

ARTÍCULO ORIGINAL

Adaptación cultural de una escala para medir la ansiedad ante el tratamiento estomatológico en la población cubana

Cultural adaptation of a scale to measure anxiety before stomatological treatment in the Cuban population

Hilda Elia Rodríguez Chala¹  , Dania Isabel Brito Menéndez² 

RESUMEN

Introducción: En Cuba no existe un instrumento de medición validado para el contexto cultural cubano, ni diseñado por investigadores para medir la ansiedad ante el tratamiento estomatológico. Por consiguiente, no se puede obtener información de este evento, porque no está determinada la herramienta.

Objetivo: Adaptar la escala de ansiedad dental modificada al contexto cultural cubano.

Métodos: Investigación con diseño exploratorio secuencial, en la modalidad derivativa, en población adulta de la provincia La Habana. La adaptación cultural incluyó los procesos de traducción-retrotraducción, consolidación por expertos y prueba piloto en 30 sujetos. Tales procedimientos se realizaron con el propósito de que la escala resultante mantuviera la equivalencia con la versión original. Los métodos empíricos utilizados fueron la consulta a expertos y la técnica grupal (grupo nominal) en profesionales docentes, así como el método entrevista cualitativa a pacientes.

Resultados: A partir de la versión original, se registraron por los expertos siete señalamientos que permitieron dejar establecida la versión preliminar de la escala, examinada en una prueba piloto. Para responder la escala se obtuvo una media de 3,4 minutos. La aplicación de la escala se desarrolló de manera continua y sin obstáculos. Se ajustó la versión preliminar y quedó establecida la definitiva.

Conclusiones: Se obtuvo una escala adaptada al contexto cultural cubano, compuesta por 6 ítems, con un rango de 6 a 30 puntos en su evaluación y categorías para diferentes niveles de ansiedad.

Palabras clave: adaptación; ansiedad; terapéutica; Cuba; población.

ABSTRACT

Introduction: In Cuba there is no measuring instrument validated to the Cuban cultural context, nor designed by researchers to measure anxiety before stomatological treatment. Consequently, it is not possible to obtain information on this occurrence, because the tool has not been determined.

Objective: To adapt the modified dental anxiety scale to the Cuban cultural context.

Methods: Research with an exploratory sequential design, in the derivative modality, in an adult population of Havana province. The cultural adaptation included the processes of translation-retrotranslation, consolidation by experts and pilot testing in 30 subjects. These procedures were carried out so that the resulting scale would maintain equivalence with the original version. The empirical methods used were expert consultation and the group technique (nominal group) in teaching professionals, as well as the qualitative interview method with patients.

Results: From the original version, seven comments were recorded by the experts that made it possible to establish the preliminary version of the scale, which was examined in a pilot test. The average time to answer the scale was 3.4 minutes. The application of the scale was carried out continuously and without obstacles. The preliminary version was adjusted and the definitive version was established.

Conclusions: A scale adapted to the Cuban cultural context was obtained, composed of 6 items, with a range of 6 to 30 evaluation points and categories for different levels of anxiety.

Key words: adaptation; anxiety; therapeutic; Cuba; population.

INTRODUCCIÓN

Con el incremento de investigaciones multicéntricas internacionales, surge la necesidad de adaptar y validar instrumentos de evaluación psicológica para su uso en diferentes idiomas y contextos culturales. Esto ocurre debido a que es común encontrar diferencia en la equivalencia semántica, conceptual e idiomática entre distintas poblaciones y culturas.

(1)

El término adaptación cultural es utilizado para abarcar un proceso que analiza el cambio de idioma

y la cultura durante el proceso de preparación de un instrumento para su uso en otro entorno. Guillemin⁽²⁾ sugiere cinco ejemplos diferentes de cuando

Recibido: 15/09/2021
Aceptado: 01/06/2022

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad "Julio Trigo López". La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas "Julio Trigo López", Departamento Docente de Estomatología. La Habana, Cuba.



se debe prestar atención a esta adaptación; al comparar el idioma y la cultura de destino (donde se utilizará) y la fuente (donde se desarrolló). Exclusivo de este proceso se encuentra el primer ejemplo, ya que se realiza en la misma población de origen. El resto de los ejemplos, requieren de alguna traducción y / o adaptación.

La validación de una versión en idioma diferente consiste en adaptar culturalmente al medio donde se quiere aplicar y volver a comprobar cómo conserva las propiedades psicométricas que le permiten medir aquello para lo cual fue diseñado.⁽³⁾

La adaptación cultural de un instrumento consta como primer paso de un proceso de traducción. Sin embargo, no puede limitarse a una simple traducción, sino que debe seguir una metodología para asegurar su equivalencia.⁽⁴⁾ Es un proceso riguroso que consiste en la traducción, retrotraducción (un texto traducido se vuelve a traducir a su idioma original) y comprobación de las equivalencias entre la versión original y las resultantes.⁽⁵⁾ Secundario a este proceso se realiza su validación para evaluar las propiedades psicométricas del nuevo instrumento, criterio esencial para determinar la calidad de su medición.⁽⁶⁾

La Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS) es la más validada y utilizada por la comunidad científica internacional para medir la ansiedad ante el tratamiento, estomatológico en relación con otros instrumentos con similar finalidad.^(7,8,9,10) De ahí que se reportaron más de 15 validaciones en múltiples idiomas y contextos culturales.⁽¹¹⁾

Si se aborda el proceso de validación al idioma español se aprecian solo validaciones del MDAS⁽¹²⁾ y del Inventario de ansiedad y miedo dental (IDAF-4C+)⁽¹³⁾ en población hispana insertada en los Estados Unidos, además del Inventario de Ansiedad Dental versión corta (SDAI)^(14,15) en una población mexicana y ecuatoriana respectivamente. Estos resultados son considerados escasos y controversiales, ya que existe la influencia del medio anglosajón en la población hispana estudiada y se comporta muy diferente a su contraparte original. Se consideran las validaciones del SDAI en población mexicana y ecuatoriana como las únicas realizadas en poblaciones de países hispanohablantes. Las circunstancias antes señaladas permitieron manifestar que a nivel internacional la validación del MDAS al idioma español, o culturas latinoamericanas, es escasa, prácticamente nula.

En Cuba, país de habla hispana no existe un instrumento de medición validado al contexto cultural cubano ni diseñado por investigadores para medir la ansiedad ante el tratamiento estomatológico. Por consiguiente, no se puede obtener información, porque no está determinada la herramienta, que es considerada oportuna, necesaria y pertinente. El establecimiento de la versión cubana del MDAS, a través del proceso de adaptación y validación, permite obtener un instrumento de evaluación psicológica como herramienta válida, reproducible y fiable para diagnosticar la ansiedad ante el tratamiento estomatológico en la población adulta. Este trabajo tiene como objetivo adaptar el MDAS al contexto cultural cubano como primer paso de su validación.

MÉTODOS

Investigación exploratoria, secuencial en la modalidad derivativa, según la metodología de Sampieri,⁽¹⁶⁾ que contó con una etapa cualitativa (adaptación de la escala) con un diseño descriptivo en múltiples pasos. Se aplicó en población mayor de 19 años de la provincia La Habana.

La adaptación cultural incluyó los procesos de traducción-retrotraducción, consolidación por expertos y prueba piloto, con el propósito de que la escala resultante mantuviera la equivalencia semántica, idiomática, experiencial y conceptual en relación con la versión original. La MDAS se caracteriza por mostrar cinco ítems, con posibilidades de ser respondida mediante escala de Likert, representada por “sin ansiedad = 1”, “levemente ansioso = 2”, “moderadamente ansioso = 3”, “severamente ansioso = 4” y “extremadamente ansioso = 5”. Presentó una evaluación final de 5 a 25 para toda la escala, donde a partir de 19 como punto de corte se considera una persona altamente ansiosa.⁽¹⁷⁾

Los métodos empíricos utilizados fueron consulta a expertos y técnica grupal (grupo nominal) en profesionales docentes de tres facultades de Ciencias Médicas de La Habana (“Julio Trigo López”, “Enrique Cabrera” y la Facultad de Estomatología). El método entrevista cualitativa fue aplicado a pacientes de dos unidades asistenciales estomatológicas.

Para obtener la opinión de expertos se utilizó la técnica del grupo nominal. Con esa finalidad se realizó un encuentro con seis profesionales: tres psicólogos, tres estomatólogos y un profesor de español, que tenían más de 10 años de experiencia profesional, con categoría docente y científica. El título académico de Máster lo poseían siete; uno ostentaba la categoría docente de Profesor Titular y otro la de Profesor Auxiliar respectivamente; y cuatro, la de Profesor Asistente.

Con los criterios de expertos consultados en la literatura^(2, 18,19) y la versión original se desarrollaron los siguientes pasos:

Paso 1: Traducción y retrotraducción

Para ejecutar este proceso se seleccionaron cuatro profesores cubanos que impartían clases de idioma in-



glés con fines específicos para la carrera de Estomatología, que poseían habilidades para la traducción bilingüe y una experiencia profesional de más de 5 años. Fueron seleccionados dos de ellos para el proceso de traducción y los restantes para la retrotraducción.

a) Traducción

Para el proceso de traducción se seleccionaron dos profesores, a uno de ellos le fue solicitada la traducción de la versión original, administrándosele previa información del evento a estudiar, para obtener la versión A. El otro profesor seleccionado se mantuvo sin previa información, para obtener una traducción más coloquial de la escala (versión B).

Ambos profesores efectuaron la actividad de manera independiente para evitar influencias mutuas, traduciendo todos los aspectos de la escala: nombre, instrucciones, ítems, opciones de respuesta y evaluación.

b) Retrotraducción

Los dos profesores involucrados en el proceso de retrotraducción estuvieron sin información de los fines y conceptos implicados, así como de la versión original de la escala. A ellos se les solicitó llevar al idioma inglés las versiones obtenidas del proceso de traducción (A y B) y dieron como propuesta dos versiones de la escala (C y D).

Paso 2: Consolidación por expertos

a) Comité de revisión

El comité de revisión estuvo constituido por cinco profesores de inglés para carreras médicas, con cinco años o más de experiencia profesional. Su función estuvo dirigida a seleccionar una de las escalas obtenida de la retrotraducción (C y D), a partir de su mayor equivalencia semántica e idiomática con la versión original, dada por la mantención del significado de palabras y frases idiomáticas. Para ejecutar esta tarea el comité de revisión se reunió en una sesión de trabajo, con un carácter informativo, orientador, de análisis y discusión, donde cada miembro del comité seleccionó de manera individual la versión que consideraba con mayor equivalencia en relación con la versión original. Se seleccionó finalmente la que mayor número de votos obtuvo. A partir de este resultado se tomó la versión al español que se correspondía con la versión seleccionada y se denominó versión inicial.

b) Opinión de expertos

Para obtener la opinión de expertos se utilizó la técnica del grupo nominal. Los profesionales relacionados con la atención médica tenían como desempeño la asistencia al paciente, por lo que estaban en contacto directo con el evento psicológico a investigar. Una vez presentes todos los miembros, fueron explicados los objetivos de la actividad, mantener la equivalencia conceptual y de experiencia, así como analizar a partir de la versión inicial de la escala la claridad, relevancia y el número de preguntas, uso adecuado de palabras, cambio, la eliminación o adición de preguntas y valoración del formato de la escala. Fue detallada, además, la ansiedad ante el tratamiento estomatológico y sus características como aspectos básicos a valorar. Posteriormente se realizó la entrega de la versión inicial obtenida en el paso anterior y la valoración fue solicitada de acuerdo a los aspectos anteriormente mencionados. Con las propuestas de cada integrante, fue buscado un consenso por la votación de los aspectos de mayor importancia, los cuales quedaron registrados.

Paso 3: Definición de la versión preliminar

A partir de los resultados obtenidos en el paso 2, fue ajustada la versión inicial para dejar establecida la versión preliminar que sería utilizada en la prueba piloto.

Paso 4: Prueba piloto

La prueba piloto tuvo la finalidad de evaluar la comprensión lingüística y la factibilidad de la versión preliminar de la escala en una muestra integrada por 60 sujetos. Para el desarrollo de la prueba piloto fueron seleccionados intencionalmente los servicios estomatológicos de Los Pinos y Managua, por ser considerados área urbana y suburbana respectivamente dentro del municipio Arroyo Naranjo, en la provincia La Habana. Se asignaron 30 sujetos para cada uno de ellos. Los sujetos integrantes de la muestra fueron seleccionados mediante muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, en el que se utilizó el método de sorteo para seleccionar 30.

Se incluyeron pacientes de 20 y más años, de diferentes sexos y niveles de escolaridad, con dos experiencias como mínimo en la atención estomatológica, sin incapacidad mental y que estuvieran de acuerdo con participar en el estudio.

A todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión les fue solicitado el consentimiento informado, teniendo en cuenta los principios básicos de la ética: respeto a las personas, beneficencia y justicia. También fue solicitado el consentimiento a los directivos de las diferentes unidades asistenciales.



En la comprensión lingüística de la escala se realizó una entrevista individual y para obtener la factibilidad se consideró el tiempo en responder la escala y aspectos relacionados con su aplicabilidad.

La escala preliminar fue aplicada a los sujetos en la sala de espera, para obtener el tiempo transcurrido en responderla. Posteriormente se realizó la entrevista individual a cada uno de los implicados para evaluar el grado de comprensión de la escala y su consideración sobre aspectos de redacción, comprensión, formato y aceptabilidad. Después se determinaron las coincidencias o disparidad de criterios aportados por los sujetos durante la entrevista.

Fue solicitada una valoración a los ejecutores sobre la aplicación de la escala, enfocada en el manejo y aplicabilidad del instrumento a los pacientes.

Paso 5: Definición de la versión final

El análisis cualitativo de la información recogida en el paso 4 permitió ajustar la escala para dejar definida la versión final. Esta escala fue utilizada para evaluar las propiedades psicométricas del instrumento en la etapa cuantitativa del diseño exploratorio secuencial. Se utilizaron medidas descriptivas para calcular estadígrafos de tendencia central, de dispersión y frecuencias relacionadas con las variables declaradas para la prueba piloto. Se llevó a cabo el análisis de los datos mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics 24.

RESULTADOS

Paso 1 y 2: Traducción, retrotraducción y consolidación por expertos

A través del proceso traducción-retrotraducción se obtuvieron dos versiones del MDAS al idioma español (A y B), las que correspondían, respectivamente, con la versión al inglés C y D. Al realizar el análisis de la equivalencia semántica e idiomática con la versión original, quedó constituida finalmente la versión B como versión inicial.

Se obtuvieron siete señalamientos como resultado de la técnica de grupo nominal, considerados para establecer la versión preliminar de la escala.

Listado de señalamientos y sugerencias para su corrección:

- 1- Nombre del instrumento inadecuado, ya que el término “ansiedad dental” se interpreta como ansiedad del diente y no del individuo. Además de sugerir la inclusión de una acotación de referencia a Cuba.
- 2- No se explica al encuestado la definición de ansiedad ante el tratamiento estomatológico (definir la ansiedad con términos sencillos para su comprensión por el encuestado).
- 3- No está definido el objetivo del instrumento (definir el objetivo).
- 4- En el ítem cinco solo se hace referencia a los dientes superiores (considerar todos los dientes).
- 5- La categoría “no ansioso” es un término poco manejado por psicólogos y pacientes (sustituir por la categoría “relajado”).
- 6- No se hace referencia a la exodoncia dentaria como proceder terapéutico (añadir un ítem que haga referencia a este procedimiento terapéutico con el mismo formato de pregunta, ya que en la experiencia clínica es muy apreciable este factor ansiogénico).
- 7- La evaluación de la escala solo se limita a detectar alta ansiedad, sin establecer otras categorías que permitan detectar otros niveles. Establecer categorías que abarquen todos los niveles de ansiedad.

Paso 3: Definición de la versión preliminar.

A partir de los resultados obtenidos en el paso anterior fue ajustada la versión inicial de la escala de la siguiente forma:

- 1- Nombre del instrumento: Escala de Ansiedad ante el Tratamiento Estomatológico Modificada-versión cubana (EATEM-vc).
- 2- Instrucciones: Fue agregado el objetivo de la escala y la definición de ansiedad ante el tratamiento estomatológico.
- 3- Ítems: Se realizó la modificación del ítem 5, se consideraron todos los dientes en lugar de los superiores y se agregó el 6to ítem correspondiente a la exodoncia dentaria.
- 4- Respuesta de los ítems: Fue mantenida la escala del 1 al 5 para todos los ítems, incluido el 6to incorporado. Se sustituyó la categoría de “no ansioso” por “relajado”.
- 5- Evaluación de la escala (interpretabilidad): Al agregar un ítem a la escala, se reajustó la evaluación de la versión original. Ante la nueva condición fueron realizados nuevos cálculos de las puntuaciones y categorización de la respuesta en correspondencia con la nueva escala obtenida.



Paso 4: Prueba piloto

La muestra estudiada se caracterizó por una media de 43,4 años de edad, al quedar la mitad de los individuos por debajo de 44 años. No obstante, la desviación típica indicó una amplia magnitud (17,4 años) de las edades, lo que abarca también a adultos jóvenes y mayores. El sexo femenino prevaleció con el 52,5 %, en comparación con el 47,5 % obtenido en los hombres, así como los niveles de escolaridad más frecuentes fueron el universitario y la secundaria con 35 % y 27,5 %, respectivamente. Para responder la escala se obtuvo una media de 3,4 minutos, además de exhibir un intervalo de respuesta de 1 a 10 minutos. (tabla 1).

Tabla 1 - Caracterización de la muestra según variables designadas

Variable	Clasificación y resultado
Edad	Media: 43,4 Mediana: 44 Mínimo: 20 Máximo: 80 DT: 17,4
Sexo	Femenino 21 (52,5 %) Masculino 19 (47,5 %)
Nivel de escolaridad	Primaria sin Terminar 2 (5 %) Primaria Terminada 4 (10 %) Secundaria 11 (27,5 %) Preuniversitario 9 (22,5 %) Universitario 14 (35 %)
Tiempo para responder la escala	Media: 3,4 Mediana: 3 Mínimo: 1 Máximo: 10 DT: 2,3

DT: Desviación típica.

En relación con la redacción, formato y aceptabilidad de la versión preliminar fueron coincidentes los criterios de cambiar la palabra “obturar” por “empastar” y “ansiedad” por “nervioso “. Se obtuvo de manera general buena aceptación por los pacientes.

En cuanto a su aplicabilidad los ejecutores manifestaron mayoritariamente que el empleo de la escala se desarrolló de manera continua y sin obstáculos. A criterio de la autora se declaró una escala de pocos recursos materiales, atribuible exclusivamente a papel impreso y lápiz.

Paso 4: Definición de la versión definitiva

A partir de los resultados obtenidos en la prueba piloto fue ajustada la versión preliminar, se cambió la palabra “obturar” por “empastar” y la colocación de la palabra “nervioso” como acotación de la palabra “ansiedad” para mejor comprensión del sujeto, y dejar establecida finalmente la versión definitiva.

DISCUSIÓN

La adaptación del MDAS transitó, a partir de su versión original por una versión inicial, preliminar y definitiva. Todas las versiones fueron resultado del análisis y procesamiento a partir del criterio de profesionales del idioma inglés, psicólogos y estomatólogos, expertos y pacientes. De esta manera se garantizó la equivalencia semántica e idiomática, de experiencia y conceptual. Se consideró lo que establece este proceso de adaptación en la literatura.⁽⁴⁾

A partir de la versión definitiva, se reveló una escala con un carácter abarcador para toda la edad adulta según lo aportado por el rango mínimo y máximo de 20 a 80 años. La escala presenta características adecuadas e indispensables para su utilización en la práctica clínica, atribuyéndole la propiedad de instrumento sencillo que brinda información en un breve período de tiempo (aproximadamente cuatro minutos) y con un carácter generalizador. Esta escala puede ser utilizada por el profesional, comprendida y aceptada por pacientes de población urbana y suburbana, de diferentes sexos y niveles de escolaridad.

Su fácil aplicación, bajo costo y la carencia de condiciones especiales para su aplicación constituyen ventajas alcanzadas. Esta última es coincidente con lo reportado en el estudio de la versión nepalí.⁽²⁰⁾

La investigación realizada por Coolidge y otros⁽²¹⁾ en el año 2008 se identifica como la primera que adaptó y validó el MDAS en una población hispana de los Estados Unidos. En el 2010 el mismo autor realizó otra investigación para profundizar en las propiedades psicométricas.⁽²¹⁾ Como segunda investigación a nivel internacional



que adapta y valida el MDAS al idioma español, la EATEM-vc (escala del presente estudio) asume algunas características que la distingue de la primera investigación reportada. Por una parte, es más larga pues se compone de un ítem más, pero por otra es más completa porque comprende los principales estímulos estomatológicos generadores de ansiedad al incorporársele un ítem referente a la exodoncia dentaria.

Corresponde señalar que en la literatura consultada sobre adaptación y validación del MDAS a otros idiomas o dialectos⁽¹¹⁾ no se describen aspectos relacionados con la comprensión lingüística, aceptabilidad, aplicabilidad y costo de la escala. Por lo anteriormente planteado adquiere esta investigación un mayor rigor metodológico para adaptación de instrumentos.

CONSIDERACIONES FINALES

A partir de la adaptación del MDAS se obtuvo la Escala de Ansiedad ante el Tratamiento Estomatológico Modificada-versión cubana (EATEM-vc) para medir ansiedad ante el tratamiento estomatológico. Estuvo compuesta por 6 ítems, con un rango de 6 a 30 puntos en su evaluación, con categorías para los diferentes niveles de ansiedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Rubiales AS. How is an instrument for measuring health to be validated? *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 2011 [acceso 08/03/2019];34(1):63-72. Disponible en: <https://europepmc.org/abstract/med/21532647>
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1993 [acceso 08/03/2019];46(12):1417-32. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/089543569390142N>
- López Fernández R, Avello Martínez R, Palmero Urquiza DE, Gálvez SS, Álvarez, M. Q. Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones científicas. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2019 [acceso 17/09/2020];48(2):441-50. Disponible en: <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/390/331>
- Phongphannang S, Lach HW. Cross-cultural Instrument Translation and Adaptation: Challenges and Strategies. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2019 [acceso 29/09/2020];23(2):170-9. Disponible en: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/129032>
- Ventura León JL. ¿Existen los instrumentos válidos? Un debate necesario. *Gaceta Sanitaria*. 2017 [acceso 17/09/2018];31(1):71. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/qs/2017.v31n1/71-71/#>
- Cypress BS. Rigor or Reliability and Validity in Qualitative Research: Perspectives, Strategies, Reconceptualization, and Recommendations. *Dimens Crit Care Nurs*. 2017;36(4):253-63. PMID: 28570380
- Anzar W, Afaq A, Baig QA. Assessment of dental anxiety in adults undergoing dental procedures in Dow International Dental College. *J Dow University of Health Sciences*. 2017 [acceso 09/09/2018];11(1):2-5. Disponible en: www.duhs.edu.pk/jduhs/index.php/jduhs/article/download/449/257
- Caltabiano ML, Croker F, Page L, Sklavos A, Spiteri J, Hanrahan L, et al. Dental anxiety in patients attending a student dental clinic. *BMC oral health*. 2018 [acceso 09/09/2018];18(1):[Aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-018-0507-5>
- Fayad MI, Elbieh A, Baig MN, Alruwaili SA. Prevalence of Dental Anxiety among Dental Patients in Saudi Arabia. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2017;7(2):100-4. Disponible en: PMID: 28462178
- Dou L, Vanschaayk MM, Zhang Y, Fu X, Ji P, Yang D. The prevalence of dental anxiety and its association with pain and other variables among adult patients with irreversible pulpitis. *BMC Oral Health*. 2018 [acceso 17/09/2018];18(1):[Aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-018-0563-x>
- Humphris G. University of St. Andrews. Modified Dental Anxiety Scale. Scale translations. 2018 [acceso 08/07/2019]. Disponible en: <https://www.st-andrews.ac.uk/dentalanxiety/scaletranslations/>
- Coolidge T, Chambers MA, Garcia LJ, Heaton LJ, Coldwell SE. Psychometric properties of Spanish-language adult dental fear measures. *BMC Oral Health*. 2008 [acceso 08/07/2016];8(1):[Aprox. 8 p.]. Disponible en <http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-8-15>
- Carrillo Díaz M, Crego A, Armfield JM, Romero M. Adaptation and psychometric properties of the Spanish version of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+). *Oral health & preventive dentistry*. 2012;10(4):[Aprox. 10 p.]. PMID: 23301233
- Cázares de León F, Moral de la Rubia J, Montoya Flores BI. Validación del inventario de ansiedad dental versión corta en pacientes adultos mexicanos. *Ansiedad y Estrés*. 2013 [acceso 17/09/2018];19(1):[Aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/216>
- Villavicencio E, Castillo J, Llapa M, Jaramillo Z, Coronel P, Pariona M. Validación de un instrumento de ansiedad dental EQ-SDAI. *Rev Estomatol Herediana*. 2019 [acceso 17/09/2020];29(4):277-84. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552019000400004
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. 6ta Ed. México: Editorial McGraw Hill; 2014.
- Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJE. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health*. 1995 [acceso 17/09/2018];12:[Aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/record/2015-10202-001>
- Lira MT, Caballero E. Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2020 [acceso 17/09/2020];31(1):85-94. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019301166>
- Congost Maestre N. Aspectos lingüísticos en la traducción de cuestionarios de salud (británicos y estadounidenses). *J Spec Transl*. 2016 [acceso 17/09/2018];26:116-35. Disponible en: https://jostrans.org/issue26/art_congost.php
- Giri J, Pokharel PR, Gyawali R, Bhattarai B. Translation and Validation of Modified Dental Anxiety Scale: The Nepali Version. *Int Sch Res Notices*. 2017 [acceso 17/09/2018];2017(3):1-5. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2017/5495643/>
- 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 [acceso 08/07/2019];10:[Aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-10-12>



ANEXOS

Versión definitiva. Escala de Ansiedad ante el Tratamiento Estomatológico Modificada- versión cubana (EA-TEM-vc) El propósito de esta escala es evaluar cuán ansioso se pone usted cuando visita al estomatólogo. Por favor, marque en la casilla correspondiente el nivel de ansiedad (nerviosismo), que experimenta usted ante las siguientes situaciones relacionadas con la atención estomatológica. Antes de comenzar le explicamos qué es la ansiedad ante el tratamiento estomatológico. La ansiedad ante el tratamiento estomatológico (nerviosismo) es la reacción que tiene el cuerpo y la mente al imaginar o pensar en todo lo que tiene que ver con la atención estomatológica.

1- Si usted fuera a su dentista mañana para un tratamiento, ¿cómo se sentiría?

Relajado Poco ansioso Medianamente ansioso Muy ansioso Extremadamente ansioso

2- Si usted estuviera sentado en el salón de espera para recibir un tratamiento, ¿cómo se sentiría?

Relajado Poco ansioso Medianamente ansioso Muy ansioso Extremadamente ansioso

3- Si usted estuviera a punto de que le empastaran un diente, ¿cómo se sentiría?

Relajado Poco ansioso Medianamente ansioso Muy ansioso Extremadamente ansioso

4- Si se fuera a hacer una limpieza y pulido de dientes, ¿cómo se sentiría?

Relajado Poco ansioso Medianamente ansioso Muy ansioso Extremadamente ansioso

5- Si usted estuviera a punto de que le inyectaran anestesia local en su encía, en cualquiera de sus dientes, ¿cómo se sentiría?

Relajado Poco ansioso Medianamente ansioso Muy ansioso Extremadamente ansioso

6- Si usted estuviera a punto de que le hicieran una extracción dentaria, ¿cómo se sentiría?

Relajado Poco ansioso Medianamente ansioso Muy ansioso Extremadamente ansioso

Instrucciones para calcular la puntuación final

Cada inciso tiene la siguiente puntuación:

Relajado = 1

Levemente ansioso = 2

Medianamente ansioso = 3

Muy ansioso = 4

Extremadamente ansioso = 5

Evaluación de la escala

El puntaje total es la suma del valor de cada ítem, con un rango de 6 a 30, dictándose la siguiente escala de clasificación:

6: sin ansiedad

7-12: ligeramente ansioso

13-14: medianamente ansioso

15-22: muy ansioso

23-30: extremadamente ansioso



CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Conceptualización: Hilda Elia Rodríguez Chala.

Investigación: Dania Isabel Brito Menéndez.

Metodología: Hilda Elia Rodríguez Chala.

Administración del proyecto: Hilda Elia Rodríguez Chala.

Visualización: Hilda Elia Rodríguez Chala.

Redacción-borrador original: Hilda Elia Rodríguez Chala.

Redacción-revisión y edición: Hilda Elia Rodríguez Chala, Dania Isabel Brito Menéndez.

