



DEPARTAMENT D'ESTOMATOLOGIA  
FACULTAD DE MEDICINA I ODONTOLOGIA

# **ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN ODONTOLOGÍA MEDIANTE CUESTIONARIOS DE SALUD: ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”**

---

**TESIS DOCTORAL**

**PROGRAMA DE DOCTORADO  
FISIOPATOLOGÍA DEL APARATO ESTOMATOGNÁTICO**

**DOCTORANDO: D. ANTONIO JOSÉ LÓPEZ GARVÍ**

**DIRECTORES: PROF. DR. D. JOSÉ MANUEL ALMERICH SILLA  
PROF. DR. D. JOSÉ MARÍA MONTIEL COMPANYY**

**VALENCIA, ENERO 2012**



*A mis profesores Dr. José Manuel Almerich Silla y Dr. José María Montiel Company, por su inestimable ayuda y colaboración en la elaboración de esta tesis.*

*A toda mi familia y amigos, por su gran apoyo en todo momento.*



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
1. Calidad de los servicios sanitarios	9
2. Satisfacción del paciente	13
3. Cuestionarios de salud. Encuestas de satisfacción	19
4. Manejo de cuestionarios	54
5. Adaptación de cuestionarios	57
6. Conclusiones	63
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>65</b>
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>69</b>
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>79</b>
4.1. Estudio de las variables socio-demográficas	81
4.2. Análisis de los ítems	85
A. Descripción del proceso de respuesta y no respuesta	88

B. Índice de Discriminación	119
C. Análisis de la Consistencia Interna	121
D. Análisis de la Estructura Interna	128
E. Validez Convergente y Discriminante	143
F. Fiabilidad	147
4.3. Estudio comparativo con la versión original del cuestionario	149
<b>5. DISCUSIÓN</b>	<b>157</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>177</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>183</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>193</b>

# **1. INTRODUCCIÓN**



## 1.1. CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

El concepto de calidad en los servicios sanitarios ha ido sufriendo sucesivas variaciones a lo largo del tiempo<sup>1</sup>. De esta manera, en un principio las actividades que se desarrollaron respecto a la calidad de los servicios sanitarios se centraron en un mero control y verificación de las actividades realizadas mediante labores de inspección y auditoría de las mismas, así como una acreditación de los diferentes centros sanitarios. Sin embargo, posteriormente la medida de la calidad pasó de centrarse exclusivamente en un control del producto o servicio, a asegurarse, mediante acciones previamente planificadas, que un producto o servicio cumpliría con los requisitos de calidad previamente establecidos. Por tanto, se incluyó la prevención de fallos y la corrección de errores en los procesos, la disminución de la variabilidad en los mismos y el control de costes. Podemos establecer que se pasó de una fase de simple control, a planificar el proceso para asegurarnos o garantizar que el producto o servicio es de calidad. Es el denominado concepto de “garantía de calidad”.

En los últimos diez años, es cuando la aplicación del término “calidad” en los servicios sanitarios españoles ha tenido su máxima expansión. Actualmente, la calidad se considera como una parte importante dentro de la estrategia global de la empresa, en la que la opinión del paciente-usuario-cliente tiene un papel central. Ya la Organización Mundial de la Salud en 1981, definió el concepto “calidad” referida a los servicios sanitarios como “la situación en la que el paciente es diagnosticado y tratado correctamente según los conocimientos actuales de la ciencia, y según sus factores biológicos, con el coste mínimo de recursos, la mínima exposición de riesgos posibles de daño adicional y la máxi-

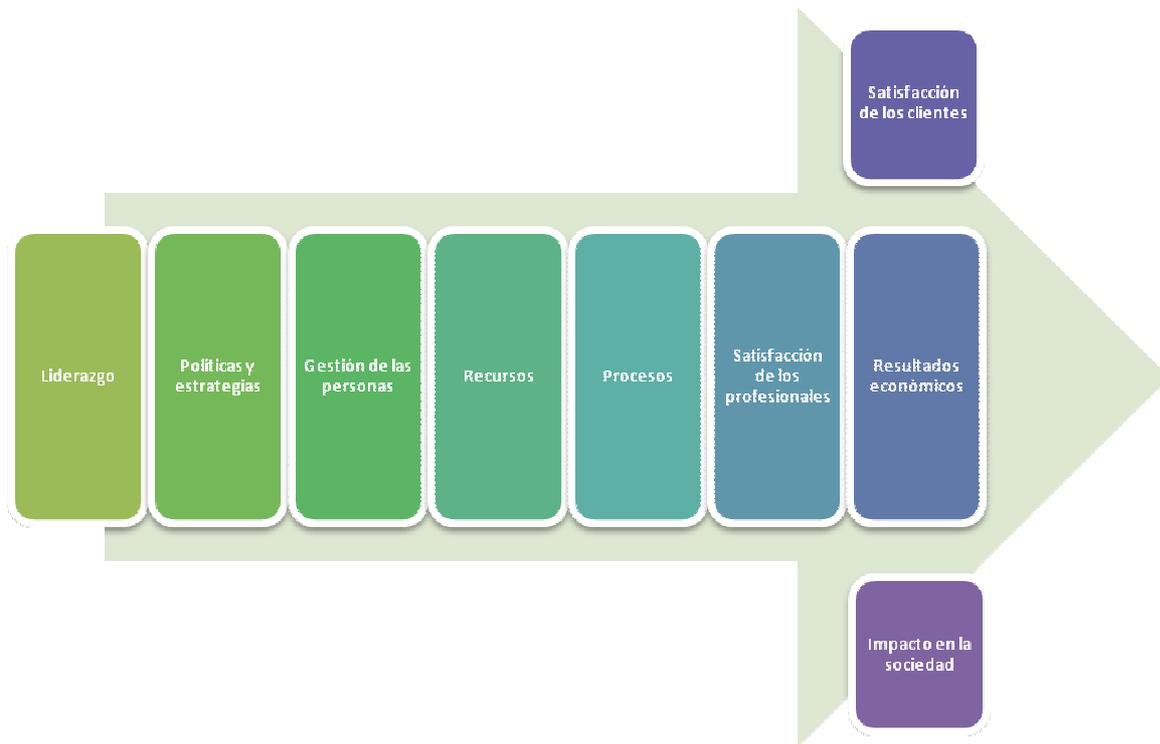
ma satisfacción para el paciente”. Es el paciente quien determina si un servicio es aceptable, por lo que hemos de tener conocimiento de las necesidades, preferencias y valores que tienen respecto a su salud y de los servicios prestados a la hora de diseñar y mejorar la asistencia prestada. Ésta es la aportación de lo que se conoce como **Gestión Total de la Calidad**, en la que la calidad de un producto se define en función de los clientes a quienes va dirigido. El objetivo de la misma es conseguir y mejorar los resultados a través de la satisfacción del paciente. Además, introduce el concepto de **mejora continua** en todos los estamentos de la organización, los cuales han de tener como objetivo la excelencia. En este sentido, cabe destacar el modelo de excelencia propuesto por EFQM (European Foundation for Quality Management), que está basado en la autoevaluación del personal sanitario con el fin de alcanzar la satisfacción del paciente y del profesional, y que ha sido adoptado por la mayoría de instituciones sanitarias españolas. Según el mismo, los resultados que obtiene una empresa en términos económicos, de satisfacción de los usuarios y de satisfacción de los propios profesionales, se consiguen a partir de aspectos como el liderazgo, las políticas y estrategias de la empresa, las personas, los recursos y los procesos (Ilustración 1). Este modelo permite realizar, a través de un cuestionario, una evaluación exhaustiva de todos y cada uno de estos elementos.

En la calidad asistencial, podemos distinguir:

1. **Calidad Técnica.** Está centrada en el producto sanitario o “lo que se hace”. Aspectos a tener en cuenta son la competencia técnica del profesional y el procedimiento o técnica utilizada.
2. **Calidad del Servicio.** Está centrada en “cómo se hace”. Va dirigida a la satisfacción del paciente.

Existen por tanto, una serie de dimensiones de la calidad<sup>1</sup> que podemos medir, y por tanto son susceptibles de evaluación. Entre ellas podemos destacar:

1. **Competencia profesional**, o capacidad del profesional para utilizar los medios y conocimientos científicos y técnicos más avanzados existentes para abordar el problema de salud del paciente.
2. **Adecuación**, o medida en que la atención prestada se corresponde con la necesidad que presenta el paciente.
3. **Oportunidad**.
4. **Efectividad**, o efecto medible de una atención sanitaria en el conjunto de la población que la recibe en condiciones de práctica real y habitual.
5. **Eficiencia**, o relación entre los resultados obtenidos y el coste.
6. **Continuidad** en la asistencia.
7. **Accesibilidad** a la atención sanitaria.
8. **Satisfacción del paciente**, o medida en que la atención sanitaria prestada y el estado de salud resultante cumple con las expectativas iniciales del paciente.



**Ilustración 1: Modelo propuesto por EFQM para evaluación de la calidad**

El objetivo de todas las evaluaciones de la calidad en los servicios sanitarios ha de estar centrado en conocer cuál es la realidad como paso previo a la implantación de actividades y programas para mejorarla. No tiene sentido conocer cuál es la realidad para no hacer posteriormente nada; hemos de ir un paso más allá, instaurando medidas para mejorar la calidad de los servicios prestados. Dado que actualmente se tiene más en cuenta los valores y opiniones de los pacientes, nos centraremos en la satisfacción del paciente y en su medida.

## 1.2. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Como hemos definido anteriormente, la satisfacción del paciente es el resultado de la diferencia entre la percepción que la persona tiene del servicio prestado y de las expectativas que tenía en un principio o de las que pueda tener en visitas sucesivas, de tal manera que si las expectativas son mayores que la percepción del servicio, la satisfacción disminuirá. Esas expectativas del paciente se forjan a partir de propias experiencias anteriores y de las de personas conocidas, así como de las promesas y compromisos que el propio sistema adquiere con los pacientes. Por tanto, la satisfacción no podemos considerarla como una dimensión estática, ya que puede aumentar o disminuir en función de la evolución de los dos parámetros anteriormente mencionados.

Es importante conocer la realidad como paso previo a la mejora de la calidad en la atención sanitaria prestada, y para conocer la realidad tenemos que conocer cómo la percibe el paciente, quien en definitiva, es el que recibe la asistencia sanitaria, y más específicamente en nuestro campo la atención odontológica. Según Saturno<sup>2</sup>, podemos distinguir dos grupos metodológicos según la forma de participación del usuario sea activa o requerida, y mediante los cuales, el paciente-usuario-cliente puede participar en la mejora continua de la calidad. Ambas formas pueden considerarse como útiles, pero actualmente, se tiene una mayor experiencia con las formas de participación requerida que con las formas de participación activa.

1. **Formas activas.** Son aquellas en las que el paciente toma la iniciativa a la hora de dirigirse al sistema sanitario o a la clínica dental. Dentro de este grupo, encontraremos:

- **Elección de proveedores.** Mediante esta forma, es el usuario-paciente-cliente el que elige proveedor (médico de familia, odontólogo) porque le ofrece mejores niveles de calidad o de relación calidad/coste. No existen estudios concluyentes sobre la efectividad de esta forma de participación en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios.
- **Quejas y reclamaciones.** Permiten identificar problemas y por tanto, pueden utilizarse como puntos de partida para mejorar. Sin embargo, a menudo se interpreta como una denuncia o intento de culpar a alguien, por lo que su uso se desincentiva. Este tipo de participación del usuario hemos de enfocarla desde el punto de vista de saber qué pasa para posteriormente instaurar medidas correctoras que mejoren la situación anterior.
- **Asociaciones de usuarios y consumidores.**
- **Consejos de salud** y otros órganos de participación. Ya en la propia Ley General de Sanidad como en las recomendaciones de los diferentes organismos internacionales, se establece la importancia de la participación de la comunidad en lo que respecta a su salud. Es la forma de participación de los pacientes que más puede influir desde dentro de las instituciones sanitarias con el fin de mejorarla, ya que permite establecer prioridades en el abordaje de problemas,

en la implantación de nuevos servicios, y en su diseño y accesibilidad.

2. **Formas requeridas.** Se refieren a aquellas en las que el servicio de salud o la clínica dental se dirige al paciente para solicitarle su opinión sobre diferentes aspectos de los servicios sanitarios y de la atención prestada. Su metodología está más desarrollada que las formas de participación activa, ya que con ellas se tiene más experiencia en los programas de evaluación de la calidad en las instituciones sanitarias. Se basa en el método de pregunta al paciente, que será diferente en función de lo que pretendamos evaluar; así, si lo que pretendemos valorar son aspectos subjetivos (tanto en los aspectos técnicos como en las relaciones interpersonales de la atención sanitaria recibida), utilizaremos las **encuestas de satisfacción**, opinión y expectativas de los usuarios además de otras técnicas de investigación cualitativa como los grupos focales, mientras que si lo que pretendemos es valorar aspectos objetivos de la atención preguntaremos al paciente sobre si han tenido o no lugar determinadas acciones, utilizando para ello los **informes de los usuarios**. Dentro de este grupo, por tanto, podemos encontrar:

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

A continuación desarrollaremos cada uno de ellos, prestando especial atención a las encuestas, ya que son dentro de este grupo las más utilizadas tanto a nivel de Medicina como Odontología.

### ***Estudios de expectativas***

El término “expectativa” hace referencia a lo que el paciente espera recibir de la atención sanitaria. En un mercado cada vez más competitivo, el conocer las expectativas de los pacientes permite fidelizar y captar nuevos usuarios. Según Kano, podemos encontrar tres tipos de expectativas<sup>2</sup>: la calidad esperada, la inesperada y la expresada. La **calidad esperada** es la que el paciente da por “seguro” y “normal” a recibir. Su presencia no aumenta la satisfacción, pero su ausencia le dejará insatisfecho. La **calidad inesperada** es aquella que el paciente considera que no va a recibir y por lo tanto le sorprende favorablemente, por lo que le producirá sobresatisfacción, sin embargo, si no se la encuentra, su efecto no modificará su satisfacción. La **calidad expresada** es aquella que el usuario va a expresar cuando se le pregunte cuáles son las características que según su opinión debe tener un servicio de calidad. En la medida en que estén presentes o no, le producirá satisfacción o insatisfacción (Tabla 1). Para su evaluación, podemos servirnos de técnicas de evaluación cualitativa como los **grupos focales**, o bien de cuestionarios específicos para este fin. Hemos de tenerlas todas en cuenta a la hora de plantear un estudio de la satisfacción de los pacientes.

TIPO DE EXPECTATIVA	EFECTO DE LA SATISFACCION	
	Incumplimiento	Cumplimiento
Calidad esperada	Insatisfacción	Efecto nulo
Calidad expresada	Insatisfacción	Satisfacción
Calidad inesperada	Efecto nulo	Sobresatisfacción

Tabla 1. Efecto en la satisfacción en función del tipo de expectativa

### ***Informadores clave, grupos focales, grupos nominales***

En los **grupos focales**, un grupo de personas discuten sobre determinados temas concretos, en este caso sobre los aspectos de la asistencia sanitaria a mejorar. Es económico, ahorra tiempo y es flexible ya que es aplicable a gran diversidad de temas, pero plantea problemas a la hora de generalizar a la población general. El **grupo nominal** es una técnica cualitativa que también puede ser útil para el estudio de la satisfacción. Está compuesto por un grupo de personas que se reúnen con el objetivo de identificar problemas o necesidades y priorizar, para lo cual cada persona hace un registro de ideas que posteriormente se enumeran de forma ordenada. A continuación, se abre una discusión abierta con todo el grupo y se vota al final qué prioridades se establecen. Aunque en muy pocas ocasiones, este sistema ha sido utilizado para el estudio de la satisfacción del paciente en otros países. A pesar de que el estudio de la satisfacción del paciente ante los servicios odontológicos es más bien escaso, esta técnica ha sido utilizada en algunos estudios a este respecto, aunque mucho menos que las encuestas de satisfacción.

Respecto a los **informadores clave**, pueden presentarse problemas a la hora de su selección: quiénes tienen la información relevante, quiénes están más dispuestos a informar y tienen mayor capacidad de transmitir la información, etc.

### ***Informes de usuarios***

Su aplicación actualmente es escasa, aunque el interés en este tipo de método para evaluar la calidad está creciendo. Consiste en preguntarle al paciente sobre si determinados aspectos de la asistencia sanitaria prestada han tenido lugar o no, tanto sobre aspectos técnicos de dicha atención como de las relaciones humanas (por ejemplo: si se le ha tomado el nivel de glucemia o no, si se le ha realizado una exploración cervical, si se le ha saludado al entrar, si se le ha llamado por su nombre, si ha tenido disponibilidad de sentarse en la sala de espera). Permite detectar fácilmente los fallos y por tanto aplicar las mejoras necesarias con mayor agilidad, sin embargo su dificultad reside en diseñar cuestionarios válidos y en decidir cuáles son los aspectos relevantes a preguntar. Además se puede utilizar a la hora de comparar la calidad entre diferentes proveedores. Se utiliza con mayor frecuencia para el estudio de los aspectos técnicos de la atención sanitaria, la accesibilidad, el trato interpersonal y la continuidad.

Aunque su metodología está razonablemente desarrollada y la evidencia existente parece confirmar su fiabilidad, validez y utilidad, hay muy poca experiencia en su utilización.

## 1.3. CUESTIONARIOS DE SALUD

Los cuestionarios son instrumentos de medida que se utilizan con bastante frecuencia en el ámbito de las ciencias de la salud con una gran variedad de finalidades: conocer el estado general de los pacientes, salud autopercebida, satisfacción de pacientes o de profesionales, entre otros.

Suele ser frecuente que sea necesario combinarlos con los datos proporcionados por otras fuentes, como es el caso de los indicadores de satisfacción de un centro determinado, donde se valoran tanto los datos proporcionados por encuestas de satisfacción de paciente y profesionales, con otros como el número y clasificación de quejas y reclamaciones de los diferentes servicios de dicho centro sanitario.

Hay gran número de cuestionarios de salud publicados, por lo que elegiremos aquel cuestionario que nos permita medir realmente lo que queremos medir. El **manual del test** es una parte importante del mismo y nos proporciona información sobre el tipo de test y el uso para el que está diseñado, su manejo a la hora de administrarlo, cómo puntuar e interpretar los resultados, y finalmente, los datos existentes sobre su fiabilidad y validez. Según la “American Psychological Association”, la documentación que debe acompañar a la publicación de un test es<sup>3</sup>:

1. Publicarse al mismo tiempo que el resto de materiales del test.
2. Ser completa, precisa y claramente escrita de forma que el posible usuario pueda entender con facilidad el contenido.

3. Contener la lógica que da soporte a la interpretación del test, y advertir expresamente contra las posibles interpretaciones incorrectas que puedan anticiparse.
4. Contener información sobre la fecha, grupo humano y procesos que han intervenido en su desarrollo.
5. Contener información estadística sobre la validez, fiabilidad y errores estándar de medición, y si corresponde, también los datos normativos y los procedimientos de equiparación de formas alternativas.
6. Especificar el grado de calificación profesional que se necesita para administrarlo e interpretar correctamente las puntuaciones.
7. Citar los estudios que dan soporte a los usos del test.
8. Actualizarse cuando el test sufra cambios sustanciales.
9. Contener información general suficiente dirigidas a las personas que van a ser evaluadas y a sus representantes legales, cuando se requiera su consentimiento antes de la administración del test.

Existen gran variedad de cuestionarios publicados en Medicina, que miden aspectos en la mayoría de especialidades médicas. Sin embargo, a modo de ejemplo nos centraremos en los que miden la calidad de vida y los que miden la satisfacción del paciente.

## 1.3.2. CUESTIONARIOS DE SALUD PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA

La Organización Mundial de la Salud establece que la medida del nivel de salud de la población debe realizarse no sólo a partir de indicadores de frecuencia o gravedad de las diferentes enfermedades, sino también conociendo el grado de calidad de vida. La calidad de vida de una persona es una percepción individual en que influyen, entre otros, la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia y las relaciones sociales y con el entorno. Para valorarla, este organismo ha desarrollado dos instrumentos de medida de la calidad de vida<sup>4</sup>: **WHOQOL-100** y **WHOQOL-BREF**.

El **WHOQOL-100** está compuesto por 100 ítems que se puntúan del 1 al 5. Esos 100 ítems reflejan los diferentes aspectos que un grupo de expertos y una muestra de la población consideran como relevantes a la hora de valorar la calidad de vida, los cuales se agrupan en 6 dominios: salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y religión. Está disponible en 20 idiomas diferentes.

El **WHOQOL-BREF** es una versión abreviada del WHOQOL-100 compuesto por 26 ítems.

Además podemos distinguir otros cuestionarios que permiten valorar la calidad de vida mediante la percepción que tiene la propia persona sobre su estado de salud. Entre estos, cabe destacar:

- **Cuestionario de salud de Goldberg.** Está compuesto por 10 ítems en los que se le pregunta a la persona si últimamente se ha sentido bien, se ha sentido agotado, ha padecido dolor de cabeza, ha tenido escalofríos, entre otros.

- **Euroquol 5D.** Consta de dos partes. La primera valora 5 dimensiones de la salud asociada a la calidad de vida: movilidad, cuidado personal, actividades de la vida cotidiana, dolor/malestar, ansiedad/depresión. La persona contesta a las preguntas formuladas con tres grados de gravedad: no problemas, algunos problemas, muchos problemas o incapacidad. La segunda parte consiste en una “Escala Visual Analógica” en la que el paciente marca su percepción sobre su estado de salud en una escala de 0 a 100.
- **Cuestionario SF-36.** Es uno de los más utilizados y explora 8 dimensiones de la salud asociada a la calidad de vida:
  1. Función física
  2. Rol físico
  3. Dolor corporal
  4. Salud general
  5. Vitalidad
  6. Función social
  7. Rol emocional
  8. Salud mental
- **Cuestionario de calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón (QLQ-LC13).** Es un cuestionario formado por 13 ítems que evalúan la calidad de vida según 8 subescalas que valoran, entre otros, disnea, dolor, hemoptisis, tos, pérdida de pelo, neuropatía, dolor en la boca y disfagia. Al final, en una escala de puntuación de 0 a 100 puntos se representa la afectación de la calidad de vida (Tabla 2).

## CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA QLQ-LC13

ITEM	RESPUESTA			
	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Cuánto tosió?	1	2	3	4
2. Escupió sangre al toser	1	2	3	4
3. La faltó la respiración cuando descansaba	1	2	3	4
4. Le faltó la respiración al caminar	1	2	3	4
5. Le faltó la respiración al subir escaleras	1	2	3	4
6. Ha tenido algún dolor en la boca o lengua	1	2	3	4
7. Ha tenido problemas al tragar	1	2	3	4
8. Ha tenido hormigueos en manos o pies	1	2	3	4
9. Ha perdido cabello	1	2	3	4
10. Ha tenido dolor en el pecho	1	2	3	4
11. Ha tenido dolor en el brazo u hombro	1	2	3	4
12. Ha tenido dolor en otras partes del cuerpo	1	2	3	4
13. Si toma alguna medicina para el dolor, ¿cuánto le alivió?	1	2	3	4

**Tabla 2. Cuestionario de calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón (QLQ-LC13)**

## 1.3.2. CUESTIONARIOS DE SALUD EN ODONTOLOGÍA

En Odontología son pocos los cuestionarios publicados, ya que además su utilización es escasa. Generalmente se han desarrollado para evaluar la satisfacción del paciente, la ansiedad en la consulta dental, el temor al dentista y el estado general de salud oral. A continuación, vamos a centrarnos en algunos de estos cuestionarios publicados, dejando para un posterior análisis, los utilizados en la medida de la satisfacción del paciente tras la atención dental recibida.

### **OHIP (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE)**

Este cuestionario fue desarrollado por Slade en lengua inglesa en Australia. Se trata de un cuestionario diseñado para evaluar el grado de malestar, disconformidad y disfunción del paciente atribuidos a su estado oral y bucodental, y destinado a la población adulta. Ha sido adaptado a varios idiomas (chino para Hong-Kong, francés, japonés<sup>5</sup>, español para Chile<sup>6</sup>, húngaro<sup>7</sup>, alemán para Alemania<sup>8</sup>, hebreo, italiano, portugués para Brasil, y sueco). Este instrumento está formado por 49 ítems que representan 7 dimensiones:

1. Limitación funcional
2. Dolor físico
3. Disconformidad psicológica
4. Incapacidad física

5. Incapacidad psicológica

6. Incapacidad social

7. Handicap

A continuación se presenta la versión en español del OHIP realizada para un estudio de la salud oral en una población de Chile<sup>6</sup> (Tabla 3), aunque hemos de tener en cuenta, como posteriormente se explicará, que esta versión no es adecuada para su aplicación en España sin haber realizado previamente un proceso de adaptación cultural. El OHIP-14 es una versión reducida del OHIP que ha sido adaptada entre otros, para China, Reino Unido, Alemania, Brasil y España.

<b>VERSIÓN ESPAÑOLA PARA CHILE DEL CUESTIONARIO OHIP</b>	
<b>LIMITACIÓN FUNCIONAL</b>	
<b>1</b>	Has tenido dificultades mordiendo algún alimento por problemas con tus dientes, boca o prótesis
<b>2</b>	Has tenido problemas pronunciando alguna palabra por problemas en tus dientes, boca o prótesis
<b>3</b>	Has notado un diente que no se ve bien
<b>4</b>	Has sentido que tu apariencia ha sido afectada por problemas con tus dientes, boca o prótesis
<b>5</b>	Has sentido que tu aliento se ha deteriorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis

6	Has sentido que tu sensación de sabor ha empeorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis
7	Has retenido alimento en tus dientes o prótesis
8	Has sentido que tu digestión ha empeorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis
9	Has sentido que tus prótesis no ajustan apropiadamente
<b>DOLOR FÍSICO</b>	
10	Has tenido molestias dolorosas en tu boca
11	Has tenido dolor en los maxilares
12	Has tenido dolor de cabeza por problemas con tus dientes, boca o prótesis
13	Has tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a calor o alimentos o líquidos fríos
14	Has tenido dolor de dientes
15	Has tenido dolor de encías
16	Has encontrado incómodo comer algún alimento por problemas con tus dientes, boca o prótesis
17	Has tenido áreas dolorosas en tu boca
18	Has tenido prótesis incómodas
<b>DISCONFORT PSICOLÓGICO</b>	
19	Has estado preocupado por problemas dentales
20	Has sido consciente de tí mismo por tus dientes, boca o prótesis

21	Los problemas dentales te han hecho miserable
22	Has sentido discomfort sobre la apariencia de tus dientes, boca o prótesis
23	Te has sentido tenso por problemas con tus dientes, boca o prótesis
<b>INCAPACIDAD FÍSICA</b>	
24	Ha sido poco clara la forma en que tú hablas por problemas con tus dientes, boca o prótesis
25	La gente ha malentendido alguna de tus palabras por problemas con tus dientes, boca o prótesis
26	Has sentido que hay menos sabor en tus alimentos por problemas con tus dientes, boca o prótesis
27	Has sido incapaz para cepillar tus dientes apropiadamente por problemas con tus dientes, boca o prótesis.
28	Has tenido que evitar comer algunos alimentos por problemas con tus dientes, boca o prótesis.
29	Tu dieta ha sido insatisfactoria por problemas con tus dientes, boca o prótesis
30	Has sido incapaz de comer con tus prótesis por problemas con ellas
31	Has evitado sonreír por problemas con tus dientes, boca o prótesis
32	Has tenido que interrumpir comidas por problemas con tus dientes, boca o prótesis
<b>INCAPACIDAD PSICOLÓGICA</b>	
33	Tu sueño ha sido interrumpido por problemas con tus dientes, boca o prótesis
34	Has estado molesto por problemas con tus dientes, boca o prótesis
35	Has encontrado difícil relajarte por problemas con tus dientes, boca o prótesis

36	Te has sentido deprimido por problemas con tus dientes, boca o prótesis
37	Se ha afectado tu concentración por problemas con tus dientes, boca o prótesis
38	Has estado un poco avergonzado por problemas con tus dientes, boca o prótesis
<b>INCAPACIDAD SOCIAL</b>	
39	Has evitado salir por problemas con tus dientes, boca o prótesis
40	Has sido menos tolerante con tu pareja o familia por problemas con tus dientes, boca o prótesis
41	Has tenido problemas relacionándote con otra gente por problemas con tus dientes, boca o prótesis
42	Has estado un poco irritable con otra gente por problemas con tus dientes, boca o prótesis
43	Has tenido dificultades haciendo tu trabajo habitual por problemas con tus dientes, boca o prótesis
<b>EN DESVENTAJA</b>	
44	Has sentido que tu salud general ha empeorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis
45	Has sufrido cualquier pérdida financiera por problemas con tus dientes, boca o prótesis
46	Has sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otra gente por problemas con tus dientes, boca o prótesis
47	Has sentido que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con tus dientes, boca o prótesis
48	Has sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con tus dientes, boca o prótesis
49	Has sido incapaz de trabajar a tu capacidad total por problemas con tus dientes, boca o prótesis

Tabla 3. Versión para Chile del cuestionario "Oral Health Impact Profile"

## OHIP-14 (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE-SHORT FORM)

En 1997, Slade desarrolló la versión corta del cuestionario anteriormente explicado, en la que se redujeron el número de preguntas a 14, y a las que se contestaba con la siguiente escala de respuesta (Tabla 4):

### CATEGORÍAS DE RESPUESTA

0	Never
1	Hardly ever
2	Occasionally
3	Fairly often
4	Very often

Tabla 4

Se han desarrollado adaptaciones de este cuestionario, entre otras, en lengua china, portugués para Brasil<sup>9</sup>, alemán, hebreo, y recientemente en España por Montero et al<sup>10</sup> con unos muy buenos niveles de validez y fiabilidad. La versión original de este cuestionario es la siguiente (Tabla 5):

## VERSIÓN ORIGINAL OHIP-14

### ÍTEMS

1.	Had trouble pronouncing any words
2.	Felt sense of taste has worsened
3.	Had painful aching
4.	Found it uncomfortable to eat any foods
5.	Been self-conscious
6.	Felt tense
7.	Diet has been unsatisfactory
8.	Had to interrupt meals
9.	Found it difficult to relax
10.	Been a bit embarrassed
11.	Been a bit irritable
12.	Had difficulty doing usual jobs
13.	Felt life less satisfying
14.	Been totally unable to function

Tabla 5. Versión original del cuestionario "Oral Health Impact Profile-14"

## **GOHAI**

Se trata de un índice cuya finalidad es la de medir el impacto de la salud oral en la calidad de vida. Este índice, también conocido como “General Oral Health Assessment Index”, puede ser aplicado en adultos. Está formado por 12 ítems que responden a preocupaciones sobre la salud oral como insatisfacción con la estética dental, apariencia de las encías, hipersensibilidad dentaria, movilidad dentaria, entre otras. Sus propiedades psicométricas han sido estudiadas en Norteamérica, así como en otras versiones como la adaptación francesa y sueca. Se obtuvieron resultados aceptables respecto a su validez y fiabilidad en la versión sueca<sup>11</sup>, mientras que en la adaptación francesa<sup>12</sup> los resultados no fueron tan satisfactorios. Actualmente, no se encuentra publicada ninguna adaptación de este cuestionario en España.

## **DENTAL INDIFFERENCE SCALE.**

Este cuestionario (Tabla 6) fue desarrollado en Escocia por Nuttall con la finalidad de medir aquellas actitudes de indiferencia ante las recomendaciones de higiene dental y de asistencia al dentista diferentes al miedo o temor a este profesional. Aquellos pacientes que señalan que no van al dentista por sentir ansiedad o temor son excluidos. Al final, se suman las puntuaciones y de acuerdo con la escala elaborada por Nuttall, se clasifica el nivel de indiferencia dental como bajo (puntuaciones obtenidas en el rango de 0 a 1), medio (de 2 a 4), o alto (de 5 a 9). La versión original presenta buenos niveles de validez y de fiabilidad. En Noruega, Skaret et al<sup>13</sup>, realizaron un proceso de adaptación de este cuestionario a la población de 18 años, pero los niveles de fiabilidad y validez de su estudio no fueron aceptables.

Tabla 6

**CUESTIONARIO “DENTAL INDIFFERENCE SCALE”**

QUESTION	RESPONSE	SCORE
1. I usually use (tick any which apply)	a. A toothbrush to clean my teeth	Score 1 if neither b. nor c. is ticked
	b. Floss or a special brush to clean between my teeth	
	c. Disclosing tablets to check my teeth are clean	
2. At present	a. I think there is something wrong with my teeth, but it is not bad enough to go to a dentist	Score 1 a. or d. is ticked
	b. I think there is something wrong with my teeth, and I intend to see a dentist about it soon	
	c. I am going for a check-up within the next year	
	d. I do not think I need any treatment so I am not planning to go to a dentist just now	
3. If I lost a filling in a back tooth, but I did not hurt	a. I would immediately arrange to go to a dentist	Score 1 if b. or c. is ticked
	b. I would wait to see if it started hurting or got any worse before going to a dentist	
	c. It would not be a problem- I would not see a dentist about it	
4. I usually make an appointment to visit a dentist	a. When my dentist reminds me	Score 1 if d. is ticked
	b. At the end of my past appointment	
	c. When I think it is time to go to another check-up	
	d. Only when I think there is something wrong with my teeth	

5. If my gums bled, but they did not hurt	a. It would not be a problem; I would not see a dentist about it	Score 1 if a. or c. is ticked
	b. I would immediately arrange to go to a dentist	
	c. I would wait to see if it started hurting or got any worse before going to a dentist	
6. About ALL your dental appointments in the last 5 years (tick any which apply)	a. I have not made a dental appointment in the last five years	Score 1 if a. or b. or e. is ticked
	b. During the last 5 years I have forgotten to go a dental appointment	
	c. During the last 5 years I have only missed an appointment through illness or another unavoidable reason	
	d. During the last 5 years I have never missed a dental appointment	
	e. During the last 5 years I have canceled a dental appointment because the problem went away	
7. If I had a very painful back tooth	a. I would prefer it to be taken out	Score 1 if a. or b. is ticked
	b. I would prefer it to be left alone	
	c. I would prefer to be filled	
8. I would say my main reason for not going to a dentist for a check-up would be	a. Because I think treatment is painful	Score 1 if b. or d. is ticked
	b. Because it takes too long to go to a dentist	
	c. Because I feel anxious or worried about going	
	d. Because I cannot see the point of visiting for a check-up	
	e. Because my dentist makes me feel guilty about the state of my teeth	If c. is ticked, no dental indifference score is given
	f. Because it costs too much	
	g. Because I have no time to get to a dentist	
	h. I do not put off going- I attend for regular check-ups	

## **DENTAL FEAR SURVEY**

Este test fue formulado por Kleinknecht en Estados Unidos, y su validez y fiabilidad fueron satisfactorias. Está compuesto por 20 ítems (Tabla 7) a los que se le contesta en una escala de temor dentro de una escala en un rango entre un valor mínimo de 1 (temor muy bajo) a un valor máximo de 5 (temor muy alto) para evaluar el comportamiento, estado físico y actitudes ante diferentes situaciones que tienen lugar en la consulta dental. Ha sido adaptado en diferentes países, entre ellos la realizada por Kvale et al<sup>14</sup> en Noruega, con resultados satisfactorios de validez y fiabilidad.

## **DENTAL BELIEFS SURVEY**

Este cuestionario valora principalmente las opiniones del paciente sobre la forma en que los dentistas desarrollan su trabajo (por ejemplo: los dentistas no escuchan a los pacientes, no dan explicaciones, etc). Fue desarrollado por Getz en 1985 en Estados Unidos y aunque su construcción es más reciente que el test anterior, su validez y fiabilidad han sido documentadas satisfactoriamente en varios estudios. Está compuesto por 15 ítems a los que se contesta en una escala que va del 1 (nunca) al 5 (casi siempre). Este test ha sido adaptado a otros países como Suecia, Noruega<sup>14</sup>, Alemania y Dinamarca. Asimismo, se han publicado otras versiones compuestas por 14 e incluso 16 ítems, aunque la más frecuentemente utilizada ha sido la de 15 ítems (Tabla 8). Con posterioridad, Getz revisó su cuestionario original, aumentando el número de ítems a 28 y organizándolos en tres subescalas: profesionalismo, comunicación y falta de control<sup>14</sup>. Esta última versión ha sido sometida a diferentes estudios de validación por Coolidge et al<sup>15,16</sup> para su utilización en Estados Unidos.

## CUESTIONARIO "DENTAL FEAR SURVEY"

### ITEMS

1	Appointments put off due to dental fear
2	Appointments canceled due to dental fear
3	When having dental work done: muscle tense
4	When having dental work done: breathing rate increases
5	When having dental work done: perspiration
6	When having dental work done: nauseas
7	When having dental work done: heart beat increases
8	Rating of fear when: making appointment
9	Rating of fear when: approaching dentist's office
10	Rating of fear when: sitting in waiting room
11	Rating of fear when: seated in dental chair
12	Rating of fear when: smelling dentist's office
13	Rating of fear when: seeing dentist
14	Rating of fear when: seeing anaesthetic needle
15	Rating of fear when: feeling needle injected
16	Rating of fear when: seeing drill
17	Rating of fear when: hearing drill
18	Rating of fear when: feeling vibrations of drill
19	Rating of fear when: having teeth cleaned
20	Overall rating, fear of dental treatment

Tabla 7. Versión en inglés del cuestionario "Dental Fear Survey"

## CUESTIONARIO “DENTAL BELIEFS SURVEY-15 ÍTEMS”

### ITEMS

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

Tabla 8. Versión en inglés del cuestionario “Dental Beliefs Survey-15 ítems”

### ORAL IMPACTS DAILY PERFORMANCES

El cuestionario “Oral Impacts Daily Performances” nos permite valorar cuál es la percepción del paciente de cómo su estado bucodental influye al rea-

lizar actividades cotidianas, que en este cuestionario son: hablar, comer, higiene dental, trabajar, sonreír, dormir, estado emocional y relaciones sociales. Inspirado en un modelo de la Organización Mundial de la Salud, fue adaptado para su utilización en el área bucodental por Lock. Se trata de un indicador de la calidad de vida relacionada con la salud oral que ha sido validado con resultados satisfactorios de validez y fiabilidad en diversos países, y entre ellos, la realizada en España por Montero et al<sup>17</sup>. Existe una versión destinada a valorar la calidad de vida a nivel bucodental en niños y adolescentes (Child-Oral Impacts Daily Performances) que también ha sido adaptada en España por Cortés et al<sup>18</sup> de forma satisfactoria.

### **1.3.2.1. CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN**

La satisfacción es uno de los resultados de proceso asistencial que son susceptibles de ser medidos y que se incluye como una de las dimensiones de la calidad asistencial, por lo que su valoración es imprescindible en todos los programas de evaluación de la calidad en las instituciones sanitarias. En este sentido, Khan en 1990 destaca la importancia de la satisfacción del paciente dentro de los principios básicos en la medición de la calidad. Las encuestas de satisfacción son formas mediante las cuales, se pregunta al paciente su grado de satisfacción sobre la atención sanitaria recibida. Para ello, las encuestas se confeccionan con una serie de ítems o preguntas relacionadas con lo que pretendemos medir y que el paciente deberá contestar conforme una escala gradual. Dentro de las escalas más utilizadas está la escala sumativa tipo Likert, en la que a cada ítem, el paciente puede elegir entre varias opciones que van des-

de muy malo a excelente, y que permite escalar a personas. Además, éstas pueden incluir desde gráficos a dibujos con el fin de facilitar su comprensión por parte de la persona que contesta la encuesta. Entre algunos ejemplos de este tipo de escalas podemos encontrar la siguiente (Tabla 9):

### CATEGORÍAS DE RESPUESTA

1	MUY EN DESACUERDO
2	EN DESACUERDO
3	NI ACUERDO NI DESACUERDO
4	DE ACUERDO
5	MUY DE ACUERDO

Tabla 9

Para conocer la satisfacción del paciente no basta con preguntarle directamente en qué grado está satisfecho con la atención sanitaria prestada, sino que además debemos tener en cuenta los factores o causas que influyen en su satisfacción, los cuales deberemos incluir a la hora de confeccionar la propia encuesta. Entre ellos podemos destacar la accesibilidad, competencia técnica del profesional, las relaciones interpersonales y el trato humano, la limpieza y el orden de la consulta, etc. Del Llano et al<sup>19</sup> realizaron en 1998 un estudio sobre los aspectos de la asistencia que son más valorados por los pacientes, entre los cuales cabe destacar:

- Información al paciente antes de la intervención.

- El personal de enfermería acude o no cuando se le llama.
- Seguridad del médico.
- Interés mostrado por el médico ante las opiniones que le plantea el paciente.
- Resolución de todas las dudas del paciente por parte del personal.
- Seguimiento por parte del médico del historial del paciente.
- Entrega de informes médicos.
- Limpieza del instrumental.
- Rapidez en el diagnóstico.
- Citación atendiendo a las necesidades del paciente.
- Comprensión de las explicaciones dadas por el médico.

Por otra parte no todos esos factores tienen la misma relevancia, es decir, no todos son valorados de la misma forma por el paciente. Según diferentes estudios, como el realizado por **Lamata**<sup>20</sup> en 1998, se concluyó que el componente más relevante para el paciente sería la preparación profesional del personal sanitario incluyendo la formación, las habilidades técnicas y la confianza. En segundo lugar, el trato interpersonal (cortesía, respeto y disponibilidad). En tercer lugar, la limpieza de las consultas, mobiliario y demás equipamiento. En cuarto lugar, el tiempo de atención y el interés prestado. En quinto lugar, la tecnología del instrumental utilizados. En sexto lugar, la organización. Y poste-

riormente, la información sobre el problema de salud, las listas de espera, el tiempo de espera para entrar en la consulta, entre otros (Tabla 10).

### **COMPONENTES DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN FUNCIÓN DE SU IMPORTANCIA PARA EL PACIENTE**

1. PREPARACIÓN PROFESIONAL DEL PERSONAL SANITARIO
2. TRATO HUMANO
3. LIMPIEZA
4. INTERÉS DEL MÉDICO Y TIEMPO DE ATENCIÓN
5. EQUIPAMIENTO
6. ORGANIZACIÓN
7. INFORMACIÓN SOBRE EL PROBLEMA DE SALUD
8. LISTA DE ESPERA
9. TIEMPO DE ESPERA PARA ENTRAR EN CONSULTA
10. COMODIDAD EN SALA DE ESPERA, CONSULTA, ETC
11. CERCANÍA Y PROXIMIDAD AL CENTRO
12. COMIDAS

**Tabla 10. Componentes de los servicios sanitarios ordenados en función de su importancia (Lamata, 1998)**

Al tratarse de una valoración subjetiva, la respuesta del paciente ante las preguntas de nuestra encuesta puede estar condicionada a una serie de factores propios de la persona encuestada, como la edad, sexo, nivel cultural, estado de salud, estado de ánimo al contestar la encuesta, experiencias previas, tiempo pasado entre la asistencia recibida y la realización de la encuesta, imagen pública que se tenga del sistema o del profesional que le atendió, etc. Son **factores de confusión** que hemos de tener controlados para poder establecer comparaciones con otras evaluaciones.

En la actualidad, situar al paciente como eje central de las actuaciones en materia sanitaria, está haciendo que el número de estudios acerca de la satisfacción del mismo con la asistencia sanitaria se haya ido incrementando considerablemente. Ya en el año 2003, Barrasa y Aibar<sup>21</sup>, en una revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2001, observaron un notable incremento de los estudios realizados en el Sistema Nacional de Salud durante ese periodo. Asimismo, los autores comprobaron que, de los trabajos revisados, en el 71% se utilizaron instrumentos de elaboración propia para el estudio de la satisfacción del paciente, y que sólo en el 46,8% se sometieron dichos instrumentos de medida a un proceso de validación; además, observaron que el 42% de los trabajos presentaban problemas importantes de validez metodológica.

Podemos extrapolar los factores de la asistencia sanitaria que valoran los pacientes anteriormente mencionados, a la hora de evaluar la satisfacción de los servicios odontológicos en España, aunque se deben de tener en cuenta una serie de peculiaridades que anteriormente no se relatan, como es que el pago a que tienen que hacer frente los pacientes para acceder al tratamiento dental.

En la literatura revisada, los aspectos más valorados a la hora de evaluar la satisfacción del paciente con el tratamiento dental recibido, son<sup>22-32</sup>:

- Competencia técnica y profesional del dentista.
- Personalidad del profesional.
- Organización de la clínica dental.
- Accesibilidad: horarios, coste del tratamiento, cercanía a casa.
- Relaciones paciente-dentista.
- Tratamiento del dolor.
- Comunicación/información.
- Limpieza del instrumental.
- Calidad técnica del equipamiento de la clínica dental.
- Ambiente confortable en la clínica dental.

Podemos encontrar diferentes cuestionarios útiles para la medición de la satisfacción del paciente tanto en Medicina como en Odontología. Pero no todos han desarrollado estudios adecuados sobre su validez y fiabilidad que nos permitan manejar los resultados con garantías. Por tanto, es imprescindible tener en cuenta estas premisas antes de la elección de un cuestionario u otro.

Entre los diferentes cuestionarios descritos en la literatura, para la evaluación de la satisfacción a nivel sanitario, podemos mencionar:

- **CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN EN ODONTOLOGÍA**

### **CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE KAUNAS**

Este cuestionario fue desarrollado por Skalauskiene et al<sup>33</sup> en 2005 en la Facultad de Odontología de Kaunas (Lituania) con la finalidad de evaluar la satisfacción del paciente con el tratamiento y cuidados dentales. Este instrumento evalúa la satisfacción dental del paciente a partir de tres dimensiones: la competencia profesional del dentista, su personalidad y la organización de la clínica dental (acceso, equipamiento, honorarios y disponibilidad). El cuestionario inicial está compuesto por 2 partes:

**1ª parte.** Compuesta por 47 preguntas relativas a datos demográficos, última visita del dentista, actitudes respecto higiene oral y dolor dental los últimos 12 meses.

**2ª parte.** Compuesta por una serie de ítems organizados en tres dimensiones:

1. Competencia profesional del dentista: 11 ítems
2. Personalidad del dentista: 12 ítems
3. Organización de la consulta dental: 14 ítems

A cada pregunta o ítem, el paciente responde eligiendo una opción de la siguiente escala:

1. Muy importante/ muy bien

2. Importante/ bien
3. No importante/ mal
4. Muy poco importante/ muy mal

Sin embargo, al analizar estadísticamente los datos obtenidos a partir de una muestra de 53 adultos, observaron que había dificultad en contestar ciertas preguntas. Por ello, los propios autores recomiendan en su estudio, modificar el cuestionario inicial reduciendo el número de preguntas y realizar nuevos estudios sobre la validez y fiabilidad.

### **CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DENTAL DEL HOSPITAL DE CANTERBURY**

Se trata de un cuestionario desarrollado por Williams y Calnan<sup>34</sup> en el Hospital de Canterbury en el año 1988, y que tiene la finalidad de estudiar la satisfacción de los pacientes respecto a los diferentes servicios ofrecidos por el hospital, entre ellos los dentales. Respecto a éste último, el cuestionario está compuesto por una serie de preguntas organizadas en 4 dimensiones (accesibilidad, relación paciente-dentista, destreza y competencia profesional, y satisfacción global), a las que el paciente responde “sí” o “no” en función de su satisfacción (Tabla 11), por lo que no utiliza una escala tipo Likert.

No existen estudios en la literatura sobre su validez y fiabilidad, por lo que su utilización en otros países y otras situaciones puede ser cuestionable,

quedando simplemente relegado a su aplicación interna dentro del Hospital que lo ha desarrollado.

### **CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DENTAL DEL HOSPITAL DE CANTERBURY**

<b>DIMENSIONES</b>	<b>PREGUNTAS</b>
Accesibilidad	Acceso en vacaciones o fines de semana
	Tiempo de espera
	Cercanía/ lejanía del domicilio
Relación paciente-dentista	Se toma el tiempo necesario para el tratamiento
	Proporciona la suficiente información sobre el tratamiento
	Trato amable
Destreza/ competencia profesional	Destreza del dentista
Satisfacción global	Satisfacción global con la asistencia recibida

**Tabla 11**

### **ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DENTAL (LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA)**

Esta encuesta de satisfacción fue elaborada por López et al<sup>35</sup> con la finalidad de estudiar la satisfacción de los pacientes que acuden al Servicio de Primeras Visitas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

Está compuesto por los siguientes 10 ítems o preguntas, 9 cerradas y 1 abierta, las cuales se detallan a continuación (Tabla 12), y a las que el paciente contesta una de las dos opciones: “sí está satisfecho/ no está satisfecho”. Sin embargo, presenta el inconveniente de que los autores no realizan un estudio de la validez y de la fiabilidad del cuestionario.

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DENTAL FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

ÍTEM	
1	¿Le ha parecido correcto el trato recibido?
2	¿Ha tenido que esperar mucho para ser atendido?
3	¿Le han aclarado todas las dudas que tenía?
4	¿Le parece buena la organización de la Clínica Odontológica?
5	¿La encuentra confortable o podría mejorar?
6	¿Cree que el tiempo que le han dedicado es el adecuado?
7	¿Le han dado visita para mucho tiempo?
8	¿Cree correcta la relación calidad/coste?
9	¿Le han explicado en qué consistiría su tratamiento?
10	¿Qué cambiaría de la Clínica Odontológica?

Tabla 12

## DENTAL VISIT SATISFACTION SCALE

Este cuestionario desarrollado por Corah y colaboradores en 1984, pretende medir el grado de satisfacción de los pacientes con la visita realizada al dentista. Estos autores transfirieron los 26 ítems del “Medical Interview Satisfaction Scale” (MISS) a la asistencia dental, confeccionando un cuestionario compuesto por 10 preguntas (Tabla 13) que se agrupan en 3 dimensiones o categorías: información/comunicación, comprensión y competencia técnica. A cada pregunta, el paciente puede contestar eligiendo una opción de la siguiente escala:

1. Completamente desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Neutral
4. Acuerdo
5. Completamente de acuerdo.

Este cuestionario ha sido sometido a diversos análisis por diferentes autores, de manera que algunos de ellos propusieron algunas modificaciones respecto al original. Así, Locker y Sthouthard propusieron cambiar el tiempo pasado de las preguntas al tiempo presente. Además, plantearon retirar el ítem 8 del cuestionario.

## VERSIÓN ORIGINAL DENTAL VISIT SATISFACTION SCALE

CATEGORÍA	ÍTEM
<b>INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN</b>	1. After talking with the dentist, I know what the condition of my mouth is
	2. After talking with my dentist , I have a good idea of what changes to expect in my dental health in the next few months
	3. The dentist told me all I wanted to know about my dental problem(s)
<b>COMPRENSIÓN</b>	4. I really felt understood by my dentist
	5. I felt that this dentist really knew how upset I was about the possibility of pain
	6. I felt this dentist accepted me as a person
<b>COMPETENCIA TÉCNICA</b>	7. The dentist was thorough in doing the procedure
	8. The dentist was too rough he worked on me
	9. I was satisfied with what the dentist did
	10. The dentist seemed to know what he was doing during my visit

**Tabla 13**

Este cuestionario presenta además las siguientes ventajas:

- Es un cuestionario corto y fácil de usar.

- Su validez y fiabilidad has sido investigada y demostrada de forma satisfactoria en diferentes estudios.
- Existen en la literatura adaptaciones varios países europeos, como la desarrollada por Hakeberg et al<sup>36</sup> para Suecia, y la realizada por Sthoutard et al<sup>37</sup> para Holanda, que además presentan resultados óptimos de validez y fiabilidad en sus respectivos análisis estadísticos.

### **DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE**

Fue desarrollado por Davies y Ware en 1982 en un estudio nacional en Estados Unidos con la finalidad de medir la satisfacción del paciente con la atención odontológica en ese país<sup>32</sup>. La muestra estaba formada por 3464 personas, de zonas rurales y urbanas, predominantemente de raza blanca, con un nivel de educación medio-alto, y una media de ingresos bastante superior al nivel de pobreza. Los criterios de inclusión a la hora de confeccionar la muestra incluyen en el estudio a todas aquellas personas de 14 años o más, excluyendo a las edades comprendidas entre 0 y 13 años. El cuestionario se diseñó para ser autocumplimentado por parte del paciente, para lo cual estimaron un tiempo aproximado de 5 minutos. En aquellos pacientes que tenían problemas para responder a las preguntas, un entrevistador le prestó la ayuda necesaria.

Las principales dimensiones relacionadas con la satisfacción con el tratamiento dental que los autores identificaron en la literatura fueron: calidad del tratamiento (incluyendo aspectos técnicos y de relación interpersonal dentista-paciente), accesibilidad (económica y física), disponibilidad, conveniencia y manejo del dolor. Otras dimensiones identificadas, pero con menos frecuen-

cia, hacían referencia a la continuidad del tratamiento, eficacia y resultados, organización, y satisfacción general con el tratamiento dental.

Para componer este cuestionario, los autores trabajaron con el “HIE health questionnaires” (Ware et al, 1976) que medía la satisfacción con el tratamiento médico, y seleccionaron aquellos ítems que medían las dimensiones de calidad del tratamiento (técnica e interpersonal), accesibilidad (económica y no económica), disponibilidad, conveniencia, continuidad, resultados/eficacia, y satisfacción general (Tabla 14). En estos ítems, cambiaron las referencias a “médicos” y “tratamiento médico” por “dentistas” y “tratamiento dental”. Los ítems que hacían referencia al manejo del dolor fueron escritos por los autores. Por lo tanto, la versión original del cuestionario “Dental Satisfaction Questionnaire” está compuesta por 19 ítems (Tabla 15), de los cuales, en 18 de ellos se pregunta sobre estados de opinión sobre aspectos del tratamiento dental o de los dentistas, mientras que en uno de ellos (el ítem número 12) se pregunta por un estado de hecho.

A cada pregunta, el paciente puede contestar eligiendo una opción de la siguiente escala:

1. Completamente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Neutral
4. Desacuerdo
5. Completamente en desacuerdo

Una vez contestado y cumplimentado el cuestionario, cada paciente obtiene una puntuación en la satisfacción, la cual se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems; además puede obtenerse la puntuación de cada una de las escalas sumando los ítems que las componen (Tabla 14). Puntuaciones altas indican mayor satisfacción. Pero para ello es necesario recodificar previamente la puntuación contestada y reasignar los valores que a continuación se indican (Tabla 16).

**CÁLCULO DE LAS PUNTUACIONES DE LAS ESCALAS POSIBLES DEL CUESTIONARIO “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”**

<b>ESCALA</b>	<b>SUMATORIO DE PUNTUACIONES OBTENIDOS EN LOS ÍTEMS</b>
<b>ACCESO</b>	5+13+15
<b>DISPONIBILIDAD/CONVENIENCIA</b>	7+9
<b>COSTE</b>	3+10
<b>CONTINUIDAD</b>	12
<b>SATISFACCIÓN GENERAL</b>	1
<b>MANEJO DEL DOLOR</b>	4+8+19
<b>CALIDAD</b>	2+6+11+14+16+17+18
<b>ACCESO TOTAL</b>	3+5+7+9+10+13+15
<b>ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DENTAL</b>	1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11+12+13+14+15+16+17+18+19

Tabla 14

## VERSIÓN ORIGINAL DEL CUESTIONARIO “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”

ÍTEM	CONTENIDO	CATEGORÍA
1	There are things about the dental care I receive that could be better	General
2	Dentists are very careful to check everything when examining their patients	Competencia técnica
3	The fees dentist charge are too high	Accesibilidad económica
4	Sometimes I avoid going to the dentist because it is so painful	Dolor
5	People are usually kept waiting a long time when they are at dentist's office	Acceso
6	Dentists always treat their patients with respect	Interpersonal
7	There are enough dentists around here	Disponibilidad
8	Dentist should do more to reduce pain	Dolor
9	Places where you can get dental care are very conveniently located	Conveniencia
10	Dentist always avoid unnecessary patient expenses	Accesibilidad económica
11	Dentists aren't as thorough as they should be	Competencia técnica
12	I see the same dentist just about every time I go for dental care	Continuidad
13	It's hard to get a dental appointment for dental care right away	Acceso
14	Dentists are able to relieve or cure most dental problems that people have	Resultado
15	Hours when you can get dental care are good for most people	Acceso
16	Dentists usually explain what they are going to do and how much it will cost before they begin treatment	Interpersonal
17	Dentist should do more to keep people from having problems with their teeth	Prevención
18	Dentist office's are very modern and up to date	Competencia técnica
19	I am not concerned about feeling pain when I go for dental care	Dolor

**Tabla 15**

**PUNTUACIONES DEL TEST “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE” EN FUNCIÓN DE  
CADA PREGUNTA Y DE CADA VALOR CONTESTADO**

<b>VALOR CONTESTADO</b>	<b>PUNTUACIÓN OBTENIDA ÍTEMS 1, 3, 4, 5, 8, 11, 13</b>	<b>PUNTUACIÓN OBTENIDA ÍTEMS 2, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19</b>
<b>COMPLETAMENTE DE ACUERDO</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>DE ACUERDO</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>INDECISO</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>EN DESACUERDO</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
<b>COMPLETAMENTE EN DESACUERDO</b>	<b>5</b>	<b>1</b>

Tabla 16

Asimismo, su validez y fiabilidad han sido documentadas satisfactoriamente en diversos estudios en Estados Unidos<sup>38,39</sup>, y ha sido adaptado por Skaret et al<sup>40</sup> para su utilización en Noruega. Presenta la ventaja de ser un test multidimensional, ya que a diferencia del “Dental Visit Satisfaction Scale”, recoge más aspectos relacionados con la satisfacción del paciente.

Los autores desarrollaron al tiempo una versión de este cuestionario de 14 ítems, en la que reformulaban las preguntas 4, 8 y 13, y eliminaban los números 15, 16, 17, 18, 19. En el ítem 4, cambiaron el enunciado reformulándolo en sentido positivo (“dentists always do their best to keep the patient from worrying”); el número 8, se enunció de nuevo, el cual se redactó de la siguiente manera (“dentists should do more to keep from causing pain”). Res-

pecto a la pregunta 13, se redactó de forma más explícita (“in an emergency, it’s very hard to get dental care quickly”).

## 1.4. MANEJO DE CUESTIONARIOS

Una vez que ya tenemos claro cuál es el objetivo de nuestra evaluación y lo que queremos medir, el interrogante que se nos plantea es la elección del instrumento o cuestionario adecuado para medirlo. Se nos abren, por tanto, tres alternativas<sup>3</sup> a la hora de escoger el más idóneo:

1. Que exista un cuestionario ya validado que sea útil para medir lo que nosotros pretendemos. En este caso, obtendremos su manual y seguiremos las instrucciones correspondientes respecto a su utilización.
2. Que exista un cuestionario desarrollado y validado para otra población o lengua diferente a la nuestra, como es el caso de cuestionarios validados para edades, idiomas o características sociales diferentes a la población de nuestro estudio. En este caso, tendremos que “**adaptar**” dicho cuestionario iniciando un proceso de validación que incluirá pruebas de validez y fiabilidad.
3. Que no exista ningún instrumento adecuado para nuestros objetivos, por lo que podemos plantearnos desarrollar uno por nuestra cuenta, siendo ésta última opción la más laboriosa.

En la literatura revisada en Odontología, hay muchos cuestionarios desarrollados para medir aspectos del paciente como la percepción de la salud oral, el miedo al dentista, indiferencia con los problemas bucodentales, satisfacción del paciente, etc. Son cuestionarios que han sido desarrollados en países de lengua diferente a la nuestra y posteriormente adaptados a otros idiomas. En España cabe destacar la validación realizada en español por Montero et al<sup>10,17</sup> del “Oral Health Impact Profile-14” y del “Oral Impacts Daily Performances”, y la realizada por Cortés et al<sup>18</sup> del “Child-Oral Impacts Daily Performances”, todos con unos resultados satisfactorios respecto a validez y fiabilidad. Sin embargo, para el estudio de la satisfacción con la asistencia odontológica, aunque se han publicado algunos artículos<sup>35,41,42</sup>, no ha sido adaptado ningún cuestionario. También se han publicado artículos sobre el estudio de la satisfacción del paciente con determinados tratamientos<sup>43-46</sup>, pero no con la atención odontológica prestada.

A la hora de elegir un cuestionario, es importante considerar su calidad (que haya sido sometido a un proceso de estudio relativo a su validez y fiabilidad) y costes de aplicación, además de la disponibilidad de su **manual** que debe incluir el objetivo o constructo que se pretende medir, la población a la que va dirigido, las instrucciones de uso y los baremos a aplicar. El responsable de proporcionarlos es el autor que lo ha desarrollado. Sin embargo, tal y como desarrollan la “Declaración de Helsinki” y las directrices de la “International Test Commission”, las personas que utilizan dichos cuestionarios también son responsables de su uso correcto y apropiado.

Respecto a los **criterios de calidad** a tener en cuenta, destacan los establecidos por el “*Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust*” en 2002, los cuales se enumeran a continuación<sup>47</sup>:

- Fiabilidad:
  - a) Consistencia interna
  - b) Reproducibilidad
- Validez
  - a) Contenido
  - b) Constructo
- Interpretabilidad
- Carga de ítems
- Formato de administración
- Adaptación cultural y lingüística

En cambio, la “*American Psychological Association*” desarrolló en 1999 unos estándares a tener en cuenta a la hora de valorar la calidad de los cuestionarios como instrumentos de medida de características psicológicas o subjetivas, entre los que cabe destacar<sup>48</sup>:

- Validez. Pruebas basadas en:
  - a) Contenido
  - b) Proceso de respuesta
  - c) Estructura interna
  - d) Relación con otras variables

e) Consecuencias de la evaluación

- Fiabilidad
- Desarrollo y revisión del test
- Escalas, normas de interpretación de puntuaciones

## 1.5. ADAPTACIÓN DE CUESTIONARIOS

Aunque se trata de un trabajo laborioso que puede llevar meses o incluso años, es una forma idónea para disponer de un cuestionario de salud en todas aquellas situaciones en que no encontramos un instrumento adecuado para medir o evaluar el objetivo que nos proponemos en nuestro entorno cultural, pero sí lo existe en otro país. Este proceso consiste pues en elegir un test publicado en otro idioma o contexto cultural que sirva para evaluar nuestro objetivo, y posteriormente adaptarlo a nuestro entorno.

Consiste en un proceso interdisciplinar que necesita la colaboración de tres tipos de especialistas:

1. Profesional perteneciente al ámbito de aplicación del test.
2. Especialistas en Traducción e Interpretación.
3. Especialistas en Psicometría.

El proceso de adaptación de un cuestionario de salud no se resuelve con una mera traducción literal del cuestionario original, sino además es necesaria una adaptación a la cultura propia, lo cual implica que incluso cuestionarios adaptados al español en países latinoamericanos no serían válidos para su utilización en España sin haber iniciado previamente un proceso de adaptación cultural<sup>3</sup>. Para una correcta adaptación, es necesario conseguir la equivalencia entre la versión original y traducida en tres aspectos:

- Equivalencia conceptual. Consiste en que independientemente de cómo se haga la pregunta o ítem, el concepto que se quiere medir existe en la población original y de destino. Por ejemplo, el concepto de satisfacción con la atención dental recibida no es el mismo en Inglaterra que en Angola, pero sí puede considerarse similar entre Francia y España.
- Equivalencia semántica. Es lo que se consigue con el proceso de traducción a nivel lingüístico.
- Equivalencia normativa. Hace la referencia en cómo las personas abordan, contestan o expresan determinadas ideas u opiniones a nivel público. Por ejemplo, en la utilización de cuestionarios que tengan en cuenta opiniones de tema sexual o de religión, no existe la misma predisposición a contestar en países occidentales como España o Suecia que en países de régimen islámico como Siria o Irán.

Todo ello conlleva un proceso de varias fases que pretende en primer lugar la equivalencia conceptual y semántica<sup>49</sup>, para posteriormente realizar una evaluación de la validez y fiabilidad del test con la finalidad de aportar pruebas

de que el test adaptado tiene características equivalentes al original. Esas fases son las siguientes<sup>3</sup>:

## **1. Contactar con el autor del test**

Tiene la finalidad de conseguir la autorización legal para su uso, y en el caso de que no esté registrado, obtener su consentimiento para la utilización y traducción del test. Este aspecto queda recogido en los principios la “Declaración de Helsinki” respecto a los autores de cuestionarios. Además, puede ser útil su ayuda a la hora de clarificar conceptos o ciertas ambigüedades que pueden surgir a la hora de interpretar los ítems que componen el test.

## **2. Traducción del cuestionario**

Esta fase persigue conseguir la equivalencia no sólo lingüística del cuestionario traducido con el original, sino que además, ambos han de ser semántica y conceptualmente equivalentes, por lo que ha de tener en cuenta expresiones y giros propios de la cultura en la que se va a aplicar el test. Existen diversas técnicas descritas<sup>3,50</sup> para la realización la traducción de los ítems de los cuestionarios, que varían desde hacer una única traducción directa que posteriormente sufriría algunas modificaciones sugeridas por un grupo de expertos, a realizar un proceso de traducción/ retrotraducción al idioma original. Sin embargo, la primera opción no suele ser aceptada por la mayoría de las guías normativas publicadas en esta materia, y la segunda presenta varios inconvenientes como que se puede retrotraducir algo mal traducido inicialmente. Por lo

general, está ampliamente aceptada la realización de dos traducciones realizadas por dos especialistas diferentes que hablen la lengua original y sean conocedores del contexto cultural de la población de estudio. Una técnica que puede ser útil para realizar este proceso garantizando las equivalencias lingüística, conceptual y semántica es lo que se conoce como **técnica secuencial**, consistente en la realización de dos traducciones por dos especialistas diferentes, que posteriormente se comparan y se resuelven las discrepancias, sintetizándose en una traducción por consenso entre ambos traductores. Posteriormente se realiza una retrotraducción al idioma original y se realiza una conciliación entre las discrepancias entre el original y la versión retrotraducida. Pueden realizarse dos retrotraducciones en lugar de una, lo cual tendrá una aceptación mayor. Una vez llegados a este punto, se redacta el “cuestionario predefinitivo”, que es la síntesis realizada por un grupo de expertos compuesto por los traductores, autor de la versión original y especialistas en el contenido. Posteriormente se administra a un grupo de personas pertenecientes a la población de estudio, a las cuales se les preguntará sobre el significado que han atribuido a cada ítem y se resolverán aquellos aspectos que dificulten la interpretabilidad y comparabilidad de los resultados obtenidos.

### **3. Estudio de las propiedades psicométricas del cuestionario adaptado**

Consiste en la realización de un análisis estadístico que además de proporcionarnos datos sobre la calidad del cuestionario adaptado, pro-

porciona pruebas empíricas sobre la equivalencia conceptual del test original y de la versión traducida.

Esta fase de investigación incluirá los siguientes aspectos:

- Análisis de los ítems
- Estudio de la validez y fiabilidad del cuestionario

### **3.1 Recodificación de ítems inversos**

Antes de realizar el sumatorio de puntuaciones con el fin de analizar los resultados, es conveniente que todas las respuestas puedan ser interpretadas en el mismo sentido, por lo que los ítems puntuados en sentido inverso se recodifican previamente.

### **3.2 Descripción de las respuestas y no respuestas a cada ítem**

Todo análisis del proceso de respuesta de un cuestionario debe incluir la valoración de los siguientes aspectos:

- **Distribución de las respuestas:** media y desviación estándar de cada ítem.
- **Datos sobre el proceso de respuesta.** Hemos de analizar la existencia de:
  - a) Patrones **anómalos** de respuesta. Consiste en comprobar que la mayoría de respuestas presentan un patrón compa-

tible con lo que hemos imaginado que sería el proceso de respuesta.

b) Efectos **techo** y **suelo**. El efecto **techo** se produce cuando en un ítem en el que se ha previsto una escala de respuesta de varios puntos, las respuestas se acumulan en el valor superior, mientras que el efecto **suelo** se produce cuando las respuestas se acumulan en el valor inferior, lo que puede llevar a plantearse la expansión de los valores de respuesta.

- **Distribución de “no respuesta”**

### **3.3 Índices basados en la relación del ítem con la puntuación total**

Su análisis se realiza a partir de:

- Cálculo del **Índice de Discriminación**, que permite distinguir a aquellas personas que obtienen puntuaciones totales extremas.
- Estudio de la **consistencia interna**.
- Estudio de la **estructura interna** del cuestionario a partir de un análisis factorial. Si la versión adaptada y la original fueran equivalentes, encontraríamos las mismas agrupaciones de ítems en ambas poblaciones tras la realización del análisis factorial exploratorio.
- Pruebas de **validez en relación con otras variables**. En caso de que hubiera equivalencia conceptual entre la versión original y

adaptada, la relación del constructo con otras variables relevantes, se comportará de igual forma en ambas poblaciones.

### **3.4 Análisis de la fiabilidad del cuestionario**

La fiabilidad se define como el grado en que las puntuaciones se mantienen consistentes a partir de las aplicaciones repetidas de un instrumento de medida. Es importante para el estudio de la fiabilidad el hecho que se demuestre que la medida es reproducible.

## **4. Desarrollar criterios para interpretar los resultados**

Puede ser necesario establecer nuevos baremos a la hora de interpretar los resultados, así como nuevos puntos de corte, por lo que a la hora de comparar los resultados de las diferentes poblaciones se han de tener en cuenta estas diferencias.

## **1.6. CONCLUSIONES**

De la revisión realizada respecto a la medición de la satisfacción en Odontología y del uso de cuestionarios en esta disciplina, podemos extraer las siguientes conclusiones:

1. La **calidad en los servicios sanitarios** está cobrando una especial relevancia en los últimos años, y relacionada directamente con ella destaca la **satisfacción**, que es uno de los resultados del proceso asistencial que pueden ser medidos.
2. Uno de los métodos disponibles y más frecuentemente utilizados para el estudio de la satisfacción del paciente son las encuestas o **cuestionarios de satisfacción**.
3. Existen muy pocas publicaciones sobre el estudio de la satisfacción de los pacientes en Odontología en España.
4. Hasta la fecha, se han descrito en la literatura dos cuestionarios de satisfacción del paciente a nivel bucodental que han sido validados y sometidos en otros países a estudios sobre validez y fiabilidad con resultados satisfactorios: el **“Dental Visit Satisfaction Scale” (DVSS)** y el **“Dental Satisfaction Questionnaire” (DSQ)**. El **“Dental Satisfaction Questionnaire”** puede considerarse más útil para el estudio de la satisfacción del paciente con los servicios odontológicos en España al ser un test multidimensional que valora aspectos como la accesibilidad y el coste de los tratamientos que en el **“Dental Visit Satisfaction Scale”** no se incluyen.
5. Dichos cuestionarios están desarrollados en idiomas y culturas diferentes a la nuestra, lo que impide su aplicación en nuestro país sin haber realizado una adaptación lingüística y cultural previa, además de haber realizado los estudios oportunos sobre su validez y fiabilidad en el nuevo contexto.

## **2. OBJETIVOS**



1. Describir el nivel de satisfacción con la asistencia sanitaria odontológica de los individuos de la muestra y analizar su relación con las variables socio-demográficas edad, sexo, nivel de estudios, residencia, convivencia y frecuencia de asistencia al dentista.
2. Estudiar la relación entre la satisfacción del paciente y estado bucodental del paciente a través de su relación con los índices CAOD, Índice de Restauración e Índice Periodontal Comunitario.
3. Traducir al español el cuestionario de satisfacción “Dental Satisfaction Questionnaire”.
4. Analizar la validez, fiabilidad y propiedades psicométricas del cuestionario traducido y aplicado.
5. Estudiar la influencia en la satisfacción con la asistencia dental recibida de las dimensiones “manejo del dolor”, “competencia profesional”, “relaciones interpersonales” y “acceso al tratamiento”



### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**



### 3.1. TRADUCCIÓN DEL CUESTIONARIO

Para la realización de este estudio se escogió la que se conoce como técnica secuencial, ya que nos permite asegurar la equivalencia semántica, lingüística y conceptual entre los cuestionarios original y traducido. Para ello se contactó con dos especialistas en traducción e interpretación de los idiomas inglés-español diferentes conocedores de la cultura donde se desarrolló el cuestionario “Dental Satisfaction Questionnaire” original y de la cultura española. Una vez realizaron la traducción del idioma original del cuestionario (inglés) al español, se pusieron en contacto entre ellos y resolvieron las discrepancias surgidas, elaborando un único cuestionario de consenso. Este cuestionario se envió a otro especialista en traducción e interpretación que realizó una retrotraducción del español al idioma original. Con posterioridad, se pusieron en contacto entre ellos, resolvieron las posibles discrepancias y elaboraron una versión del cuestionario de consenso. Esta versión, la aplicamos a un grupo de 20 pacientes de la Clínica Odontológica que asistieron al Servicio de Primeras Visitas y se les preguntó aspectos sobre su comprensibilidad. Una vez comprobados que los 19 ítems del cuestionario traducidos al español presentaban una equivalencia semántica y conceptual respecto a sus homólogos en inglés, se confeccionó el cuestionario definitivo que se aplicó en nuestro estudio (Tabla 17).

## VERSIÓN ESPAÑOLA DEL TEST “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”

ITEM	CONTENIDO
1	Hay aspectos del tratamiento dental que recibo que podrían mejorarse
2	Los dentistas muestran un cuidado especial cuando examinan a sus pacientes
3	Los dentistas cobran precios demasiado elevados
4	Algunas veces evito ir al dentista porque hacen mucho daño
5	Normalmente los pacientes tienen que esperar mucho tiempo en la clínica dental
6	Los dentistas siempre tratan a sus pacientes con respeto
7	Hay suficientes dentistas en mi zona
8	Los dentistas deberían hacer más para reducir el dolor
9	Las consultas de los dentistas están en lugares a los que es muy fácil llegar
10	Los dentistas siempre evitan a sus pacientes gastos innecesarios
11	Los dentistas no son tan exhaustivos a la hora de examinar a sus pacientes como deberían ser
12	Me atiende siempre el mismo dentista casi siempre que necesito tratamiento dental
13	Es difícil conseguir una consulta con el dentista de forma inmediata
14	Los dentistas son capaces de aliviar o curar la mayoría de problemas dentales que los pacientes le puedan presentar
15	El horario de atención de los dentistas es conveniente para la mayoría de la gente
16	Los dentistas suelen explicar en qué consistirá el tratamiento y su coste antes de iniciarlo
17	Los dentistas deberían hacer más para evitar que las personas tengan problemas dentales
18	Las consultas de los dentistas son muy modernas y disponen de las últimas tecnologías
19	No tengo miedo a sentir dolor cuando voy al dentista

**Tabla 17. Versión traducida al español del “Dental Satisfaction Questionnaire”**

Este cuestionario consta de dos partes:

- **Parte 1:** Consta de datos socio-demográficos en el que se le pregunta al paciente por su edad, sexo, nivel de estudios, estado de convivencia, residencia y frecuencia de visita al dentista.
- **Parte 2:** Consta del cuestionario de satisfacción “Dental Satisfaction Questionnaire” en español, compuesto por 19 preguntas a las que el paciente tiene que contestar dentro de una escala del 1 al 5 en función de su grado de acuerdo. También se especifican las instrucciones para que el paciente rellene y conteste adecuadamente el cuestionario.

## **3.2. APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO**

### **3.2.1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Inicialmente, y tras la aprobación previa pertinente por parte del Comité de Ética y de Investigación correspondiente, se administró el cuestionario traducido a una muestra de 20 pacientes con la finalidad de comprobar posibles dificultades en la comprensión del mismo. Una vez comprobado que no existieron dificultades, se seleccionó una muestra consecutiva de pacientes que asistieron a la consulta de primeras visitas de la Clínica Odontológica de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia y que fueron atendi-

dos por los alumnos del Máster de “Odontología Clínica Individual y Comunitaria”, hasta alcanzar un tamaño muestral de 236 pacientes. Para la inclusión de los pacientes en nuestro estudio, se establecieron los siguientes criterios:

- **Criterios de inclusión:** los criterios de inclusión que se utilizaron en la muestra del estudio de Davies y Ware, y que desarrolló el cuestionario original, es decir, personas con edades de 14 años a más. Con el fin de controlar el factor de confusión que pudiera suponer el recibir tratamiento dental en la Clínica Odontológica de la Facultad de Medicina y Odontología, se excluyeron aquellos pacientes que habían recibido tratamiento dental en la misma con anterioridad, incluyéndose sólo las primeras visitas.
- **Criterios de exclusión:** personas con edades comprendidas entre los 0 y 13 años, ambos inclusive. Pacientes que con anterioridad, hubiesen sido atendidos en la Clínica Odontológica de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia.

### 3.2.2. RECOGIDA DE DATOS

En el momento de la llegada del paciente a la consulta, se procedía a la entrega del cuestionario al mismo por parte del personal de administración para su autocumplimentación en la sala de espera de la Clínica Odontológica antes de ser atendido por el dentista. Una vez rellenado, se le daba un sobre para que lo introdujera en el mismo, con un número de referencia y sin datos identificativos con el fin de asegurar el anonimato del paciente y así evitar los posi-

bles factores de confusión que pudieran surgir si el paciente modificara sus respuestas si percibiera en algún momento que pudiera ser identificado. Junto con el cuestionario, se introducía dentro del sobre un formulario (ver Anexo 1) sin datos identificativos y en el que el alumno de postgrado había cumplimentado los datos relativos al CAOD, Índice de Restauración e Índice Periodontal Comunitario (sólo se especificaba el código máximo que presentaba el paciente). Finalmente, al sobre se le asignaba un número de referencia, el cual iba asociado al número de historia clínica del paciente. El cuestionario de satisfacción está pensado para su autocumplimentación por parte del paciente en 5 minutos y presenta una fácil lectura y comprensión (ver Anexos 2, 3 y 4). No obstante, el personal de la clínica atendió aquellas dudas que surgieron a los pacientes respecto a la comprensión de las preguntas del cuestionario, para lo cual se les entrenó previamente. También se les proporcionó un modelo de consentimiento informado de participación en el estudio para su firma (ver Anexos 5 y 6). Posteriormente y a los 2 días de la 1ª visita, a una selección aleatoria de 31 pacientes, se les pidió que contestaran a las 19 preguntas del cuestionario mediante encuesta telefónica. La participación de los pacientes en este estudio fue voluntaria y pudieron abandonar el estudio en cualquier momento sin necesidad de dar ninguna explicación al respecto, por lo que a aquellos pacientes que voluntariamente no quisieron participar, no se les administró el cuestionario. La recogida de datos tuvo lugar durante los cursos académicos 2009-10 y 2010-11.

### 3.2.3. ANÁLISIS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Una vez recogidos los datos, se confeccionó una base de datos, la cual se explotó estadísticamente mediante el programa SPSS versión 19.0 con el fin de obtener un primer análisis descriptivo de cada uno de los ítems y de las variables socio-demográficas, y posteriormente un análisis de la consistencia interna, estructura interna y de la fiabilidad. El estudio de la consistencia interna se realizó a partir del coeficiente de fiabilidad  $\alpha$  de Cronbach, correlación ítem-total y correlación múltiple al cuadrado. El estudio de la estructura interna se realizó mediante un análisis de componentes principales, y el estudio de la reproducibilidad se realizó a partir de un test re-test y el análisis posterior de las correlaciones intraclase para el acuerdo absoluto y de Pearson. Las relaciones entre las variables socio-demográficas y las puntuaciones obtenidas en el cuestionario se analizaron mediante las prueba t de Student para las variables sexo y lugar de residencia. Para determinar las relaciones entre las variables estado de convivencia, nivel de estudios y frecuencia de visita al dentista, y las puntuaciones obtenidas se aplicó el test ANOVA de comparación de medias, para posteriormente y en caso positivo, emplear pruebas “post hoc” (test de Bonferro-ni). Las relaciones entre el estado bucodental del paciente (CAOD, Índice de Restauración e Índice Periodontal Comunitario) y las puntuaciones obtenidas en el cuestionario, se analizaron mediante una matriz de correlaciones (correlación de Pearson). Para ello, previamente y con la finalidad de facilitar la interpretación de los resultados, se realizó la recodificación de los ítems inversos. En estos análisis tiene un papel muy importante la suma de los ítems, por lo que si no están codificados en la misma dirección, los resultados obtenidos, por

ejemplo en el análisis de la consistencia interna, no serían válidos. Por tanto, en los ítems 2, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18 y 19, se invirtieron sus valores de respuesta conforme a la siguiente escala (Tabla 18) con la finalidad de que sumaran en la misma dirección a la hora de interpretar los resultados. Asimismo, aquellos pacientes que no cumplimentaron al menos el 75% de los ítems propuestos fueron excluidos de nuestro estudio, por lo que finalmente fueron 217 los pacientes estudiados.

**CATEGORÍAS DE RESPUESTA Y SISTEMA DE RECODIFICACIÓN PARA EL TEST “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”**

	VALOR CONTESTADO	VALOR RECODIFICADO
<b>COMPLETAMENTE DE ACUERDO</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>DE ACUERDO</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>INDECISO</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>EN DESACUERDO</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
<b>COMPLETAMENTE EN DESACUERDO</b>	<b>5</b>	<b>1</b>

Tabla 18



## **4. RESULTADOS**



## 4.1. ESTUDIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La edad media de la muestra (217 pacientes) es de 48,25 años (desviación estándar de 15,511) y un rango de edades entre 18 y 84 años. El 63,3% de los pacientes estudiados son mujeres, mientras que el 32,7% restante son hombres (Tabla 19). Respecto al sexo masculino, la edad media es de 46,27 años (desviación estándar 15,381) y un rango de edades entre 18 y 79 años. En el sexo femenino, la edad media es de 49,21 años (desviación estándar de 15,534) y un rango de edades entre 18 y 84 años.

El mayor porcentaje (36,4%) presenta estudios primarios (EGB, ESO) (Tabla 20), reside en ambiente urbano (79,3%) (Tabla 21) y vive en pareja (59,9%) (Tabla 22). El mayor porcentaje de no respuesta a estas variables ha sido a la pregunta de residencia con un 9,7% de ausencia, aunque en todos los casos han alcanzado valores bajos (Tabla 23). Respecto a la edad, su distribución se muestra en la tabla 24; la moda en esta variable se ha situado en los 43 años con un porcentaje del 4,6% de los individuos estudiados. Si categorizamos esta variable en 3 cohortes, 45 pacientes presentan edades inferiores iguales o inferiores a 35 años, 140 pacientes presentan edades comprendidas entre 36 y 65 años, y 32 pacientes son mayores de 65 años.

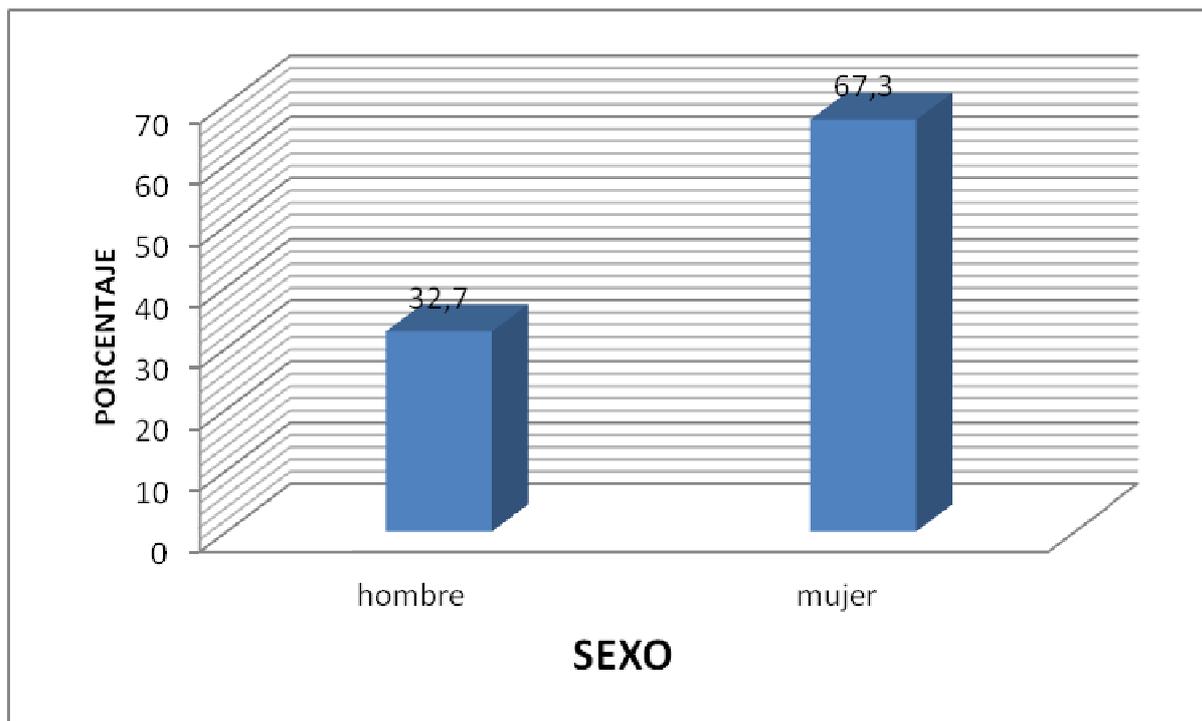


Tabla 19

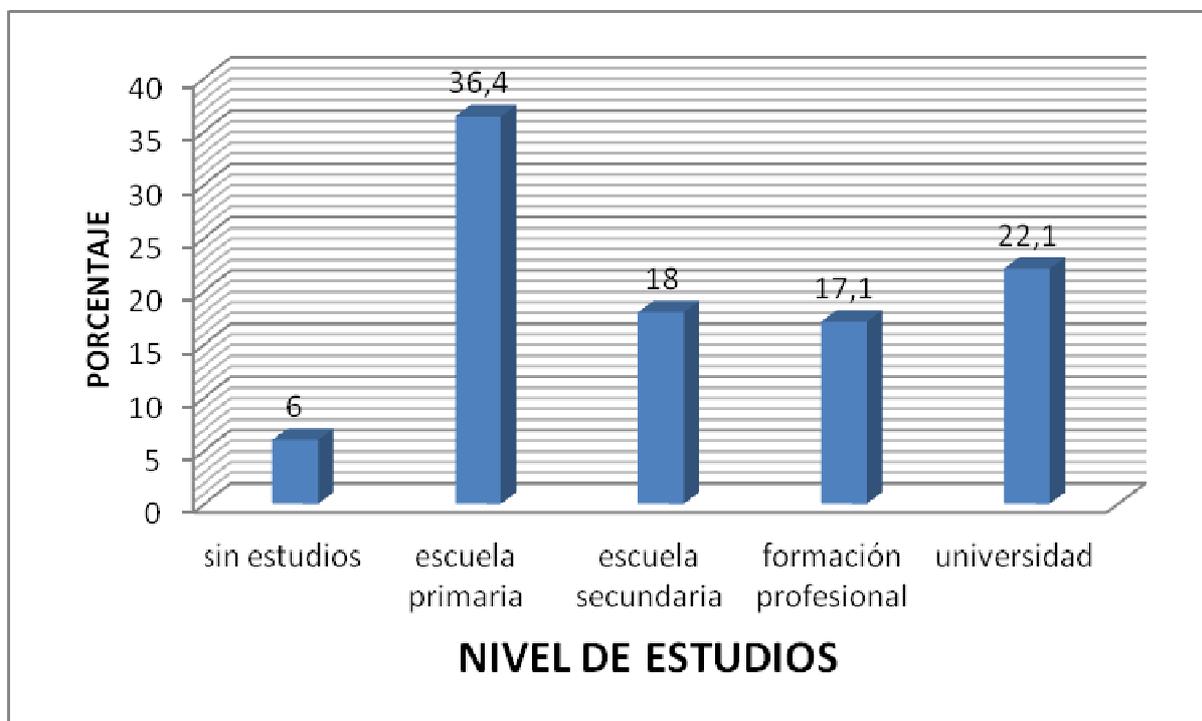


Tabla 20

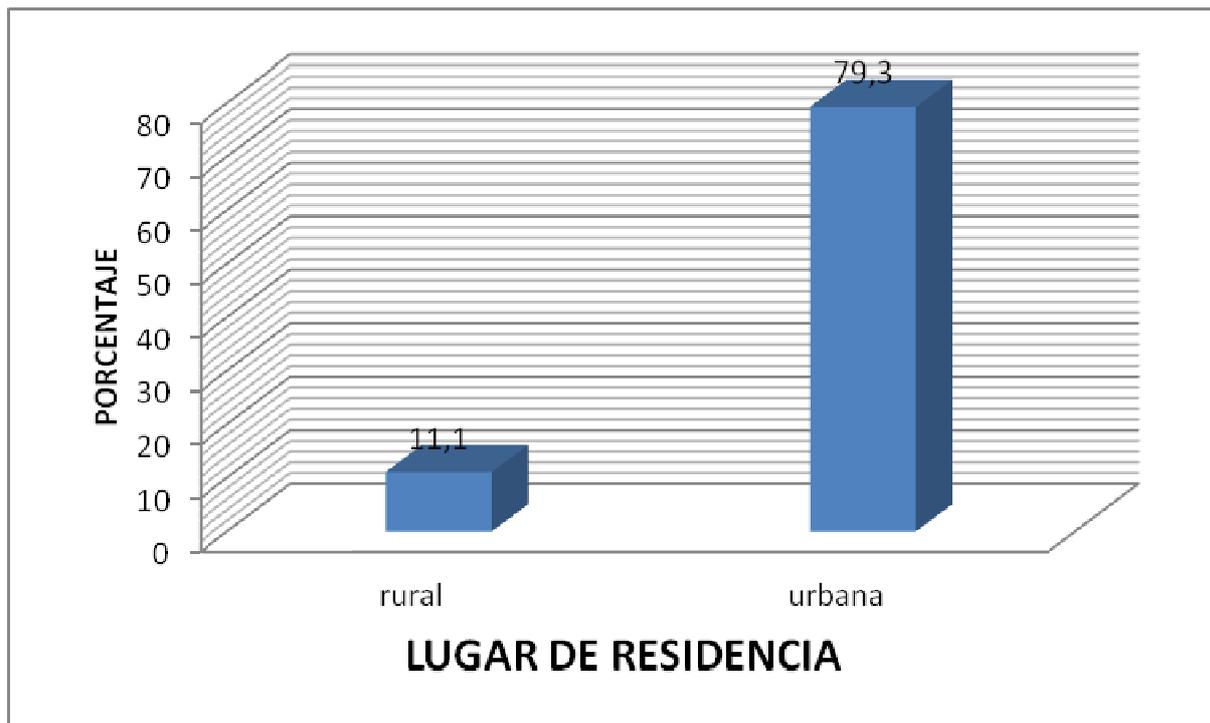


Tabla 21

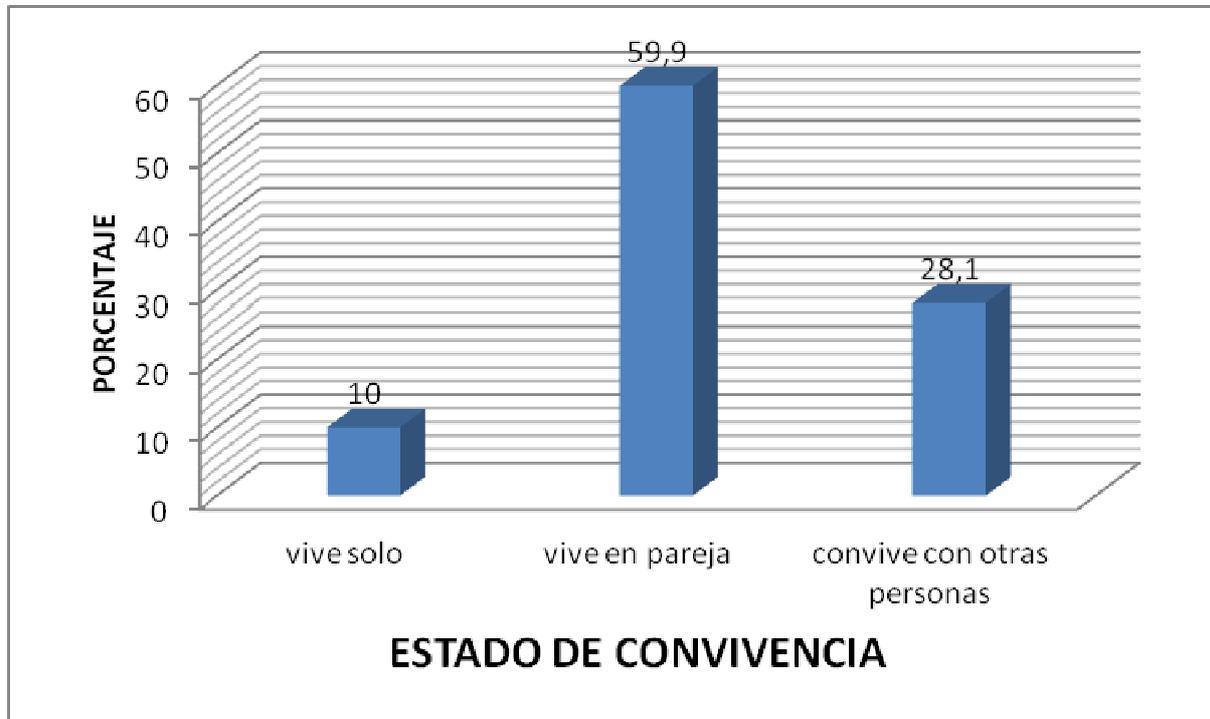


Tabla 22

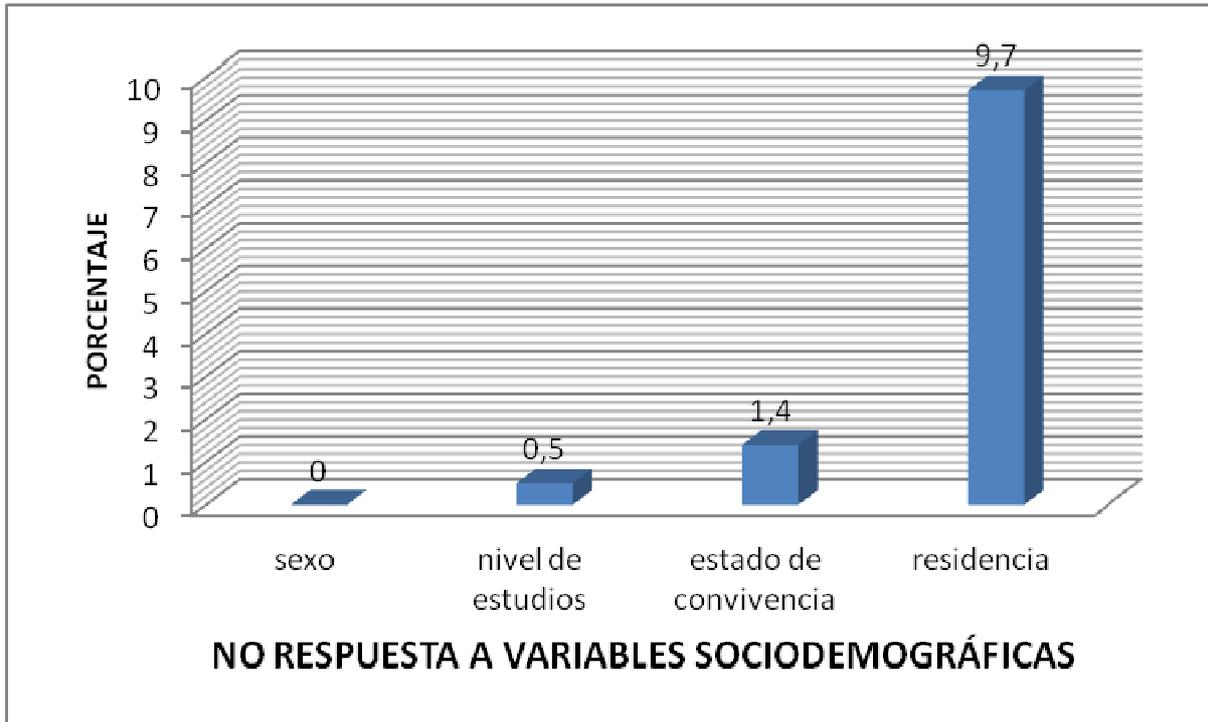


Tabla 23

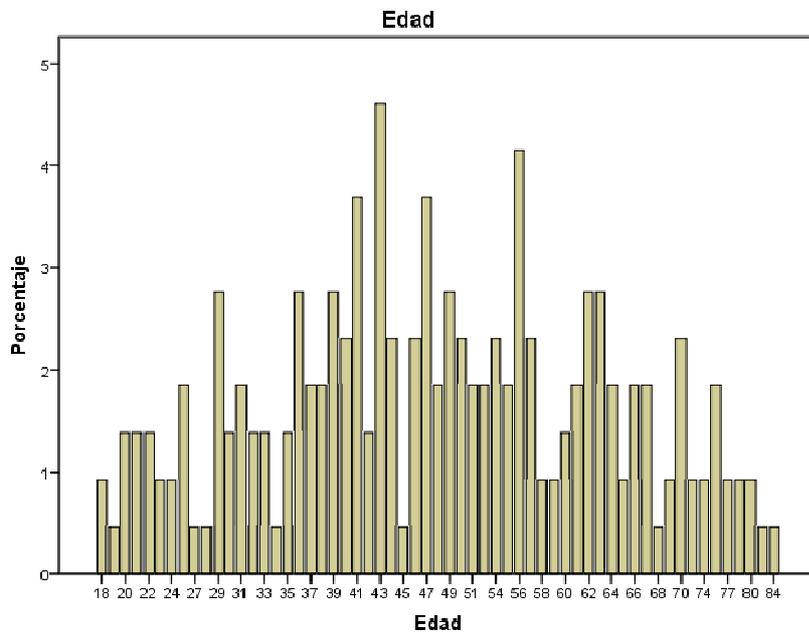


Tabla 24

## **4.2. ANÁLISIS DE LOS ÍTEMS**

### **A. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE RESPUESTA Y NO RESPUESTA**

#### **A.1. DESCRIPCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS FALTANTES**

El análisis de los ítems lo iniciamos con el estudio de la distribución de no respuestas a cada una de las preguntas del cuestionario. Según Ware y Gandek en 1998, un alto porcentaje de no respuestas a cada uno de los ítems nos indicaría problemas en los enunciados o un problema en la comprensión e interpretación de los mismos que pudiera darse en muestras con personas de edad avanzada y con niveles educativos bajos<sup>2</sup>.

Con la finalidad de recuperar los datos faltantes, uno de los métodos más utilizados consiste en asignar al dato faltante la media de las respuestas de la misma persona al resto de los ítems, puesto que si una escala mide un mismo constructo, lo lógico es que sea la media de los ítems respondidos la que asignemos al ítem faltante. Esto es posible siempre que los ítems no contestados por el individuo en un cuestionario sean pocos, no sigan un patrón predecible y se analicen mediante la media, varianza y covarianza. Para ello, hemos desechado de nuestro análisis aquellos cuestionarios que no hayan contestado por lo menos al 75% de los ítems propuestos, para posteriormente, en aquellos en que haya existido algún ítem no contestado, sustituir ese dato faltante por la media de contestación del individuo al resto de ítems en su valor redondeado.

Al analizar el proceso de no respuesta a cada uno de los ítems, observamos que los porcentajes son similares en todos los ítems (Tabla 25). Tan sólo el ítem 1 presenta una mayor falta de respuesta con un porcentaje del 9,5%, aunque sin ser considerada elevada (Tabla 26). El porcentaje de cuestionarios eliminados de nuestro análisis por no cumplir los criterios de cumplimentación anteriormente especificados, es del 8,05%. Este porcentaje es ligeramente superior al porcentaje de cuestionarios perdidos en la adaptación original del “Dental Satisfaction Questionnaire”, que es de 6,1%, con un rango entre 2,4 y 9,1% en función de cada uno de los sitios donde se administró el cuestionario (Dayton, Seattle, Massachusetts y Carolina del Sur), pero en este caso, los autores especifican que ese porcentaje corresponde a los cuestionarios que no habían sido completados en su totalidad.

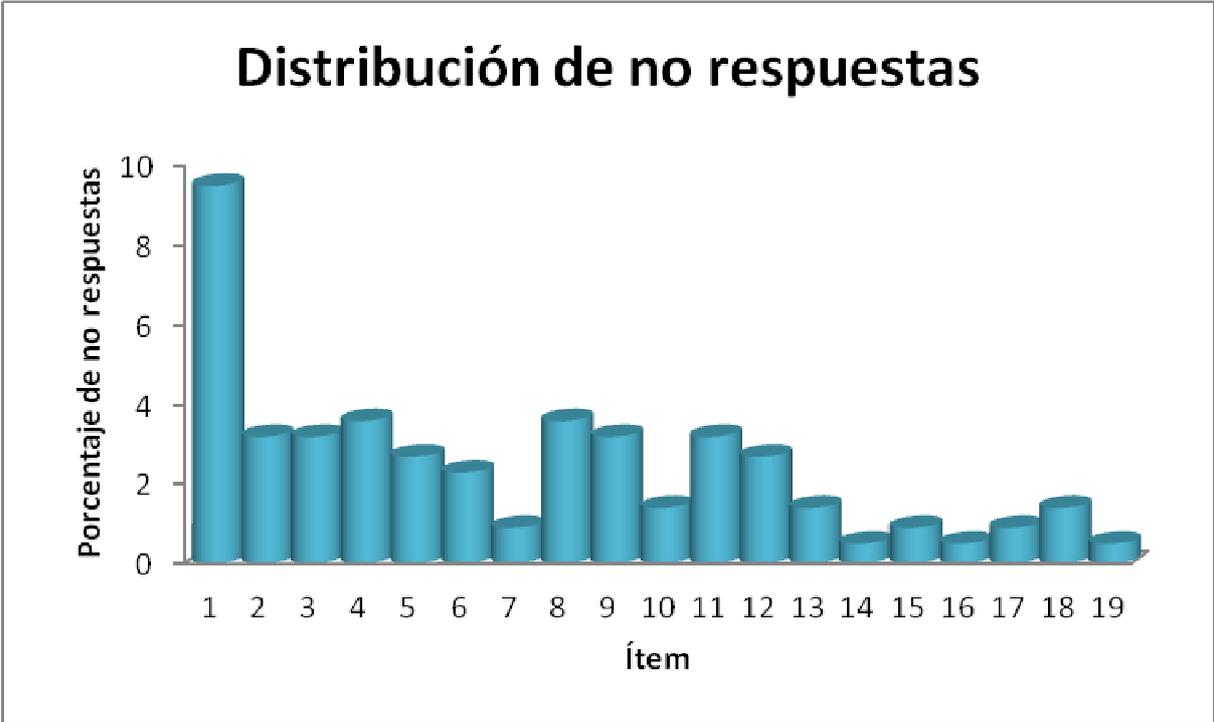


Tabla 25

## ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS 19 ÍTEMS DEL TEST "DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE"

ITEM	PORCENTAJE DE RESPUESTAS POR CATEGORÍAS								
	% DE PERDIDOS	MEDIA	D.S	VAR.	1	2	3	4	5
1	9,5	2,47	,96	,92	13,8	41,5	30,9	11,1	2,8
2	3,2	4,13	,83	,70	2,3	1,8	9,7	53,0	33,2
3	3,2	1,82	1,13	1,27	56,2	19,4	14,3	6,5	3,7
4	3,6	3,34	1,34	1,80	13,8	14,7	17,1	32,3	22,1
5	2,7	2,49	1,15	1,32	22,1	33,6	21,7	18,4	4,1
6	2,3	4,36	,78	,60	1,8	0,5	5,1	45,2	47,5
7	0,9	3,82	1,11	1,22	4,6	7,8	19,8	35,9	31,8
8	3,6	2,68	1,10	1,20	14,7	30,9	31,3	17,5	5,5
9	3,2	3,74	1,11	1,20	2,8	14,7	15,7	39,6	27,2
10	1,4	2,68	1,09	1,19	11,1	28,6	38,2	12,9	9,2
11	3,2	3,14	1,10	1,21	9,2	17,5	31,8	32,7	8,8
12	2,7	3,35	1,15	1,33	5,5	22,1	20,3	35,9	16,1
13	1,4	2,59	1,29	1,67	26,3	25,8	18,0	22,6	7,4
14	0,5	4,00	,89	,78	2,3	3,2	15,7	50,2	28,6
15	0,9	3,73	1,05	1,11	2,3	14,3	15,7	43,8	24,0
16	0,5	3,99	,99	,98	1,8	10,1	7,8	47,5	32,7
17	0,9	3,33	1,13	1,28	4,6	19,4	33,6	23,0	19,4
18	1,4	3,89	,86	,73	0,9	4,1	24,4	45,6	24,9
19	0,5	3,16	1,46	2,12	20,3	16,6	12,0	29,5	21,7

Tabla 26

## **A.2. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE RESPUESTA**

### **A.2.1. ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD**

Otro de los aspectos a analizar en el proceso de respuesta a cada uno de los ítems, es la variabilidad de los mismos. Una de las principales funciones de los ítems cuando queremos evaluar un constructo (en este caso, la satisfacción del paciente) consiste en ofrecernos información que nos permita diferenciar a dos personas que se diferencian respecto al rasgo que evaluamos, es decir, que si dos personas opinan de forma diferente respecto a la satisfacción con la atención odontológica, deberían elegir categorías diferentes dentro de la escala de respuesta. Para una variabilidad máxima en un ítem en la que las cinco categorías fueran elegidas con la misma frecuencia, la desviación estándar máxima sería de 2 y la varianza de 4. Diferentes autores como Wellis (1993) opinan que la variabilidad debe ser alta y uniforme, y otros como Ware y Gandek (1998), opinan que la variabilidad de los ítems debe ser relativamente alta o “sustancial” y que en términos generales, puede darse como referencia de lo que es “sustancial”, una varianza o desviación estándar para una distribución uniforme o incluso valores más bajos, lo que para ítems con escala de respuesta tipo Likert de 5 categorías corresponde a desviación estándar con valores alrededor de 1. En nuestro análisis (Tabla 26), el ítem que presenta una mayor variabilidad y una distribución más uniforme es la pregunta 19 (“no tengo miedo a sentir dolor cuando voy al dentista”), por lo que es la que presenta un mejor comportamiento. Al contrario, el que presenta una menor variabilidad es la pregunta 6 (“los dentistas siempre tratan a sus pacientes con respeto”), en el cual se observa un efecto “techo” al agruparse la mayoría de las respuestas en las ca-

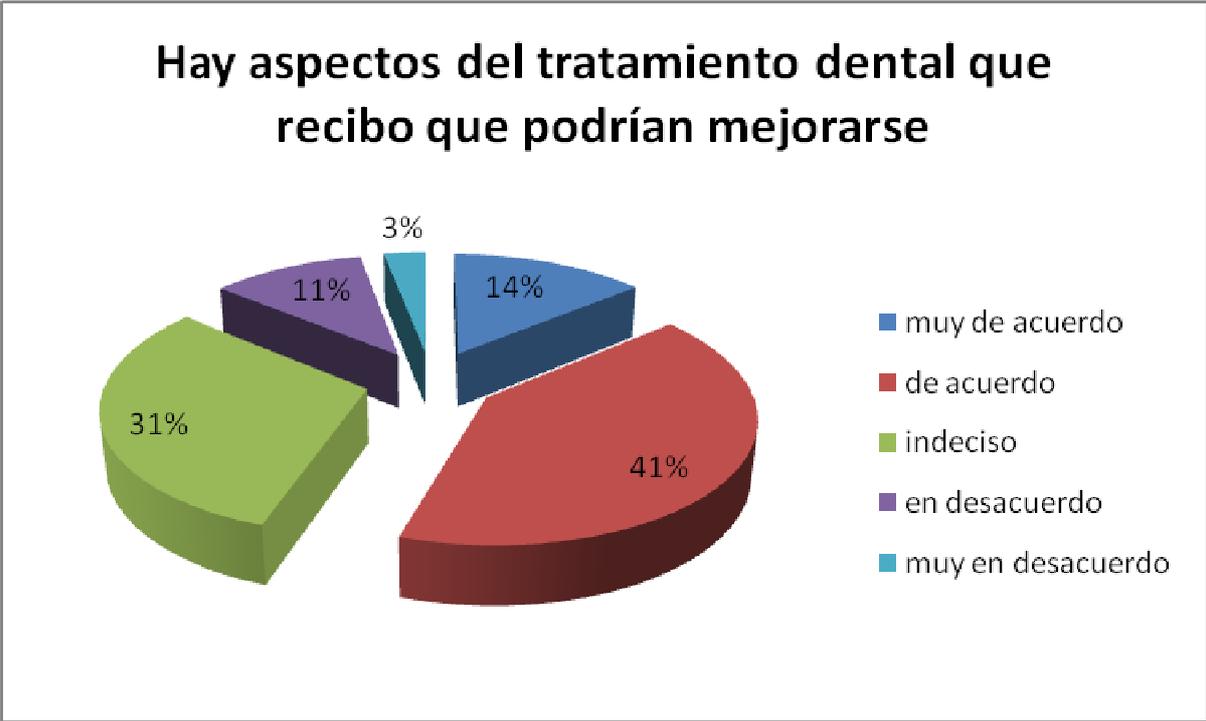
tegorías superiores. Una escasa variabilidad en la respuesta a un ítem determinado podría ser indicativo de que no es adecuado para valorar el constructo que pretendemos medir; también podría indicarnos que la escala de respuesta seleccionada no permite captar las diferencias entre las personas o bien que el contenido de la pregunta está mal redactado para permitir diferencias en las respuestas. Sin embargo al analizar el ítem número 6, pensamos que sí es adecuado para medir la satisfacción del paciente con la asistencia odontológica, ya que es un aspecto valorado para medir este constructo en la bibliografía analizada y está incluido en otros cuestionarios que miden la satisfacción del paciente con la atención odontológica. Respecto al enunciado de la pregunta, pensamos que el enunciado está formulado correctamente. Si analizamos el porcentaje de respuesta dentro de la escala, un 92,7% de personas que han respondido el cuestionario opinan que los dentistas siempre tratan a sus pacientes con respeto, lo cual entra dentro de toda lógica; respecto a la escala de respuesta utilizada, consideramos que existen suficientes categorías de respuesta como para permitir distinguir la diferencia de opinión entre diferentes pacientes. En la pregunta 2 (“los dentistas muestran un cuidado especial cuando examinan a sus pacientes”) también observamos que las respuestas se distribuyen en los valores más altos, por lo que también podemos observar ese efecto “techo”; la desviación estándar en este ítem es baja, pero al igual que en la pregunta número 6, pensamos que la escala de medida es adecuada. Asimismo, pensamos que esta pregunta está directamente relacionada con el constructo que queremos medir, aunque quizás, el enunciado podría reformularse para mejorar su interpretación, lo cual analizaremos posteriormente en el apartado de discusión. De hecho, si comparamos el valor obtenido en esta pregunta en nuestro estudio respecto al obtenido en el estudio original de Davies y Ware en 1982, son muy similares. Como podemos comprobar respecto a las desviacio-

nes estándar en uno y otro estudio, son muy parecidas e incluso algo superiores, lo cual nos indicaría un mejor comportamiento respecto a la variabilidad de los ítems; además, nos llama la atención que las desviaciones estándar en la pregunta número 6, que anteriormente hemos analizado por su peor comportamiento, son similares en ambos estudios (Tabla 27).

## **A.2.2. DESCRIPCIÓN DE LA RESPUESTA**

Si analizamos la media de la puntuación otorgada a cada uno de los ítems contestados del cuestionario, destacamos que la pregunta que ha obtenido una media más alta y por lo tanto una satisfacción mayor ha sido la pregunta 6 (“los dentistas siempre tratan a sus pacientes con respeto”) con una puntuación media de 4,36 en la escala propuesta del 1 al 5 y una desviación estándar de 0,78. Por el contrario, la pregunta que ha obtenido una media en su puntuación más baja y por lo tanto una satisfacción menor ha sido la pregunta 3 (“los dentistas cobran precios demasiado elevados”) con una media de 1,82 y una desviación estándar de 1,13. El resto de ítems han presentado valores en sus medias que han oscilado entre 2,47 y 4,13. Las preguntas que han obtenido una puntuación superior a 3 (ecuador de la escala de respuesta) y por tanto presentan unos mayores niveles de satisfacción han sido las número 2, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18 y 19; por tanto, 13 preguntas de un total de 19. Las preguntas 1, 3, 5, 8, 10 y 13 han presentado medias inferiores a 3 y por tanto, niveles de satisfacción inferiores (Ilustración 2); casi la mayoría de ellas se encuadran dentro de la escala “acceso total”, y concretamente con el coste y accesibilidad. También la pregunta que mide la satisfacción general presenta valores inferiores a 3 ( $\bar{X}=2,47$ ;  $S=0,96$ ). Respecto al análisis descriptivo de las

respuestas a cada uno de los ítems del cuestionario, los resultados se detallan en los siguientes gráficos con el porcentaje de respuestas a cada una de las 5 categorías propuestas (Preguntas 1 a 19).



**PREGUNTA 1**

**MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS DEL TEST “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”**

ITEM	VERSIÓN TRADUCIDA		VERSIÓN ORIGINAL	
	media	D.S	media	D.S
1. Hay aspectos del tratamiento dental que recibo que podrían mejorarse	2,47	0,96	3,24	1,02
2. Los dentistas muestran un cuidado especial cuando examinan a sus pacientes	4,13	0,83	3,63	0,81
3. Los dentistas cobran precios demasiado elevados	1,82	1,13	2,29	0,92
4. Algunas veces evito ir al dentista porque hacen mucho daño	3,34	1,34	3,52	1,11
5. Normalmente los pacientes tienen que esperar mucho tiempo en la clínica dental	2,49	1,15	3,26	1,03
6. Los dentistas siempre tratan a sus pacientes con respeto	4,36	0,78	3,66	0,78
7. Hay suficientes dentistas en mi zona	3,82	1,11	3,52	0,80
8. Los dentistas deberían hacer más para reducir el dolor	2,68	1,10	2,89	0,97
9. Las consultas de los dentistas están en lugares a los que es muy fácil llegar	3,74	1,11	3,72	0,74
10. Los dentistas siempre evitan a sus pacientes gastos innecesarios	2,68	1,09	2,73	0,83
11. Los dentistas no son tan exhaustivos a la hora de examinar a sus pacientes como deberían ser	3,14	1,10	3,41	0,84
12. Me atiende siempre el mismo dentista casi siempre que necesito tratamiento dental	3,35	1,15	4,03	0,86
13. Es difícil conseguir una consulta con el dentista de forma inmediata	2,59	1,29	2,90	1,14
14. Los dentistas son capaces de aliviar o curar la mayoría de problemas dentales que los pacientes le puedan presentar	4,00	0,89	3,85	0,64
15. El horario de atención de los dentistas es conveniente para la mayoría de la gente	3,73	1,05	3,43	0,93
16. Los dentistas suelen explicar en qué consistirá el tratamiento y su coste antes de iniciarlo	3,99	0,99	3,35	1,04
17. Los dentistas deberían hacer más para evitar que las personas tengan problemas dentales	3,33	1,13	2,82	0,95
18. Las consultas de los dentistas son muy modernas y disponen de las últimas tecnologías	3,89	0,86	3,85	0,64
19. No tengo miedo a sentir dolor cuando voy al dentista	3,16	1,46	2,64	1,21

**Tabla 27**

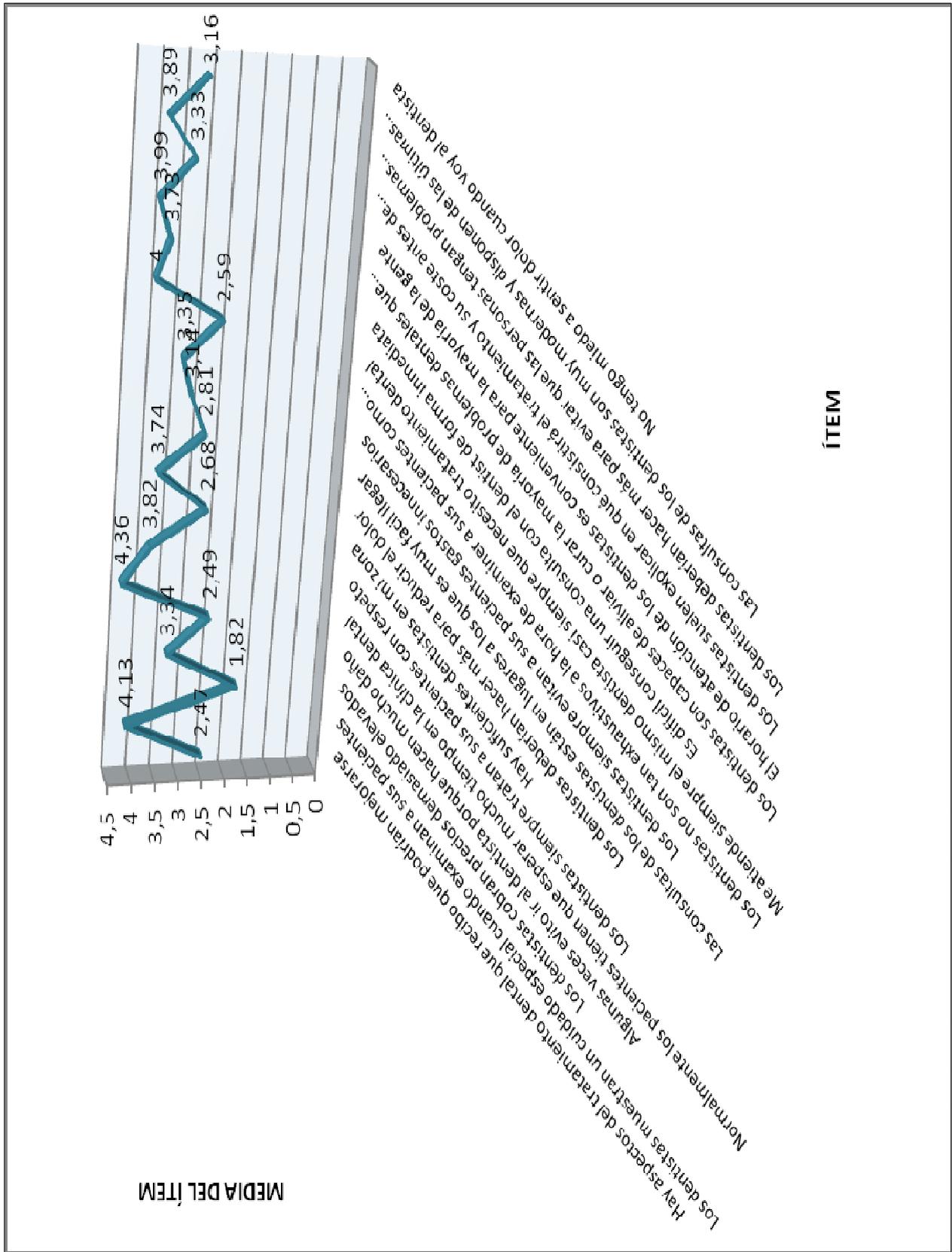
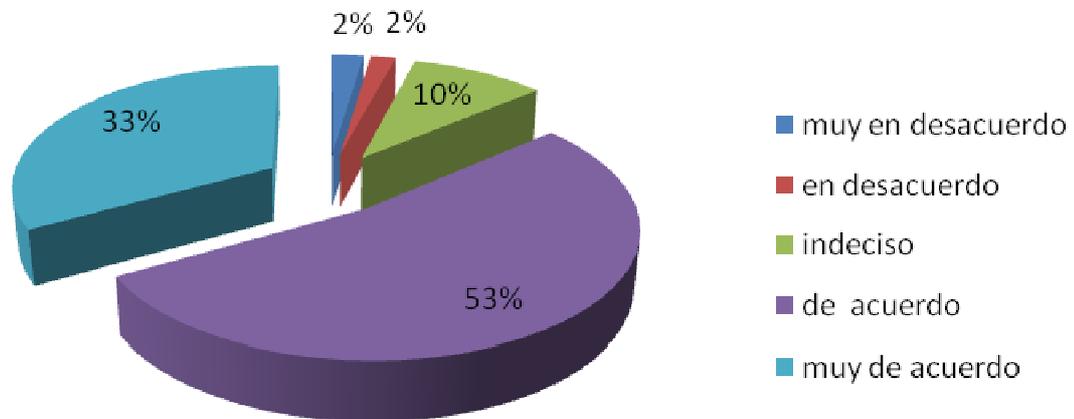


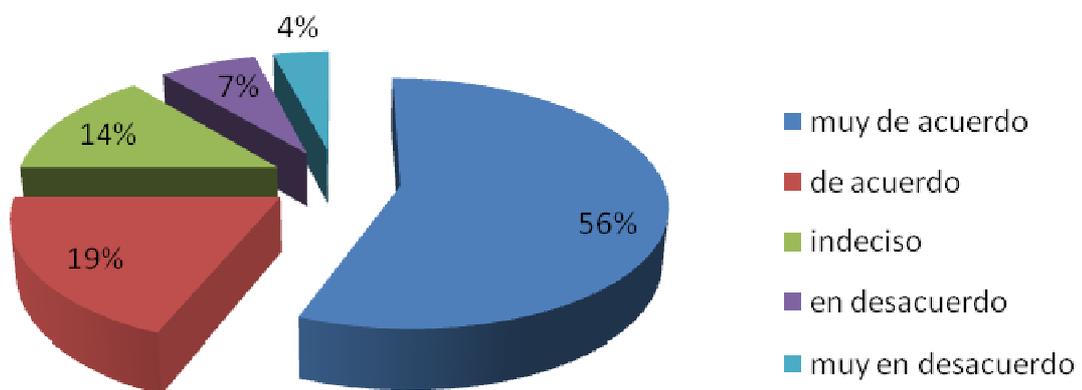
Ilustración 2

## Los dentistas muestran un cuidado especial cuando examinan a sus pacientes



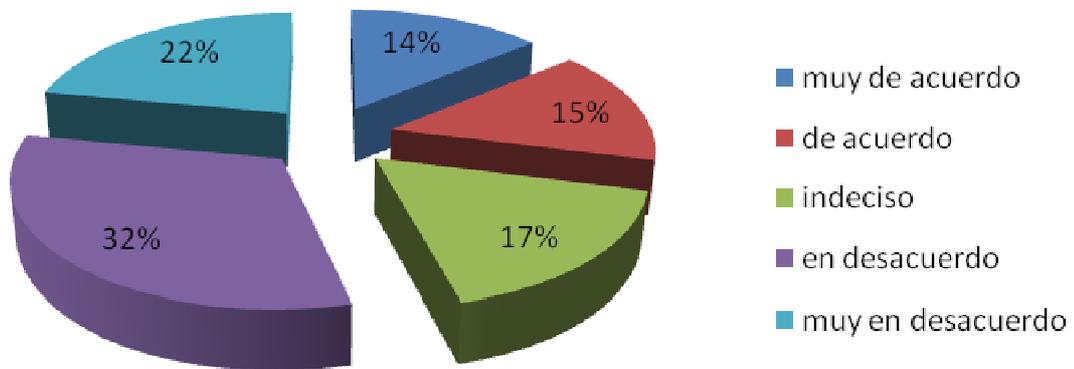
PREGUNTA 2

## Los dentistas cobran precios demasiado elevados



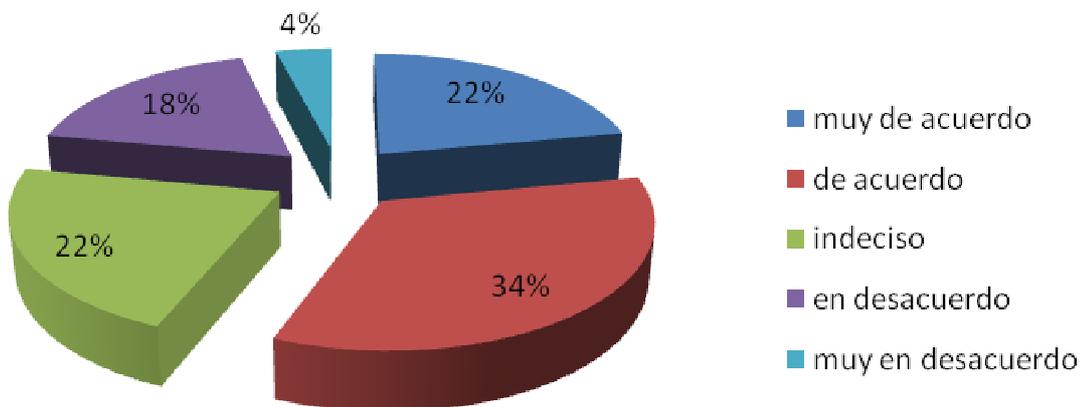
PREGUNTA 3

### Algunas veces evito ir al dentista porque me hace mucho daño



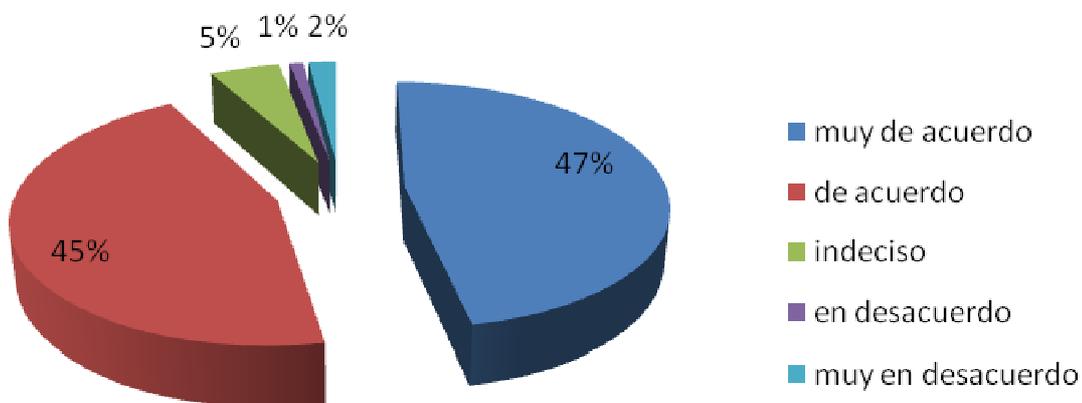
PREGUNTA 4

### Normalmente los pacientes tienen que esperar mucho tiempo en la clínica dental



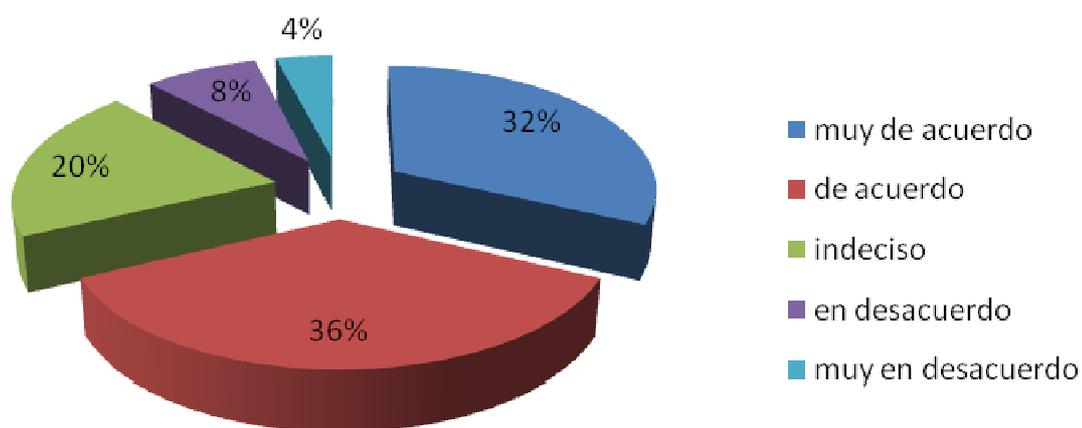
PREGUNTA 5

### Los dentistas siempre tratan a sus pacientes con respeto



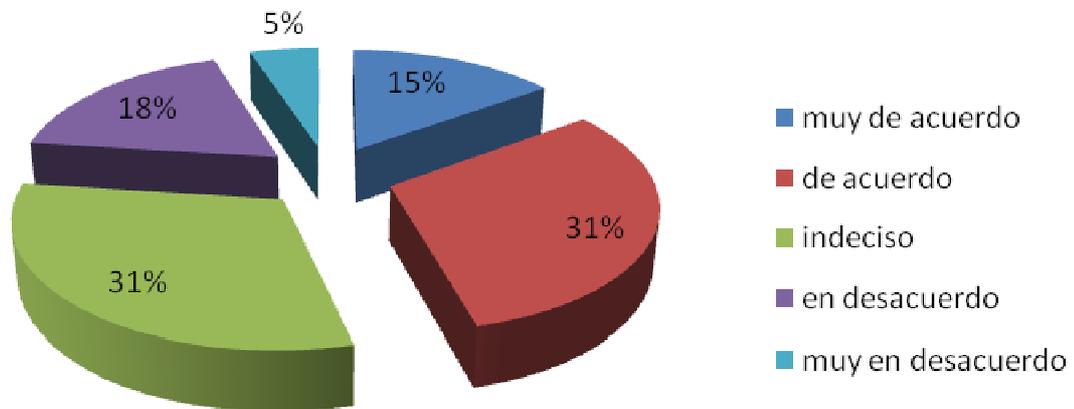
PREGUNTA 6

### Hay suficientes dentistas en mi zona



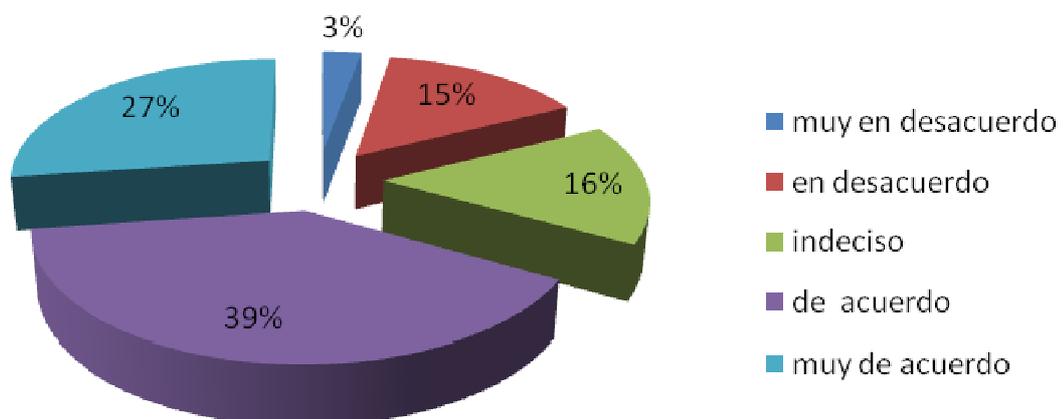
PREGUNTA 7

### Los dentistas deberían hacer más para reducir el dolor



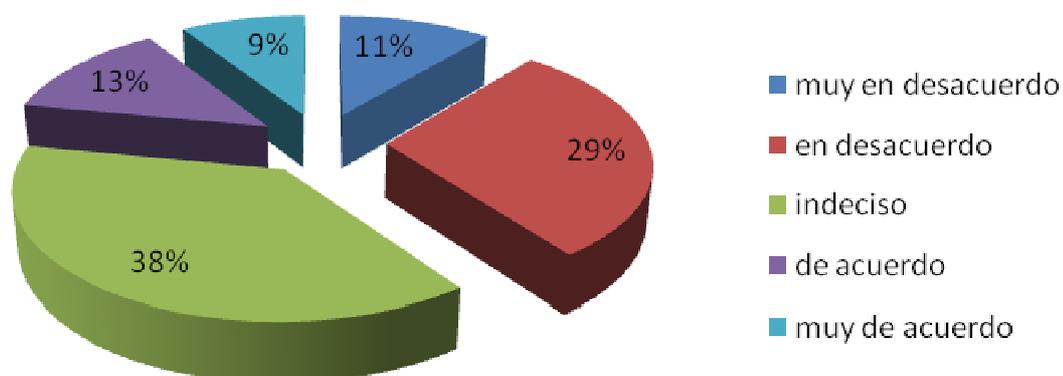
PREGUNTA 8

### Las consultas de los dentistas están en lugares a los que es muy fácil llegar



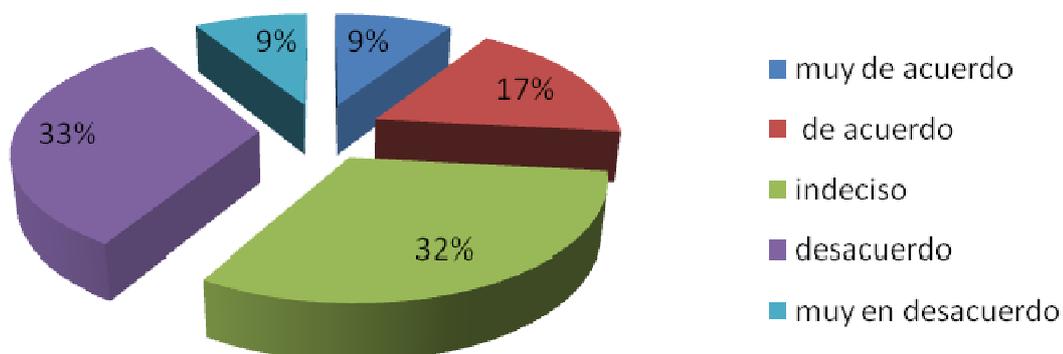
PREGUNTA 9

### Los dentistas siempre evitan a sus pacientes gastos innecesarios



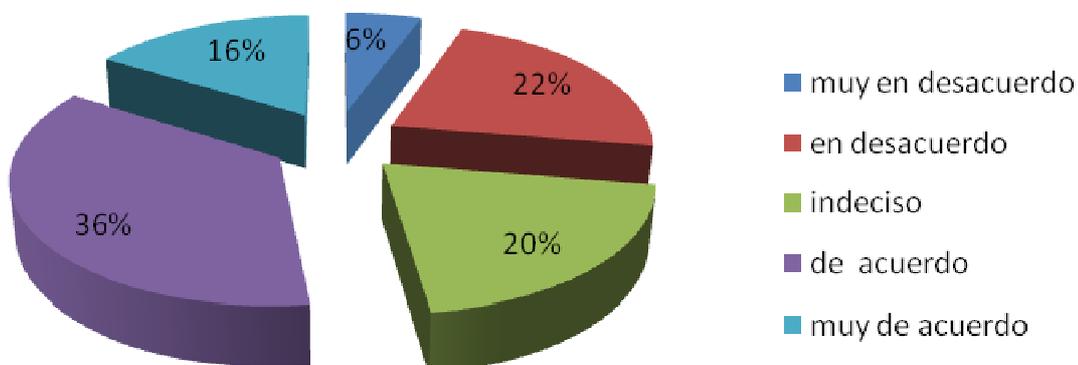
PREGUNTA 10

### Los dentistas no son tan exhaustivos a la hora de examinar a sus pacientes como debieran ser



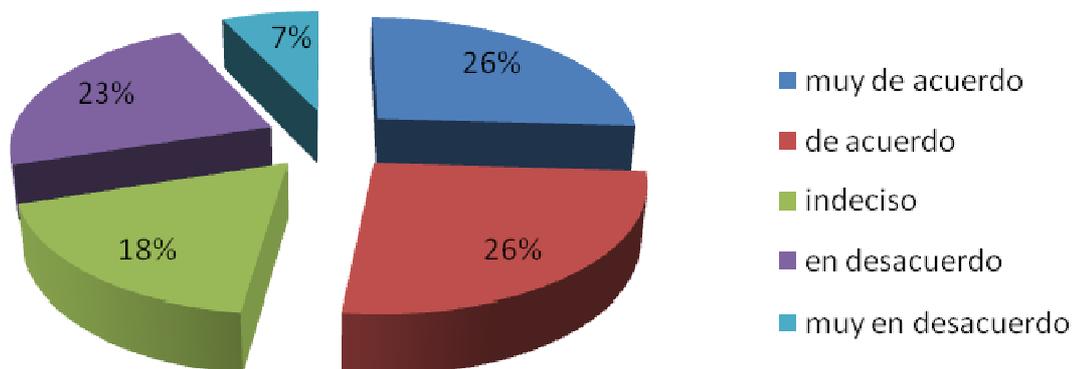
PREGUNTA 11

### Me atiende el mismo dentista casi siempre que necesito tratamiento dental



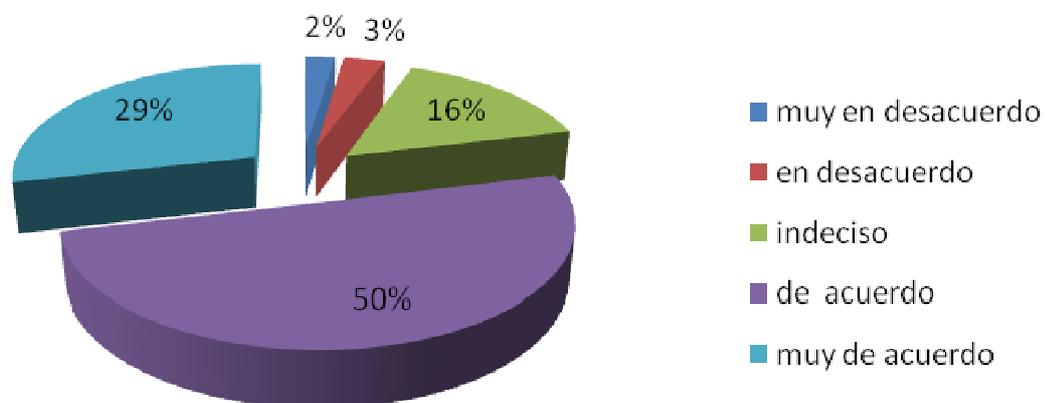
PREGUNTA 12

### Es difícil conseguir una cita con el dentista de forma inmediata



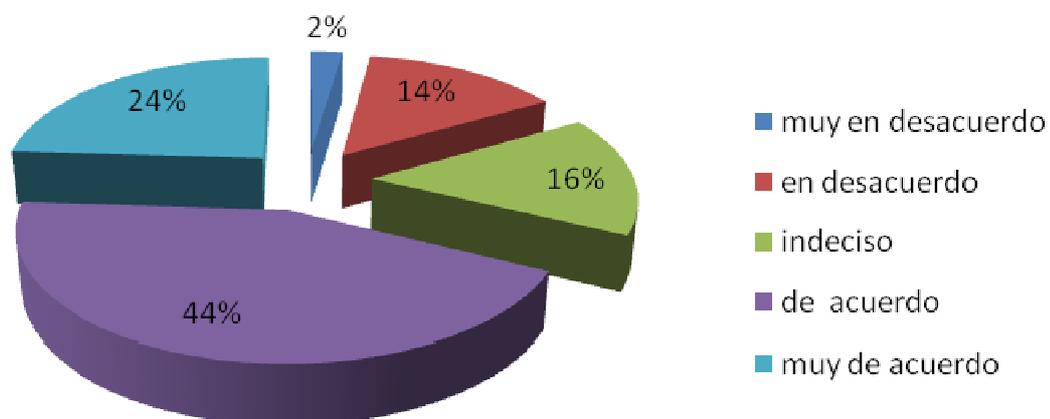
PREGUNTA 13

### Los dentistas son capaces de aliviar o curar la mayoría de problemas dentales que los pacientes le puedan presentar



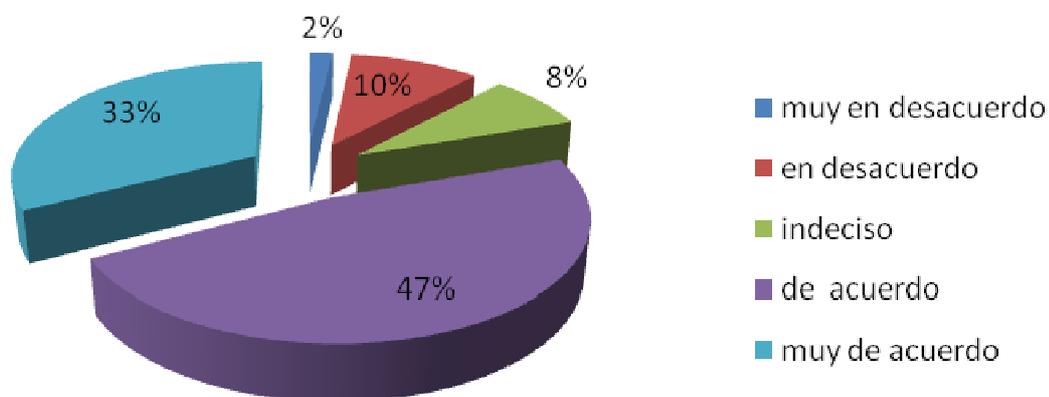
PREGUNTA 14

### El horario de atención de los dentistas es conveniente para la mayoría de la gente



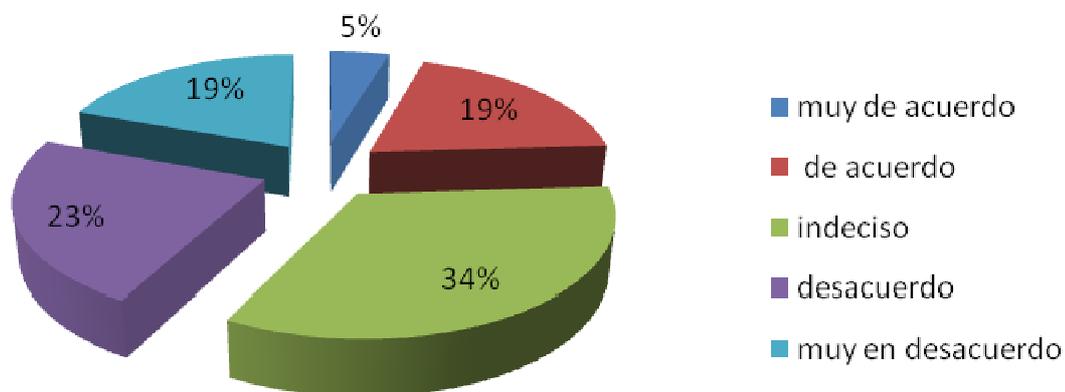
PREGUNTA 15

### Los dentistas suelen explicar en qué consistirá el tratamiento y su coste antes de iniciarlo



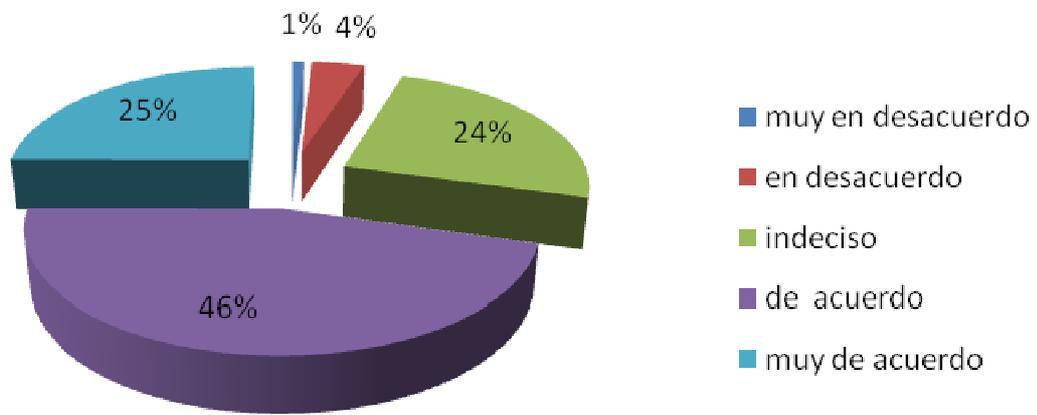
PREGUNTA 16

### Los dentistas deberían hacer más para evitar que las personas tengan problemas dentales



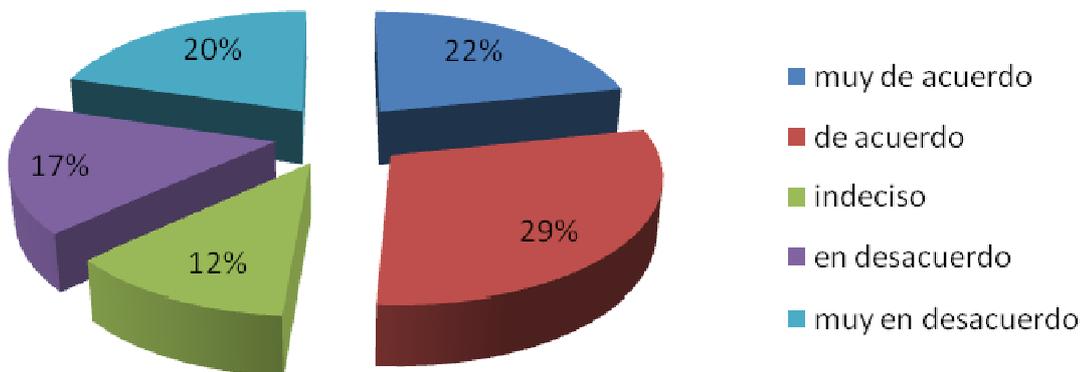
PREGUNTA 17

### Las consultas de los dentistas son muy modernas y disponen de las últimas tecnologías



PREGUNTA 18

### No tengo miedo a sentir dolor cuando voy al dentista



PREGUNTA 19

### A.2.3. RESULTADOS DEL ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DENTAL

Si analizamos las puntuaciones obtenidas en el Índice de Satisfacción Dental, el cual se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de cada uno de los 19 ítems que componen el cuestionario, encontramos la siguiente distribución (Ilustración 3). La puntuación más alta obtenida ha sido 82 (dentro de un rango donde la puntuación mínima posible es de 19 y la puntuación máxima posible es de 95). La puntuación más baja obtenida ha sido 43. La puntuación que mayor porcentaje de respuesta ha obtenido, ha sido 65 con un porcentaje de 11,1% (Tabla 28). Si analizamos dicha distribución (Ilustración 3), observamos que tanto la media ( $\bar{X}=62,84$ ), moda (con un valor de 65) y mediana (que presenta un valor de 63) prácticamente coinciden, por lo que podemos decir que nuestra distribución sigue un patrón “normal”. El rango de puntuaciones posibles se encuentra entre un mínimo de 19 (que indicaría la mínima satisfacción) y un máximo de 95 (que indicaría la máxima satisfacción). Con la finalidad de estudiar los niveles de satisfacción de la muestra, podemos dividir las puntuaciones en 4 grupos, cuyos límites los definimos en función de las 5 categorías de respuesta de la escala Likert utilizada; de esta manera los límites quedan definidos en 19 (si se contesta a todas las preguntas con una puntuación 1 “muy en desacuerdo”), 38 (si se contesta a todas las preguntas con una puntuación 2 “en desacuerdo”), 57 (si se contesta a todas las preguntas con una puntuación 3 “indeciso”), 76 (si se contesta a todas las preguntas con una puntuación 4 “de acuerdo”) y 95 (si se contesta a todas las preguntas con una puntuación 5 “muy de acuerdo”). De esta manera, observamos que el mayor porcentaje con un valor de 75,6% corresponde a la cohorte de puntuaciones comprendidas entre 57 y 75, o sea con un nivel satisfecho; igualmente llama la

atención que el porcentaje de personas muy poco satisfechas es del 0%, y que el 5% presenta niveles de satisfacción muy altos con una puntuación igual o superior a 76 (Tabla 29). Asimismo, si analizamos la distribución de dichas puntuaciones por percentiles, observamos que el 75% de personas están satisfechas con la atención odontológica recibida con puntuaciones iguales o superiores a 58 (Tabla 30).

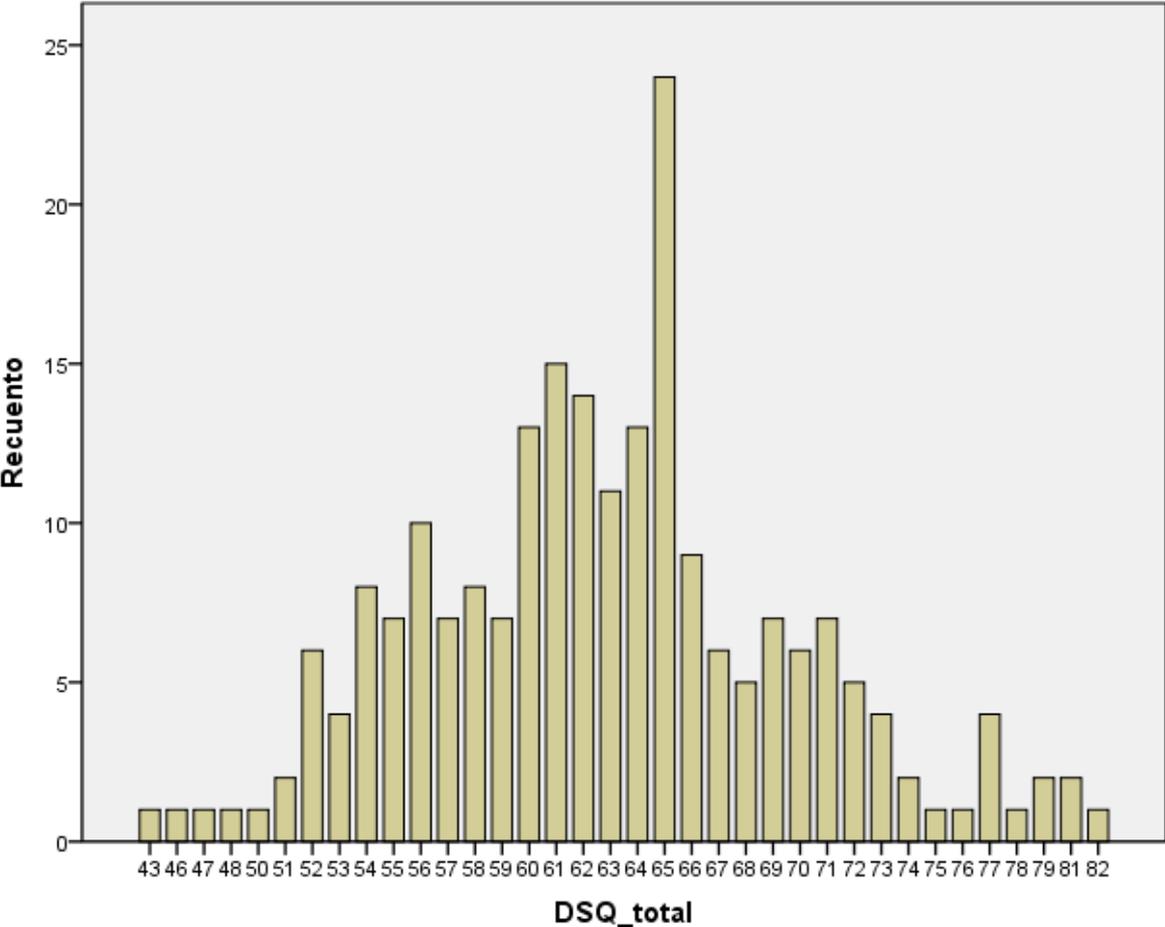


Ilustración 3

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PUNTUACIONES EN EL ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DENTAL**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE VÁLIDO</b>	<b>PORCENTAJE ACUMULADO</b>
<b>43,00</b>	1	,5	,5	,5
<b>46,00</b>	1	,5	,5	,9
<b>47,00</b>	1	,5	,5	1,4
<b>48,00</b>	1	,5	,5	1,8
<b>50,00</b>	1	,5	,5	2,3
<b>51,00</b>	2	,9	,9	3,2
<b>52,00</b>	6	2,8	2,8	6,0
<b>53,00</b>	4	1,8	1,8	7,8
<b>54,00</b>	8	3,7	3,7	11,5
<b>55,00</b>	7	3,2	3,2	14,7
<b>56,00</b>	10	4,6	4,6	19,4
<b>57,00</b>	7	3,2	3,2	22,6
<b>58,00</b>	8	3,7	3,7	26,3
<b>59,00</b>	7	3,2	3,2	29,5
<b>60,00</b>	13	6,0	6,0	35,5
<b>61,00</b>	15	6,9	6,9	42,4
<b>62,00</b>	14	6,5	6,5	48,8
<b>63,00</b>	11	5,1	5,1	53,9
<b>64,00</b>	13	6,0	6,0	59,9
<b>65,00</b>	24	11,1	11,1	71,0
<b>66,00</b>	9	4,1	4,1	75,1
<b>67,00</b>	6	2,8	2,8	77,9
<b>68,00</b>	5	2,3	2,3	80,2
<b>69,00</b>	7	3,2	3,2	83,4
<b>70,00</b>	6	2,8	2,8	86,2
<b>71,00</b>	7	3,2	3,2	89,4
<b>72,00</b>	5	2,3	2,3	91,7
<b>73,00</b>	4	1,8	1,8	93,5
<b>74,00</b>	2	,9	,9	94,5
<b>75,00</b>	1	,5	,5	94,9
<b>76,00</b>	1	,5	,5	95,4
<b>77,00</b>	4	1,8	1,8	97,2
<b>78,00</b>	1	,5	,5	97,7
<b>79,00</b>	2	,9	,9	98,6
<b>81,00</b>	2	,9	,9	99,5
<b>82,00</b>	1	,5	,5	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>217</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 28**

**DISTRIBUCIÓN DE PUNTUACIONES EN EL “ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DENTAL”  
EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN**

<b>ESCALA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MUY POCO SATISFECHO (PUNTUACIONES 19 AL 37)</b>	0
<b>POCO SATISFECHO (PUNTUACIONES DEL 38 AL 56)</b>	19,4
<b>SATISFECHO (PUNTUACIONES 57 AL 75)</b>	75,6
<b>MUY SATISFECHO (PUNTUACIONES 76 AL 95)</b>	5

Tabla 29

**DISTRIBUCIÓN POR PERCENTILES DE LAS PUNTUACIONES EN EL “ÍNDICE DE  
SATISFACCIÓN DENTAL”**

<b>PERCENTIL</b>	5	10	25	50	75	90	95
<b>PUNTUACIÓN</b>	52	54	58	63	66	72	76

Tabla 30

La media de las puntuaciones obtenidas en el Índice de Satisfacción Dental ha sido de 62,84 con una desviación estándar de 6,93 y dentro de un rango de puntuaciones posibles entre 19 y 95. Respecto al resto de escalas, obtenemos los siguientes resultados (Tabla 31): media de las puntuaciones de la escala “acceso” de 8,80 con una desviación estándar de 2,28 y un rango de puntuaciones posibles entre 3 y 15; media de la escala “disponibilidad” de 7,56 con una desviación estándar de 1,74 y un rango de puntuaciones posibles entre 2 y 10; media de la escala “coste” de 4,62 con una desviación estándar de 1,75 y un rango de puntuaciones posibles entre 2 y 10; media de la escala “manejo del dolor” de 9,17 con una desviación estándar de 3,01 dentro de un rango de puntuaciones posibles entre 3 y 15; media de la escala “calidad” de 26,84 con una desviación estándar de 2,90 y un rango de puntuaciones posibles entre 7 y 35. Las tablas 32 y 33 muestran los gráficos de las escalas con mayor rango y la comparativa entre las escalas con rangos similares se muestra en las tablas 34 y 35.

#### DESCRIPTIVOS DE LAS DIFERENTES ESCALAS DEL TEST “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
ACCESO	217	3,00	15,00	8,8065	2,28711
DISPOSIBILIDAD	217	2,00	10,00	7,5622	1,74988
COSTE	217	2,00	10,00	4,6267	1,75695
DOLOR	217	3,00	15,00	9,1797	3,01231
CALIDAD	217	15,00	34,00	26,8401	2,90318
ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DENTAL	217	43,00	82,00	62,8401	6,93259

Tabla 31

## MEDIA DE LA PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DENTAL

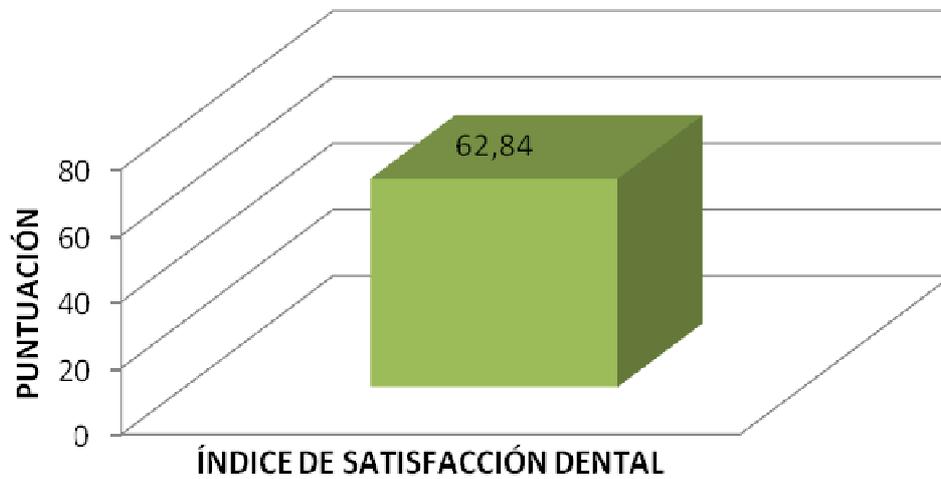


Tabla 32

## MEDIA DE LA PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA ESCALA CALIDAD

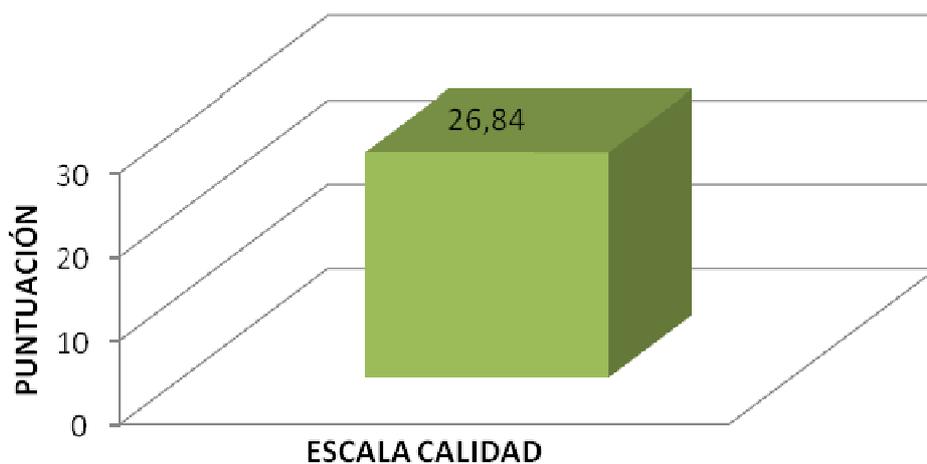


Tabla 33

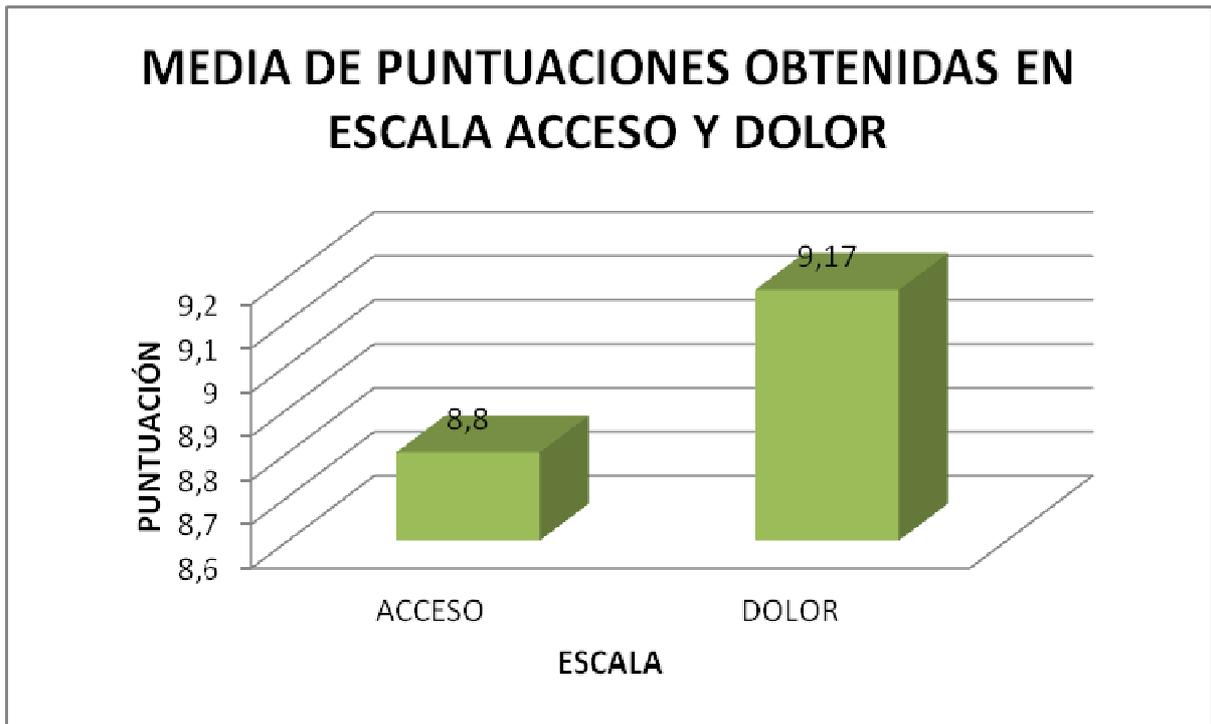


Tabla 34

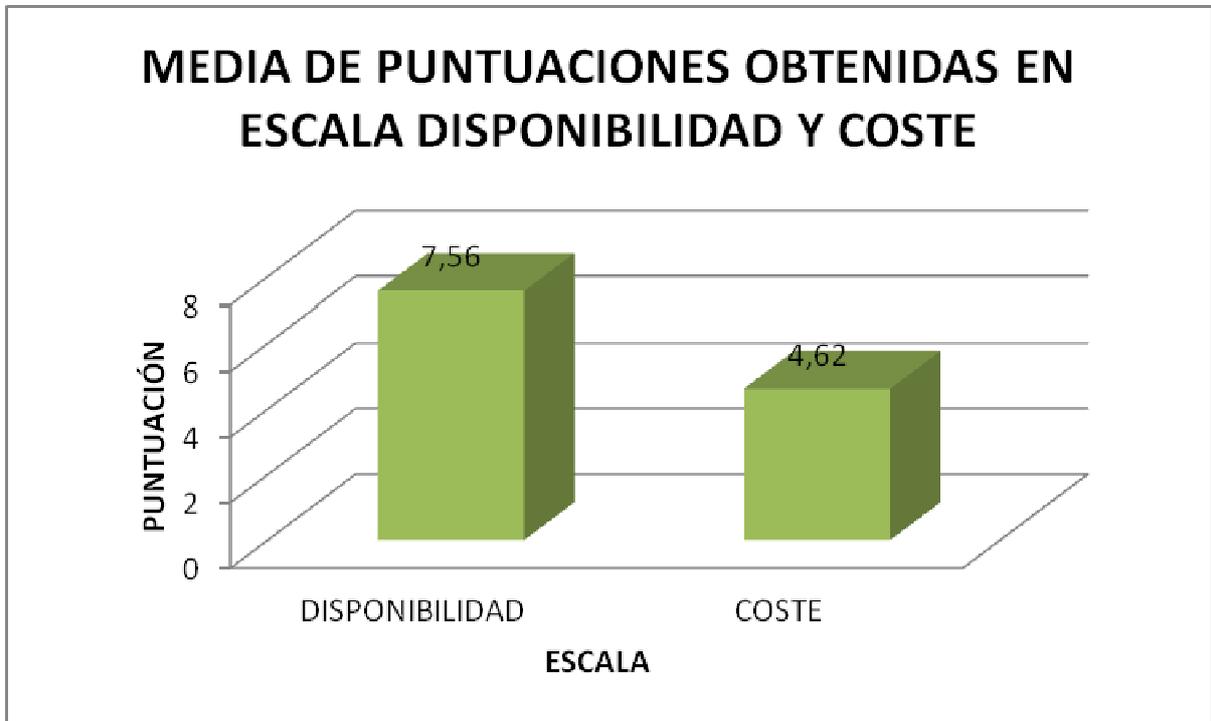


Tabla 35

A continuación, analizaremos las medias obtenidas en función de las variables socio-demográficas estudiadas. Respecto al sexo (Tablas 36, 37 y 38), la media de las puntuaciones obtenidas en el Índice de Satisfacción Dental en el sexo masculino es de 63,11 (con una desviación estándar de 7,17), ligeramente superior a la obtenida en el sexo femenino que es de 62,70 (con una desviación estándar de 6,83). Sin embargo, al analizar estos resultados mediante la prueba t de Student, encontramos que esta diferencia no es significativa ( $p>0,05$ ), al igual que en el resto de escalas, donde observamos que las medias de las puntuaciones obtenidas son muy similares en ambos sexos.

### ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS ESCALAS DEL TEST “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”

	SEXO	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	ERROR TÍPICO DE LA MEDIA
ACCESO	1	71	8,8873	2,08771	,24777
	2	146	8,7671	2,38397	,19730
DISPONIBILIDAD	1	71	7,4648	1,66331	,19740
	2	146	7,6096	1,79414	,14848
COSTE	1	71	4,6761	1,53785	,18251
	2	146	4,6027	1,85873	,15383
DOLOR	1	71	9,5634	2,71889	,32267
	2	146	8,9932	3,13709	,25963
CALIDAD	1	71	26,6197	2,55995	,30381
	2	146	26,9473	3,05883	,25315
ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DENTAL	1	71	63,1127	7,17844	,85192
	2	146	62,7075	6,83107	,56534

Tabla 36. Sexo: 1. Hombre, 2. Mujer.

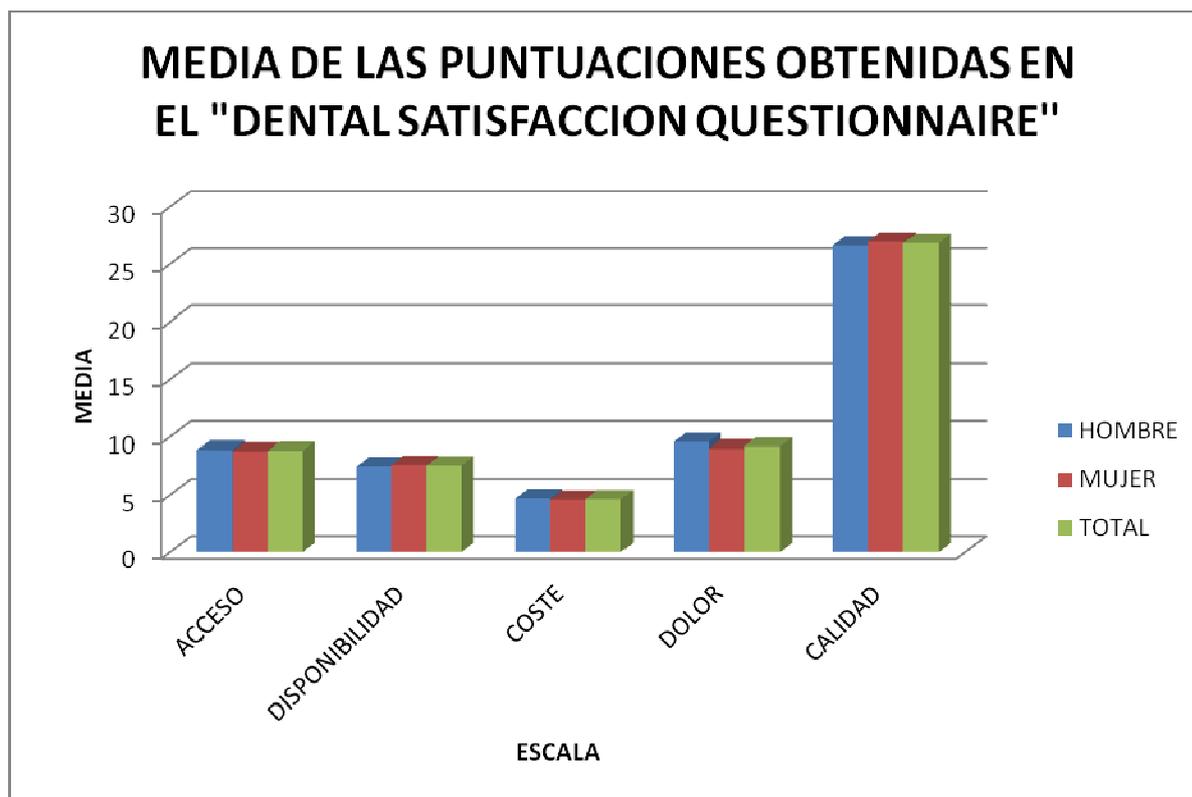


Tabla 37

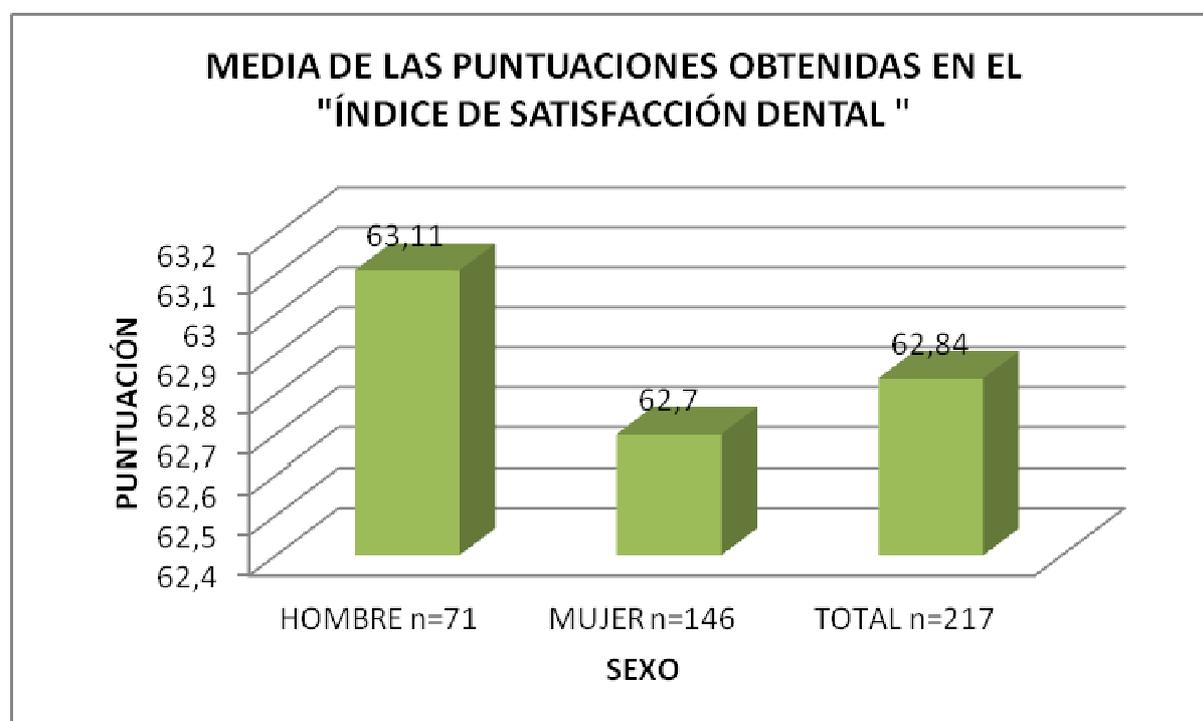


Tabla 38

Si comparamos las medias de las puntuaciones obtenidas en función del nivel de estudios (Tabla 39), observamos que el grupo “sin estudios” presenta una mayor satisfacción que el resto de grupos al obtener una media de 65,84 (desviación estándar de 6,34), siendo superior a la media global; el resto de grupos presentan los siguientes valores: grupo con estudios de “primaria” ( $\bar{X}=64,41$ ;  $S=7,44$ ), grupo con estudios de “secundaria” ( $\bar{X}=61,28$ ;  $S=5,54$ ), grupo con estudios de “formación profesional” ( $\bar{X}=61,4$ ;  $S=62,28$ ), grupo con estudios de “universidad” ( $\bar{X}=62,28$ ;  $S=7,00$ ). Sin embargo al analizar estos resultados mediante el test ANOVA observamos que estas diferencias no son significativas ( $p>0,05$ ), al igual que en el resto de escalas (acceso, coste, dolor y calidad) excepto en escala “disponibilidad” ( $p=0,006$ ). Mediante el test de Bonferroni, observamos que en esta última escala, las diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,031$ ) se encuentran entre los grupos de “primaria” y “secundaria”, siendo los primeros los que presentan una mayor satisfacción ( $\bar{X}=8,05$ ;  $S=1,72$ ) que los segundos ( $\bar{X}=7,05$ ;  $S=1,93$ ).

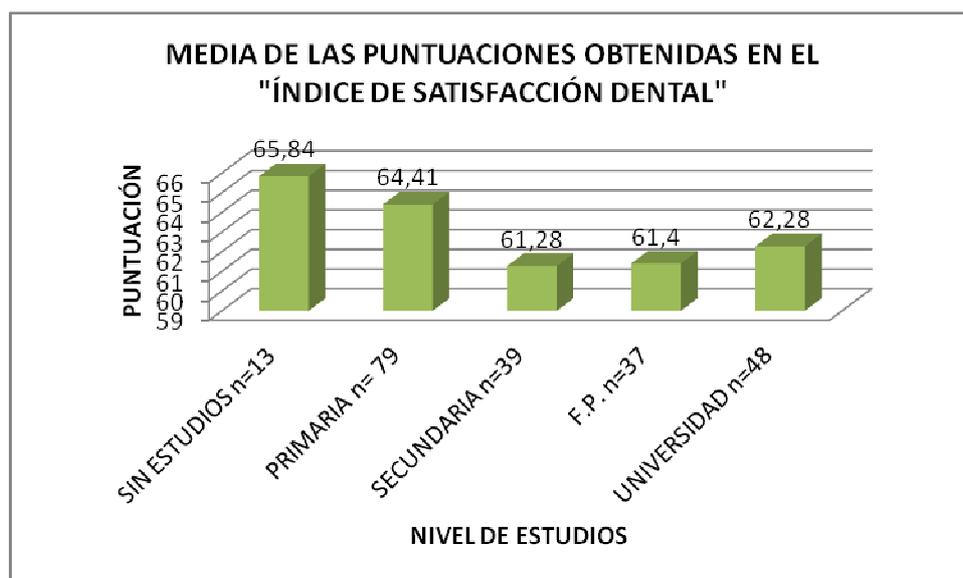


Tabla 39

Si comparamos las medias de las puntuaciones en función del estado de convivencia, observamos que los que viven en pareja presentan mayores índices de satisfacción que el resto de grupos ( $\bar{X}=63,36$ ;  $S=6,78$ ), con un valor superior a la media global (Tabla 40). Respecto al resto de grupos, los valores obtenidos son: grupo de personas que viven solas ( $\bar{X}=62,83$ ;  $S=5,69$ ), grupo que convive con otras personas ( $\bar{X}=61,67$ ;  $S=7,64$ ). Al analizar si las diferencias encontradas son estadísticamente significativas, al realizar el test ANOVA observamos que sí lo son en la escala “acceso” ( $p=0,03$ ), y que al aplicar el test de Bonferroni, observamos que las diferencias significativas ( $p=0,02$ ) se encuentran entre los grupos “vive en pareja” ( $\bar{X}=9,18$ ;  $S=2,23$ ) y “convive con otras personas” ( $\bar{X}=8,00$ ;  $S=2,22$ ).

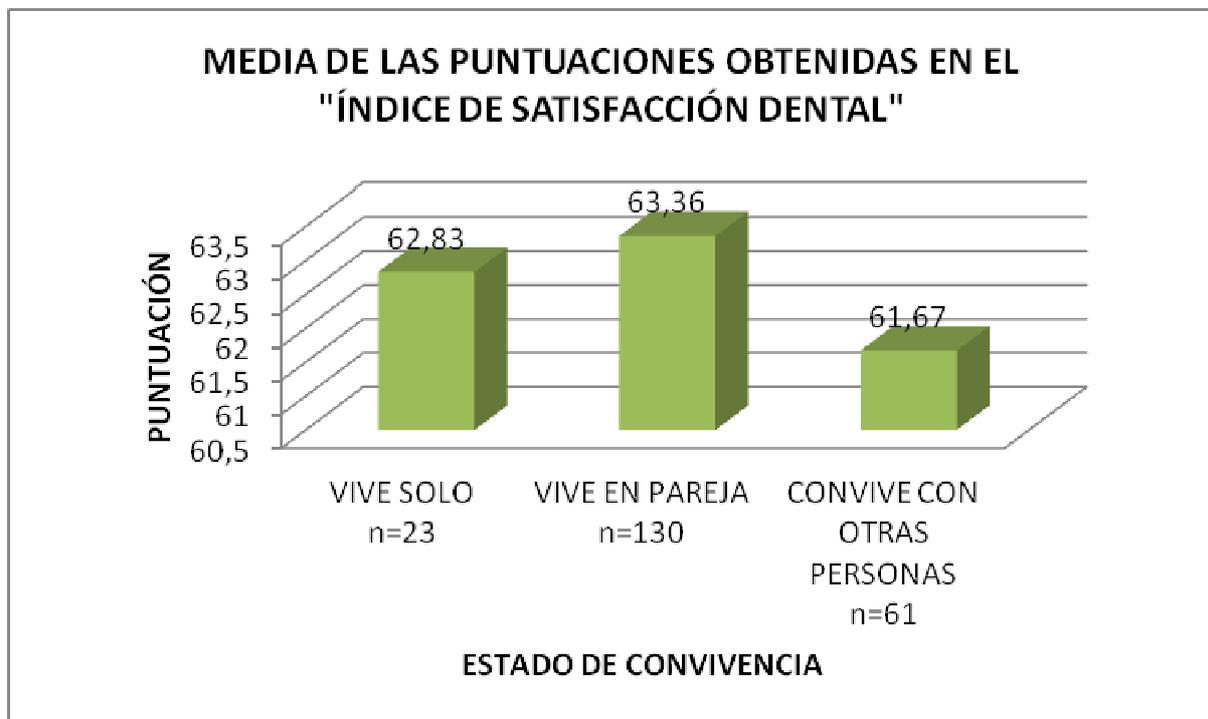


Tabla 40

Si analizamos las medias de las puntuaciones en función de la residencia, observamos que son muy parecidas tanto en los que residen en el ámbito urbano como en el rural (Tabla 41), aunque es ligeramente superior en los que residen en la ciudad ( $\bar{X}=62,69$ ;  $S=5,90$ ) respecto a los que residen a nivel rural ( $\bar{X}=62,66$ ;  $S=7,05$ ). Al analizar los resultados mediante la prueba t de Student, observamos que las diferencias existentes entre ambos grupos no son estadísticamente significativas, pero al analizar por escalas encontramos diferencias estadísticamente significativas en la escala "acceso" ( $p=0,003$ ) entre ambos grupos, siendo la satisfacción mayor en los que residen en el ámbito rural ( $\bar{X}=10,04$ ;  $S=2,05$ ) que en los que residen en ámbito urbano ( $\bar{X}=8,57$ ;  $S=2,25$ ).

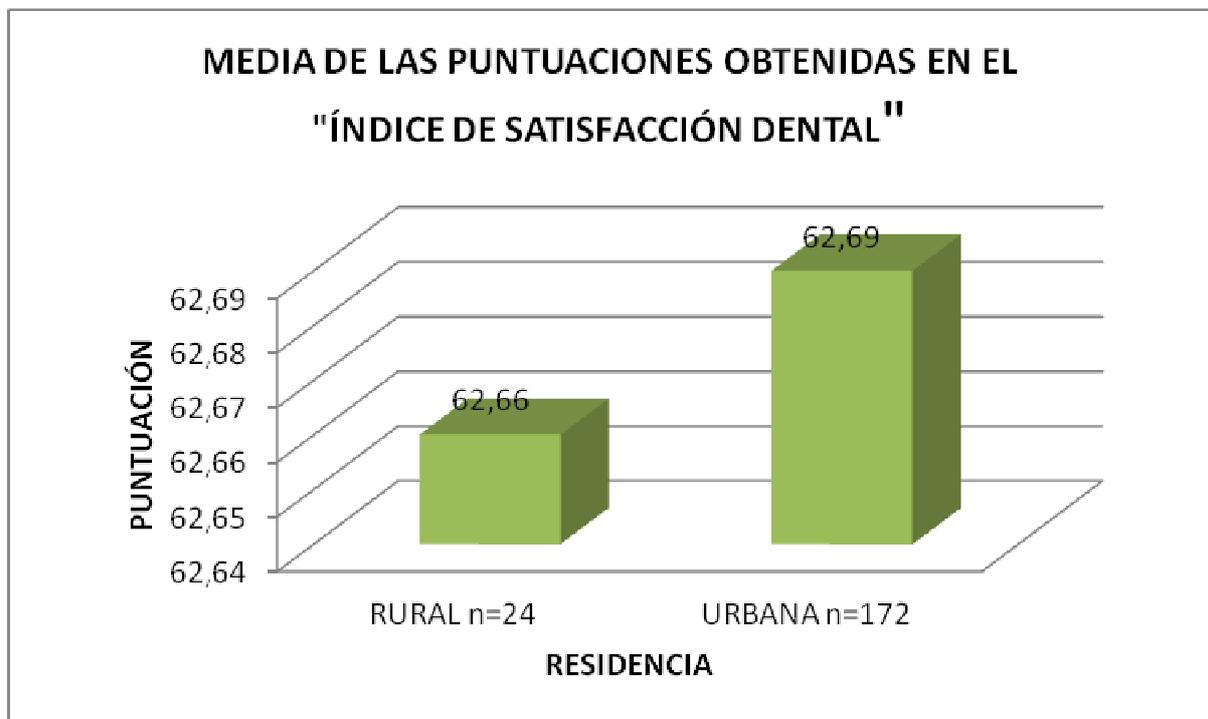


Tabla 41

Respecto a las medias de las puntuaciones obtenidas en función de la frecuencia al dentista, observamos que el grupo que acude 1 vez al año ( $\bar{X}=64,04$ ;  $S=7,46$ ) presenta un mayor índice de satisfacción que el resto de grupos (Tabla 42), los cuales presentaron los siguientes valores: el grupo que no había visitado nunca al dentista ( $\bar{X}=63,85$ ;  $S=5,24$ ), los que habían acudido con una frecuencia inferior a 1 año ( $\bar{X}=62,09$ ;  $S=7,04$ ) y los que lo habían hecho con una frecuencia superior a 1 año ( $\bar{X}=62,18$ ;  $S=5,62$ ). Sin embargo, al analizar los resultados mediante el test ANOVA, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los 4 grupos ( $p>0,05$ ).

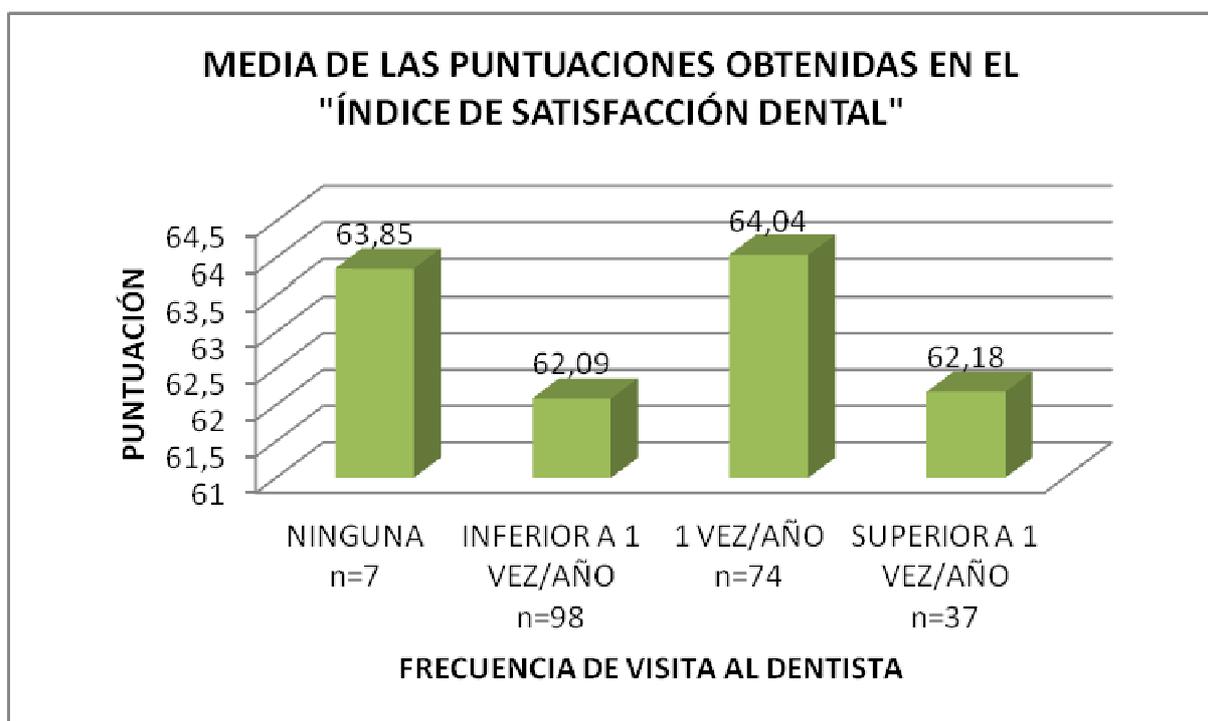
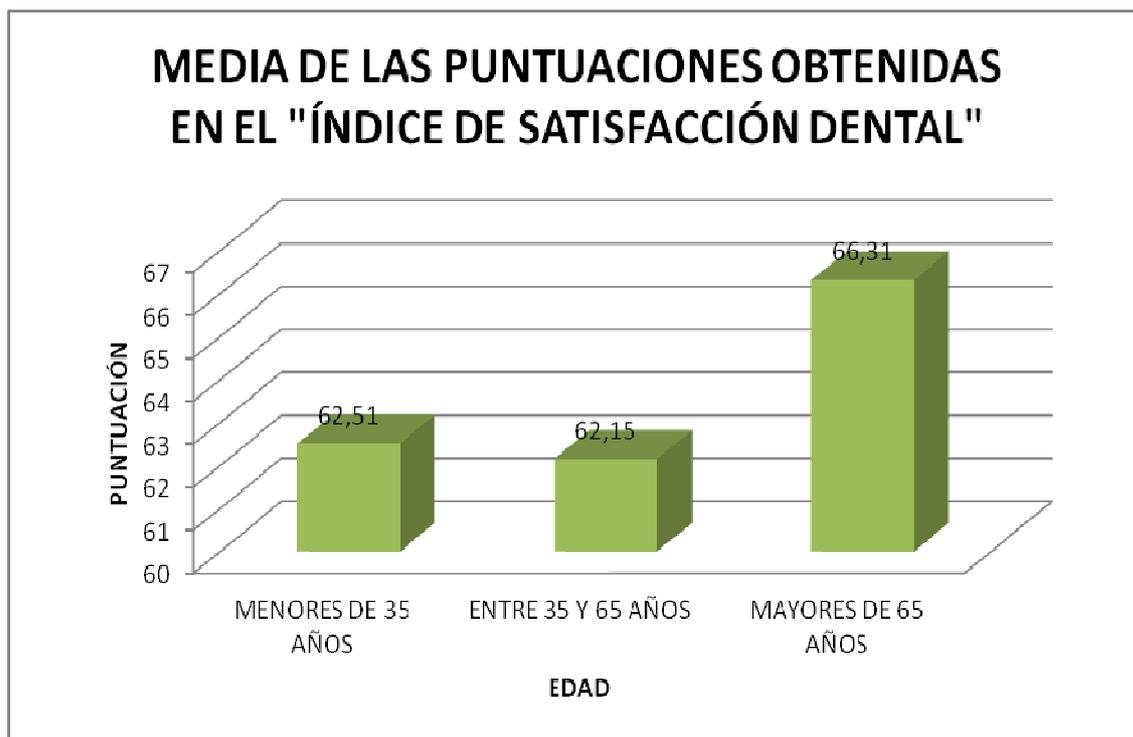


Tabla 42

Por último, para poder analizar mejor la relación entre las puntuaciones obtenidas y la edad, agrupamos las edades creando tres cohortes: personas con edades inferiores o igual a 35 años, personas con edades comprendidas entre los 36 y 65 años, y personas con edades superiores a 65 años. Si analizamos las medias de las puntuaciones obtenidas en función de la edad, observamos que el grupo de personas mayores de 65 años son los que presentan niveles superiores de satisfacción ( $\bar{X}=66,31$ ;  $S=7,06$ ) respecto al resto de grupos (Tabla 43): menores o con edades de 35 años ( $\bar{X}=62,51$ ;  $S=6,14$ ) y grupo con edades comprendidas entre 36 y 65 años ( $\bar{X}=62,15$ ;  $S=6,95$ ). Al analizar estas diferencias mediante el test ANOVA, observamos que son estadísticamente significativas en las escalas “Índice de Satisfacción Dental” ( $p=0,008$ ), “coste” ( $p=0,008$ ) y “disponibilidad” ( $p=0,017$ ). Mediante pruebas “post hoc”, concretamente el test de Bonferroni, determinamos dónde se encuentran esas diferencias. Respecto a la escala “disponibilidad”, las diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,015$ ) se observan entre el grupo con edades mayores de 65 años, que presentan una mayor satisfacción ( $\bar{X}=8,37$ ;  $S=1,75$ ), y el grupo compuesto por personas con edades comprendidas entre 36 y 65 años ( $\bar{X}=7,41$ ;  $S=1,76$ ). Respecto al “coste”, las diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,009$ ) se encuentran igualmente entre el grupo de personas mayores de 65 años, que presentan una mayor satisfacción ( $\bar{X}=5,40$ ;  $S=1,81$ ), y el grupo compuesto por edades entre 36 y 65 años ( $\bar{X}=4,38$ ;  $S=1,75$ ). Respecto al “Índice de satisfacción Dental”, las diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,006$ ) se encuentran entre el grupo de personas mayores de 65 años ( $\bar{X}=66,31$ ;  $S=7,06$ ) y el grupo de personas con edades comprendidas entre los 36 y 65 años ( $\bar{X}=62,15$ ;  $S=6,95$ ); entre el grupo de edad menor de 35 años y el grupo de edad superior a 65 años el valor p es igual a 0,05.



**Tabla 43**

En el estudio también recogimos los datos de CAOD, Índice de Restauración (IR) e Índice Periodontal Comunitario (CPI), con el fin de encontrar posibles diferencias en las puntuaciones del Índice de Satisfacción Dental en función del estado bucodental. Al relacionar estas variables con las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas del cuestionario, encontramos las siguientes correlaciones (Tabla 44):

1. Existe una correlación positiva con un valor  $r=0,147$  entre la escala "manejo del dolor" y el Índice de Restauración (IR), de manera que las personas con mayores valores en este índice presentan mejores niveles de satisfacción respecto al manejo del dolor. Y además, observamos que este índice presenta una correlación negativa ( $r=-1,31$ ) con el coste. Aunque estas correlaciones presentan valores bajos que no permiten tenerlos en consideración, sí que podemos observar en ellos una cierta

tendencia, y esta tendencia podemos interpretarla de manera que las personas que presenta tratamiento restaurador mejoran su satisfacción respecto al dolor pero empeoran su percepción respecto al coste.

2. Existe una correlación positiva con un valor  $r=0,172$  entre el índice CAOD y la calidad, de manera que las personas que presentan mayores niveles de satisfacción respecto a la calidad del tratamiento (que mide las dimensiones competencia técnica profesional, trato interpersonal y resultado) son las que presentan un CAOD mayor. Esta correlación positiva también la encontramos con la escala Índice de Satisfacción Dental ( $r=0,167$ ). Al igual que en el caso anterior, su bajo valor no permite tenerlas en consideración.

CORRELACIONES ENTRE LAS ESCALAS DEL CUESTIONARIO Y EL ESTADO BUCODENTAL				
		CAOD	IR	CPI
ACCESO	Correlación de Pearson	-,045	,049	-,050
	Sig. (bilateral)	,528	,498	,484
	N	199	196	196
DISPONIBILIDAD	Correlación de Pearson	,068	-,092	,027
	Sig. (bilateral)	,340	,198	,712
	N	199	196	196
COSTE	Correlación de Pearson	,079	-,131	,105
	Sig. (bilateral)	,269	,068	,141
	N	199	196	196
DOLOR	Correlación de Pearson	,126	,147*	,101
	Sig. (bilateral)	,076	,040	,157
	N	199	196	196
CALIDAD	Correlación de Pearson	,172*	,092	,022
	Sig. (bilateral)	,015	,200	,758
	N	199	196	196
ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DENTAL	Correlación de Pearson	,167*	,064	,096
	Sig. (bilateral)	,019	,371	,183
	N	199	196	196

Tabla 44. \* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

## B. ÍNDICE DE DISCRIMINACIÓN

Todo análisis del proceso de respuesta debe incluir lo que se conoce como Índice de Discriminación (Tabla 45), para lo cual se seleccionan dos grupos de personas con puntuaciones totales extremas (33% con puntuación superior y 33% con puntuación inferior) y se compara su comportamiento respecto a cada ítem. Según el mismo, cabría esperar el siguiente razonamiento: aquellas personas con puntuaciones totales altas deberían haber elegido las categorías de respuesta más altas de los ítems, y viceversa, aquellas con puntuaciones totales más bajas deberían haber elegido las categorías de respuesta más bajas de los ítems. Al analizar este índice en nuestro estudio, comprobamos que todos presentan valores positivos excepto la pregunta número 17 (“los dentistas deberían hacer más para evitar que las personas tengan problemas dentales”), la cual presenta valor negativo. Según el razonamiento del Índice de Discriminación, este ítem presenta un mal comportamiento ya que concretamente en este caso, las personas con puntuaciones totales más bajas eligieron categorías de respuesta más elevadas en este ítem. Respecto al resto de ítems, presentan valores positivos entre 0,30 y 1,56; las preguntas referidas al dolor (4, 8, 19), 15 (acceso) y 16 (calidad de tratamiento) son las que presentan valores más altos por lo que son las que presentan mayor poder de discriminación ya que presentan valores cercanos a 1 (es decir, hay al menos 1 categoría de diferencia entre el grupo con puntuaciones totales más altas y el grupo con puntuaciones totales más bajas). La pregunta 1 y 6 presenta un poder de discriminación bajo al presentar valores de 0,45 y 0,30 respectivamente.

**ÍNDICE DE DISCRIMINACIÓN DE LOS 19 ÍTEMS DEL TEST DE SATISFACCIÓN  
“DENTAL SATISFACTION QUESTIONAIRE”**

ÍTEM	1/3 INFERIOR	1/3 MEDIO	1/3 SUPERIOR	ÍNDICE DE DISCRIMINACIÓN
	n=63 MEDIA	n=67 MEDIA	n=87 MEDIA	
1.	2,30	2,28	2,75	0,45
2.	3,67	4,13	4,46	0,79
3.	1,51	1,52	2,28	0,77
4.	2,46	3,28	4,02	1,56
5.	1,98	2,40	2,92	0,94
6.	4,22	4,27	4,52	0,30
7.	3,60	3,69	4,09	0,49
8.	2,13	2,61	3,14	1,01
9.	3,29	3,72	4,08	0,79
10.	2,41	2,73	3,15	0,74
11.	2,78	3,24	3,33	0,55
12.	2,89	3,22	3,78	0,89
13.	2,32	2,57	2,80	0,48
14.	3,67	3,87	4,33	0,66
15.	3,10	3,67	4,23	1,13
16.	3,38	4,03	4,40	1,02
17.	3,33	3,49	3,21	-0,12
18.	3,56	3,93	4,11	0,55
19.	2,24	3,24	3,76	1,52

Tabla 45

## C. ANÁLISIS DE LA CONSISTENCIA INTERNA

Un cuestionario que pretenda medir un aspecto cualitativo mediante la suma de las puntuaciones obtenidas en cada una de sus preguntas, debe estar compuesto por ítems consistentes entre sí. Una forma de analizar esa consistencia interna es mediante el análisis del coeficiente de fiabilidad “*alpha* de Cronbach”. En nuestro estudio, el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach presenta un valor para los 19 ítems que componen la escala de 0,559 (Tabla 46). Si analizamos este valor en cada una de las otras escalas (Tabla 47) que componen el cuestionario, observamos niveles medianamente aceptables en la escala “manejo del dolor” e “Índice de Satisfacción Dental”, y bajos en el resto de escalas. Asimismo, partiendo del cálculo del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, podemos analizar las variaciones del mismo si elimináramos cualquiera de los ítems de la escala. De esta forma, si elimináramos un ítem consistente con los demás (Tabla 48), el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach disminuiría, mientras que si lo hacemos con un ítem que no es consistente con los demás, este mismo coeficiente aumentaría. Si eliminamos las preguntas 13 (“es difícil conseguir una consulta con el dentista de forma inmediata”) y 17 (“los dentistas deberían hacer más para evitar que las personas tengan problemas dentales”) el valor del coeficiente aumenta considerablemente, mientras que si eliminamos las preguntas 7 y 11 lo hace con una variación mínima, por lo que debemos considerarlas a todas ellas como ítems no consistentes con el resto de la escala; si eliminamos el ítem 11 y 17 (que se encuentran englobados dentro de la escala “calidad”), el  $\alpha$  de Cronbach de la escala “calidad” aumenta considerablemente a un nivel aceptable ( $\alpha=0,527$ ), con lo que mientras el resto de ítems de esta escala (2, 6, 14, 16, 17

y 18) se muestran consistentes entre sí con un nivel aceptable, el 11 y 17 no lo hacen. Respecto a la escala “acceso” (ítems 5, 13 y 15), si eliminamos la pregunta 13, el resto de ítems de la escala presentan un coeficiente de fiabilidad muy bajo ( $\alpha=0,223$ ).

<b>CRONBACH'S ALPHA</b>	<b>CRONBACH'S ALPHA BASED ON STANDARDIZED ÍTEMS</b>	<b>N OF ÍTEMS</b>
,559	,567	19

Tabla 46

### **COEFICIENTES DE FIABILIDAD DE CADA UNA DE LAS ESCALAS DEL TEST “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”**

<b>ESCALA</b>	<b><math>\alpha</math> DE CRONBACH</b>
<b>ACCESO</b>	0,327
<b>DISPONIBILIDAD</b>	0,417
<b>COSTE</b>	0,405
<b>MANEJO DEL DOLOR</b>	0,653
<b>CALIDAD</b>	0,297
<b>ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DENTAL</b>	0,559

Tabla 47

**ANÁLISIS DE LA CONSISTENCIA INTERNA DE LA ESCALA DE 19 ÍTEMS DEL TEST  
“DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”**

ITEM	SCALE MEAN IF ÍTEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ÍTEM DELETED	CORRECTED ÍTEM- TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	CRONBACH'S ALPHA IF ÍTEM DELETED
1.	60,37	45,122	,157	,206	,549
2.	58,71	44,123	,292	,200	,533
3.	61,02	44,538	,150	,203	,551
4.	59,50	40,107	,362	,356	,509
5.	60,35	43,056	,245	,263	,535
6.	58,48	46,427	,098	,148	,557
7.	59,02	45,704	,076	,227	,563
8.	60,16	41,810	,357	,366	,516
9.	59,10	43,809	,210	,215	,541
10.	60,03	45,048	,124	,241	,555
11.	59,70	46,045	,054	,262	,566
12.	59,49	43,218	,232	,198	,537
13.	60,25	46,932	-,031	,202	,586
14.	58,84	44,523	,233	,220	,539
15.	59,11	42,001	,363	,312	,516
16.	58,85	42,829	,328	,280	,524
17.	59,51	49,788	-,188	,231	,605
18.	58,95	44,804	,220	,222	,541
19.	59,68	39,777	,335	,277	,513

Tabla 48

ITEM	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
1.	1,00	,010	,054	,259	,197	,064	-,004	,251	,084	,026	,169	-,160	,079	,106	,005	,024	-,236	-,074	,053
2.	,010	1,00	,143	,130	,060	,201	,005	,045	,032	,048	,222	,179	-,062	,133	,135	,192	,048	,168	,147
3.	,054	,143	1,00	-,045	,083	-,029	,100	-,024	,052	,254	,081	,074	,137	,180	,091	,086	-,058	,052	-,034
4.	,259	,130	-,045	1,00	,318	-,012	-,022	,459	,115	-,015	,202	,069	,065	,009	,132	,044	-,118	,056	,380
5.	,197	,060	,083	,318	1,00	-,130	-,038	,283	-,001	,057	,102	,014	,242	-,066	,126	,183	-,229	,001	,126
6.	,064	,201	-,029	-,012	-,130	1,00	,156	-,075	,014	,082	-,027	,158	-,120	,102	,048	,127	,076	,132	-,014
7.	-,004	,005	-,100	-,022	-,038	,156	1,00	,015	,264	,072	-,029	,248	-,015	,004	,154	,003	-,094	,005	-,072
8.	,251	,045	-,024	,459	,283	-,075	,015	1,00	,184	-,028	,196	,085	-,021	,118	,182	,168	-,251	,013	,350
9.	,084	,032	,052	,115	-,001	,014	,264	,184	1,00	,031	-,069	,036	-,142	,070	,279	,177	,011	,049	,113
10.	,026	,048	,254	-,015	,057	,082	,072	-,028	,031	1,00	-,212	,139	-,188	,119	,027	,161	,037	,205	,066
11.	,169	,222	,081	,202	,102	-,027	-,029	,196	-,069	-,212	1,00	-,021	,061	,110	,135	-,067	,184	-,176	,070
12.	-,160	,179	,074	,069	,014	,158	,248	,085	,036	,139	-,021	1,00	,047	,038	,079	,149	,060	,127	,121
13.	,079	-,062	,137	,065	,242	-,120	-,015	-,021	-,142	-,188	,061	,047	1,00	-,103	,044	-,017	-,112	-,106	-,069
14.	,106	,133	,180	,009	-,066	,102	,004	,118	,070	,119	,110	,038	-,103	1,00	,257	,243	-,128	,231	,130
15.	,005	,135	,091	,132	,126	,048	,154	,182	,279	,027	-,135	,079	,044	,257	1,00	,349	-,048	,302	,203
16.	,024	,192	,086	,044	,183	,127	,003	,168	,177	,161	-,067	,149	-,017	,243	,349	1,00	-,154	,277	,152
17.	-,236	,048	-,058	-,118	-,229	,076	-,094	-,251	,011	,037	-,184	,060	-,112	-,128	-,048	-,154	1,00	,060	,106
18.	-,074	,168	,052	,056	,001	,132	,005	,013	,049	,205	-,176	,127	-,106	,231	,302	,277	,060	1,00	,128
19.	,053	,147	-,034	,380	,126	-,014	-,072	,350	,113	,066	,070	,121	-,069	,130	,203	,152	,106	,128	1,00

Ilustración 4

En el análisis de la consistencia de la escala, también disponemos del estudio de las correlaciones entre los ítems (Ilustración 4), y entre cada uno de ellos y la puntuación total, de manera que una escala formada por un número determinado de ítems es consistente si existen correlaciones entre ellos y si cada uno de ellos se correlaciona con la puntuación total de la escala. En la tabla anterior se muestra la matriz de correlaciones entre ítems, pero debido a que la escala de nuestro estudio presenta 19 ítems y por tanto el número de correlaciones a estudiar es muy elevado, podemos recurrir a un método más sencillo con el fin de analizar los ítems no consistentes. La matriz de correlaciones ítem-total permite estudiarlo de manera más sencilla a partir del siguiente razonamiento: un ítem será consistente cuando se correlaciona con la puntuación total de la escala. Una modificación de esta correlación es lo que se conoce como “correlación ítem-total corregido” en la que se relaciona la puntuación de ese ítem con la puntuación total calculada a partir del resto de los ítems de la escala a excepción del ítem a estudio, con la finalidad de corregir el efecto que éste pueda tener al estar incluida su puntuación en la puntuación total (Tabla 48). En el estudio de esta variable en nuestro análisis, todos presentan valores positivos, excepto las preguntas 13 y 17 que presentan valores negativos, lo cual nos indica que correlacionan en sentido contrario. La pregunta 17 mide el aspecto de la prevención y en el desarrollo del cuestionario “Dental Satisfaction Questionnaire”, los autores la agrupan dentro del dominio “calidad”. Si estudiamos las correlaciones inter-ítem entre el ítem 17 (Tabla 49) con el resto que forman la escala “calidad” (preguntas número 2, 6, 11, 14, 16, 17 y 18), observamos valores negativos, por lo que no se correlacionan con el resto de ítems de su misma escala. La pregunta número 13 está incluida dentro de la escala “acceso” junto con las preguntas número 5 (“normalmente los pacientes tienen que esperar mucho tiempo en la clínica dental”) y 15 (“el horario de

atención de los dentistas es conveniente para la mayoría de la gente”). También la pregunta 7 está relacionada con ellas; de hecho, si ampliamos la escala a lo que los autores denominan “acceso total”, la puntuación total de esta escala se obtiene mediante el sumatorio de las preguntas 3, 5, 7, 9, 10, 13 y 15. Si analizamos las correlaciones inter-ítem de la pregunta 13 con las 5 y 15 (Tabla 49), observamos una adecuada correlación con la pregunta 5 mientras que con la 15 presenta una correlación baja aunque positiva. Respecto a las preguntas 6, 7 y 11, presentan valores muy bajos en la correlación “ítem-total corregido” con la puntuación total de la escala.

**CORRELACIONES INTER-ÍTEM ENTRE LOS ÍTEMS 13 Y 17 CON EL RESTO DE LAS ESCALA DEL TEST “DENTAL SATISFACTION QUESTIONAIRE”**

ITEM	13.	17.
1.	,079	-,236
2.	-,062	,048
3.	,137	-,058
4.	,065	-,118
5.	,242	-,229
6.	-,120	,076
7.	-,015	-,094
8.	-,021	-,251
9.	-,142	,011
10.	-,188	,037
11.	,061	-,184
12.	,047	,060
13.	1,00	-,112
14.	-,103	-,128
15.	,044	-,048
16.	-,017	-,154
17.	-,112	1,00
18.	-,106	,060
19.	-,069	,106

Tabla 49. Subrayado en amarillo los ítems de la misma escala

La correlación múltiple al cuadrado también es un método que nos permite analizar la consistencia de los ítems, de manera que a valores más altos, más es homogéneo ese ítem y más tiene en común con el resto. En el análisis de esta variable (Tabla 48), todos los ítems presentan valores parecidos excepto los ítems 4, 5, 8, 11, 15, 16 y 19 que presentan valores más altos, lo cual nos indica que presentan una mayor consistencia.

De todo nuestro análisis, deducimos que los ítems que presentan una mayor consistencia de la escala son los referidos al “dolor” (preguntas 4 “algunas veces evito ir al dentista porque me hacen mucho daño”, 8 “los dentistas deberían hacer más para reducir el dolor” y 19 “no tengo miedo a sentir dolor cuando voy al dentista”), así como la pregunta número 15 (“el horario de atención de los dentistas es conveniente para la mayoría de la gente”). Los que presentan un peor comportamiento y por tanto una menor consistencia, son los ítems 7 (“hay suficientes dentistas en mi zona”), 11 (“los dentistas no son tan exhaustivos a la hora de examinar a sus pacientes como debieran ser”), 13 (“es difícil conseguir una consulta con el dentista de forma inmediata”) y 17 (“los dentistas deberían hacer más para evitar que las personas tengan problemas dentales”). Por tanto, una vez realizado este análisis, decidimos estudiar cuál sería la consistencia interna de la escala si elimináramos estas preguntas.

En este supuesto, el valor obtenido en el análisis de la consistencia interna mediante el coeficiente de fiabilidad  $\alpha$  de Cronbach es de 0,645, por lo que aumenta de forma considerable respecto al obtenido en el análisis de la escala total de 19 ítems (Tabla 50); en la escala “calidad”, también aumenta de forma considerable ( $\alpha=0,527$ ), mientras que en la escala “acceso” disminuye, aunque debemos de tener en cuenta que en este supuesto, la escala estaría compuesta solamente por 2 ítems.

**COEFICIENTES DE FIABILIDAD DE CADA UNA DE LAS ESCALAS DEL TEST “DENTAL  
SATISFACTION QUESTIONNAIRE”**

ESCALA	$\alpha$ DE CRONBACH	$\alpha$ DE CRONBACH SI ELIMINAMOS ÍTEMS 7, 11, 13 Y 17
ACCESO	0,327	0,223
DISPONIBILIDAD	0,417	-
COSTE	0,405	0,405
MANEJO DEL DOLOR	0,653	0,653
CALIDAD	0,297	0,527
ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DENTAL	0,559	0,645

Tabla 50

## D. ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA INTERNA

Si los ítems forman parte de una misma escala, todos ellos deben tener saturaciones considerables en el mismo factor y además, deberían tener un peso menor en las escalas de las que no forman parte. Este análisis lo conseguimos mediante técnicas de factorización. El estudio de la estructura interna en escalas de tipo sumativo se realiza a partir del análisis de la matriz de las correlaciones entre ítems, lo cual lo realizamos mediante un Análisis de Componentes Principales. Para ello, un requisito previo es descartar la hipótesis de que todas las correlaciones sean cero y que por tanto, la matriz de correlaciones sea una matriz identidad, es decir, que las correlaciones entre diferentes ítems sean cero excepto con uno mismo que sería 1. La prueba de esfericidad de Bartlett (Tablas 51 y 52) es el estadístico que nos permite plantearnos la factorización de los datos muestrales. Al aplicar esta prueba a nuestra muestra de

datos, puede rechazarse la hipótesis de esfericidad de la matriz de correlaciones, lo que nos permite rechazar la hipótesis de que se trate de una matriz identidad y por tanto, podemos plantearnos la factorización de los datos de nuestra muestra. Otra verificación previa consiste en la medida de adecuación muestral de Kaiser, Meyer y Olkin. Valores inferiores a 0,5 son considerados inaceptables. En nuestro análisis, el valor obtenido es de 0,628, lo cual es un valor aceptable aunque ligeramente bajo, ya que se encuentra por debajo del valor 0,7, a partir del cual se considera moderado según el criterio<sup>2</sup> descrito por Dziuban y Shirkey en 1974.

**KMO Y PRUEBA DE BARLETT TEST DE 19 ÍTEMS “DENTAL SATISFACTION QUESTIONAIRE”**

<b>KAISER-MAYER-OLKIN MEASURE OF SAMPLING ADEQUACY</b>		,628
<b>BARTLETT'S TEST OF SPHERICITY</b>	Approx. Chi-Square	609,002
	df	171
	Sig.	,000

**Tabla 51**

El análisis de componentes principales muestra 19 componentes que explican el 100% de la varianza. Si analizamos el gráfico de sedimentación, observamos que la mayor diferencia respecto a varianza total explicada se encuentra entre los dos primeros componentes y el resto (Tabla 53). La siguiente tabla nos muestra los valores propios de cada componente, el porcentaje de varianza total que explican y la varianza acumulada (Tabla 55). Los “valores propios” son la suma de cuadrados de las saturaciones de cada factor e indican la varianza explicada por el factor. Podemos observar que existen 8 componentes con valores propios mayores que 1, y que la mayor diferencia se encuentra entre los 2 primeros componentes y los demás.

Gráfico de componentes en espacio rotado

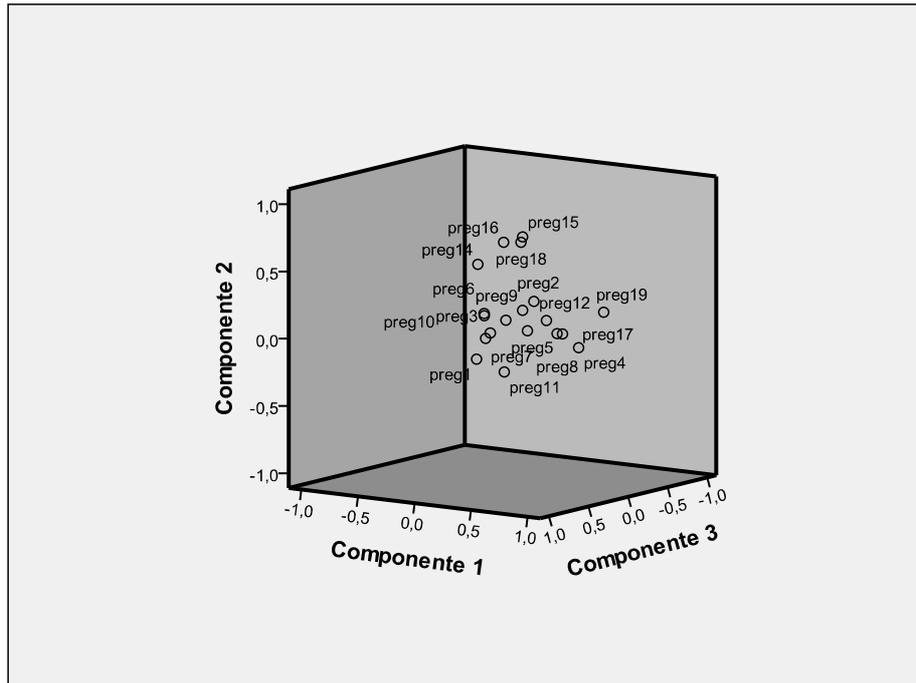
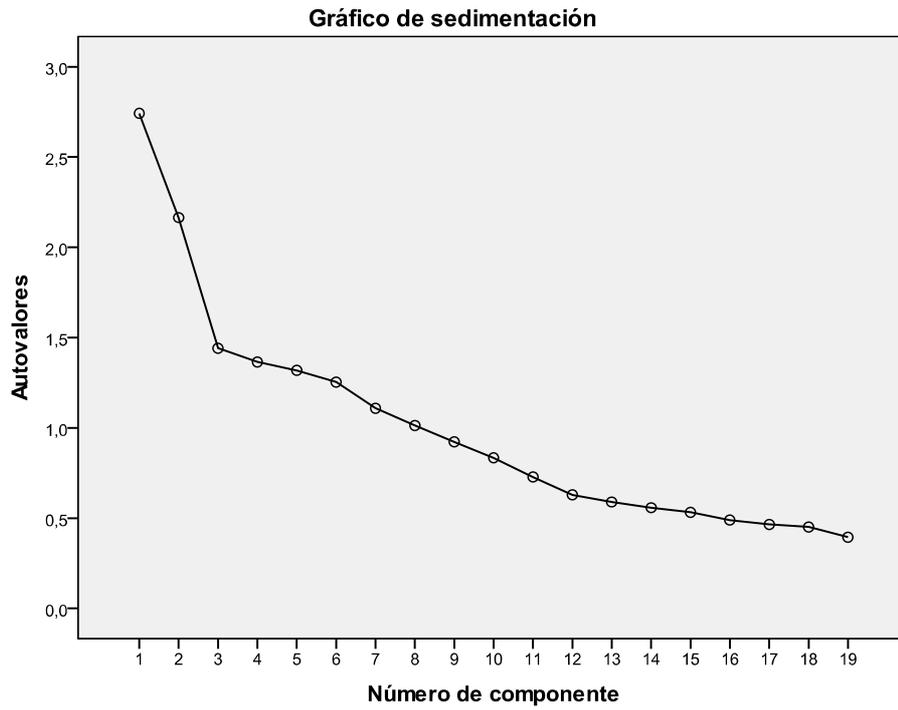


Tabla 52

El primer componente explica el 14,42% de la varianza y los dos primeros componentes explican el 25,82%, mientras que los 8 componentes con valores propios superiores a 1 explican el 65,299% de la misma. A partir del 9 componente, la varianza explicada por cada factor es inferior al 5%, por lo que no los analizaremos. Si valoramos las comunalidades en la solución de 8 componentes (Tabla 54), observamos que oscilan entre 0,54 y 0,81. La comunalidad expresa la correlación de la variable consigo misma, y expresa la descomposición de la varianza de dicha variable. Cuando se calcula con la solución factorial completa vale 1, pero cuando se calcula con una solución factorial de un número k de factores, nos indica la proporción de la varianza de la variable explicada por dicha solución factorial. Por ejemplo, en este caso con una solución factorial con 8 componentes, esos 8 componentes explicarían el 57,3% de la varianza de la pregunta 1, el 79,6% de la pregunta 3, y así en cada uno de los ítems.

Tabla 53



**COMUNALIDADES TEST 19 ITEMS “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”**

ÍTEM	INICIALES	EXTRACCIÓN
1.	1,000	,573
2.	1,000	,586
3.	1,000	,796
4.	1,000	,654
5.	1,000	,623
6.	1,000	,646
7.	1,000	,743
8.	1,000	,615
9.	1,000	,695
10.	1,000	,814
11.	1,000	,719
12.	1,000	,646
13.	1,000	,670
14.	1,000	,593
15.	1,000	,671
16.	1,000	,548
17.	1,000	,611
18.	1,000	,557
19.	1,000	,648

Tabla 54

Si lo comparamos con el análisis de componentes principales del estudio de Davies y Ware, dichos autores encontraron 5 componentes con valores propios superiores a 1 y al menos 6 componentes explicaban más de, 5% de la varianza; en su conjunto, los primeros 6 componentes explicaban el 55,5 % de la varianza.

**ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES DEL TEST “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”: COMPONENTES, VALORES PROPIOS Y VARIANZA EXPLICADA**

COMPONENT	INICIAL EIGENVALUES			EXTRACTION SUMS OF SQUARED LOADINGS			ROTATION SUMS OF SQUARED LOADINGS		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,741	14,428	14,428	2,741	14,428	14,428	2,051	10,795	10,795
2	2,165	11,393	25,821	2,165	11,393	25,821	1,969	10,361	21,156
3	1,442	7,587	33,408	1,442	7,587	33,408	1,569	8,256	29,412
4	1,365	7,184	40,592	1,365	7,184	40,592	1,409	7,416	36,828
5	1,319	6,940	47,533	1,319	6,940	47,533	1,393	7,329	44,157
6	1,253	6,597	54,129	1,253	6,597	54,129	1,365	7,184	51,341
7	1,109	5,836	59,965	1,109	5,836	59,965	1,336	7,033	58,374
8	1,013	5,334	65,299	1,013	5,334	65,299	1,316	6,926	65,299
9	,923	4,855	70,155						
10	,834	4,391	74,546						
11	,728	3,831	78,376						
12	,629	3,312	81,688						
13	,589	3,102	84,790						
14	,558	2,936	87,726						
15	,533	2,803	90,529						
16	,489	2,575	93,104						
17	,465	2,448	95,552						
18	,451	2,374	97,925						
19	,394	2,075	100,000						

Tabla 55

## ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES: CORRELACIONES EN LOS 8 PRIMEROS COMPONENTES

ITEM	COMPONENTES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	,321	-,414	,115	-,076	,194	-,356	,274	-,200
2.	,375	,182	,118	,518	,277	,179	-,137	,057
3.	,198	,093	,660	,059	-,004	,075	,225	,502
4.	,565	-,403	-,300	,172	-,102	,105	,161	-,074
5.	,427	-,418	,186	-,175	-,209	,318	,140	-,191
6.	,125	,379	-,060	,207	,481	-,016	,064	-,452
7.	,131	,222	-,290	-,466	,567	,185	,120	,071
8.	,621	-,378	-,259	-,018	-,055	-,085	,084	,027
9.	,358	,174	-,341	-,392	,110	-,196	,031	,463
10.	,204	,409	,263	-,025	-,159	-,040	,712	-,028
11.	,178	-,478	,101	,423	,443	-,052	-,147	,222
12.	,260	,315	-,098	,071	,259	,610	,151	,052
13.	,001	-,366	,340	-,227	-,024	,552	-,252	-,009
14.	,417	,238	,302	,114	,117	-,426	-,226	,106
15.	,556	,281	-,021	-,306	-,148	,013	-,397	,095
16.	,552	,287	,207	-,145	-,093	-,005	-,210	-,209
17.	-,279	,386	-,315	,362	-,274	,176	,038	,214
18.	,365	,500	,096	,064	-,252	-,020	-,147	-,273
19.	,520	-,038	-,368	,337	-,331	,050	,037	,119

Tabla 56

La matriz de Correlaciones permite estudiar la interpretabilidad de cada componente. Los componentes son combinaciones lineales de las variables originales y se interpretan a partir de su correlación con ellas. El estudio de las saturaciones factoriales mide la importancia relativa de cada variable en la determinación de cada factor. La interpretación de un factor queda definida por

el contenido que comparten las variables que pesan en él. Tradicionalmente, se considera que una variable tiene un peso irrelevante en la definición de un factor si su carga factorial es inferior en valor absoluto a 0,30, dado que se tratará de un coeficiente de correlación muy cercano a cero. Sin embargo, este criterio no siempre resulta ser el más conveniente; lo que no cabe duda es que una variable contribuye de forma clara a la definición de un factor si su saturación en ese factor es destacablemente superior que su saturación en el resto de factores; en este sentido, cabe resaltar que en el estudio original de Davies y Ware, no se consideran aquellos que presentan una correlación inferior a 0,223 en valor absoluto (que representa menos del 5% de la varianza explicada por el ítem) al analizar correlaciones en componentes rotados. En la tabla 56 se presentan las correlaciones entre los ítems en cada uno de los 8 componentes que hemos extraído por presentar valores propios superiores a 1. Al analizar el primer componente de la matriz, comprobamos que todos presentan una correlación positiva, excepto la pregunta 17 que presenta una correlación negativa. La mayoría presenta una correlación superior a 0,30; sólo la pregunta 13 presenta una correlación con un valor muy próximo al 0 (0,001), lo que sugeriría que éste ítem aporta menos varianza en este componente. En este aspecto coincide en gran parte con el análisis de componentes principales del estudio original de Davies y Ware, en el que el primer factor explicaba el 24,1% de la varianza y en el que las correlaciones oscilaban entre 0,45 y 0,19, excepto la pregunta 19 (escala “manejo del dolor”), que presentaba una correlación muy baja con un valor de 0,07. El componente 2 también presenta correlaciones elevadas. La solución rotada de los componentes nos facilitará la interpretación de los datos dado el número de variables. En la siguiente tabla presentamos la matriz de componentes rotados mediante el método de rotación Varimax (Tabla 57).

**ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES DEL TEST “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”:  
SOLUCIÓN ROTADA DE LOS 8 PRIMEROS COMPONENTES**

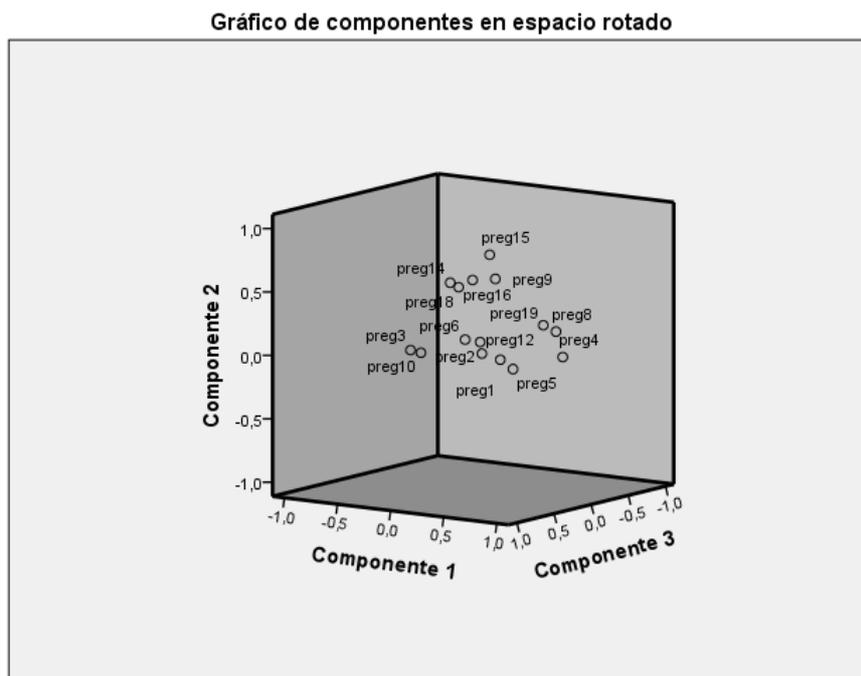
ÍTEM	COMPONENTES ROTADOS							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	,256	-,074	,694	-,080	-,020	,059	,094	,034
2.	,157	,220	-,173	,010	-,062	,584	,092	,360
3.	-,151	,110	,015	,188	,032	,409	,703	-,253
4.	,781	-,014	,153	,102	,005	,073	-,032	,064
5.	,424	,095	,290	,550	-,098	-,115	,150	-,033
6.	-,102	,141	,086	-,214	,018	,084	-,031	,744
7.	-,095	-,044	,077	,070	,767	-,082	-,033	,355
8.	,688	,103	,294	,023	,166	,083	-,050	-,084
9.	,183	,182	,009	-,231	,722	-,004	,050	-,227
10.	,054	,100	,034	-,171	-,004	-,254	,819	,190
11.	,181	-,244	,236	,054	-,040	,738	-,147	,006
12.	,140	,050	-,354	,301	,319	,116	,223	,493
13.	-,078	-,008	,044	,795	-,050	,074	-,088	-,117
14.	-,064	,531	,220	-,285	,016	,398	,122	-,058
15.	,142	,716*	-,051	,104	,320	,005	-,079	-,127
16.	,096	,697	,122	,108	,037	-,006	,088	,133
17.	,026	-,114	-,720	-,252	-,092	-,065	,047	,016
18.	,062	,654	-,146	-,097	-,146	-,121	,115	,212
19.	,723	,187	-,245	-,133	-,033	,095	,024	-,048

Tabla 57. Subrayados: amarillo, ítems de la escala “dolor”; azul, “calidad”; rojo, “acceso”; verde, “coste”; gris, “disponibilidad”; rosa, “índice de satisfacción dental”.

Atendiendo a las cargas factoriales de cada uno de los componentes en la solución rotada, el componente 1 explicaría el dominio “manejo del dolor” ya que las cargas factoriales de los ítems 4, 8 y 19 presentan valores positivos y muy altos. El componente 2 explicaría, aunque no completamente, el dominio “calidad”. En este componente, encontramos que las preguntas 2, 14, 16 y 18 presentan correlaciones altas; en cambio, la pregunta 6, aunque es positiva, presenta un valor de correlación más bajo, pero sin embargo, se correlaciona con la pregunta 2 en el componente 8. La pregunta 11 se correlaciona con la número 14 en el componente 6, y la pregunta 17, como ya hemos comentado anteriormente, presenta un mal comportamiento. En el componente 3 encontramos una correlación especialmente elevada en la pregunta 1; también observamos una correlación positiva y con un valor cercano, aunque algo inferior a 0,30, en las preguntas 5 (acceso), 8 (manejo del dolor), 11 y 14 (calidad), aunque estos ítems presentan correlaciones más elevadas en el resto de componentes. Este componente explicaría la “satisfacción general” (ítem sin escala), ya que el ítem 1 presenta una carga factorial muy considerable y destacable sobre las demás, lo cual ocurre de la misma manera en el análisis de la versión original. El componente 4 explicaría el dominio “acceso” porque las preguntas 5 y 13 presentan saturaciones muy altas, pero la pregunta 15 tiene baja correlación aunque positiva; en este mismo componente, se correlaciona con ellas la pregunta 12 (disponibilidad) que a su vez, forma parte junto con ellas de la escala “acceso total”. El componente 5 explicaría el dominio “disponibilidad-conveniencia” ya que los ítems 7 y la 9 presentan una carga factorial con valores muy altos respecto al resto. El componente 7 puede etiquetarse como “coste” ya que las preguntas 3 y 10, que son las que miden este dominio, son las que presentan cargas factoriales altas. Los resultados del análisis de los componentes, nos muestran por tanto un gran soporte para los dominios “manejo

del dolor”, “coste”, “disponibilidad y conveniencia” y el ítem sin escala “satisfacción general”. El dominio “acceso” queda identificado a excepción de la pregunta 15 y respecto al “acceso total”, al igual que ocurre en la versión original de 1982, el análisis indica la heterogeneidad del constructo y no podemos interpretarla claramente en los componentes extraídos de nuestro análisis.

Dado que en el análisis de los ítems ya observábamos un mal comportamiento de las preguntas 7, 11, 13 y 17, vamos a realizar el análisis de los componentes principales eliminándolas de nuestra escala. En este supuesto, las pruebas de esfericidad nos permiten rechazar la hipótesis de que se trate de una matriz identidad, al igual como se aprecia en el gráfico (Tabla 58), y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación muestral es ligeramente superior al análisis con 19 ítems, acercándose a valores de aceptación moderada (0,679).



**Tabla 58**

Respecto a las comunalidades, observamos valores que oscilan entre 0,36 y 075, es decir bastante aceptables (Tabla 59).

**COMUNALIDADES ELIMINANDO ÍTEMS 7,11,13 Y 17**

---

**VALORES EN ACP 15**

ITEM	ÍTEMS DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN	VALORES INICIALES
1.	,750	1,000
2.	,424	1,000
3.	,604	1,000
4.	,651	1,000
5.	,523	1,000
6.	,698	1,000
8.	,591	1,000
9.	,363	1,000
10.	,511	1,000
12.	,555	1,000
14.	,471	1,000
15.	,607	1,000
16.	,450	1,000
18.	,414	1,000
19.	,465	1,000

Tabla 59

En el análisis de componentes principales de esta hipotética escala con 15 preguntas, se muestran 15 componentes que explican el 100% de la varianza y de éstos, 5 componentes presentan valores propios superiores a 1 y que explicarían el 53,84% de la varianza, valor ligeramente inferior que en el análisis del cuestionario completo pero en este caso con 5 componentes. El compo-

nente primero explicaría el 17,82% de la varianza (Tabla 60), y los dos primeros juntos el 30,27% de la misma. Si analizamos el Gráfico de Sedimentación, observamos que la mayor diferencia respecto a la varianza total explicada se encuentra, al igual que en el análisis de los 19 ítems, entre los dos primeros componentes y el resto (Tabla 61).

**ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES ELIMINANDO LOS ÍTEMS 7, 11, 13 Y 17:  
COMPONENTES, VALORES PROPIOS Y VARIANZA EXPLICADA**

COMPONENT	INICIAL EIGENVALUES			EXTRACTION SUMS OF SQUARED LOADINGS			ROTATION SUMS OF SQUARED LOADINGS		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,674	17,829	17,829	2,674	17,829	17,829	2,133	14,222	14,222
2	1,866	12,442	30,270	1,866	12,442	30,270	1,912	12,747	26,969
3	1,241	8,275	38,546	1,241	8,275	38,546	1,388	9,254	36,223
4	1,192	7,944	46,490	1,192	7,944	46,490	1,388	9,250	45,474
5	1,103	7,354	53,844	1,103	7,354	53,844	1,255	8,370	53,844
6	0,954	6,360	60,203						
7	0,931	6,205	66,409						
8	,899	5,991	72,400						
9	,780	5,198	77,598						
10	,685	4,570	82,168						
11	,624	4,162	86,330						
12	,545	3,636	89,966						
13	,538	3,589	93,555						
14	,504	3,362	96,918						
15	,462	3,082	100,000						

Tabla 60

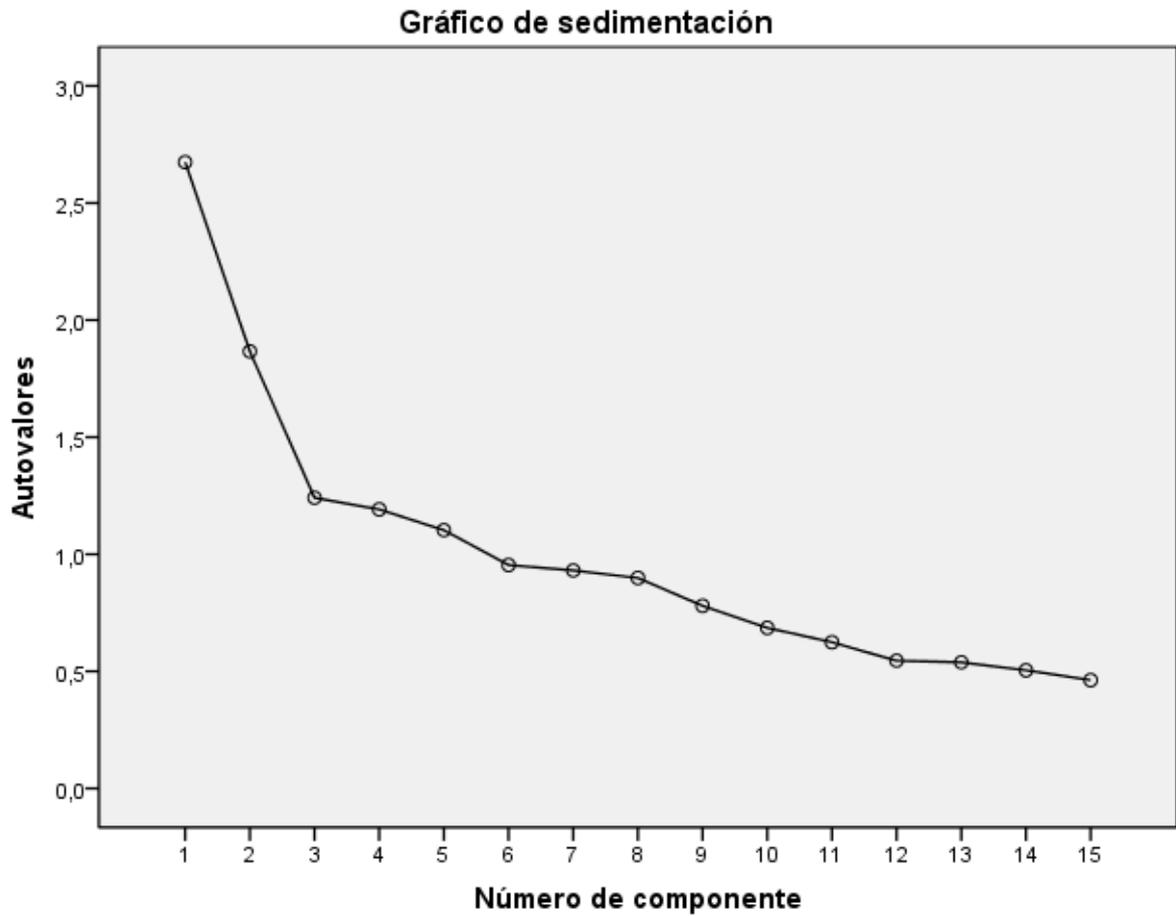


Tabla 61

Al realizar el análisis de componentes principales eliminando las preguntas 7, 11, 13 y 17, obtenemos la siguiente matriz de correlaciones (Tabla 62).

**ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES ELIMINANDO ÍTEMS 7, 11, 13, 17:  
CORRELACIONES EN LOS 5 PRIMEROS COMPONENTES**

ÍTEM	COMPONENTES						
	1	2	3	4	5	6	7
1.	,257	-,406	,420	,019	,585		
2.	,392	,256	-,156	,365	,219		
3.	,208	,283	,654	,185	-,132		
4.	,531	-,545	-,132	,225	,062		
5.	,383	-,417	,277	,235	-,265		
6.	,152	,381	-,257	,240	,638		
8.	,570	-,512	-,059	-,008	-,007		
9.	,365	-,028	-,022	-,478	-,004		
10.	,253	,354	,434	,321	-,173		
12.	,285	,287	-,341	,459	-,252		
14.	,424	,323	,207	-,264	,273		
15.	,590	,175	-,074	-,455	-,129		
16.	,578	,284	,019	-,162	-,088		
18.	,435	,443	-,108	-,091	-,090		
19.	,5551	-,237	-,289	,088	-,119		

Tabla 62

En la matriz de correlaciones rotada (método de rotación Varimax) de este supuesto, obtenemos las siguientes correlaciones (Tabla 63):

**ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES ELIMINANDO ÍTEMS 7, 11, 13 Y  
17: SOLUCIÓN ROTADA DE 5 PRIMEROS COMPONENTES**

ÍTEM	COMPONENTES ROTADOS				
	1	2	3	4	5
1.	,339	-,031	,120	,184	,765
2.	,178	,099	,162	,577	-,153
3.	-,057	,098	,762	-,028	,099
4.	,790	,008	-,076	,117	,082
5.	,605	-,048	,328	-,213	,035
6.	-,137	,050	-,087	,814	,082
8.	,725	,201	-,077	-,034	,132
9.	,119	,548	-,129	-,122	,130
10.	-,008	,072	,692	,114	-,118
12.	,189	,007	,153	,342	-,615
14.	-,075	,546	,203	,252	,250
15.	,153	,760	-,003	-,034	-,073
16.	,143	,591	,212	,141	-,124
18.	-,025	,510	,161	,234	-,269
19.	,590	,235	-,100	,110	-,199

Tabla 63. Subrayados: amarillo, ítems de la escala “dolor”; verde, “coste”; azul, “calidad”; rosa, “índice satisfacción dental”; gris, “disponibilidad”.

Atendiendo a las cargas factoriales de cada uno de los componentes, el componente 1 explicaría el dominio “manejo del dolor” ya que los ítems 4, 8 y 19 que son las preguntas de la escala que puntúan en esta categoría, presentan

correlaciones altas y positivas. El componente 2 explicaría el dominio “disponibilidad-conveniencia” ya que el ítem 9 presenta una correlación elevada; en este componente también se observa una correlación alta la pregunta 15, la cual se etiqueta dentro del dominio “acceso” y que está relacionada con el anterior en la escala “acceso total” de la versión original (este componente no explicaría el “acceso total” ya que los ítems 3, 5 y 10 presentan valores muy bajos en valor absoluto). En cambio, en el componente 3 se diferencian claramente los ítems 3 y 10 con correlaciones altas, por lo que podría explicar el dominio “coste”. En el componente 4, los ítems 2, 6, 14, 16 y 18 presentan correlaciones altas, por lo que correspondería al dominio “calidad”. En el componente 5, la pregunta 1 es la que presenta una correlación más elevada en solitario, al igual que en la versión original.

## **E. VALIDEZ CONVERGENTE Y DISCRIMINANTE**

Si analizamos las correlaciones de cada uno de los ítems con la puntuación obtenida dentro de la escala en la que se engloban y las comparamos respecto a las demás escalas, obtenemos la siguiente matriz de correlaciones multi-ítem multirasgo (Tabla 64). A partir de ella podemos calcular la diferencia entre la validez convergente y discriminante. La correlación que presenta cada ítem con su propia escala indica la validez convergente, mientras que la correlación que presenta el mismo ítem con el resto de escalas indica la validez discriminante; la diferencia entre ambas tiene que ser al menos 2 veces el error estándar (que en nuestra muestra de 217 pacientes tiene un valor aproximado de 0,067), por lo que la diferencia debe ser al menos 0,135. En los ítems de la

escala “acceso”, la validez convergente es superior a la discriminante una diferencia superior a 0,135 en la mayoría de casos, excepto en la pregunta 15 en que las correlaciones con las escalas “disponibilidad”, “dolor” y “calidad” son superiores. En la escala “coste” igualmente se cumple este criterio, salvo en el ítem 3. En la escala “manejo del dolor” sí se observa en todos los casos esa diferencia. En cambio, en la escala “calidad” no se cumple siempre ese criterio; así, los ítems 11 y 17 presentan una correlación negativa y en el resto de ítems no siempre se cumple esa diferencia.

Al igual que en los apartados anteriores, si realizamos este análisis eliminado los ítems 7, 11, 13 y 17, obtenemos la siguiente matriz de correlaciones (Tabla 65). A partir de ella podemos calcular la diferencia entre la validez convergente y discriminante. La correlación que presenta cada ítem con su propia escala indica la validez convergente, mientras que la correlación que presenta el mismo ítem con el resto de escalas indica la validez discriminante; la diferencia entre ambas tiene que ser al menos 2 veces el error estándar (que en nuestra muestra de 217 pacientes tiene un valor aproximado de 0,067), por lo que la diferencia debe ser al menos 0,135. En los ítems de la escala “coste” la validez convergente es mayor que la discriminante, pero no en todos los casos con la diferencia anteriormente especificada. Los ítems de la escala “dolor” sí que cumplen ese criterio, mientras que los de la escala “acceso” no. Los ítems de la escala “calidad” también lo cumplen, a excepción de la pregunta 16. El resto de ítems ya no se engloban dentro de ninguna subescala.

**MATRIZ DE CORRELACIONES MULTI-ÍTEM MULTIRASGO EN EL TEST “DENTAL  
SATISFACTION QUESTIONNAIRE”**

ESCALA	ÍTEM	ACCESO	DISPONIBILIDAD	COSTE	DOLOR	CALIDAD	I. TOTAL DE SATISFACCIÓN	
ACCESO	5.	Correlación	,262*	-,024	,089	,305	-,026	,245*
	15.	Correlación	,104*	,272	,075	,223	,268	,363*
	13.	Correlación	,196*	-,098	-,029	-,012	-,139	-,031*
DISPONIBILIDAD	7.	Correlación	,043	,264*	-,020	-,039	-,001	,076*
	9.	Correlación	,048	,264*	,052	,173	,087	,210*
COSTE	3.	Correlación	,161	-,031	,254*	-,045	,141	,150*
	10.	Correlación	-,065	,064	,254*	,015	,122	,124*
DOLOR	8.	Correlación	,214	,125	-,033	,484*	,066	,357*
	4.	Correlación	,257	,058	-,038	,510*	,099	,362*
	19.	Correlación	,117	,025	,019	,429*	,235	,335*
CALIDAD	2.	Correlación	,057	,023	,121	,145	,363*	,292*
	11.	Correlación	,024	-,061	-,080	,195	-,059*	,054*
	18.	Correlación	,079	,034	,161	,092	,231*	,220*
	17.	Correlación	-,201	-,053	-,014	-,092	-,113*	-,188*
	14.	Correlación	,027	,047	,190	,110	,236*	,233*
	6.	Correlación	-,111	,107	,032	-,040	,209*	,098*
SIN ESCALA	16.	Correlación	,242	,112	,155	,154	,181*	,328*
	1.	Correlación	,146	,050	,051	,232	,011	,157*
	12.	Correlación	,070	,180	,133	,120	,208	,232*

Tabla 64. Subrayados: rojo, ítems de escala “acceso”; gris, “disponibilidad”; verde, “coste”; amarillo, “dolor”; azul, “calidad”; rosa, “Índice de Satisfacción Dental”. \*Correlación ítem-total corregido.

**MATRIZ DE CORRELACIONES MULTI-ÍTEM MULTIRASGO DE CADA ÍTEM CON SU ESCALA E ÍTEM-TOTAL DE LA ESCALA SIN LOS ÍTEMS 7, 11, 13 Y 17**

ESCALA	ÍTEM	COSTE	DOLOR	ACCESO	CALIDAD	ÍNDICE TOTAL DE SATISFACCIÓN	
COSTE	3.	Correlación	,254*	-,045	,116	,151	,144*
	10.	Correlación	,254*	,015	,057	,212	,189*
DOLOR	4.	Correlación	-,038	,501*	,305	,078	,359*
	8.	Correlación	-,033	,484*	,312	,102	,393*
	19.	Correlación	,019	,429*	,217	,190	,352*
ACCESO	5.	Correlación	,089	,305	,126*	,028	,239*
	15.	Correlación	,075	,223	,126*	,383	,382*
CALIDAD	2.	Correlación	,121	,145	,127	,275*	,273*
	6.	Correlación	,032	-,040	-,060	,218*	,092*
	14.	Correlación	,190	,110	,118	,291*	,272*
	16.	Correlación	,155	,154	,349	,348*	,394*
	18.	Correlación	,161	,092	,193	,337*	,275*
SIN ESCALA	1.	Correlación	,051	,232	,140	,044	,163*
	12.	Correlación	,133	,120	,060	,219	,182*
	9.	Correlación	,052	,173	,177	,124	,215*

Tabla 65. Subrayados: verde, ítems de escala "coste"; amarillo, "dolor"; rojo, "acceso"; azul, "calidad"; rosa, "Índice de Satisfacción Dental". \* Correlación ítem-total corregida.

## E. FIABILIDAD

La fiabilidad se define como el grado en que las puntuaciones se mantienen consistentes a partir de las aplicaciones repetidas de un instrumento de medida. Es importante el hecho de que se demuestre que la medida es reproducible y para ello, se hizo un test-retest con 31 pacientes de la muestra seleccionados de forma aleatoria y posteriormente se analizaron las correlaciones intraclase para el acuerdo absoluto y de Pearson de cada una de las escalas (Tabla 66), encontrando valores superiores a 0,90, excepto para la escala “coste” que siendo inferior, es superior a 0,70.

### REPRODUCIBILIDAD DE LAS DIFERENTES ESCALAS DEL TEST “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”

ESCALA	CORRELACIÓN DE PEARSON	CORRELACIÓN INTRACLASE
ACCESO	0,930	0,932
DISPONIBILIDAD	0,929	0,930
COSTE	0,737	0,738
MANEJO DEL DOLOR	0,951	0,947
CALIDAD	0,914	0,916
ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DENTAL	0,920	0,922

Tabla 66

Al realizar este mismo análisis en cada pregunta (Tabla 67), observamos correlaciones muy elevadas por encima del 0,90 en la mayoría de ellas, salvo la pregunta 6 que presenta una correlación intraclase inferior (0,632). Una vez

observadas dichas correlaciones, podemos decir que el cuestionario traducido presenta niveles aceptablemente buenos respecto a su reproducibilidad.

**REPRODUCIBILIDAD DE LOS ÍTEMS DEL TEST “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”**

ÍTEM	CORRELACION DE PEARSON	CORRELACIÓN INTRA CLASE
1	0,908	0,907
2	0,978	0,977
3	0,941	0,936
4	0,926	0,926
5	0,955	0,944
6	0,625	0,632
7	0,908	0,906
8	0,940	0,940
9	0,937	0,936
10	0,805	0,798
11	0,933	0,934
12	0,950	0,954
13	0,946	0,947
14	0,791	0,782
15	0,833	0,835
16	0,932	0,928
17	0,885	0,882
18	0,939	0,934
19	0,965	0,962

**Tabla 67**

### **4.3. ESTUDIO COMPARATIVO CON LA VERSIÓN ORIGINAL DEL CUESTIONARIO**

El proceso de adaptación de un cuestionario de salud no se resuelve con una mera traducción literal del cuestionario original; para una correcta adaptación, es necesario conseguir la equivalencia entre la versión original y traducida en tres aspectos: equivalencia conceptual, semántica y normativa. Todo ello conlleva un proceso de varias fases que pretende, en primer lugar, la equivalencia conceptual y semántica, para posteriormente realizar una evaluación de la validez y fiabilidad del test con la finalidad de aportar pruebas de que el test adaptado tiene características equivalentes al original. Por tanto, resulta imprescindible realizar una comparación exhaustiva de los resultados obtenidos en nuestro análisis con los obtenidos en la versión original del cuestionario, con la finalidad de comprobar que en nuestro estudio, los ítems de nuestro cuestionario tiene un comportamiento similar a los de la versión original y por tanto, proporcionar pruebas empíricas sobre la equivalencia entre ambos.

La edad media de nuestro estudio es de 48,25 años (desviación estándar de 15,511) y un rango de edades entre 18 y 84 años, notablemente superior a la del estudio original de Davies y Ware, en el que la edad media fue de 32,8 años dentro de un rango de edades entre 14 y 79 años. Respecto al sexo, el 63,3% de los pacientes estudiados de nuestro estudio son mujeres, mientras que el 32,7% restante son hombres. En el estudio original, el sexo mayoritario también fue el femenino pero con un porcentaje menor (52,6%). Respecto a la raza, en el estudio original, la mayoría de las personas encuestadas fueron de

raza blanca (91,9%), mientras que en nuestro estudio fue el 100%. Y respecto al nivel de estudios e ingresos, el estudio original presentaba una media de 12,5 años de escolarización y una media de 11.544 dólares por familia. En nuestro estudio, el 54,4% presentaba estudios primarios y/o secundarios y, aunque no preguntamos expresamente sobre el nivel de ingresos, sí podríamos clasificar a la mayoría dentro de clase media-baja.

Al analizar el proceso de respuesta de cada uno de los ítems que componen el cuestionario, observamos que 13 de 19 preguntas presentan una media de respuesta superior a 3 (punto medio de la escala de respuesta) y por tanto, puntuaciones favorables, concretamente en las preguntas números 2, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19. En cambio, 6 preguntas presentaban una media de respuesta inferior a 3 y por tanto, peores niveles de satisfacción: ítems relacionados con la satisfacción general (número 1), coste (números 3 y 10), manejo del dolor (número 8) y acceso (números 5 y 13). En el estudio original de Davies y Ware, también observamos 6 preguntas con una media de puntuación inferior a 3 y que en gran medida coinciden con las de nuestro estudio, excepto las preguntas 1 y 5; en su caso, corresponden a las siguientes: ítems relacionados con el manejo del dolor (número 8 y 19), coste (números 3 y 10), prevención (número 17) y acceso (número 13). En cualquier caso, y como podemos comprobar en la siguiente tabla (Ilustración 5), en ambos casos encontramos una tendencia parecida.

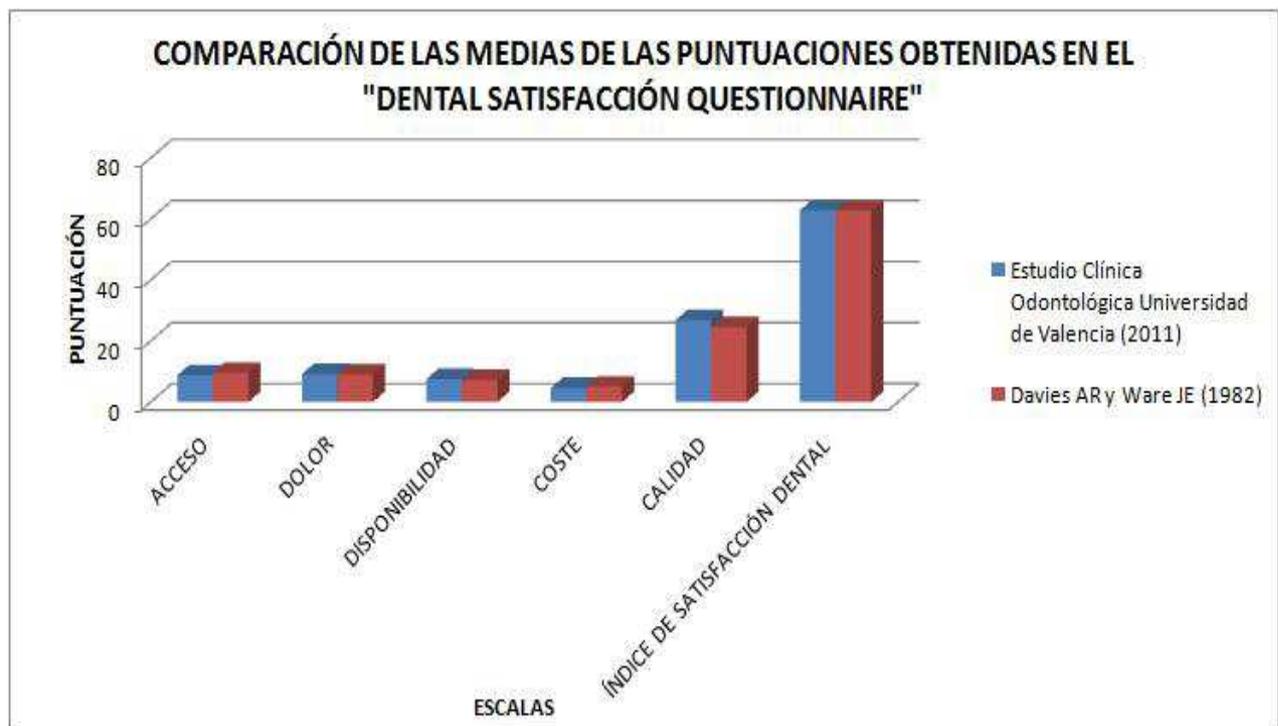
Si nos centramos en la puntuación obtenida en el “Índice de Satisfacción Dental”, observamos que la media en nuestro estudio ( $\bar{X}=62,84$ ,  $S=6,93$ ) es prácticamente similar a la del estudio original ( $\bar{X}=62,75$ ,  $S=8,40$ ). En la siguiente tabla podemos comparar las medias obtenidas en las diferentes escalas en ambos estudios (Tablas 68 y 69). Como podemos observar, las medias son muy

similares, salvo en la escala “calidad”, donde la media de las puntuaciones obtenidas en nuestro estudio es ligeramente superior ( $\bar{X}=26,84$ ) a la del estudio de Davies y Ware ( $\bar{X}=24,57$ ), y en la escala “acceso” con una media ligeramente inferior en nuestro estudio ( $\bar{X}=8,8$  frente a  $\bar{X}=9,60$ ).

**COMPARACIÓN DE MEDIAS POR ESCALAS DE LA VERSIÓN ORIGINAL Y  
TRADUCIDA DEL “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”**

ITEM	VERSIÓN TRADUCIDA		VERSIÓN ORIGINAL	
	media	D.S	media	D.S
ACCESO	8,80	2,28	9,60	2,24
DISPONIBILIDAD	7,56	1,74	7,24	1,28
COSTE	4,62	1,75	5,03	1,47
DOLOR	9,17	3,01	9,05	2,52
CALIDAD	26,84	2,90	24,57	3,40
ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DENTAL	62,84	6,93	62,75	8,40

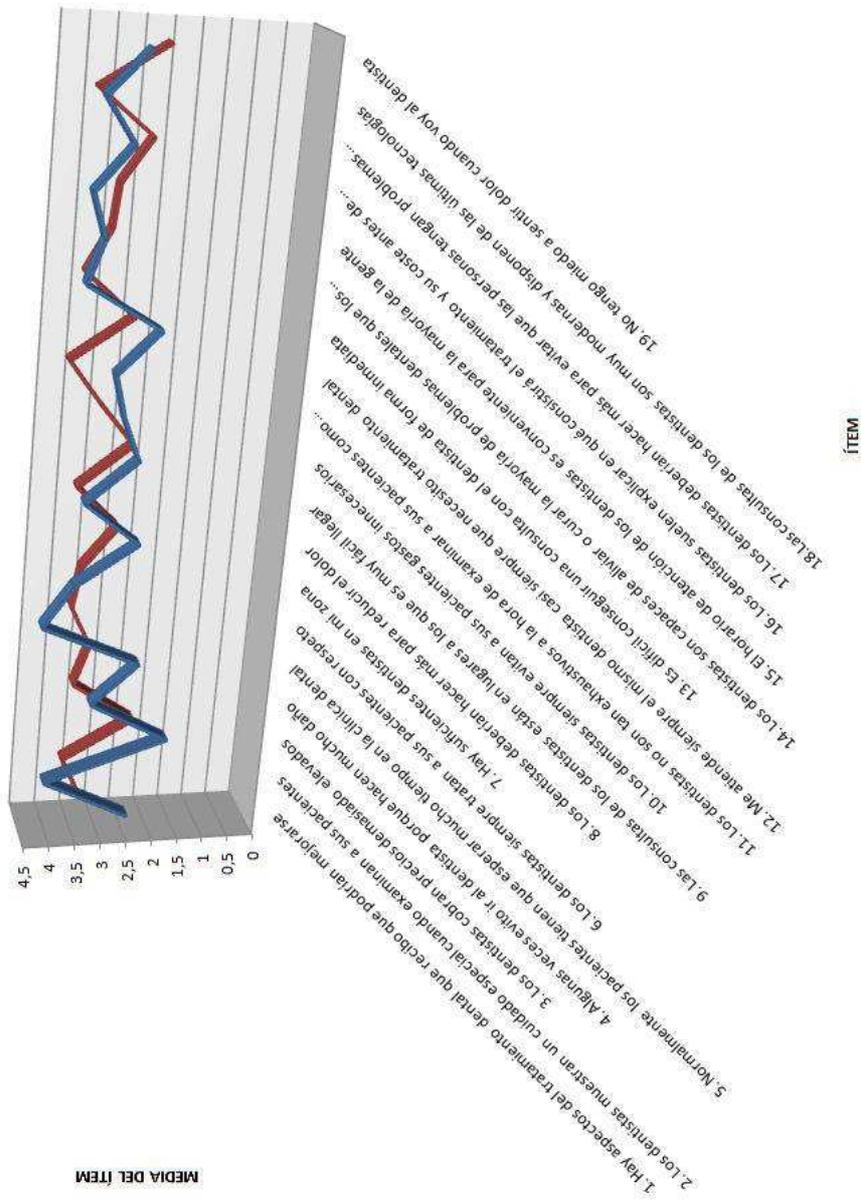
Tabla 68



**Tabla 69**

Respecto a la distribución de las puntuaciones obtenidas en el Índice de Satisfacción Dental en el estudio original, la puntuación que mayor porcentaje obtuvo fue 68 con un 5,3% y un rango de puntuaciones entre 30 y 93, mientras que en nuestro estudio ha sido de 65 con un 11,1% y un rango de 43 y 82.

Si comparamos la consistencia interna de ambos estudios mediante el coeficiente de fiabilidad  $\alpha$  de Cronbach (Tabla 70), observamos que en la versión original ( $\alpha=0,81$ ) es superior a la obtenida en nuestro estudio ( $\alpha=0,559$ ). Si los comparamos asimismo con las obtenidas en las otras escalas hipotetizadas del cuestionario, y con otros estudios de satisfacción basados en las utilización del "Dental Satisfaction Questionnaire", podemos observar que el  $\alpha$  de Cronbach de nuestro estudio es la menor de las obtenidas.



■ Estudio original de Davies y Ware (1982)  
 ■ Estudio Clínica Odontológica Universidad de Valencia (2011)

Ilustración 5

**COMPARACIÓN DEL  $\alpha$  DE CRONBACH DE LAS TODAS LAS ESCALAS EN DIFERENTES  
ADAPTACIONES DEL “DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE”**

ESCALA	Nº DE ÍTEMS	Davies AR (1982)	Golletz D (1995)	Skaret E (2004)	Lopez A (2011)
ACCESO	3	0,52			0,327
DISPONIBILIDAD/CONVENIENCIA	2	0,56			0,417
COSTE	2	0,57			0,405
ACCESO TOTAL	7	0,66	0,56	0,65	0,327
MANEJO DEL DOLOR	2	0,64	0,59	0,70	0,653
CALIDAD	7	0,68	0,61	0,70	0,297
ÍNDICE SATISFACCIÓN DENTAL	19	0,81	0,77	0,81	0,559

Tabla 70

Si observamos las correlaciones entre cada uno de los ítems con la suma de los ítems de cada una de las escalas (correlaciones multi-ítem multirasgo), y establecemos una comparación entre nuestros resultados y los obtenidos en el estudio de Davies y Ware, vemos que al igual que en la versión original, las correlaciones de cada ítem con la escala en la que se agrupan, son superiores al resto de escalas. Al analizar la correlación “ítem-total corregido”, observamos que en el estudio original, las preguntas que presentan valores más bajos que el resto son las preguntas 19 con un valor de 0,24, por lo que los autores recomendaron realizar más estudios para analizar el efecto del manejo del dolor sobre la escala total. En nuestro estudio, observamos que esta pregunta presenta una buena correlación “ítem-total corregido”. Respecto al análisis de

componentes principales, al igual que en la versión original, en nuestro estudio da soporte fuerte a los dominios “manejo del dolor”, “coste”, “disponibilidad/conveniencia”, al igual que muestra la heterogeneidad del dominio “acceso total”.

En nuestro análisis de componentes principales, se encuentran 8 componentes con valores propios superiores o igual a 1 y que explican el 65,299% del total de la varianza. En el estudio de la versión original, 5 componentes presentaban valores propios superiores o igual a 1, mientras que 6 componentes explicaban al menos el 5% de la varianza; en conjunto, esos 6 componentes explicaban el 55,5% del total de la varianza. En la versión Noruega del cuestionario, 5 componentes presentaban valores superiores a 1, y en conjunto explicaban el 51,6% del total de la varianza.

Respecto a la relación de las puntuaciones obtenidas en las diferentes escalas del “Dental Satisfaction Questionnaire”, en nuestro estudio observamos que existen diferencias significativas respecto a la edad, de manera que las personas de mayor edad (mayor de 65 años) presentan mayores niveles de satisfacción en las escalas “coste”, “disponibilidad” y en la puntuación del “Índice de Satisfacción Dental”. Al igual que en nuestro estudio, Davies y Ware encontraron que las personas de mayor edad presentaban mayor satisfacción en las escalas “Índice de Satisfacción Dental”, “calidad” y “manejo del dolor”, mientras que en el resto, las diferencias no fueron significativas. Ellos también encontraron que las personas con más ingresos y mayor nivel de estudios presentaban mayores niveles de satisfacción excepto en la “calidad”, donde no encontraron diferencias. En nuestro estudio, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto al nivel de estudios, salvo en la escala “disponibilidad”, en la que el grupo con estudios de educación primaria presenta mayores

niveles de satisfacción que el grupo de personas que habían completado estudios de educación secundaria.

## **5. DISCUSIÓN**



Una vez analizados los resultados, encontramos que los individuos de la muestra están satisfechos con la atención odontológica recibida hasta el momento. Al igual que en otros estudios realizados hasta el momento, la población mayor de 65 años presenta niveles de satisfacción global más elevados respecto a las personas con edades comprendidas entre 36 y 65 años; no existen diferencias respecto al sexo, residencia, nivel de estudios y frecuencia de visita al dentista. También encontramos que las personas mayores de 65 años están más satisfechas respecto al coste y disponibilidad de los servicios odontológicos. Las personas que conviven con otras personas se encuentran menos satisfechas con el acceso a estos servicios, lo cual entra dentro de la lógica ya que generalmente se trata de una población que convive con personas mayores, razón que puede aumentar sus exigencias a la hora de acceder a la asistencia odontológica. También se han encontrado diferencias significativas en la satisfacción con la “disponibilidad” de los servicios odontológicos en función del nivel de estudios, concretamente entre las personas con estudios primarios y las que han completado estudios secundarios, estando más satisfechas las primeras que las segundas. Por otra parte, las personas que residen a nivel rural están más satisfechas con el acceso a la clínica dental que las que lo hacen a nivel urbano.

Respecto al cuestionario traducido, podemos decir que su escala total compuesta por 19 ítems presenta una consistencia interna que no es alta, pero aceptable ( $\alpha=0,559$ ), y que es mejorable si eliminamos los ítems no consistentes número 7, 11, 13 y 17 ( $\alpha=0,645$ ). Comparada con la versión original, la estructura interna obtenida a partir de análisis de componentes principales es parecida a la original; las escalas que mejor quedan definidas son el “manejo del dolor”, “coste” y “disponibilidad” y los ítems sin escala. La escala “acceso

total” no se encuentra muy bien definida debido a la heterogeneidad del constructo. La escala “calidad” queda bien definida en el componente 2 a excepción de los números 6 y 11, los cuales quedan relacionados con ítems de esta escala en otros componentes; asimismo, en las correlaciones entre cada ítem con cada una de las escalas, observamos que el ítem 6 presenta una validez convergente superior a la discriminante en dos veces el error estándar, excepto con la escala disponibilidad, en que esa diferencia es ligeramente menor. A continuación vamos a realizar un análisis de cada una de las escalas.

La escala “**manejo del dolor**” presenta una buena estructura interna con correlación alta entre los ítems que las componen (4, 8 y 19). La consistencia interna de la escala es aceptable ( $\alpha=0,659$ ) incluso superior al valor obtenido en la escala original. Las correlaciones “ítem-total corregido” de sus ítems son buenas y son de las más altas de todo el cuestionario, y su reproducibilidad es alta. Los índices de Discriminación de sus ítems presentan valores superiores a la unidad y son los más altos del cuestionario. Podemos decir que las personas que presentan niveles altos de satisfacción, otorgan puntuaciones altas en estos ítems y por tanto, “el manejo del dolor” es un factor que, en nuestra muestra, influye especialmente en la satisfacción global del paciente respecto a la asistencia odontológica.

La escala “**calidad**” presenta una alta reproducibilidad y una aceptable estructura interna, ya que no queda completamente definida en su totalidad en el análisis de componentes principales debido a la pregunta 6, 11 y 17. Las preguntas número 2, 14, 16 y 18 presentan correlaciones “ítem-total corregido” aceptables, sin embargo ya observamos que el comportamiento de las número 6, 11 y 17, y especialmente estas dos últimas, no son adecuados; de hecho, si elimináramos la pregunta 11 y 17, el valor  $\alpha$  de Cronbach de la escala ascende-

ría de  $\alpha=0,297$  a  $\alpha=0,527$ . De entre estos 3 ítems, la pregunta 6 presenta un mejor comportamiento (si se eliminara de la escala, el valor del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach no aumentaría). Al analizarla no observamos que exista un problema de traducción e igualmente consideramos que la dimensión que mide (relaciones interpersonales) influyen en la satisfacción del paciente; por tanto, son necesarios nuevos estudios y muestras con tamaños más elevados para valorar el comportamiento de este ítem. Respecto a la pregunta número 11 (“los dentistas no son tan exhaustivos a la hora de examinar a sus pacientes como debieran ser”), se encuadra dentro del aspecto de competencia técnica, presenta una baja correlación ítem-total corregido ( $r=0,054$ ) y si se eliminara de la escala, el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach aumentaría ligeramente ( $\alpha=0,556$ ). La media de las puntuaciones obtenidas en esta pregunta tiene un valor de 3,14 y una desviación estándar de 1,10. Al igual que la población americana, pensamos que la competencia técnica del profesional es un aspecto del tratamiento dental que influye en la satisfacción del paciente como constructo, pero pensamos que el enunciado de la pregunta, la cual está formulada en sentido negativo, puede dificultar la interpretabilidad de la pregunta, por lo que proponemos su reformulación en sentido positivo. Siguiendo esta misma línea y si observamos la matriz de correlaciones, encontramos que la correlación entre esta pregunta y la pregunta 2 que también mide la competencia técnica (“los dentistas muestran un cuidado especial cuando examinan a sus pacientes”) presenta un valor  $r=0,222$ , algo superior al que presenta con el resto de ítems. Al analizar estas dos preguntas, consideramos que también podríamos reformular el enunciado de la pregunta 2. Esta pregunta está diseñada en la versión original para medir la competencia técnica, por lo que pensamos que el término “cuidado especial” se referiría a examinar toda la boca, no a ser “cuidadoso”, término que puede interpretarse más hacia un sentido de “manejo del do-

lor”; de hecho las correlaciones de esta pregunta con las preguntas 4 y 19 presentan valores  $r=0,130$  y  $0,147$  respectivamente (Ilustración 4), y  $r=0,145$  si la relacionamos con la puntuación total de la escala “dolor” (Tabla 64), valores bajos para tenerlos en consideración, pero que apuntan en esa dirección. Respecto a la pregunta 17, se encuadra dentro de la categoría “prevención” y puntúa en las escalas “calidad” e “Índice de Satisfacción Dental”. Tras el proceso de traducción al español realizado, la pregunta en cuestión enuncia de la siguiente manera: “los dentistas deberían hacer más para evitar que las personas tengan problemas dentales”. Tras el análisis realizado, observamos que presenta un mal comportamiento en el índice de Discriminación pues tiene un valor negativo y por tanto, indica que las personas con puntuaciones totales más bajas eligen categorías de respuesta más elevadas en este ítem. Asimismo, observamos que la consistencia interna mejora si eliminamos este ítem del cuestionario: en este supuesto, el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach aumentaría de  $\alpha=0,559$  a  $\alpha=0,605$ ; además en este ítem, la correlación “ítem-total corregido” presentan valores negativos. Si analizamos los resultados obtenidos en esta pregunta en la versión original, Davies y Ware ya encontraron en sus estudios que la correlación “ítem-total corregido” de este ítem con la escala “calidad” a la que pertenece era la más baja respecto a la de los otros ítems de la escala<sup>32</sup>, con un valor  $r=0,28$ . Es por tanto, imprescindible someter esta pregunta a un análisis para comprender por qué presenta un mal comportamiento. En primer lugar, se debe considerar que no se haya hecho una correcta traducción al español, sin embargo consideramos que el proceso de traducción y retrotraducción ha minimizado esta posibilidad y por tanto, consideramos que no reside aquí el problema. En segundo lugar, se debe también considerar la posibilidad de que la interpretabilidad de la pregunta por parte de la población sea difícil. En este supuesto, podríamos pensar que en los datos de nuestro análisis cabría

esperar diferencias estadísticamente significativas en función del nivel de estudios. Es razonable pensar que, si resultara difícil la interpretación de esta pregunta, habría diferencias entre las personas con un mayor nivel de estudios de las que tienen un menor nivel. Tras realizar el test ANOVA para estudiar las diferencias en función de los grupos en relación a esta variable, encontramos que las mayores diferencias se encuentran entre el grupo de personas sin estudios y el resto de grupos, pero que estas diferencias no son estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ); concretamente, entre los grupos “sin estudios” y “educación primaria” es donde más existe diferencia en las medias y la diferencia sigue siendo no significativa ( $p = 0,082$ ). Las medias de las puntuaciones en esta pregunta en los diferentes grupos se resumen en la siguiente tabla (Tabla 71). Consideramos que la pregunta 17 presenta una fácil interpretabilidad y por tanto, descartamos este supuesto. En tercer lugar, debemos pensar que no exista una equivalencia conceptual entre ambas versiones. Éste aspecto valora que, independientemente de cómo se haga la pregunta o el ítem, el concepto que se quiere medir existe en la población original y de destino. Desde esta perspectiva, tendríamos que considerar que el concepto de prevención a nivel bucodental no es el mismo en nuestra población que en la población de USA, Noruega o los otros países donde se ha adaptado este cuestionario. No hay duda de que el concepto de prevención a nivel bucodental existe de igual manera en nuestro país que en el resto de países culturalmente equivalentes, pero sí que es posible que existan diferencias en cuanto a la importancia que se da a la prevención bucodental, y sobre todo, a las expectativas que tiene la población a este respecto. Anteriormente, hemos señalado la importancia que tienen las expectativas en la satisfacción. La **calidad esperada** es la que el paciente da por “seguro” y “normal” a recibir. Su presencia no aumenta la satisfacción, pero su ausencia le dejará insatisfecho. La **calidad inesperada** es aquella que el paciente

considera que no va a recibir y por lo tanto le sorprende favorablemente, por lo que le producirá sobresatisfacción, sin embargo, si no se la encuentra, su efecto no modificará su satisfacción.

**COMPARACIÓN DE MEDIAS DE LAS PUNTUACIONES EN EL ÍTEM 17 EN  
FUNCIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE ESTUDIOS**

NIVEL DE ESTUDIOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
SIN ESTUDIOS	2,62	1,32
PRIMARIA	3,51	1,24
SECUNDARIA	3,21	0,89
FORMACIÓN PROFESIONAL	3,38	1,08
UNIVERSIDAD	3,27	1,00

Tabla 71

Por tanto, en nuestro caso, si las expectativas esperadas de la población en relación a la prevención bucodental se cumplen, su influencia en el nivel de satisfacción será nula. La media de la puntuación obtenida en esta pregunta en nuestro estudio indica unos niveles de satisfacción superior al ecuador de la escala ( $\bar{X}=3,33$ ;  $S=1,33$ ). Si analizamos la atención bucodental en España<sup>51</sup>, según fuentes del Instituto Nacional de Estadística (INE), observamos que a nivel de todo el territorio español en el año 2003, tan sólo un 33,78% de la población acudía al dentista para una revisión dental, mientras que el resto asistía

para otro tipo de actividades (restauradora, prótesis, ortodoncia, limpieza bucal, etc); en la tabla 72 podemos observarlo con más detalle.



Tabla 72

Si siguiendo con este análisis (Tabla 73) y consultando con los datos del INE del mismo año, observamos que, en edades tempranas (5 a 15 años), el principal motivo de consulta son revisiones (60,40%), seguido de obturaciones (20,85%), ortodoncia (15,25%), extracciones (8,31%) y de aplicación tópica de flúor (5,27%). A partir de esas edades, el porcentaje de revisiones baja por debajo del 50%, y en determinadas cohortes de edad, las exodoncias y las obturaciones superan a las revisiones<sup>51</sup>. Si observamos la media de edad de nuestra muestra (48,25 años) y comparamos los datos obtenidos por el INE en 2003 en la cohorte de edad de 45 a 54 años con la cohorte edad de 5-15 años y

el total, encontramos un bajo nivel de actividades preventivas bucodentales en la consulta odontológica frente a otras actividades asistenciales. Por tanto, debemos considerar que los motivos por los que la población en este país acude al dentista son primordialmente restauradores o rehabilitadores. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud del 2006 vienen a reflejar igualmente esta tendencia<sup>52</sup>; en la cohorte de edad entre 46 y 65 años, la revisión bucodental y la limpieza bucal representaba aproximadamente un 31% del porcentaje total cuando se le preguntaba al paciente entre los motivos por los que acudió al dentista en su última visita, mientras que el 69% restante incluía las siguientes actividades: exodoncias, prótesis, periodoncia, ortodoncia, obturaciones y otras (6%). En la misma línea, en la Encuesta Poblacional de la Salud Bucodental en España en 2010 promovida por el Consejo General de Colegios de Dentistas de España<sup>52</sup> (CGCDE), cuando se le preguntaba al paciente “con qué frecuencia pensaba debía acudir al dentista”, un 73% pensaba que debía realizarse al año o menos de 1 año, destacando un 17% que pensaba que había que acudir al dentista sólo cuando se tuviera un problema y un 5% que pensaba que cada dos años; sin embargo, cuando se le preguntaba por la frecuencia real, sólo el 48% había acudido el último año, un 28% lo habían hecho aproximadamente hace 1 año y un 24% hace más de dos años. Analizando los datos en función de la edad (Tabla 74), el porcentaje de personas que pensaba que había que acudir al dentista sólo cuando había algún problema aumentaba al 28% en la cohorte de edad mayor de 65 años. Si lo comparamos con los datos de Noruega<sup>53</sup>, en el año en que se publicó la adaptación del cuestionario para este país (año 2004), observamos los siguientes datos: a la edad de 12 años, los datos en este país reflejan un mayor índice CAO que en España, con un incremento en éste índice desde el año 2000 (CAOD=1,5) al 2004 (CAOD=1,7), frente a unos valores del índice CAOD a esa

misma edad en España<sup>54</sup> de 1,1 en el año 2000 y 1,3 en el año 2005. Asimismo, si observamos el índice CAO en el 2004 a nivel mundial según la OMS, en la cohorte de edad de 35 a 44 años observamos en España valores inferiores respecto a Noruega<sup>55</sup> (Ilustración 6).

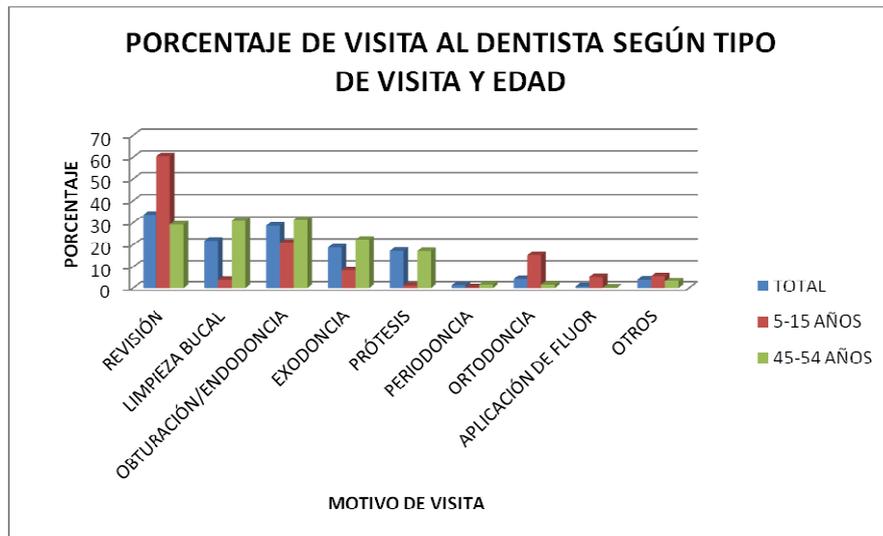


Tabla 73. Instituto Nacional de Estadística (2003)

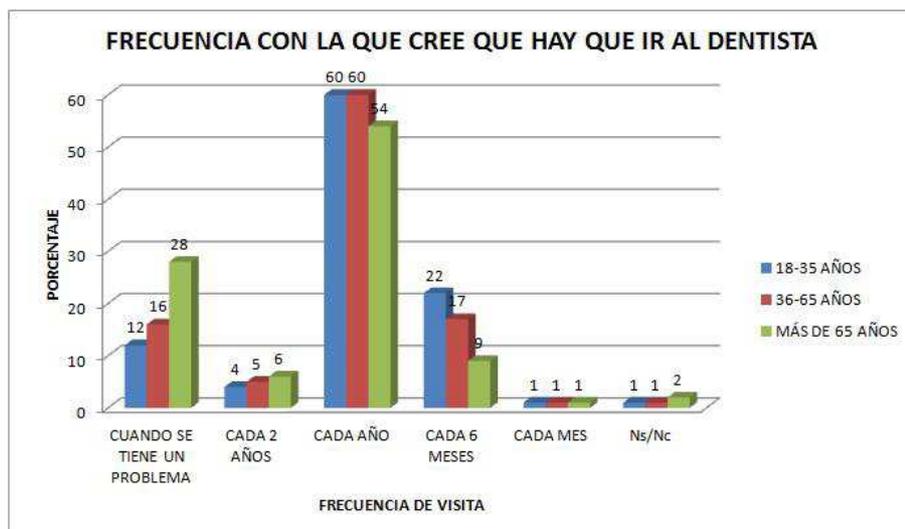
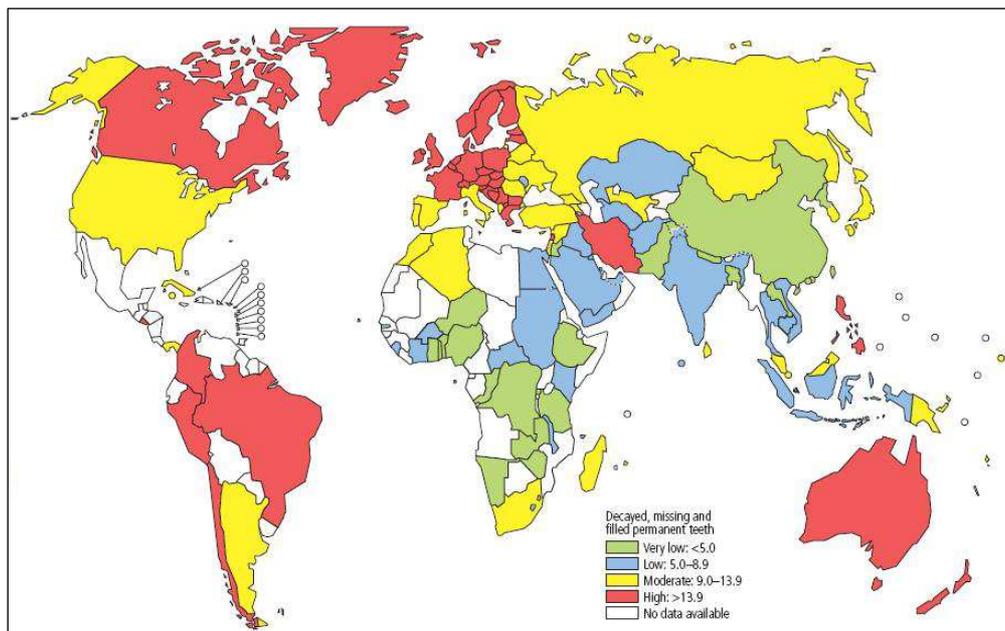


Tabla 74. Encuesta poblacional de la Salud Bucodental en España (2010), Consejo General de Dentistas de España

De todo ello, podemos pensar que las expectativas que tiene la población española respecto a las actividades preventivas que debe ofrecer el dentista son más bien escasas; la imagen que se tiene en este país del dentista es más bien “rehabilitadora” que “preventiva”, y por esa razón aún existe un porcentaje considerable de la población que no acude regularmente al dentista. Si una expectativa es baja y lo que se recibe de ella también es bajo, su influencia en la satisfacción será escasa, por lo que no es extraño pensar que este aspecto presente una baja influencia en la satisfacción del paciente respecto a la asistencia odontológica, lo cual nos permitiría explicar el mal comportamiento de la pregunta 17 respecto al resto de la escala.

Por tanto, consideramos que la calidad es un dominio que influye de forma importante en la satisfacción, pero que mejoraría considerablemente si elimináramos el ítem 17 y reformuláramos los número 2 y 11.



**Ilustración 6. Niveles índice CAO en la cohorte de edad 35-44 años por países. Fuente: Bulletin of the World Health Organization<sup>54</sup>. 2005**

La **escala “acceso”** (ítems 5, 13 y 15) presenta una alta reproducibilidad y una estructura identificable en el análisis de componentes principales del cuestionario a excepción de la pregunta 15, lo cual se confirma al analizar la validez convergente y discriminante de éste ítem con el resto de escalas. Los ítems 5 y 15 presentan índices de discriminación con valores cercanos a 1, salvo la 13 que presenta un valor de 0,48. El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de la escala es bajo y no mejora al eliminar la pregunta 13 de su escala; sin embargo, si eliminamos esta pregunta, sí mejora bastante el coeficiente de la escala total de 19 ítems. El hecho de que no mejore el valor  $\alpha$  de Cronbach de la escala “acceso” a pesar de eliminarla, podría deberse al escaso número de ítems, ya que quedaría compuesto por dos. A continuación, analizaremos la pregunta 13, que es la que presenta una correlación “ítem-total corregido” negativa con la escala total del cuestionario; con el proceso de traducción al español realizado, la pregunta en cuestión se enuncia de la siguiente manera: “es difícil conseguir una cita con el dentista de forma inmediata”. Tras el análisis realizado, observamos que presenta un valor de 0,48 en el índice de Discriminación, y por tanto, indica que, aunque las personas con puntuaciones totales más bajas eligen categorías de respuesta más bajas en este ítem, lo hacen de una manera menos fuerte que en otros ítems con valores superiores. Asimismo, observamos que la consistencia interna mejora si eliminamos este ítem del cuestionario (en este supuesto, el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach aumentaría de manera más suave que en la pregunta 17, pasando de presentar un valor  $\alpha=0,559$  a  $\alpha=0,605$ ); además en este ítem, la correlación “ítem-total corregido” con la escala total de 19 ítems presenta valor negativo. De igual manera que en la pregunta 17, es imprescindible someter esta pregunta a un análisis para comprender por qué presenta un mal comportamiento. En primer lugar, se debe considerar que no se haya hecho una correcta traducción al español; sin embargo consideramos que no reside

aquí el problema porque la vemos correcta. En segundo lugar, también consideramos que éste es un aspecto que en la actualidad influye en los niveles de satisfacción de la población en España. Finalmente, se debe también considerar la posibilidad de que la interpretabilidad de la pregunta por parte de la población sea difícil. La media de la puntuación de esta pregunta ha tenido un valor de 2,59, con una desviación estándar de 1,29, lo que nos indica unos niveles más bien bajos de satisfacción al estar por debajo del ecuador de la escala. Esto nos indica que los pacientes consideran más bien que es difícil conseguir una cita con el dentista de forma inmediata. Cuando comparamos las correlaciones de esta pregunta con los otros ítems que con ella puntúan en la escala “acceso”, es decir, los ítems número 5 (“normalmente los pacientes tienen que esperar mucho en la clínica dental”) que presenta unos valores de media y desviación estándar de  $\bar{X}=2,48$  y  $S=1,15$ , y número 15 (“el horario de atención de los dentistas es conveniente para la mayoría de la gente”) que presenta unos valores de media y desviación estándar de  $\bar{X}=3,73$  y  $S=1,05$ , así como con la pregunta 7 (“hay suficientes dentistas en mi zona”), que puntúa junto con los anteriores en la escala “acceso total” y que presenta unos valores de media y desviación estándar de  $\bar{X}=3,82$  y  $S=1,11$ , encontramos los siguientes valores (Tabla 75). Como podemos observar, sólo encontramos una correlación en valor absoluto superior a 0,20 con la pregunta 5. Con la pregunta 15 presenta valores muy bajos y con la 7 presenta una correlación negativa (los pacientes están satisfechos con el número de dentistas, pero no están satisfechos a la hora de coger una cita de forma inmediata).

### CORRELACIONES ENTRE EL ÍTEM 13 CON LOS ÍTEMS 5, 7 Y 15

ITEM	5	7	15
13	0,212	-0,015	0,044

Tabla 75

A continuación, intentamos analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la respuesta a la pregunta 13 en función de las variables edad y nivel de estudios, para lo cual realizamos el test ANOVA; no encontramos diferencias estadísticamente significativas en función de estas variables. En nuestro estudio, el nivel de estudios o la edad no influyen en esta respuesta, por lo que si existiera una dificultad a la hora de interpretar esta pregunta al cumplimentar el cuestionario, ésta se presentaría en todos los grupos. Nos llama la atención que en el cuestionario “Dental Satisfaction Questionnaire” de 14 ítems desarrollado por los autores Davies y Ware, se elimina la pregunta 17 y se reformula la pregunta 13, cuyo enunciado podría traducirse de la siguiente manera: “en una emergencia, es difícil conseguir asistencia dental de forma rápida”. Por tanto, recomendamos su reformulación con el fin de hacer más fácil su interpretación.

La **escala “disponibilidad”** (ítems 7 y 9) presenta una reproducibilidad alta y una estructura identificable en el análisis de componentes principales. La validez convergente de sus ítems es superior a la discriminante en 2 veces el error estándar, a excepción de la pregunta 9. El valor  $\alpha$  de Cronbach de la escala es 0,417. La correlación “ítem-total corregido” con la puntuación total del cuestionario es baja para la pregunta 7, la cual a su vez presenta un índice de Discriminación relativamente bajo (0,49), y si la elimináramos se produciría un incremento del valor del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach ( $\alpha=0,563$ ); esto nos sugiere

una escasa influencia que esta pregunta tiene en la satisfacción de los individuos que componen nuestra muestra. Al analizar el enunciado, creemos que no hay duda en que la traducción es la correcta y en que no ofrece problemas de interpretabilidad. Debemos pensar en cambio en el efecto que sobre la satisfacción tiene en España la plétora profesional, siendo además este país uno de los que presentan un menor número de habitantes por dentista del mundo. El proceso de respuesta nos indica que la media obtenida en esta pregunta es de 3,82, con una desviación estándar de 1,11; es decir, unos niveles de satisfacción altos, lo cual es razonable en unas condiciones de ratio dentista/población<sup>56</sup> en 2008 de 1:1886 y considerando un ratio dentista/población ideal aproximado según Cuenca<sup>51</sup> de 1:3000. De igual manera, Bravo<sup>57</sup>, en su estudio sobre las cargas de trabajo de la profesión odontológica entre los años 1987 y 1997, observó que mientras que el número de dentistas se incrementó en un 136,1%, en ese periodo de tiempo el volumen de trabajo se incrementó en un 36,8%, con la consiguiente reducción de la carga de trabajo por dentista en un 42% en 10 años. Por tanto, teniendo en cuenta que el cumplimiento de una expectativa esperada tiene un efecto nulo sobre la satisfacción, es razonable pensar que el efecto del número de dentistas sobre la satisfacción en este país sea poco apreciable, por lo que se podría recomendar excluir esta pregunta de la escala.

La **escala “coste”** (ítems 3 y 10) presenta una alta reproducibilidad y una estructura interna claramente identificable en el análisis de componentes principales. Las correlaciones entre ambas preguntas con la puntuación de su escala son altas, y bajas respecto al resto de escalas. Las correlaciones “ítem-total corregido” de ambos ítems con la puntuación total del cuestionario son bajas para la pregunta 3 y muy bajas para la pregunta 11; en esta última, se incrementaría muy ligeramente el  $\alpha$  de Cronbach si procediéramos a su eliminación.

Estos datos pueden sugerirnos que la influencia de la dimensión “coste” en el constructo “satisfacción” en los individuos que componen nuestra muestra es más bien escasa, lo cual sería razonable pensar en la situación de la profesión en España, con un exceso de la oferta respecto a la demanda. Si analizamos la situación de varios países europeos de nuestro entorno<sup>58</sup> (Holanda, Reino Unido, Italia, Portugal, Noruega) en 2002, el porcentaje de gasto en salud oral respecto al gasto en salud sobre el Producto Interior Bruto oscila entre 3 y 4%, salvo Italia que es del 0,01%; en España no hay datos al respecto en ese año. Según Cuenca<sup>59</sup> en 2004, la frecuencia de visita al dentista y el gasto sanitario odontológico en España es inferior a la media europea, al tiempo que el número de dentistas, en relación al número de habitantes, es superior a países con mayor desarrollo económico y sanitario. Según el Libro Blanco sobre el futuro de la profesión odontológica en Cataluña, las transformaciones del sistema de salud a nivel bucodental en el resto de países europeos tienden hacia un mercado con una menor implicación del sistema de pago a través de terceros, como las aseguradoras, y un incremento en los precios a los pacientes<sup>51</sup>. En España, la realidad es diferente, con un aumento de la asistencia dental por medio de aseguradoras que fijan el precio a cobrar al asegurado sin un pago al dentista por paciente y tratamiento por parte de la aseguradora, así como unos precios que no se han ido actualizando al alza. Este escenario podría sugerirnos que la influencia del coste en la satisfacción global del paciente en nuestro país podría ser más bien escasa. Sin embargo, hemos de tener en cuenta que el coste de los tratamientos odontológicos presenta una horquilla que comprende desde precios más bajos para tratamientos más básicos (tratamientos restauradores) y precios bastante elevados para tratamientos más complejos (tratamientos rehabilitadores sobre implantes dentales). Dada la heterogeneidad de los tratamientos odontológicos y de su coste, y por tanto, la influencia del

poder adquisitivo de la población en el acceso a los mismos, son necesarios más estudios teniendo en cuenta estas variables para valorar realmente la influencia del dominio “coste” en la satisfacción del paciente en nuestro país.

En conclusión, podríamos proponer un cuestionario de 17 preguntas en el que eliminaríamos los ítems 7 y 17; en este supuesto cuestionario, proponemos la reformulación de las preguntas 2, 11 y 13 en aras de facilitar su interpretabilidad por parte del paciente. Así, la pregunta 2 podría quedar formulada “los dentistas examinan a sus pacientes con detenimiento”, la pregunta 11 podría quedar enunciada de la siguiente manera “los dentistas son exhaustivos a la hora de examinar a sus pacientes”, y la pregunta 13 podría quedar de la siguiente forma “en caso de urgencia, es difícil conseguir una cita con el dentista de forma inmediata”. Posteriormente, habría que analizar de nuevo la consistencia interna, la estructura interna y la reproducibilidad de este hipotético cuestionario.

No se ha definido ningún “gold standard” para la medición del constructo de la satisfacción en Odontología, por lo que no disponemos de ninguna “medida” con la que comparar para así aseverar que este cuestionario sirve para medir este constructo. Sin embargo, al igual que en otras adaptaciones de este mismo cuestionario en otros países, sí que disponemos de pruebas en relación con otras variables con esta finalidad. La relación de la satisfacción con el estado bucodental puede utilizarse con este propósito. Es lógico pensar que los pacientes que han sido sometidos a tratamiento dental puedan presentar mayores niveles de satisfacción respecto al “manejo del dolor”; el miedo o temor al dolor cuando uno va a recibir asistencia dental puede considerarse como una expectativa que se modificaría después de recibir el tratamiento dental de manera que mejoraría su satisfacción. En nuestro estudio, encontramos una corre-

lación de Pearson significativa al nivel 0,05, aunque con un valor  $r=147$ , entre el Índice de Restauración y las puntuaciones obtenidas en la escala “manejo del dolor”, de manera que aquellas personas que presentan mayor Índice de Restauración otorgan mayores puntuaciones en su satisfacción cuando se les pregunta por el manejo del dolor por parte del dentista. Este valor no es lo suficientemente alto como para tomarlo en consideración, pero sí muestra una tendencia. Por otra parte, también hemos encontrado una relación estadísticamente significativa entre las puntuaciones obtenidas en la escala “acceso” y el lugar de residencia, de forma que aquellas personas que residían en ámbito rural presentaban mayor nivel de satisfacción en la escala acceso (tiempo de espera en la clínica dental, dificultad para conseguir una cita y horario de atención de la consulta), lo cual entra dentro del razonamiento que nos habíamos planteado en un principio.



## **6. CONCLUSIONES**



La satisfacción es un concepto muy amplio en la que influyen muchas dimensiones, y además dinámico en el que la influencia de esas dimensiones puede variar en función de las poblaciones y del momento en que se mida. El cuestionario “Dental Satisfaction Questionnaire” fue desarrollado en el año 1982, y aunque el concepto de satisfacción en Estados Unidos sea asimilable a nuestro país, el tiempo transcurrido y las características propias de la asistencia odontológica en España pueden hacer que haya dimensiones de la satisfacción del paciente que no influyan de la misma manera. El análisis realizado puede indicarnos el sentido de esas diferencias, aunque son necesarios más estudios en nuestro país y con tamaños muestrales más elevados con el fin de confirmarlas. Según nuestro análisis, los resultados obtenidos en nuestro estudio, permiten extraer las siguientes conclusiones y sugerencias:

1. Consideramos que los individuos de nuestra muestra presentan unos niveles de satisfacción buenos con la asistencia odontológica recibida.
2. Los niveles de satisfacción a nivel global son superiores en las personas de más de 65 años respecto a las que presentan edades comprendidas entre 36 y 65 años. No existen diferencias respecto a sexo, lugar de residencia, frecuencia de visita al dentista y nivel de estudios.
3. Las personas mayores de 65 años está más satisfechas con el coste de la asistencia odontológica que las personas con edades comprendidas entre 36 y 65 años.
4. No encontramos correlaciones entre la satisfacción con la asistencia odontológica y el estado bucodental del paciente medido a través de los índices CAOD, Índice de restauración e Índice Periodontal Comunitario.

5. Todas las escalas presentan niveles altos de reproducibilidad.
6. Respecto a su consistencia interna, las escalas “Índice de Satisfacción Dental” y “manejo del dolor” son medianamente aceptables. Respecto al resto de escalas, son bajas. Estos niveles de consistencia son mejorables a través de una serie de modificaciones en el cuestionario. Aunque son necesarios nuevos estudios que confirmen estas tendencias, los resultados obtenidos en nuestra muestra nos sugieren las siguientes modificaciones:
  - Consideramos que las expectativas que tiene la población española respecto a las actividades preventivas que debe ofrecer el dentista son más bien escasas; la imagen que se percibe del dentista en este país es más bien “rehabilitadora” que “preventiva”. Por tanto, pensamos que esta dimensión presenta una escasa o nula influencia en la satisfacción del paciente respecto a la asistencia odontológica, por lo que proponemos la eliminación del cuestionario de la pregunta número 17.
  - En España, el número de dentistas por habitante presenta un nivel elevado y está por encima de lo recomendable. Por tanto, pensamos que esta dimensión no afecta a la satisfacción como constructo ya que el paciente da por hecho que el acceso en este aspecto no ofrece dificultades. Por tanto, proponemos eliminar del cuestionario la pregunta 7.
  - Pensamos que el mal comportamiento de las preguntas 2, 11 y 13 es debido a la dificultad de la interpretación de las mismas por el paciente. Por tanto, proponemos la reformulación del enunciado que

las hagan más fáciles y entendibles. En este sentido, proponemos traducir el ítem 2 de forma que sea más identificable con la dimensión “competencia profesional” y no se confunda con el “manejo del dolor”. Proponemos redactar la pregunta 11 en sentido positivo y reformular la pregunta 13 según la propuesta de los autores originales en la batería del “Dental Satisfaction Questionnaire” de 14 ítems.

7. La dimensión que mayor influencia presenta sobre el constructo “satisfacción” en los individuos de nuestra muestra es el “manejo del dolor”.
8. Proponemos para el estudio de la satisfacción del paciente con la asistencia odontológica un modelo de cuestionario compuesto, por tanto de 17 ítems en el que reformularíamos las preguntas 2, 10 (ítem 11 del cuestionario original) y 12 (ítem 13 del cuestionario original) y en el posteriormente, haríamos un nuevo análisis de su validez, fiabilidad y estructura interna. Este cuestionario quedaría de la siguiente manera (Tabla 76):

## VERSIÓN PROPUESTA DE CUESTIONARIO DE SATISFACCION

ITEM	CONTENIDO
1	Hay aspectos del tratamiento dental que recibo que podrían mejorarse
2	<i>Los dentistas examinan a sus pacientes con detenimiento</i>
3	Los dentistas cobran precios demasiado elevados
4	Algunas veces evito ir al dentista porque hacen mucho daño
5	Normalmente los pacientes tienen que esperar mucho tiempo en la clínica dental
6	Los dentistas siempre tratan a sus pacientes con respeto
7	Los dentistas deberían hacer más para reducir el dolor
8	Las consultas de los dentistas están en lugares a los que es muy fácil llegar
9	Los dentistas siempre evitan a sus pacientes gastos innecesarios
10	<i>Los dentistas son exhaustivos a la hora de examinar a sus pacientes</i>
11	Me atiende siempre el mismo dentista casi siempre que necesito tratamiento dental
12	<i>En caso de urgencia, es difícil conseguir una consulta con el dentista de forma inmediata</i>
13	Los dentistas son capaces de aliviar o curar la mayoría de problemas dentales que los pacientes le puedan presentar
14	El horario de atención de los dentistas es conveniente para la mayoría de la gente
15	Los dentistas suelen explicar en qué consistirá el tratamiento y su coste antes de iniciarlo
16	Las consultas de los dentistas son muy modernas y disponen de las últimas tecnologías
17	No tengo miedo a sentir dolor cuando voy al dentista

**Tabla 76. En cursiva, las preguntas en las que se ha planteado su modificación**

## **7. BIBLIOGRAFÍA**



1. Rioboo R. Odontología Preventiva y Comunitaria. Madrid: Avances; 2002.
2. Saturno P. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Esp Salud Pública. 1995; 69: 163-75.
3. Viladric MC, Doval E. Desarrollo y adaptación de cuestionarios en el ámbito de la salud. Bellaterra: Laboratori d'Estadística Aplicada y Modelització (UAB); 2007.
4. The World Health Organization [sede Web]. Ginebra: The World Health Organization; [acceso 20 de Julio de 2009]. The World health Organization Quality of life Instruments. Disponible en: <http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol>.
5. Yamazaki M, Inukay M, Baba K, John MT. Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-J). J Oral Rehabil. 2007; 34(3): 159-68.
6. López R, Baelum V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). BMC Oral Health. 2006; 6: 11.
7. Szentpetery A, Szabo G, Marada G, Szanto I, John MT. The Hungarian version of the Oral Health Impact Profile. Eur J Oral Sci. 2006; 114(3): 197-203.
8. John MT, Patrick DL, Slade GD. The German version of the Oral Health Impact Profile-translation and psychometric properties. Eur J Oral Sci. 2002; 110(6): 425-33.
9. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile- short form. Community Dent oral Epidemiol. 2005; 33: 307-14.
10. Montero J, Bravo M, Albaladejo A, Hernández LA, Rosel EM. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. Med Oral

- Patol Oral Cir Bucal. 2009 Jan 1; 14(1): 44-50.
11. Hagglin C, Berggren U, Lundgren J. A Swedish version of the GOHAI index. Psychometric properties and validation. *Swed Dent J*. 2005; 29(3): 113-24.
  12. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003 Aug; 31(4): 275-84.
  13. Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. Reliability and validity of the Dental Indifference Scale in a population of 18-year-olds in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000; 28: 330-5.
  14. Kvale G, Berg E, Nilsen CM, Raadal M, Nielsen GH, Johnsen TB, Wormes B. Validation of the Dental Fear Scale and the Dental Belief Survey in a Norwegian sample. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25: 160-4.
  15. Coolidge T, Heima M, Coldwell SE, Weinstein P, Milgrom P. Psychometric properties of the Revised Dental Beliefs Survey. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005; 33: 289-97.
  16. Coolidge T, Hillstead MB, Farjo N, Weinstein P, Coldwell SE. Additional psychometric data for the Spanish Modified Dental Anxiety Scale, and psychometric data for a Spanish version of the Revised Dental Beliefs Survey. *BMC Oral Health*. 2010; 10: 12.
  17. Montero J, Bravo M, Albadalejo A. Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10) in two qualitatively distinct samples of the Spanish populations. *Health Qual Life Outcomes*. 2008; 6: 101.
  18. Cortés FJ, Rosel E, Artázcoz J, Bravo M, Tsakos G. Adaptation and validation for Spain of the child-oral impact on daily performance (C-OIDP) for use with adolescents. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Jan

- 1; 15(1): 106-11.
19. Alonso MI, Zapico LM. Satisfacción del cliente y calidad. Una aplicación al sector sanitario. Oviedo: Documentos de trabajo de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Oviedo; 2001. Documentos de trabajo: 238.
20. Lamata F. Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
21. Barrasa JI, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el periodo 1986-2001. Rev Calid Asist. 2003; 18(7): 580-90.
22. Dewi F, Sudjana G, Oesman Y. Patient satisfaction analysis on service quality of dental health care based on empathy and responsiveness. Dent Res J (Isfahan). 2011 Oct-Dec; 8(4): 172-77.
23. Mussard J, Ashley FA, Newton JT, Kendall N, Crayford TJB. What do you think of your dentist? A dental practice assessment questionnaire. J Eval Clin Pract. 2008; 14: 181-4.
24. Stahlnacke K. Self perceived oral health, dental care utilization and satisfaction with dental care. Swed Dent J Suppl. 2007; 190: 1-155.
25. Stahlnacke K, Soderfeldt B, Unell L, Halling A, Axtelius B. Patient satisfaction with dental care in one Swedish age cohort. Part I- Descriptions and dimensions. Swed Dent J. 2007; 31(2): 103-11.
26. Stahlnacke K, Soderfeldt B, Unell L, Halling A, Axtelius B. Patient satisfaction with dental care in one Swedish age cohort. Part II- What affects satisfaction. Swed Dent J. 2007; 31(3): 137-46.
27. Esa R, Rajah P, Abdul Razak I. Satisfaction with the oral health services. A qualitative study among Non- Commissioned Officers in the Malaysian Armed Forces. Community Dent Health. 2006; 23(1): 15-20.

28. Hashim R. Patient satisfaction with dental services at Ajman University, United Arab Emirates. *East Mediterr Health J.* 2005; 11(5-6): 913-21.
29. Al-Doghaiter AH, Saeed AA. Consumers' satisfaction with primary health services in the city of Jeddah, Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2000; 21(5): 447-54.
30. Gurdal P, Cankaya H, Onem E, Dincer S, Yilmaz T. Factors of patient satisfaction/ dissatisfaction in a dental faculty outpatient clinic in Turkey: *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000; 28(6): 461-9.
31. Nakazono T, Davidson PL, Andersen RM. Oral health beliefs in diverse populations. *Adv Dent Res.* 1997; 11(2): 235-44.
32. Davies AR, Ware JE. Development of a Dental Satisfaction Questionnaire for the Health Insurance Experiment. Santa Mónica: The Rand Corporation; 1982.
33. Skalauskiene Z, Maciulskiene V, Sertvytyte A. Testing of the questionnaire on dental care satisfaction in a sample of adult patients visiting dental clinics at faculty of Odontology, Kaunas University of medicine. A pilot study. *Stomatologija.* 2005; 7(3): 84- 9.
34. Williams SJ, Calnan M. Convergence and divergence: assessing criteria of customer's satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Soc Sci Med.* 1991; 33(6): 707-16.
35. López J, Terrades M, Rodríguez FJ, Roselló FJ, Enric J. Encuesta de satisfacción a los pacientes que acuden al servicio de primeras visitas y de Integrada de Adultos de la Clínica odontológica Universitaria de la Facultad de odontología de la Universidad de Barcelona. *Av Odontoestomatol.* 2002; 18(3): 143-51.

36. Hakeberg M, Heiradi E, Norinder M, Berggren U. A Swedish version of the Dental Visit Satisfaction Scale. *Acta Odontol Scand.* 2000 Feb; 58(1): 19-24.
37. Sthoutard MEA, Hartman CA, Hoogstrate J. Development of a Dutch version of the Dental Visit satisfaction Scale. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1992; 20: 351-3.
38. Golletz, D, Milgrom P, Mancy LI. Dental Care satisfaction: the Reliability and Validity of the DSQ in a Low-income population. *J Public Health Dent.* 1995; 55(4): 210-17.
39. Milgrom P, Spiekerman Ch, Grembowski D. Dissatisfaction with dental care among mothers of Medicaid- enrolled children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008 Oct; 36(5): 451–458.
40. Skaret E, Berg E, Raadal M, Kvale G. Reliability and validity of the Dental Satisfaction Questionnaire in a population of 23-year-olds in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004 Feb; 32(1): 25-30.
41. Escribano-Hernández A, García-Garraus JM, Hernández-García I. Evaluation of satisfaction among relatives of mentally disabled patients who were users of a dental care protocol under general anaesthesia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012 Jan; 17(1): 83-8.
42. Llena MC, Clemente C, Forner L. Parental satisfaction with children's primary dental care. *Prim Dent Care.* 2011 Jan; 18(1): 25-30.
43. Balaguer J, García B, Peñarrocha M, Peñarrocha M. Satisfaction of patients fitted with implant-retained overdentures. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011; 16(2): 204-9.
44. González-Lemonier S, Bovaira Forner M, Peñarrocha-Diago M, Peñarrocha-Oltra D. Relationship between preoperative anxiety and postoperative satisfaction in dental implant surgery with intravenous

- conscious sedation. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010; 15(2): 379-82.
45. Peñarrocha M, Carrillo C, Boronat A, Martí E. Level of satisfaction in patients with maxillary full-arch fixed prostheses: zygomatic versus conventional implants. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2007; 22(5): 769-73.
46. Peñarrocha M, Larrázabal C, Balaguer J, Serrano C, Silvestre J, Bagán JV. Restoration with implants in patients with recessive dystrophic epidermolysis bullosa and patient satisfaction with the implant-supported superstructure. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2007; 22(4): 651-5.
47. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res*. 2002; 11: 193-205.
48. American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. Standards for educational and psychological testing. Washington DC: The American Educational Research Association; 1999.
49. Ronald K, Hambleton and Liane Patsula. Increasing the Validity of Adapted Tests: myths to be avoid and guidelines for improving test adaptation practices. *Journal of Applied Testing Technology*. 1999 Aug; 1(1): 1-30.
50. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verje-Lorenz A, Erickson P. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health*. 2005; 8 (2).
51. Health Outcomes Research Europe. Libro Blanco sobre la evolución de

- la profesión odontológica en Cataluña: escenarios de evolución. [libro en Internet]. Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña, 2006. [Acceso el 20 de Noviembre de 2011]. Disponible en: [http://www.coec.cat/publicacions\\_llibre.php](http://www.coec.cat/publicacions_llibre.php).
52. Ilustre Consejo General de Dentistas de España. Encuesta poblacional: la salud bucodental en España 2010. Madrid: Lácer S.A; 2010.
53. Oral Health Database [base de datos en Internet]. Malmö: Country/Area Profile Project (CAPP); 1995, [acceso 20 de Diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO/Norway/Oral-Diseases/Dental-Caries/>
54. Oral Health Database [base de datos en Internet]. Malmö: Country/Area Profile Project (CAPP); 1995, [acceso 20 de Diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO/Spain/Oral-Diseases/Dental-Caries/>
55. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye Ch. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull of the World Health Organ. 2005 Sep; 83(9): 661-9.
56. Oral Health Database [base de datos en Internet]. Malmö: Country/Area Profile Project (CAPP); 1995, [acceso 20 de Diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO/EURO-Oral-Health-Manpower/>
57. Bravo-Pérez M. Desigualdades geográficas en las cargas de trabajo por dentista en España entre 1987 y 1997. Cargas de trabajo por dentista. RCOE. 2004; 9(3): 277-84.
58. Oral Health Database [base de datos en Internet]. Malmö: Country/Area Profile Project (CAPP); 1995, [acceso 20 de Diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health->

[Profiles/EURO/European-Union-and-European-Economic-Area--/Oral-Health-Manpower/Oral-Health-Expenditure-/](#)

59. Cuenca E. La demografía profesional en España: cabalgando un tigre [editorial]. RCOE. 2004; 9(3): 271.

## **8. ANEXOS**



## **ANEXO 1**

(A rellenar por el Odontólogo en la 1ª visita)

### **Instrucciones:**

1. Rellene los datos relativos al paciente que se le piden a continuación
2. Una vez cumplimentados los siguientes datos, entregue esta hoja al paciente para que él mismo la introduzca dentro del sobre junto con el cuestionario de satisfacción que el paciente ha autocumplimentado.

### **DATOS:**

1. CAOD: \_\_\_\_\_
2. CAOS: \_\_\_\_\_
3. Índice de Restauración (IR): \_\_\_\_\_
4. Índice Periodontal Comunitario (código máximo): \_\_\_\_\_

El siguiente estudio está siendo desarrollado por la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia con el objetivo de conocer sus opiniones acerca del dentista. Las respuestas serán completamente confidenciales y anónimas, y serán utilizadas exclusivamente para esta investigación. El cuestionario consta de 2 partes: la primera en la que se le preguntarán datos generales, y una segunda parte en la que se le hacen una serie de preguntas para conocer su opinión acerca del dentista.

Le damos las gracias por su colaboración en este estudio.

### PARTE 1:

1. Edad: \_\_\_\_\_ años

2. Sexo:  hombre  mujer

3. Estudios:  No estudios  
 Escuela primaria, EGB, ESO  
 Escuela secundaria, Bachillerato  
 Formación profesional, FP  
 Universidad

4. Estado civil:  Casado  
 Soltero  
 Viudo  
 Divorciado  
 Vive en pareja  
 Vive sin pareja

5. Residencia:  Rural  Urbana

Anexo 2. Página 1 del cuestionario que se entrega al paciente.

## PARTE 2:

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer sus opiniones acerca del dentista. Para ello piense acerca del tratamiento dental que está recibiendo actualmente y conteste para darnos su opinión sobre el mismo. En caso de no haber recibido recientemente tratamiento dental, piense acerca de lo que usted esperaría si necesitara tratamiento hoy.

El presente cuestionario está compuesto por varias preguntas y afirmaciones de las cuales nos interesa conocer su opinión. Para ello, lee detenidamente cada pregunta u marque un círculo en el número 1, 2, 3, 4, o 5 en función de si usted está: (1) Completamente de acuerdo, (2) De acuerdo, (3) No estoy segura, (4) En desacuerdo, (5) Completamente en desacuerdo. En caso de que se haya equivocado, puede corregirlo marcando con una cruz la respuesta errónea; después marque con un círculo la respuesta adecuada. No hay respuestas correctas o incorrectas, y no tiene límite de tiempo para contestar el cuestionario.

De nuevo, le agradecemos su colaboración.

ITEM	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Hay aspectos del tratamiento dental que recibo que podrían mejorarse	1	2	3	4	5
2. Los dentistas muestran un cuidado especial cuando examinan a sus pacientes	1	2	3	4	5
3. Los dentistas cobran precios demasiado elevados	1	2	3	4	5
4. Algunas veces evito ir al dentista porque hacen mucho daño	1	2	3	4	5
5. Normalmente los pacientes tienen que esperar mucho tiempo en la clínica dental	1	2	3	4	5
6. Los dentistas siempre tratan a sus pacientes con respeto	1	2	3	4	5
7. Hay suficientes dentistas en mi zona	1	2	3	4	5
8. Los dentistas deberían hacer más para reducir el dolor	1	2	3	4	5
9. Las consultas de los dentistas están en lugares a los que es muy fácil llegar	1	2	3	4	5
10. Los dentistas siempre evitan a sus pacientes gastos innecesarios	1	2	3	4	5
11. Los dentistas no son tan exhaustivos a la hora de examinar a sus pacientes como debieran ser	1	2	3	4	5
12. Me atiende siempre el mismo dentista casi siempre que necesito tratamiento dental	1	2	3	4	5
13. Es difícil conseguir una consulta con el dentista de forma inmediata	1	2	3	4	5
14. Los dentistas son capaces de aliviar o curar la mayoría de problemas dentales que los pacientes le puedan presentar	1	2	3	4	5
15. El horario de atención de los dentistas es conveniente para la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
16. Los dentistas suelen explicar en qué consistirá el tratamiento y su coste antes de iniciarlo	1	2	3	4	5
17. Los dentistas deberían hacer más para evitar que las personas tengan problemas dentales	1	2	3	4	5
18. Las consultas de los dentistas son muy modernas y disponen de las últimas tecnologías	1	2	3	4	5
19. No tengo miedo a sentir dolor cuando voy al dentista	1	2	3	4	5

Anexo 4. Página 3 del cuestionario que se entrega al paciente.

## Hoja de información al paciente

### ESTUDIO DE SATISFACCIÓN MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD "DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE" DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLÓGIA DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA

Nombre del paciente:

Se le pide que participe en un estudio para conocer la satisfacción del paciente con la atención con el dentista. Para ello se le ha administrado un cuestionario que nos permite conocer su opinión general sobre la forma en que los dentistas realizan su trabajo.

#### Confidencialidad

El tratamiento de los datos de carácter personal requeridos en este estudio se rige de acuerdo a la legislación vigente en materia de manejo de datos del paciente. El consentimiento para el tratamiento de sus datos personales y para la cesión de los mismos es revocable. Usted puede ejercer el derecho de acceso, rectificación y cancelación dirigiéndose al Dr. \_\_\_\_\_. Los datos recogidos en el estudio, acerca de su opinión sobre el dentista serán recogidos y enviados para su análisis al equipo investigador responsable.

Los datos recogidos serán sometidos a determinados análisis estadísticos, junto con los de los demás pacientes participantes. Los resultados podrían ser utilizados en informes del estudio o en presentaciones y publicaciones científicas.

#### Obtención de información adicional

Se le anima a que realice cualquier pregunta en cualquier momento del estudio. Si tiene cualquier problema o tiene más preguntas sobre el estudio o sus derechos como paciente, contacte con el Dr. \_\_\_\_\_ en el número de teléfono \_\_\_\_\_

#### Bases de la participación

La participación en este estudio es voluntaria. Usted puede decidir no participar o abandonarlo en cualquier momento sin ningún perjuicio para Usted.

## MODELO DE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Título del estudio:

ESTUDIO DE SATISFACCIÓN MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD "DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE" DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLÓGIA DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA

Yo *(Nombre y apellidos)* he leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con *(nombre del investigador)*

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera.

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha

Firma del participante

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y le entrego una copia del consentimiento firmado.

Fecha

Firma del Investigador

\* Se entrega copia de este documento al paciente

Anexo 6. Modelo de Consentimiento Informado entregado al paciente (página 2)