aten Primaria*, 144-151.
- Kong., F. P. (1997). Obtenido de Hong Kong: Knowledge, Attitude & Practice (KAP) Survey Report; 2015]: <http://www.famplan.org.hk/fpahk/en/template1.asp?style=template1.asp&conten>
- Lancet, T. (2008). *Oral Health: prevention is key*. THE LANCET.
- Lourdes A., B. L. (2012). Nivel de conocimientos de salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad. *Universidad Sanmarquina*, 14-18.
- Luis A. Vicentela, C. G. (2015). Valores éticos y formación curricular en odontología. *Acta bioethica*, 21 (1): 53-59.
- Luis Ernesto López, J. C. (2009). Importancia de la detención del tabaquismo en el control de la periodontitis crónica. Reporte de caso. *Med ULA*, 144-149.
- Luis Prieto, R. L. (1998). La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclase. *Medicina Clínica*, 110:142-5.
- M. Nebot, C. C. (2007). Prioridades en promoción de la salud según los profesionales de atención primaria: un estudio Delphi Aten Primaria. pp. 285-288.
- Maciel de Sousa, R. I., Alves de Sousa, R. T., Pina Godoy, G., Leite Cavalcanti, A., Weege Nonaka, C. F., & Muniz Alve, P. (2016). Knowledge of Brazilian Dentists about Oral Cancer. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 177-184.
- Manau C, Z. I. (2004). Control de placa e higiene bucodental. *RCOE*, 9(2): 215-223.
- Manel Nebot, C. C. (2007). Prioridades en promoción de la salud según los profesionales de atención primaria: un estudio Delphi. *Atención Primaria*, 285-288.
- Manterola, C. (2002.). El proceso de medición con variables cualitativas. *Rev. Chil. Cir.*, 307-315.
- María Lilia Adriana Juárez-López, A. V.-R. (2010). Prevalencia de caries en preescolares con sobrepeso y obesidad. *Revista de Investigación Clínica*, 62 (2):115-120.
- Marques, L. A., Eluf-Neto, J., Figueiredo, R. A., de Góis-Filho, J. F., Kowalski, L. P., de Carvalho, M. B., . . . Wünsch-Filho, V. (2008). Oral health, hygiene practices and oral cancer. *Revista de Saude Pública*, 471-479.
- Martínez Ortega, R. M. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2).
- Matesanz-Pérez, M.-C. B.-M. (2008). Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. *Avances de periodoncia*, 12.

- Measurement, A. E. (1999). Standards for educational and psychological testing. *Washington American Psychological Association*.
- Medline. (11 de 04 de 2017). *Mosby's Medical Dictionary*. Obtenido de <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/prevention>
- Melgarejo, L. M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4 (8):47-53.
- Mendoza, J. &. (2009). La medición en el proceso de investigación científica: Evaluación. *Innovaciones de Negocios*, 19.
- Menéndez., A. (10 de 08 de 2017). *Validez, Confiabilidad y Utilidad*. Obtenido de <http://www.gobierno.pr/NR/rdonlyres/5CF112BB-5811-4A9A-8D1E-1BA213C5EEF7/0/14Validez.pdf>
- Meneses Julio, B. M. (2013). *Psicometría*. Barcelona: Editorial UOC.
- Mesías, M. V. (1998). Prevención y promoción de la salud. *Open Course Ware Universidad de Catanabria*.
- Mokkink LB, T. C. (2010). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol*, 63:737-745. .
- Naida Hadziabdic. Halid Sulejmanagic, A. K.-K. (2017). The role of general dental practitioners in the detection of early-stage oral malignancies—A review. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*, 363-376.
- Nations, F. a. (2014). KAP manual. Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices. *Rome: FAO*.
- Nonaka, I. y. (1995). La organización creadora de conocimiento. *Oxford University Express, New York*.
- Norman O. Harris, F. G.-G. (2005). *Odontología preventiva primaria* (6 EDICION ed.). México: El manual moderno.
- Nunnally, J. C. (1999.). Teoría Psicométrica. *McGraw-Hill Interamericana 2a ed. México D.F.*
- O'Neill, M. (1979). Vers une problématique de l'éducation sanitaire au Québec. *Montréal: Librairie de l'Université de Montréal*.
- Oho, T. M. (2002). Funtional Domain Of Bovine Milk Lactoferrine Wich Inhibits The Adherence Of Streptococcus Mutans Cells to a Salivary Film. *Inf. Inmun*, 79-82.
- OMS. (1996.). Health Interview Surveys. Towards internatinal harmonization of methods and instruments. *Finland; WHO*.
- OMS, O. m. (1989). Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud.
- Organization, W. H. (2008). Advocacy, Communication and Social Mobilization for TB control /A guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. 14.

- Organization., W. H. (2008.). Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. *Geneva: WHO*.
- P. Kloppe, C. B. (2005). Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos Aten Primaria, . pp. 144-151.
- Pediatric, A. A. (2008). *Guideline on Pediatric Restorative Dentistry*.
- Pedro Castro, C. C. (2008). Eficacia de cuatro cepillos dentales en la remoción de placa bacteriana mediante la técnica modificada de Bass en Estudiantes de Salud Oral de la ciudad de Cali. *Revista Estomatología*, 16 (2): 15-24.
- Pérula de Torres, L. A. (2007). Opinions of health professionals on the impact of the Preventive Activities and Health Promotion Program (PAPPS). *Atención Primaria*, 5-14.
- Pesudovs, K., Burr, J. M., & Harley, C. &. (2007). The development, assessment, and selection of questionnaires. *Optom. Vis. Sci*, 84(8):663-74.
- Peterson, R. A. (1994). A Meta-analysis of Cronbach's Coefficient Alpha. *Journal of Consumer Research*, 381-391.
- Quiñonez Zárate Luz Arminda, B. M. (2015). Control de Placa Dentobacteriana con el Índice de O'Leary, instruyendo la Técnica de Cepillado de Bass, en pacientes infantiles del Posgrado en Odontopediatria de la UAN. *Revista EDUCATECONCIENCIA*, 106-119.
- Rosales, D. M. (s.f.). Promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades.
- Salud, O. M. (10 de 04 de 2017). *world health organization*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Salud, O. P. (2008). *Programa regional de acción y demostración de alternativas sostenibles para el control del vector de la malaria sin uso de DDT en América Central y México: programa regional salud de los pueblos*.
- Sergio González Barrón, A. E. (2004). Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica. *Revista ADM*, 109-116.
- Serra C, C. A.-F. (2007). Salud laboral, conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. . 3a. ed. *Barcelona: Masson*, 255-264.
- Sheila Jones, B. A. (2017). *Uso eficaz de fluoruros en salud pública*. OMS.
- Silvia Montes de Oca gómez, *. C. (2010). Valoración de la microfiltración en selladores de fosetas y fisuras empleando la técnica convencional con ácido fosfórico y un sellador con adhesivo autograble en dientes contaminados con saliva artificial. *Revista Odontologica Mexicana*, 208-212.
- Socransky SS, H. A. (2003). Biofilms dentales: objetivos terapéuticos difíciles. *Periodontol 2000*, 3:12-55.

- Stillfried, A. R. (2016). Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile. . *International journal of odontostomatology*, 10(3), 521-529.
- Tanner ACR, M. P. (2002). The microbiota of young children from tooth and tongue samples. *Journal of dental research*, 81(1):53-57.
- Tomofuji T, M. M. (2002). The effect of duration and force of mechanical toothbrushing stimulation on proliferative activity of the junctional epithelium. *J Periodontol* , 73:1149-1152.
- Tristán-Lopez, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición* , 6 37-48.
- Vladimirou., T. H. (2001). What is organizational knowledge?. *Journal of Management Studies*, 973-993.
- Wayne, R. (2010). Evidence summary: what do dentists mean by 'prevention' when applied to what they do in their practices? *British Dental Journal*, 359-363.
- Wiem Guissouma, O. J.-R. (2017). Risk assessment of fluoride exposure in drinking water of Tunisia. *Journal of Chemosphere*, 102-108.
- Zavando, D., & Suazo, I. &. (2010.). Validez en la investigación imagenológica. *Rev. Chil. Radiol.*, 16(2):75-9,.

CUESTIONARIO CPPPO

FOLIO:

CUESTIONARIO CPPPO

Las siguientes preguntas forman parte de un proyecto que tiene como objetivo identificar los conocimientos, prácticas y percepciones relacionadas a la prevención en odontólogos. Si usted está de acuerdo en participar le solicitamos contestar el siguiente cuestionario que es anónimo y sencillo de llenar. Le pedimos leer atentamente y marcar la opción de respuesta que le corresponde a cada pregunta. Agradecemos su absoluta honestidad

DATOS GENERALES

Estado y Municipio:

Sexo _____ Edad _____

- a) Femenino
- b) Masculino

Escuela de procedencia

- a) Pública b) Privada c) Ambas

Área de práctica clínica

Especialidad _____ Años de práctica clínica: _____

PREGUNTAS GLOBALES

Considera usted que los esfuerzos en la odontología deben mayormente ir dirigidos a:

- a) Tratar la enfermedad
- b) Prevenir la enfermedad

En general, ¿cómo calificaría sus conocimientos sobre la prevención de enfermedades bucales				
Excelentes	Buenos	Regulares	Malos	Nulos
En general, ¿Con que frecuencia realiza tratamientos preventivos dentro de su práctica clínica diaria?				
Muy frecuentemente	Frecuentemente	Ocasionalmente	Poco frecuente	Nunca

¿Cuáles enfermedades bucales pueden ser prevenidas?

Mencione tantas como desee

	Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Poco veces	Nunca
¿Qué tan frecuentemente usted a sus pacientes les...					
Recomienda asistir periódicamente para revisiones de control					
Da instrucciones sobre el cuidado de la dieta para mantener la salud bucal					
Da instrucciones sobre las técnicas para una buena higiene bucal					
Recomienda el uso de aditamentos de higiene (independiente del cepillo dental)					
Recomienda utilizar una pequeña cantidad de pasta dental					
Da instrucciones o consejos para eliminar o disminuir el hábito de tabaquismo					
Propone a sus pacientes el uso de selladores de fosetas y fisuras en la dentición temporal y la aparición en boca de la dentición permanente					
Coloca periódicamente fluoruro tópico					
Evalúa la calidad de saliva (cantidad, pH, etc)					
Promueve y enseña cómo usar las tabletas o soluciones reveladoras de placa bacteriana					
Realiza pruebas para evaluar la cantidad de microorganismos que se encuentran en boca					
Emplea el explorador para detectar la presencia de caries					
Realiza sondaje para detectar pérdida de inserción periodontal					
Fomenta la autoexploración en sus pacientes para la detección de lesiones malignas o pre malignas					

	De acuerdo	No sé	De acuerdo
El consumo de agua simple potable, el control de la ingesta de alimentos con alto contenido en hidratos de carbono y ricos en fibra tiene beneficios en la salud bucal			
Una dieta saludable rica en calcio ayuda a la prevención de caries			
Una dieta saludable rica en calcio ayuda a la prevención de fluorosis dental			
El consumo de refrescos favorece la presencia de caries			
El consumo de refrescos favorece la presencia de erosión dental			
Trastornos de la alimentación, como bulimia, están relacionados con la erosión dental			
Una adecuada higiene bucal disminuye el riesgo de presentar caries, enfermedad periodontal, cáncer bucal			
Fumar aumenta el riesgo de presentar enfermedad periodontal			
Fumar aumenta el riesgo de presentar cáncer bucal			
El control personal de placa dentobacteriana juega un papel más relevante en la prevención de enfermedades periodontales que la eliminación de cálculo por parte de un especialista			
El consumo de alcohol aumenta el riesgo de presentar cáncer bucal			
El sellador de fosetas y fisuras es efectivo en la prevención de caries en molares recién erupcionados.			
Está contraindicado colocar selladores de fosetas y fisuras cuando ya existan lesiones cariosas no cavitadas en esmalte			
La aplicación periódica de fluoruro tópico solo se recomienda en niños			
En la formación de caries la frecuencia del consumo de azúcar tiene un papel más importante que la cantidad total de azúcar consumida.			
La cantidad y calidad de la saliva influyen poco o nada en el estado de salud bucal general			
Examinar un diente, recién erupcionado o con caries incipiente, con un explorador afilado daña las barras de esmalte y predispone al diente a la caries.			
La recomendación actual es enjuagarse abundantemente después del cepillado para retirar el exceso de pasta dental			
Los niños menores de 5 años deben utilizar pastas con alta concentración de fluoruro (1500ppm o más)			
Identifica las instituciones a las cuales puede remitir a sus pacientes para apoyarlos a dejar el hábito del tabaquismo			

	De acuerdo	No sé	De acuerdo
Hábitos como succión de dedo, labio o protrusión lingual influyen en la presencia de maloclusiones			
El uso de pasta dental debe iniciarse a partir de la erupción del primer diente en boca			
La gente debe usar la cantidad de pasta dental que desee			
La lactancia materna tiene múltiples beneficios en la salud bucal			
El odontólogo debería promover la disminución o cesación del hábito de tabaquismo			
El odontólogo debería promover la lactancia materna			
Existen tratamientos preventivos dentro de su área de especialidad			
Usted puede influir en que su paciente realice acciones o tratamientos preventivos			
Considera usted que la atención preventiva o realización de tratamientos preventivos es redituable (vendible)			
La prevención en odontología tiene bases científicas			
La prevención en odontología es muy efectiva			
Deberían existir profesionales dedicados exclusivamente a la prevención en odontología			
La principal barrera para que no se practique la odontología preventiva es:	De acuerdo	No sé	De acuerdo
Falta de conocimientos del odontólogo			
Falta de motivación del odontólogo			
Falta de compromiso del paciente			
Falta de entrenamiento del odontólogo			
Falta de remuneración para el odontólogo			
Falta de tiempo del odontólogo			