

ACADEMIA JOURNALS



OPUS PRO SCIENTIA ET STUDIUM

Humanidades, Ciencia, Tecnología e Innovación en Puebla

ISSN 2644-0903 online

Vol. 5. No. 1, 2023

www.academiajournals.com

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN AUSPICIADO POR EL
CONVENIO CONCYTEP-ACADEMIA JOURNALS



Gobierno de Puebla

Hacer historia. Hacer futuro.



**Secretaría
de Educación**
Gobierno de Puebla

CONCYTEP
Consejo de Ciencia
y Tecnología del Estado
de Puebla

Karla Marisol Teutli Mellado

Factores Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Estomatología

Universidad Iberoamericana Puebla

Tutora Principal: Dra. Nora Hemi Campos Rivera

Tutora Adjunta: Dra. Irene Aurora Espinosa de Santillana

Tutora Externa: Dra. Dulce María Carolina Flores Olvera

Lector: Dr. Raúl José Alcázar Olán

Lector: Dra. Raquel García Flores

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial del
3 de abril de 1981



Factores Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Estomatología

Tesis

que para obtener el grado de

Doctora en Investigación Psicológica

P r e s e n t a

Karla Marisol Teutli Mellado

Tutora Principal

Dra. Nora Hemi Campos Rivera, UIAP

Comité tutorial

Dra. Irene Aurora Espinosa de Santillana, tutora adjunta, BUAP

Dra. Dulce María Carolina Flores Olvera, tutora externa, BUAP

Dr. Raúl José Alcázar Olán, lector, UIAP

Dra. Raquel García Flores, lectora, ITSON

Resumen

Factores Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Estomatología

Karla Marisol Teutli Mellado

Un paciente en tratamiento estomatológico debe llevar a cabo diversas conductas para mantener la salud bucodental, sin embargo, existen factores que dependen del estomatólogo en la construcción del cumplimiento terapéutico. La falta de adherencia al tratamiento por parte del paciente es un hecho conocido y su medición en estomatología es importante como factor predictivo en el éxito del tratamiento.

Hasta el momento, la mayoría de los estudios sobre adherencia se han realizado en enfermedades crónico-degenerativas o a largo plazo y la evaluación es a nivel farmacológico. Esta investigación se plantea desde la psicología de la salud y presenta como modelo teórico el propuesto por DiMatteo y DiNicola (1982) el cual involucra los aspectos claves en la adherencia, como la información, la motivación y las estrategias. Por lo que el objetivo es determinar los aspectos asociados a la adherencia al tratamiento en estomatología desde la perspectiva del estomatólogo y del paciente.

La investigación consiste en el diseño de dos instrumentos para la medición de la adherencia en estomatología. Se han construido con las siguientes etapas: estudio exploratorio con pacientes y estomatólogos, redacción de reactivos de acuerdo con el análisis de contenido previo, la evaluación a través de un juicio de expertos; validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio y, por último, la validez de criterio en el que se correlaciona con otros instrumentos.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, psicología de la salud, pacientes, estomatología, validación de instrumentos.

Abstract

A patient undergoing stomatological treatment must carry out various behaviors to maintain oral health, however, there are factors that depend on the stomatologist in the construction of therapeutic compliance. Lack of adherence to treatment by the patient is a known fact, its measurement in stomatology is important as a predictive factor in the success of treatment.

To date, most of the studies on adherence have been carried out in chronic-degenerative or long-term diseases and the evaluation is at the pharmacological level. This research arises from health psychology and presents as a theoretical model the one proposed by DiMatteo and DiNicola (1982) which involves the key aspects of adherence, such as information, motivation, and strategies. Therefore, the objective is to determine the aspects associated with adherence to treatment in stomatology from the perspective of the stomatologist and the patient.

The research consists of the design of two instruments for the measurement of adherence in dentistry. They have been built with the following stages: exploratory study with patients and stomatologists, writing items according to the previous content analysis, evaluation through expert judgment; construct validity through exploratory factor analysis and, finally, criterion validity in which it correlates with other instruments.

Keywords: Adherence to treatment, health psychology, patients, stomatology, instrument validation.

Karla Marisol Teutli Mellado

Índice

RESUMEN	2
1. INTRODUCCIÓN	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2. ANTECEDENTES DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	14
1.2.1. Factores Asociados a la Adherencia al Tratamiento	18
1.2.2. Falta de Adherencia al Tratamiento.....	22
1.2.3. Adherencia al Tratamiento en Estomatología.....	28
1.2.4. Falta de Adherencia al Tratamiento en Estomatología.....	35
1.2.5. Métodos de Evaluación de la Adherencia al Tratamiento	38
1.2.6. Evaluación de la Adherencia en Estomatología.....	53
1.2.7. Intervenciones para Mejorar la Adherencia al Tratamiento en Estomatología	56
1.2.8. Diseño y Validación de Instrumentos en la Adherencia al Tratamiento	59
2. MARCO TEÓRICO	63
2.1. MODELOS TEÓRICOS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	63
2.1.1. Teoría Social Cognitiva (Bandura & Simon, 1977).....	65
2.1.2. Modelo de la Acción Razonada (Martin Fishbein e Icek Ajzen, 1967).....	65
2.1.3. Modelo del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991)	66
2.1.4. Modelo de Creencias en Salud HBM (Rosenstock, 1974; Baker & Mainman, 1975)	67
2.1.5. Modelo Transteórico (Prochaska & DiClemente, 1984).....	71
2.1.6. Modelo Sistémico de Cuidados Preventivos (Walsh & McPhee, 1992).	74
2.1.7. Modelo de Predicción de Comportamientos de Salud (Pender, 1975).....	75
2.1.8. Modelo de Cumplimiento en Salud (Heiby & Carlston, 1986)	76
2.1.9. Modelo procesal de acción en salud (Lippke et al., 2004; Luszczynska & Schwarzer, 2003; Schüz, Sniehotta, Wiedemann & Seemann, 2006; Sniehotta et al., 2005; Ziegelmann et al., 2006)	77

2.1.10. Modelo de Información-Motivación-Estrategia (DiMatteo & DiNicola, 1982; Martin et al., 2010)	80
2.2. JUSTIFICACIÓN	89
2.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	89
2.4. OBJETIVOS	90
2.4.1. Objetivo General	90
2.4.2. Objetivos específicos	90
3. MÉTODO	91
3.1. DISEÑO	91
3.2. PARTICIPANTES	91
3.3. INSTRUMENTOS	92
3.4. PROCEDIMIENTO	93
4. RESULTADOS	95
DISEÑO Y VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA LA MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO	95
4.1 VALIDEZ DE CONTENIDO	95
Etapa 1: Estudio exploratorio con pacientes y estomatólogos	95
Objetivo	95
Participantes	95
Técnica de recolección de datos	96
Procedimiento	96
Resultados	98
Información	98
ETAPA 2: REDACCIÓN DE LOS REACTIVOS	120
ETAPA 3. JUICIO DE EXPERTOS	121
Objetivo	121

Participantes	121
Procedimiento.....	122
Resultados	123
ETAPA 4: ESTUDIO PILOTO	124
Objetivo.....	124
Participantes	125
Procedimiento.....	126
Resultados	127
4.2 VALIDEZ DE CONSTRUCTO: ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO	128
VERSIÓN PARA PACIENTES.....	128
Participantes	129
Procedimiento.....	129
Instrumento.....	130
Resultados	130
Análisis Factorial Exploratorio	133
Verificación de asimetría y curtosis	138
Las Cinco Dimensiones de la Adherencia al tratamiento en Estomatología	143
Estudio Cualitativo.....	144
Versión para estomatólogos.....	148
Participantes	149
Instrumento.....	151
Resultados	151
Análisis Factorial Exploratorio	156
Verificación de asimetría y curtosis	161
Las Cuatro Dimensiones de la Adherencia al tratamiento en Estomatología. Versión para los estomatólogos	164
ESTUDIO CUALITATIVO	166
4.3. VALIDEZ DE CRITERIO.....	168

Versiones pacientes.....	168
Versión estomatólogos	174
4.4. PERFIL DE LOS PACIENTES ADHERENTES	175
CRITERIOS ÉTICOS.....	182
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	183
FORTALEZAS Y LIMITACIONES	198
CONCLUSIONES.....	203
REFERENCIAS.....	206
ANEXOS	236
ANEXO 1 GUÍA DE ENTREVISTA A ESTOMATÓLOGOS	236
ANEXO 2 GUÍA DE ENTREVISTA A PACIENTES	239
ANEXO 3. INVITACIÓN A PARTICIPAR COMO JUEZ EXPERTO	242
ANEXO 4. FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO	243
ANEXO 5. Reactivos Enviados a Jueces Versión estomatólogos.....	245
ANEXO 6. REACTIVOS ENVIADOS A JUECES VERSIÓN PACIENTES.....	259
ANEXO 8. REACTIVOS APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO, VERSIÓN PACIENTES	276
ANEXO 9. REACTIVOS APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO, VERSIÓN ESTOMATÓLOGOS	280
Anexo 10. Aleatorización de Reactivos por Categorías, Pacientes	285
ANEXO 11. ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA PRÁCTICA ESTOMATOLÓGICA.....	286
Anexo 12. Versión en Español de la Escala de Satisfacción de la Visita Dental (Hakeberg et al., 2000)	286
Anexo 13. Escala de Adherencia General (DiMatteo et al, 1993).....	286
ANEXO 14. REACTIVOS DE CUMPLIMIENTO DENTAL (ALBRECHT & HOOGSTRATEN, 1998).	287
ANEXO 15.FOLLETO PARA PACIENTES	288
ANEXO 16. FOLLETO PARA ESTOMATÓLOGOS	290
GLOSARIO.....	292

1. Introducción

Las conductas que comprometen la salud se pueden eliminar a través de esfuerzos en la autorregulación y a su vez, se pueden adoptar comportamientos que puedan mejorarla como el ejercicio físico, el control de peso, la nutrición preventiva, la higiene bucal, el uso del condón o la prevención de accidentes (Schwarzer, 2008).

Esta investigación se centra en los comportamientos que involucran la salud bucodental, la cual se define como la ausencia de dolor bucofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial (OMS, 2012). La necesidad y el compromiso de mantener la salud bucodental es reconocida, sin embargo, la práctica clínica apresurada sugiere limitaciones para apoyar los cambios en el comportamiento del paciente (Asimakopoulou & Daly, 2009).

La salud bucal se ve afectada por una amplia gama de determinantes sociales, que la Organización Mundial de la Salud (2016) define como “las circunstancias en las que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen”. A su vez, estos determinantes se ven influenciados por circunstancias socioeconómicas y políticas. Solo alrededor de dos tercios de la población mundial tiene acceso a los cuidados de salud bucal adecuados, con grandes diferencias entre los países. Los cuidados requeridos resultan en una pesada carga financiera para los sistemas sanitarios y para los afectados. Además, una mala salud bucal tiene impacto sobre la salud de los individuos de varias maneras: muchas condiciones causan dolor, afectan la calidad de vida o reducen la productividad escolar y laboral.

1.1. Planteamiento del Problema

Más de 4 mil millones de personas en el mundo sufren de enfermedades bucodentales, lo que genera una carga sanitaria y económica enorme. El desarrollo y la coordinación internacional de las prioridades de investigación es un elemento crucial para el esfuerzo conjunto, necesario para llenar vacíos esenciales del conocimiento en salud bucodental (OMS, 2012).

En la salud pública, se habla de un enfoque preventivo sobre el curativo, sin embargo, en la práctica es difícil alcanzarlo, lo cual resulta más complicado si se le solicita al paciente cambios en su estilo de vida. Los principales factores de riesgo relacionados con las enfermedades bucodentales son: la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la falta de higiene bucodental.

Los factores anteriores son compartidos con las cuatro enfermedades crónicas más importantes: las cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, aunque existen también diversos determinantes sociales (OMS, 2020). Estos factores también son reconocidos por Petersen (2003) quien menciona que los patrones de enfermedad han cambiado y están relacionados con los estilos de vida cambiantes, que incluyen dietas ricas en azúcares, uso generalizado de tabaco y un mayor consumo de alcohol.

La mayoría de las enfermedades y las afecciones bucodentales requieren una atención estomatológica profesional. Del 60% al 90% de los escolares y casi el 100% de los adultos en todo el mundo tienen caries dental. Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan del 15% al 20% de los adultos de edad media (35-44 años); alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales; las dolencias bucodentales, tanto en niños

como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos pobres y desfavorecidos (OMS, 2012) y a su vez el impacto psicosocial de las enfermedades bucales a menudo disminuye la calidad de vida de quienes las padecen (Petersen, 2003).

Los pacientes a menudo malinterpretan el valor de seguir las recomendaciones médicas con precisión y los profesionales de la salud sobrestiman frecuentemente la adherencia del paciente o no pueden determinar qué pacientes tienen dificultades de adherirse (DiMatteo, 2004). Las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia proporcionarían un retorno positivo significativo de inversión a través de la prevención primaria (de los factores de riesgo) y la prevención secundaria de los efectos adversos de la salud (OMS, 2004).

En un meta análisis llevado a cabo por DiMatteo (2004) desde 1948 hasta 1998 encontró que el 24,8% de todos los pacientes (uno de cada cuatro) no eran adherentes a sus tratamientos, además que el hecho de que un simple ajuste de uno o dos elementos de un complejo régimen de tratamiento integrado en una vida compleja puede no ser suficiente para lograr y mantener la adherencia.

Diversas acciones se pueden realizar para la prevención y el control de las enfermedades bucales que no dependen únicamente del profesional de la salud, sino de las personas involucradas, es decir, de las personas o de los cuidadores en el caso de niños o personas con discapacidad. A pesar de que continuamente existan campañas y centros de salud o consultorios, tanto en lo público como en lo privado, las personas no adquieren o mantienen comportamientos de salud bucal saludables. Por lo anterior, es necesario comprender cómo las personas adquieren y mantienen los hábitos saludables en el ciclo

vital y determinar qué tipo de refuerzos se requieren para garantizar la adherencia al tratamiento (Petersen, 2003).

A través de la revisión de la literatura, en esta investigación se define la adherencia al tratamiento estomatológico como el grado en que el comportamiento del paciente coincide con lo indicado por el estomatólogo en el que acepta voluntariamente el tratamiento, asiste a las citas programadas, toma los medicamentos (en caso necesario), tiene una buena higiene bucal y evita conductas de riesgo (fumar, beber alcohol en exceso, ingesta alta de azúcares, parafunciones) en su estilo de vida para lograr y mantener las condiciones de salud bucal.

La medición de la adherencia es importante porque, si los pacientes no siguen un régimen de tratamiento adecuado, entonces su condición puede empeorar, o recaer, lo que da como resultado el fracaso del tratamiento o la discapacidad (Asimakopoulou & Daly, 2009). La adherencia suele ser máxima en los tratamientos de corta duración y al inicio de los tratamientos crónicos (González-Bueno et al., 2016).

Se han realizado diferentes investigaciones respecto a la adherencia al tratamiento en diversos padecimientos, especialmente en los que necesitan tratamiento a largo plazo como la tuberculosis, el virus de inmunodeficiencia humana / el síndrome de inmunodeficiencia adquirida; las afecciones mentales y las neurológicas como la depresión y la epilepsia; la dependencia de sustancias; la hipertensión, el asma y los cuidados paliativos para el cáncer (OMS, 2004).

Desde otro punto de vista, el enfermo es considerado en todo momento como un sujeto autónomo, con sus principios y valores propios, como un individuo a quien su situación de enfermedad no lo disminuye de su capacidad para tomar decisiones y deja de ser un

actor pasivo para convertirse en parte activa de la atención a su salud. En esta propuesta de una nueva cultura de atención a la salud es necesaria la conducta y la participación del profesional de la salud, así como su capacidad para establecer una relación que privilegie la deliberación y la comunicación para proporcionar al paciente una información completa, veraz y oportuna en la que se le reconozca como un sujeto autónomo; con la capacidad para tomar decisiones y con derechos (Mejía & Romero, 2017). A continuación, se describen aspectos asociados a la adherencia al tratamiento en general y después se hará un abordaje desde la estomatología.

1.2. Antecedentes de la Adherencia al Tratamiento

El término adherencia ha sido abordado con diferentes sinónimos, en 1975 se introdujo el término *compliance* en la literatura médica de origen anglosajón para referirse al acatamiento, cumplimiento, conformidad o seguimiento que hacen los pacientes de la prescripción médica. Para Anderson (2013), dicho término se refiere a la medida en que el comportamiento del paciente en términos de tomar los medicamentos, seguir la dieta, o ejecutar los cambios de los estilos de vida coinciden con el consejo médico.

La palabra *observance* de origen francés, se ha utilizado como un término más incluyente, pues no solo se refiere a la actitud de cumplimiento del paciente (Morris & Kaji, 2016) frente a la prescripción o fórmula médica, sino también a las creencias, percepciones, hábitos y comportamientos respecto a las recomendaciones y órdenes médicas. También se han ocupado los términos fidelidad terapéutica, cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, adhesión y concordancia (López et al., 2016, Ortiz & Ortiz, 2007) y disposición para mejorar la gestión de la propia salud (Pisano & Pisano, 2014).

Sin embargo, para Parker & Berman (2016), el término adherencia ha sido relativamente nuevo en el que se incluyen las acciones y las responsabilidades del participante como parte de su tratamiento, a diferencia de cumplimiento, el cual muestra un rol pasivo. Esta definición no sólo se determina con una conducta, por ejemplo, la asistencia a las visitas, sino en varias para que tengan un impacto en la persona. Para Salinas & Nava (2012), los términos adherencia y cumplimiento son sinónimos.

De la Cuevas & Sanz (2016) han mencionado que la concordancia supone un paso más, y un momento de discusión previo, en el que se trata de que las ideas y las expectativas, tanto del médico como del paciente, concuerden y sean adecuadamente negociadas antes, y modificadas durante, para conseguir un adecuado tratamiento después. Lo anterior, significa un acuerdo entre iguales, una alianza terapéutica, su fuerza radica en el enfoque de respeto para la agenda del paciente y la creación de apertura en la relación (Anderson, 2013). Bajo esta definición se consideran sinónimos la concordancia y la alianza terapéutica.

Se define la adherencia al tratamiento como la medida o el grado en que el comportamiento de una persona ya sea tomar los medicamentos, seguir una dieta o ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un proveedor de la salud (OMS, 2004; Haynes et al., 1979; Asimakopoulou & Daly, 2009; Martínez-Domínguez et al., 2016), así como también la persistencia en la duración del tratamiento prescrito (Nogués, Sorli & Villar, 2007).

La adherencia al tratamiento describe al paciente y su decisión de aceptar, rechazar o modificar su tratamiento (Anderson, 2013), es decir, consiste en una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de conducta aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir el resultado terapéutico deseado (Fajardo, Cruz & Leyva, 2013). Por otro lado,

López-Romero et al. (2016) a través de un artículo de revisión determinaron que no existe consenso en la definición de adherencia.

Para otros autores como Urzua, Marmolejo & Barr (2012), la adherencia ha significado una estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento para lograr cambios significativos en su comportamiento que mejoran su vida. La adherencia al tratamiento es un tema cada vez más importante para todos los profesionales de la salud y recientemente se ha nombrado la causa principal de fracaso al tratamiento (Gorman, 2016).

La adherencia es un comportamiento, aunque a veces se confunde con su resultado (DiMatteo et al., 2012), por ejemplo, el control de la presión arterial se correlaciona con el comportamiento de adherencia, es decir, la persistencia en el uso de los medicamentos y la restricción de sodio, pero no equivale a la adherencia. El paciente puede ser perfectamente adherente y tener un pésimo control de la presión arterial. El grado de conexión entre la adherencia y un resultado de salud varía según la condición de la enfermedad, la adecuación y la eficacia del tratamiento prescrito y numerosas variables (DiMatteo, Giordani, Lepper, & Croghan, 2002).

A pesar de las limitaciones, la conexión entre la adherencia y los resultados de la salud es fuerte y significativa, las probabilidades de un buen resultado de salud para los pacientes que se adhieren al tratamiento son 2,88 veces más altas que las de un paciente que no lo hace (DiMatteo et al., 2004). Además, en un meta análisis realizado por los mismos autores, encontraron que el 24.8% de los pacientes demostraron falta de adherencia, es decir, uno de cuatro pacientes. En el 2012, en el mismo estudio revisaron las tasas de adherencia de los pacientes asmáticos que tomaban corticoesteroides, de los pacientes esquizofrénicos que tomaban antipsicóticos, de los pacientes con terapias antirretrovirales y de los pacientes

que tomaban antihipertensivos, en los que encontraron una variación que osciló desde el 5% hasta el 98%.

Las personas que logran adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para su buena evolución; pueden alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida (Martín & Grau, 2004 p. 90). En general, 40% de los pacientes no cumplen las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, este porcentaje llega a 20%, mientras que en enfermedades crónicas el incumplimiento alcanza el 45% (Ortiz & Ortiz, 2007).

Algunas investigaciones estiman que del 30-50% de los medicamentos recetados para las enfermedades crónicas no se toman como son prescritos (Horne, 2018), lo que afecta indiscutiblemente el éxito terapéutico. A pesar de la importancia del tema, hay pocas investigaciones a la fecha (Badri *et al.*, 2014). DiMatteo (2004), menciona que la adherencia es 1,74 veces mayor en los pacientes procedentes de familias cohesionadas y 1,53 veces menor en los pacientes procedentes de familias en conflicto.

La adherencia al tratamiento es un fenómeno psicosocial complejo (Pisano & Pisano, 2014) en el que se involucran múltiples factores mediadores (D'Anello *et al.*, 2009). Por lo anterior, se debe considerar como un constructo multidimensional (Eicher *et al.*, 2019; Cohen, 1979; Achury-Beltrán, 2017; Pisano & Pisano, 2014; Verweij, Oosterveld & Hoogstraten, 1998). Se ha estimado que existen más de 200 variables relacionadas con la adherencia (Sacket & Haynes, 1975).

Este fenómeno se ha conceptualizado mejor a través de un continuo, con los polos 100% adherente (extremadamente raro) y la no adherencia (extremadamente raro) donde la mayoría se encuentra en medio (Lask, 1998). A continuación, se describe la falta de adherencia que no quiere decir la ausencia total, sino los factores dentro de estos parámetros (adherencia y no adherencia).

1.2.1. Factores Asociados a la Adherencia al Tratamiento

A continuación, se presentan los cinco factores propuestos por la OMS (2004) que participan en la adherencia al tratamiento: los factores socioeconómicos, los factores relacionados con el paciente, los factores relacionados con la enfermedad, los factores relacionados con el tratamiento y los factores relacionados con el sistema, la institución o el equipo de salud. Además de manera específica se incluyeron otros factores que dependen específicamente del profesional de la salud y, la interacción entre este último y el paciente pues el papel que tienen en la adherencia al tratamiento es fundamental. Freddo et al. (2018) menciona también los hábitos culturales entre los que se encuentran la percepción de la enfermedad, las creencias y el conocimiento del problema.

1.2.1.1. Factores socioeconómicos. Dentro de estos factores se han incluido el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, la falta de redes de apoyo social, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el costo alto de los medicamentos, la disfunción familiar, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento; los cuales de manera conjunta actúan negativamente sobre la adherencia terapéutica en personas con procesos crónicos como los cardiovasculares (Zambrano et al., 2012).

El aislamiento social y la soledad también están considerados (Codina & *et al.*, 2000). La adherencia se relaciona positivamente cuando el paciente está pagando el tratamiento (Piette *et al.*, 2004) pero no con el estado socioeconómico general (DiMatteo, 2004), por lo que de alguna manera sería posible identificar aquellas personas que estuvieran en “riesgo” de abandonar el tratamiento. Por otra parte, el uso de los servicios estomatológicos es bajo en niños en edad escolar cuyas madres tienen un bajo nivel escolar y condiciones económicas bajas (Freddo *et al.*, 2018).

1.2.1.2. Factores relacionados con el paciente. Con relación a los factores que dependen del paciente se han incluido el sexo, Codina & *et al.* (2000) mencionaron que las mujeres tuvieron mejor cumplimiento; también la edad, la etnia, el estado civil, el nivel educativo, la dieta, las creencias y las perspectivas (Ramos, 2015), la actividad física y el conocimiento acerca de la enfermedad (Ortiz & Ortiz, 2007; Martínez-Domínguez *et al.*, 2016), la falta de motivación y la baja autoestima (Ortiz & Ortiz, 2007).

Heredia *et al.*, (2018) mencionaron que es necesario asegurar que el paciente haya entendido a profundidad su situación de salud; con esto se garantiza la adherencia al tratamiento. Además, la adherencia se dificulta cuando el paciente no está siendo observado, como ocurre de manera habitual (Parker & Berman, 2016).

Otros factores relacionados con el paciente son los procesos motivacionales, los estados afectivos y la voluntad para recuperar la salud (D’Anello *et al.*, 2009), la confianza en el médico, el deseo de control, la autoeficacia, la salud mental, los hábitos culturales, la percepción de enfermedades y los conocimientos (Ortega *et al.*, 2018).

Además de los factores anteriormente mencionados, Zambrano *et al.*, (2012) incluyeron otros elementos que repercuten en la adherencia del paciente como el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el no percibir la necesidad de tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, el entender mal y no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, el entender mal las instrucciones del tratamiento, la falta de aceptación del monitoreo, las bajas expectativas de tratamiento, la inadecuada asistencia a los controles de seguimiento, los sentimientos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

Por último, otros factores que encontraron Albrecht & Hoogstraten (1998) fueron la satisfacción del paciente, el nivel de supervisión, la visión del paciente de la enfermedad, las estrategias del paciente y la influencia familiar. Así mismo, la ansiedad, el abuso de drogas y el alcohol deterioran la memoria y la motivación y, por lo tanto, reducen la tendencia a la adherencia al tratamiento (Asimakopoulou *et al.*, 2013).

1.2.1.3. Factores relacionados con la enfermedad. Dentro de los factores asociados con la enfermedad se encontraron: la gravedad de los síntomas, la disponibilidad de los tratamientos efectivos, la cronicidad y las consecuencias (Freddo *et al.*, 2018). También depende de si la enfermedad fue asintomática o de la aparición de los efectos secundarios (Albrecht & Hoogstraten, 1998), el grado de la discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de la progresión y la gravedad de la enfermedad (Zambrano *et al.*, 2012).

1.2.1.4. Factores relacionados con el tratamiento. Los factores que dependen del tratamiento incluyen el costo, la efectividad del tratamiento, los efectos, los protocolos terapéuticos, la complejidad del régimen, la duración del tratamiento (Albrecht & Hoogstraten, 1998), también se han considerado los fracasos terapéuticos anteriores, los

cambios constantes en el tratamiento, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo para tratarlos, así como la calidad del tratamiento, la cual de acuerdo con la OMS (2004), es un determinante importante de la adherencia. Y finalmente, es importante si la enfermedad es aguda o crónica, por lo que se determina que, a mayor complejidad del tratamiento, menor será la adherencia (Ortiz & Ortiz, 2007).

1.2.1.5. Factores relacionados con el sistema, la institución o el equipo de salud.

Ramos (2015) encontró que, en los centros de salud con la infraestructura inadecuada y los recursos deficientes, el personal de salud poco remunerado y con cargas de trabajo excesiva conlleva a consultas breves, carentes de calidad y calidez. También influyen una inadecuada preparación del personal de salud, la poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar el seguimiento en enfermedades crónicas.

Además, la falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla, la satisfacción y la continuidad en el servicio (Ortiz & Ortiz, 2007); la disponibilidad de equipo y de medicamentos, la reputación de la institución y del personal, el trato del personal y, por último, el acceso a las consultas (Freddo *et al.*, 2018) repercuten en la adherencia al tratamiento.

1.2.1.6. Factores asociados con el profesional de la salud.

Dentro de la literatura revisada, se encontró poca información respecto a la mirada del profesional de salud, a pesar de que ha impactado significativamente en la adherencia de los pacientes.

Ciertos comportamientos como el lenguaje utilizado, las conductas no verbales, la postura corporal, la satisfacción y el aprecio holístico al paciente, así como el reconocimiento

hacia el paciente, las expresiones físicas de comodidad y el tiempo para describir el diagnóstico y el tratamiento han determinado el nivel de adherencia.

1.2.1.7. Factores que afectan la relación del profesional de la salud con el paciente. Dentro de estos factores se han encontrado la comunicación efectiva, la confianza, la empatía, la expresión facial, el contacto visual y la decisión compartida, la interacción profesional de la salud-paciente, el tipo de información proporcionada acerca del tratamiento farmacológico y la motivación para el cumplimiento de las metas terapéuticas (Ramos, 2015).

Para Apolo et al. (2015) la relación médico-paciente es el contrato, generalmente no escrito, establecido por personas autónomas libres de iniciar, continuar o romper esta relación, además el consentimiento informado constituye un elemento esencial de la relación médico paciente actual y uno de los principales derechos de los pacientes. En un apartado posterior, se describirá la comunicación como uno de los elementos fundamentales para mejorar la adherencia, la cual es fundamental en la relación estomatólogo paciente.

1.2.2. Falta de Adherencia al Tratamiento

La falta de adherencia o no adherencia al tratamiento ha sido descrita como cualquier desviación del tratamiento previsto Pocock (1989) considera que el fracaso de un paciente a seguir comportamientos de salud recomendados y consejos de tratamiento dados por el médico y ha sido considerada como un problema de salud pública (Morris & Kaji, 2016; Organización Panamericana de la Salud, 2016) y que ha interferido con los resultados exitosos de los tratamientos (Morris & Kanji, 2016).

La falta de adherencia ha sido un tema crítico en la salud de la población; tanto desde la perspectiva de la calidad de vida como de la economía de la salud (Atkins & Fallowfield, 2006). Desde un punto de vista psicosocial, el fracaso para alcanzar los objetivos de salud como resultado de una falta de adherencia ha frustrado a los proveedores de la salud y a los pacientes, además de tener un costo significativo (DiMatteo *et al.*, 2012).

Reyes et al. (2016) han manifestado que el incumplimiento terapéutico constituye un problema sanitario de primer orden, que afecta directamente a los pacientes, independientemente de su edad y de su situación clínica que genera una adherencia deficiente que da como resultado: el aumento en los costos médicos; el número de análisis de laboratorios innecesarios; el cambio en las dosis o en los tipos de medicamentos; los cambios en los planes de servicio de rehabilitación o tratamiento que debe hacer el profesional; las visitas continuas del paciente a las salas de emergencia; las hospitalizaciones recurrentes; el deterioro de la salud; el surgimiento o la exacerbación de los problemas emocionales y en casos severos, la muerte del paciente.

La falta de adherencia ha incluido: ignorar los consejos médicos como comer o evitar ciertos alimentos, para hacer ejercicio o para participar en revisiones médicas regulares; o llevar a cabo conductas de salud prescritas de manera incorrecta (por ejemplo, mediante la práctica de ejercicios prescritos, pero no logran apuntar a los grupos musculares apropiados, evitar parcialmente ciertos ingredientes en los alimentos o el mal uso de dispositivos médicos) (DiMatteo et al., 2012).

Además, otros comportamientos que han reflejado problemas en la adherencia al tratamiento son: las dificultades para iniciarlo; la suspensión prematura; el cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones, que ha sido expresado en errores de omisión, de

dosis, de tiempo o de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento); las ausencias a consultas e interconsultas, la rigidez de los hábitos y los estilos de vida y la automedicación (Martín & Grau, 2004).

La adherencia farmacológica se ha visto afectada por un análisis de costo-beneficio de las creencias de los pacientes en cuanto a los posibles efectos adversos de tomar los medicamentos (Horne, 2018). Los pacientes con mala adherencia farmacológica han presentado más enfermedades médicas concomitantes, más sintomatología somática y han generado mayor uso de los servicios de salud (Serrano et al., 2014).

La OMS estimó que en los países desarrollados el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no se ha adherido a sus regímenes de medicación; la situación es peor en países en desarrollo (Sabate, 2003). Sacket & Haynes (1979), describieron “la regla de los tercios” en la adherencia a la medicación crónica, en la que 1/3 de los pacientes toman regularmente la medicación, 1/3 algunas veces y 1/3 casi nunca.

Con relación a las creencias, Horne (2018) demostró que las personas mantienen las creencias acerca de que el tratamiento farmacológico puede ser tanto dañino como benéfico de acuerdo con la prescripción médica. Los factores como: los tiempos de espera prolongados, los períodos extensos y la complejidad del tratamiento pueden llevar al incumplimiento (Anderson, 2013).

El deterioro de las funciones cognitivas ha determinado la dificultad de entender o retener información (Elseser et al., 2013; DiMatteo et al., 2014; Turan, Yemez e Itil, 2014). Entre los ancianos, los déficits cognitivos, particularmente combinados con el aislamiento

social, la vulnerabilidad emocional y la económica fueron predictivos especialmente para la no adherencia (Balkrishnan, 1998).

Los síntomas psiquiátricos, como la depresión y la ansiedad, pudieron ser factores clave en la falta de adherencia (Gorman, 2016). La depresión representa un problema particular, debido a que las probabilidades de no adherencia son tres veces más que para los pacientes que no la tienen (DiMatteo et al., 2000). Variables como la autoeficacia en el tratamiento de los problemas, en particular, los problemas de salud también han tenido un efecto sobre la adherencia (Elsseser et al., 2013). También, la baja aceptabilidad del tratamiento ha sido parcialmente responsable de las tasas altas de deserción (Milosevic et al., 2015). Otros elementos incluyen la falta de confianza, la comunicación deficiente, los sentimientos de desconexión y los estilos de relación paternalista. Además, hablar en un lenguaje técnico y no traducirlo a palabras del paciente, han sido consideradas claves que han llevado a malentendidos y que actúan como una barrera para una adherencia adecuada (Morris & Kanji, 2016).

El tomar parte del tratamiento ha significado, la no interrupción de un medicamento antes de que el curso de este se haya completado, el no tomar mayor o menor cantidad de un medicamento prescrito, el no tomar una dosis en el momento equivocado, además de desarrollar conductas de salud, evitar las conductas de riesgo y acudir a las citas concertadas con los profesionales de la salud (De las Cuevas y Sanz, 2016).

La falta de adherencia no sólo depende del paciente, sino también de los proveedores y de los sistemas de salud. Se ha observado que cuando los tratamientos generan cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas (laboral, social, familiar), los porcentajes aumentaron significativamente (Ortiz & Ortiz, 2007). Además, la magnitud de la falta de

adherencia ha manifestado problemas estructurales del sistema sanitario, descoordinación entre niveles asistenciales y entre diferentes profesionales, fallas en la comunicación profesional y la falta de sensibilización general de los profesionales de la salud (Pisano & Pisano, 2014).

A pesar de que la prevalencia y la importancia de los resultados en la salud, la falta de adherencia sigue sin reconocerse tanto por los pacientes, como por el personal de salud (DiMatteo et al., 2012). La adherencia no consta solamente de la ingesta, sino de las prácticas sanitarias, la atención psicológica, estomatológica y nutricional, entre otras cuestiones importantes (Reyes et al, 2016).

1.2.2.1. Clasificaciones de la Falta de Adherencia al Tratamiento

Una primera clasificación de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico ha sido relacionada con la toma del medicamento que puede ser primaria: cuando la prescripción médica no es correcta (DiMatteo et al., 2012; Reyes-Flores et al., 2016) o cuando el paciente no inicia el tratamiento (Fisher et al., 2010), la secundaria; cuando se alteran la dosis correctas de los medicamentos, el cambio en los intervalos de las dosis, el olvido en la administración del fármaco, el aumento en la frecuencia de las dosis o la suspensión del tratamiento antes del tiempo recomendado (Reyes-Flores et al., 2016) o un problema en la implementación del tratamiento (Fisher et al., 2010). Se ha descrito la no persistencia, cuando el paciente deja de tomar sus medicamentos (DiMatteo et al., 2012).

Verweij, Oosterveld & Hoogstraten (1998) distinguieron dos tipos de adherencia, una general y otra específica. La primera incluye las tendencias generales del paciente a cumplir con las recomendaciones proporcionadas por el médico. Por otra parte, la específica corresponde a una recomendación determinada, por lo que es necesario tomar estas dos

medidas al realizar estudios de adherencia. Existen diferentes niveles de adherencia y estos corresponden a diferentes factores asociados a la definición operacional de la adherencia. Su estudio se centró en que la satisfacción se ha usado como un predictor del cumplimiento general, pero no proporciona suficiente información para la predicción de todas las formas de cumplimiento específico.

Buchanan (1992) citado en Salinas & Nava (2012) mencionó otra clasificación de la adherencia como: reducida, cuando el cumplimiento del tratamiento es mínimo del 25%; parcial, cuando el cumplimiento se lleva a cabo entre el 25 y 75% y elevada cuando es mayor al 75%.

Otra clasificación ha sido respecto a la intencionalidad del tratamiento que puede ser: no intencional, como consecuencia del olvido o la falta de habilidades para seguir el tratamiento, o intencional; la consecuencia de una decisión consciente del paciente (Atkins & Fallowfield, 2006). En un estudio (Ley & Spelman citado en Martin, 2005) encontraron que el 56% de los pacientes olvidan las indicaciones poco tiempo después de dejar el consultorio.

La intencionalidad ha sido a menudo difícil establecer, ya que los términos "no adherencia no intencional" se han utilizado normalmente para describir los casos en que los pacientes creen (incorrectamente) que se están adhiriendo, mientras que la "falta de adherencia intencional" se ha reservado para los casos en que los individuos eligieron desestimar las recomendaciones de tratamiento por completo o modificar sus regímenes prescritos (DiMatteo et al., 2012).

Una última clasificación, ha sido determinada por la cantidad respecto a la calidad de fármaco que toma un paciente, es decir de forma cuantitativa y de forma cualitativa cuando la calidad es la que ha fallado en algunos aspectos, como el horario, la alimentación etc. (Ibarra *et al.*, 2017).

Debido a que el término adherencia al tratamiento estomatológico también es un constructo, algunos investigadores han mencionado como indicadores de su medición únicamente el aspecto farmacológico, por lo que se propone con esta definición conceptual, aborda los aspectos observables como la asistencia a citas programadas, la higiene bucal y la asistencia voluntaria, así como los aspectos subjetivos como la ingesta de los medicamentos o evitar las conductas de riesgo para la salud bucal.

1.2.3. Adherencia al Tratamiento en Estomatología

En estomatología (odontología) no existen muchos estudios sobre la adherencia a los tratamientos (Cano-Restrepo & Martínez-Delgado, 2019), y el término “adherencia” ha adquirido significados diversos como adhesión o unión, ya sea entre aditamentos, cemento con el órgano dentario o de un biomaterial, por ejemplo, adherencia epitelial (Juárez-López *et al.*, 2005), encía adherida (Navarrete *et al.*, 2015; Lucas *et al.*, 2010), así como la adhesión física, mecánica, química (Mandri, Aguirre & Zamudio, 2015).

Verweij, Oosterveld & Hoogstraten (1998) destacan el concepto *compliance* que ha podido traducirse como cumplimiento y que el término en estomatología es complejo. La memoria ha jugado un papel importante en la adherencia (Asimakopoulou *et al.*, 2013), pues si el paciente no recuerda la información dada en la consulta estomatológica, sus esfuerzos para adherirse al tratamiento serán indeterminados.

También se ha utilizado el término apego (Gárate, 2006; Cabrera & Valdivierso, 2009) para cumplir o seguir las recomendaciones del profesional de salud, sin embargo, no se ha conceptualizado el término en el que se implique: el seguimiento de las indicaciones, las citas y la modificación en los hábitos. De acuerdo con Gárate (2006), el nivel de apego ha permitido evaluar la evolución clínica y el éxito del tratamiento. En esta investigación se utilizó el término “adherencia” al tratamiento estomatológico puesto que esta palabra define el constructo como se ha explicado anteriormente.

La adherencia al tratamiento en estomatología entonces se considerada como el grado en que el paciente cumple con lo indicado por el estomatólogo para recuperar la salud bucal (Rojas, 2014), la cual implica recomendaciones hacia la higiene, la dieta y otros cuidados (Avilés, 2016). Se caracteriza por tener una implicación activa y de colaboración voluntaria en la adherencia del paciente, donde este asume un comportamiento, que es negociado y aceptado de mutuo acuerdo entre el tratante y el paciente, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

Por lo que, en consideración a las construcciones anteriores, se propone para la presente investigación que la adherencia al tratamiento estomatológico sea definida como: la correspondencia entre el comportamiento del paciente con lo indicado por el estomatólogo. Lo anterior implica la asistencia a las citas programadas y de manera voluntaria, mantener buena higiene bucal, tomar los medicamentos (en caso necesario) y evitar las conductas de riesgo en su estilo de vida para lograr y mantener las condiciones de salud bucal.

Los cambios en el comportamiento del paciente dependen de la condición estomatológica y los requerimientos en su tratamiento, ya sea a corto y a largo plazo (Asimakopoulou & Daly, 2009). Para esta investigación, se le llama a corto plazo cuando el

tratamiento en estomatología es igual o menor a cuatro semanas y a largo plazo cuando el tratamiento requiere más de cuatro semanas.

En la adherencia al tratamiento se consideran los siguientes elementos:

- a) La dieta; la cual consiste en reducir el consumo y particularmente la frecuencia de los alimentos y las bebidas que contienen azúcares extrínsecos no lácteos;
- b) el cepillado dental, dos veces al día (la última en la noche y al menos en otra ocasión) en la que se debe usar una pasta dental fluorada apropiada para la edad;
- c) no fumar,
- d) el consumo de alcohol moderado y por último;
- e) la atención dental cuya visita al estomatólogo sea por lo menos, una vez al año para una revisión (Department of Health [DOH]/British Association for the study of community dentistry [BASCD], 2007; OMS (2020), ya que se ha comprobado que esta se encuentra asociada con una buena salud bucal y calidad de vida (Münster et al., 2010).

El cambio en el comportamiento es difícil, especialmente si se espera que se mantenga a largo plazo, por eso se recomienda monitoreos frecuentes. Para que el paciente tenga éxito en su tratamiento, se necesita por parte del estomatólogo la empatía, el apoyo, no juzgar, el enfoque cooperativo ya que él es el experto en salud bucal, pero el paciente lo es en su propia vida al conocer de cerca por lo que ha estado sintiendo, así que la negociación de dos expertos (estomatólogo y paciente) puede contribuir al éxito en el tratamiento (Asimakopoulou & Daly, 2009). Es bien sabido que los cambios en la dieta son complicados, pues tienen que ver con el contexto de la persona, el ambiente socioeconómico, los antecedentes educativos, los recursos materiales y potencialmente la imagen corporal.

Se han revisado distintos organismos quienes han usado el término adherencia al tratamiento que implican a la estomatología. Ejemplo de ello es el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) y el Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el SIDA (2015), los cuales establecieron la importancia de la adherencia al tratamiento antirretroviral, con especial énfasis en el VIH, dado que es un virus que tiene la capacidad de mutar, de tal manera que cuando una persona suspende la toma de los medicamentos antirretrovirales o la toma de manera inconsistente, omite dosis, el virus genera resistencia y propicia la evolución de la enfermedad con posibles repercusiones en la cavidad bucal.

A nivel público, ha existido un indicador por parte del Programa de Acción Específico para la Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal 2013-2018 del Programa Sectorial de Salud de México en el que se ha mencionado que existen diferencias muy marcadas según la institución de salud, en cuanto a la contratación de estomatólogos que en algunos casos obedece a la existencia de indicadores de “fuerza de trabajo” y en otros casos se realiza de manera no planificada. Un ejemplo de lo anterior es que el promedio de personas que atiende un estomatólogo es muy desigual, ya que en el caso más favorable es de 1,700 personas por estomatólogo y en el caso del menos favorable es de 69,000 personas, lo que repercute de manera muy directa en la capacidad de oferta de servicio y en la posibilidad de brindar una atención resolutive que favorezca la adherencia al tratamiento y la conclusión de estos.

Verweij, et al. (1998) realizaron un estudio en el que determinaron las relaciones entre la adherencia general y la específica, con la salud percibida en el contexto dental. Utilizaron la Escala General de Adherencia (GAS) desarrollada por DiMatteo *et al.* (1992), una escala

de percepción de salud y la escala de percepción de la salud dental y dos reactivos acerca de las recomendaciones en el comportamiento dental. Los autores observaron que la GAS tuvo consistencia interna adecuada. Encontraron correlaciones positivas entre las escalas aplicadas. Los resultados mostraron una relación entre la satisfacción y la adherencia y que esta se puede predecir a través de la satisfacción.

Ramsay (2000) examinó el problema del cumplimiento deficiente del paciente con los regímenes de higiene bucal con la aplicación de los principios generales que rigen la autorregulación del comportamiento. Realizó un estudio en el que menciona que cuando se les pide a los pacientes que sigan un régimen de autocuidado bucal, se les otorga un propósito u objetivo (por ejemplo, cepillarse dos veces al día) y su tarea es controlar o regular su comportamiento para lograr ese objetivo. Desafortunadamente, los pacientes a menudo no cumplen con las expectativas establecidas en la recomendación clínica.

Syrjälä, Niskanen & Knuuttila (2002) analizaron las variables de la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein para explicar la adherencia a través de la frecuencia del cepillado de dientes, la caries dental, el nivel de HbA1c (nivel de hemoglobina glicosilada) y la diabetes. Los resultados mostraron que una intención más firme de cepillarse los dientes se relaciona con una mayor frecuencia de cepillado dental ($p < 0.001$). La actitud y la norma subjetiva del cepillado de dientes se relacionaron con la intención de cepillarse ($p < 0.001$) y con la frecuencia informada de cepillado de dientes. Una mejor actitud dental se relacionó con una mejor adherencia en los pacientes diabéticos ($p = 0.002$) y menor superficies con caries ($p = 0.01$), y una intención más firme de cepillarse los dientes se relaciona con un menor nivel de HbA1c ($p = 0.015$).

Jönsson et al. (2006) a través de un ensayo de control aleatorizado probaron una intervención derivada del modelo de compromiso de autocuidado del cliente (CSCCM), para alentar a los pacientes a aumentar su responsabilidad en su autocuidado bucal. Re-examinaron a 75 personas de uno a dos años después de su tratamiento inicial en el Departamento de Periodoncia, Ayuntamiento de Uppsala, Suecia. Los pacientes que mostraron un cumplimiento insuficiente, 37 individuos, se incluyeron en un ensayo de control aleatorio simple ciego para probar una intervención basada en el CSCCM. Los pacientes fueron examinados al inicio del estudio y 3 meses después del tratamiento de higiene. Los resultados demostraron que los pacientes del grupo de intervención (IV) aumentaron su limpieza interdental y redujeron su índice de placa significativamente en comparación con el grupo de control. El primero también redujo significativamente el número de bolsas periodontales > 4 mm desde el inicio hasta después del tratamiento de higiene. La mayoría de las personas en el grupo IV informó que el compromiso escrito había influido en sus hábitos de autocuidado bucal en una dirección positiva.

Renz et al., (2007) describieron que la adherencia a la higiene bucal es un aspecto importante del tratamiento de la enfermedad periodontal donde las intervenciones educativas tradicionales han tenido poco valor para lograr un cambio de comportamiento a largo plazo. A través de una revisión determinaron el impacto de las intervenciones destinadas a incrementar la adherencia a las instrucciones de higiene bucal en adultos con enfermedad periodontal con base en los modelos y las teorías psicológicas en la que consideraron los comportamientos, las creencias y las actitudes relacionadas con la salud bucal.

Tachalov et al. (2018) encontraron la relación entre las características psicológicas de los pacientes con tratamientos estomatológicos y su adherencia al tratamiento. Los hallazgos

del estudio destacaron la importancia de establecer relaciones confidenciales con el paciente y la necesidad de un enfoque orientado para desarrollar planes de tratamiento y estrategias para diferentes tipos de pacientes. En el que propusieron evaluar las características de personalidad de los pacientes que determinen su capacidad para cumplir con las recomendaciones. De acuerdo con su investigación, el estomatólogo no debe esperar el éxito de su trabajo sin aplicar un enfoque psicológico individual a cada paciente en particular, por lo que este conocimiento ha significado un pronóstico y tratamiento mejor y prevenir complicaciones por incumplimiento.

El-Huni *et al.* (2019) realizaron un estudio cualitativo que tuvo como objetivo comprender los factores que influyeron en el cumplimiento de los aparatos funcionales removibles, hicieron entrevistas semiestructuradas, con una guía de temas para estandarizar la recolección de datos, las opiniones de los participantes fueron grabadas en cinta y se tomaron notas de campo. Los datos se transcribieron textualmente y se analizaron; en total fueron 22 participantes entrevistados. Los factores que influyeron en el cumplimiento o la adherencia de los aparatos removibles incluyeron: la automotivación, la influencia de los compañeros, la autoridad, la calidad de vida, la discapacidad y la adaptabilidad, el progreso percibido del tratamiento y los problemas pragmáticos y de recuerdo, se encontró que estos factores son roles importantes como facilitadores, barreras o ambos.

Uno de los primeros trabajos en realizar un seguimiento a largo plazo (6 meses) fue el trabajo realizado por Sandell *et al.*, (1994) en el que revisaron la influencia sobre el cumplimiento del paciente de acuerdo con las actitudes del estomatólogo (dentista) hacia su trabajo y sobre su paciente en una muestra de 82 participantes. Las actitudes del dentista se evaluaron al comienzo del tratamiento dental que consistió en limpieza, la depuración y la

motivación. En el examen de seguimiento después de seis meses, la asistencia y el desarrollo de placa, la presencia de cálculo y de gingivitis se predijeron significativamente por las actitudes del estomatólogo. Se desarrolló un modelo causal, que incluyó los factores de participación del paciente, los que realmente impactaron en el cumplimiento fueron el establecimiento de simpatía y la relación informal entre el dentista y el paciente, así como el hábito del paciente de hacer visitas periódicas al estomatólogo.

Con base en los estudios previos, se observó que la medición de la adherencia al tratamiento en estomatología ha sido importante, sin embargo, solo es específicamente de alguna especialidad, y no de forma general. Algunos se han basado en la evaluación de los resultados como la medición de placa y no tanto de la adherencia. Por lo que se considera necesario validar la adherencia del paciente desde la mirada del estomatólogo, con conductas propias que favorezcan la adherencia en cualquier especialidad de la estomatología. Los resultados de la mayoría de las investigaciones observadas toman en cuenta algunos indicadores del constructo, como la asistencia a las visitas programadas o la medición de la higiene bucal, sin embargo, se considera que faltan otros elementos que propicien conductas saludables que favorezcan la adherencia al tratamiento en estomatología.

1.2.4. Falta de Adherencia al Tratamiento en Estomatología

El incumplimiento o la falta de adherencia a las recomendaciones del estomatólogo se han asociado con los resultados de una salud bucal más deficiente, la mayor pérdida de dientes; en el que el paciente puede recaer y tener como resultado el fracaso del tratamiento o la discapacidad (Asimakopoulou & Daly, 2009).

Franco *et al.* (2016) identificaron los factores que podían estar asociados a la no adherencia del mantenimiento periodontal de los pacientes del posgrado de periodoncia en la

clínica CES Sabaneta. De un total de 193 pacientes con historia de periodontitis crónica o agresiva, de cualquier sexo y de todas las edades. Encontraron que el 63.7% no fueron adherentes al mantenimiento periodontal. Realizaron encuestas vía telefónica y las analizaron, encuestaron al 70.2% de los pacientes asignados a mantenimiento periodontal. De los cuales 63.7% no fueron adherentes al mantenimiento periodontal, la falta de información que se le da al paciente al momento de terminar el tratamiento periodontal, puede estar asociada a la no adherencia al mantenimiento con un $OR=12.6$, $p < 0.002$. La falta de información al paciente al terminar el tratamiento es el principal factor relacionado con la no adherencia.

Por otro lado, existen algunas variables psicológicas que predicen la adherencia a las citas para consulta dental Sartory et al. (2006) encontraron que la ansiedad asociada con el tratamiento estomatológico deteriora de manera severa la salud. Se realizó una evaluación inicial a cuarenta y ocho personas con fobia al dentista y determinaron el grado de la conducta de evitación mediante la observación de las tres citas posteriores. El análisis de componentes principales reveló factores separados para el rasgo y la ansiedad fóbica, así como para la evitación y las cogniciones disfuncionales, las mujeres mostraron un grado mayor de evitación que los hombres.

En otro estudio que realizaron Vázquez *et al.* (2015) llevaron a cabo el diagnóstico y el tratamiento dental en adolescentes de 15 a 19 años de colegios públicos. Un año después de la intervención, los investigadores observaron la falta de adherencia al tratamiento y utilizaron metodología cualitativa para profundizar en este fenómeno. Realizaron 25 entrevistas semiestructuradas, divididas en tres bloques: acciones recomendadas adoptadas o no; argumentos que justifican la falta de adherencia de las acciones recomendadas y las

dimensiones relacionadas con la importancia de la salud bucal. Adoptaron el análisis temático y la no adherencia fue relacionada con algunos aspectos agrupados en: sin prioridad, prioritarios y cambio de prioridad. Concluyeron que las principales razones de la falta de adherencia estuvieron relacionadas con diferentes prioridades, y la ortodoncia fue un potente estimulador de interés y el establecimiento de atención de salud bucal.

Por su parte Freddo *et al.* (2018) investigaron la adherencia de los adolescentes a los tratamientos dentales y su relación entre el comportamiento, los factores socioeconómicos y el consumo de sustancias químicas lícitas e ilícitas. Los autores llevaron a cabo un estudio longitudinal con 474 adolescentes en Brasil, sometidos inicialmente a un examen dental para verificar la adherencia del tratamiento. Dieciocho meses después de la primera consulta, 325 adolescentes fueron reevaluados: 161 (49%) no se adhirieron al tratamiento, y 164 (51%) se adhirieron y respondieron a los cuestionarios sobre estatus socioeconómico, el uso de alcohol y drogas ilícitas. La prevalencia de la adherencia al tratamiento disminuyó en pacientes sin hogar propio ($p = 0.034$). Los adolescentes que consumieron alcohol socializaron con amigos que usaron drogas ilícitas tuvieron mayor dificultad en adherirse al tratamiento dental (estomatológico).

Sin duda, la adherencia al tratamiento al ser un constructo multidimensional es un fenómeno complejo que involucra aspectos que no solo dependen del estomatólogo y del paciente, sino una serie de elementos que dificultan la evaluación como los factores psicológicos, los sociales y los económicos, etc. El alcance que se tiene con esta investigación es conocer los factores que fomenta el estomatólogo para mejorar la adherencia a partir de la perspectiva del paciente y viceversa, lo que permitirá triangular la información y obtener resultados mejores.

1.2.5. Métodos de Evaluación de la Adherencia al Tratamiento

La medición de la adherencia al tratamiento generalmente se ha enfocado a lo farmacológico, desde tiempos de Hipócrates, en el que se registraban con notas si los pacientes habían tomado sus pociones o no. Se encontró que los pacientes comúnmente mejoran su conducta de toma de medicamentos en los 5 días previos y después de una cita con el proveedor de atención médica, en comparación con 30 días después, en un fenómeno conocido como “adherencia de bata blanca” (Osterberg & Blaschke, 2005).

La mayor parte de los instrumentos que se han construido han sido para recoger información en este rubro y no se han tomado en cuenta otras conductas como el cumplimiento de las indicaciones, la asistencia a las consultas, entre otros.

A pesar de que existen una gran cantidad de métodos que miden la adherencia al tratamiento; aún no existe un estándar de referencia reconocido (López et al., 2016; Osterberg & Blaschke, 2005). Medir la adherencia de un paciente previo a su tratamiento puede predecir el éxito o el fracaso de este, además se pueden obtener las medidas para promover la adherencia o saber si un paciente no es adherente y determinar las acciones alternativas.

Por otra parte, la adherencia se ha evaluado de diferentes maneras, desde el grado en el cual se sigue un régimen expresado según un porcentaje o índice, un fenómeno categórico (por ejemplo, buena adherencia a deficiente), el índice que sintetiza múltiples comportamientos (OMS, 2004). Al escoger un método para medir la adherencia, ya sea directo o indirecto, es necesario conocer las ventajas y las desventajas de cada uno, e idealmente debería ser económico, reproducible, objetivo, fácil de usar tanto para el investigador como para el paciente y que los datos obtenidos sean fáciles de interpretar

(López et al., 2016). A continuación, se describen algunos métodos y/o estrategias de medición de la evaluación de la adherencia.

1.2.5.1. Métodos Directos u Objetivos. Se basan en la utilización de técnicas de laboratorio para medir los niveles de fármacos o metabolitos en la sangre, la orina u otros fluidos, incluso en el cabello (De las Cuevas y Sanz, 2016). La presencia de estos biomarcadores ha proporcionado la evidencia de que un paciente ha recibido recientemente una dosis del medicamento. Esta estrategia de evaluación no es muy confiable, debido a que han medido los resultados más que el proceso de adherencia (Ortiz & Ortiz, 2007; Martínez-Domínguez et al., 2015), son relativamente más costosos (López et al., 2016) y han estado influenciados por una variedad de factores individuales como la dieta, la absorción y la tasa de excreción (OMS, 2003).

Una estrategia muy utilizada en los ensayos clínicos controlados ha sido la del retorno de los envases o blísteres. El recuento de los comprimidos no utilizados brinda el porcentaje de cumplimiento en un periodo establecido, este es un procedimiento que no puede asegurar si el paciente ha tomado la medicación de forma correcta y a la hora prescrita. Además, tampoco se puede asegurar que el paciente retorne todos los envases con comprimidos no utilizados, por lo que, entre los pacientes con cumplimiento bajo, el recuento de comprimidos es sospechosamente erróneo.

También se ha generalizado el uso de la receta electrónica, la cual ha facilitado el seguimiento de la adherencia al quedar registrado, y disponible para el profesional, cuando ha sido dispensado cada medicamento (De las Cuevas & Sanz, 2016), sin embargo, no demuestra la adherencia farmacológica del paciente.

Otra forma objetiva de evaluar la adherencia a las citas depende si el paciente regresa o no, según lo programado, y aunque es relativamente fácil y se puede determinar de manera objetiva, de acuerdo con Parker & Berman (2017) existen complicaciones en esta simple dicotomía.

En estomatología, la evaluación de la adherencia objetiva se ha realizado a través de indicadores clínicos como la medición de la placa dentobacteriana, el uso de hilo dental, la higiene bucal, el sangrado gingival o la asistencia al consultorio estomatológico (Albrecht & Hoogstraten, 1998), entre otros. Pero no existe una evaluación subjetiva, por lo que esta investigación pretende llenar ese vacío en esta área.

1.2.5.2. Métodos Indirectos o Subjetivos. Los métodos indirectos han sido sencillos, útiles en la atención primaria y han reflejado la conducta del paciente, aunque pueden sobreestimar el cumplimiento y han dependido de la información brindada por el paciente, quien muchas veces, por falta de confianza, olvido u omisión, puede transmitir información parcial o distorsionada (Limaylla & Ramos, 2016).

Estos métodos que consisten en una autoevaluación del paciente respecto a su adherencia son sencillos, accesibles, económicos (De las Cuevas & Sanz, 2016) fáciles de aplicar y han sido útiles en la atención primaria en la salud. Sin embargo, su desventaja consiste en que la información es reportada por los mismos pacientes, familiares o alguien del equipo de salud y estos tienden a sobreestimar el cumplimiento, e identifican solo una parte de los no cumplidores (López-Romero, 2016).

También han existido los métodos electrónicos, los cuales son instrumentos de medida de adherencia administrados para que el propio paciente responda. Estos han tenido

la tendencia a sobreestimar el cumplimiento y no se establece si el paciente ha ingerido correctamente su medicación (Nogués, 2007).

Las formas más comunes de evaluar la adherencia, tanto en la práctica clínica como en la investigación de acuerdo con De las Cuevas & Sanz (2016) son las siguientes:

- a) el auto informe, el cual consiste en la evaluación, la encuesta, la escala o el cuestionario que se utiliza para recabar información o datos en el que la persona debe responder preguntas acerca de sí mismo, completar los datos que le son requeridos o contabilizar las medidas que se le indican (Del Valle & Zamora, 2021) y
- b) el informe médico, el cual es un documento ético legal (Bórquez, 2012) en el cual el especialista a cargo mantiene informado al paciente o a la familia sobre el estado de salud, evolución de la enfermedad, el cual debe ser claro y comprensible, adecuarse a las características de cada paciente y/o familiar y evitar el lenguaje excesivamente técnico y críptico (Cubero, 2016).

También existen escalas diversas estandarizadas y que evalúan la adherencia al tratamiento desde la Psicología de la Salud para diversas problemáticas, enfermedades y /o trastornos. A continuación, se describen algunas de ellas:

1.2.5.2.1. Test de Batalla (Pagès-Puigdemon, 2018). También se le conoce como test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad, esta prueba consiste en hacer preguntas generales al paciente sobre el conocimiento de su enfermedad y el tratamiento mediante preguntas sencillas, en las que se analiza el grado de conocimiento que el paciente tiene de

su enfermedad, asumiendo que un conocimiento mayor de la enfermedad por su parte representa un grado mayor de adherencia (Rodríguez et al., 2008; Reyes-Flores et al., 2016).

La prueba de Batalla se ha dirigido principalmente a pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus, aunque las preguntas se han modificado para aplicarse a otras enfermedades crónicas (Limaylla & Ramos, 2016). Dentro de las ventajas se ha observado que es un método con buena sensibilidad, breve, comprensible, económico y muy fácil de aplicar. Como desventaja, se ha tenido una baja especificidad, exactitud media y ha tendido a sobrestimar la adherencia (Reyes-Flores et al., 2016).

1.2.5.2.2. Test de Morisky-Green-Levine (Morisky, Ang, Krousel-Wood & Ward, 2008). Esta prueba se ha utilizado para conocer si el paciente adopta actitudes correctas hacia su tratamiento, fue validado en su versión española por Val Jiménez et al. en 1992 (Nogués et al., 2007) y después por De las Cuevas & Peñate (2015). El recorrido de la puntuación total de la escala MMAS-8 va desde 0 a 8, el instrumento refleja la puntuación 8 como una adherencia alta, las puntuaciones 7 o 6 reflejan una adherencia media y las puntuaciones inferiores a 6 una adherencia baja. Este cuestionario se ha utilizado en numerosos estudios de adherencia de los fármacos antihipertensivos, la osteoporosis y los antirretrovirales para SIDA (Nogués, et al. 2007), los psiquiátricos (De las Cuevas & Sanz, 2016); sin embargo, no considera otros aspectos del régimen terapéutico, como la dieta, la actividad física y el control de los factores de riesgo asociados (López, 2016).

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas

con la conversación y de forma cordial, son las siguientes: ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?; ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?; Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación?; Si alguna le sienta mal, ¿Deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/ No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? (Rodríguez et al., 2008).

La prueba de Morisky-Green-Levine presenta una alta especificidad y un alto valor predictivo positivo, además tiene escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión y es económico. Entre sus desventajas se encuentran su bajo valor predictivo negativo, baja sensibilidad y que tiende a sobreestimar la adherencia (Reyes-Flores et al., 2016; Andrade & Céspedes, 2017) y evalúa exclusivamente la adherencia al tratamiento farmacológico (Andrade & Céspedes, 2017). En estudios diversos se ha utilizado el de Morisky-Green por la especificidad alta y el valor predictivo positivo alto y el de Batalla, por su buena sensibilidad (Rodríguez *et al.*, 2008).

1.2.5.2.3. Test de la comprobación fingida (Edward Jones y Harold Sigall, 1971).

Se describió por primera vez en 1971 y se nombró como una “tubería falsa” (*Bogus PipeLine*, *BPL* por sus siglas en inglés), la técnica consiste en solicitar al paciente una muestra de orina, en la que se indica que esta sirve para calcular en ella la cantidad del medicamento tomado.

Si el paciente demuestra dificultades para su realización y manifiesta que no toma la medicación se trata de un paciente incumplido (Rodríguez et al., 2008).

La disminución del uso de BPL por parte de los psicólogos sociales es atribuida a una variedad de situaciones. Roese & Jamieson (1993) mencionaron que puede percibirse a la BPL como ineficaz (no produce el efecto deseado de una mayor veracidad de la respuesta), ser poco práctico (su procedimiento elaborado, logísticamente complicado), tener fundamentos teóricos cuestionables (no está claro si la veracidad se logra mediante la reducción de los sesgos de deseabilidad social o una mayor atención), o si no es ético (algunos han argumentado que el grado de engaño está en desacuerdo con los estándares éticos contemporáneos).

1.2.5.2.4. Test de Haynes-Sacket (HST). También se le conoce como test de cumplimiento auto comunicado (HST), se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento al tratamiento. Consta de dos partes: en la primera, se evita interrogar de forma directa al paciente sobre la toma de medicación, se intenta crear un ambiente adecuado de conversación, y se le comenta al paciente la dificultad de los enfermos para tomar la medicación mediante la siguiente frase: “la mayoría de los pacientes tienen dificultades para tomar todos sus comprimidos”; posteriormente, en la segunda parte del test se realiza la siguiente pregunta: “¿Tiene usted dificultades para tomar los suyos?”.

Si la respuesta es afirmativa, el paciente es incumplido, será un método fiable y podrán utilizarse las medidas o intervenciones que se consideren necesarias. Si responde que no, es posible que no diga la verdad por diversas causas, se insiste en el que se pregunta: “¿Cómo los toma?”: todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez. Finalmente, se realiza una tercera pregunta y se recoge lo que el paciente menciona sobre la

siguiente reflexión: “Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿Por qué no me comenta cómo le va a usted?” (Rodríguez et al., 2008).

En caso de reconocer su incumplimiento, se pregunta sobre los comprimidos tomados en el último mes. Se considera cumplido aquel cuyo porcentaje de cumplimiento auto comunicado se sitúa entre 80-100% (Limaylla & Ramos, 2016; Barnestein-Fonseca *et al.*, 2011).

1.2.5.2.5. Test de Herrera Carranza. Propone 4 preguntas, dirigidas a los pacientes, que pueden contribuir a mejorar la vigilancia del cumplimiento terapéutico: sobre la prescripción de los medicamentos, el sentimiento al terminar por completo el tratamiento, la forma de tomar su medicación, el aviso al médico al terminar el tratamiento (Rodríguez *et al.*, 2008). Dar respuestas acertadas a estas interrogantes sitúa al paciente como cumplido (Limaylla & Ramos, 2016).

Entre las ventajas de este método son la sencillez, lo económico, lo breve, lo fácil de aplicar a cualquier enfermedad; dentro de las desventajas se encuentran que puede sobrestimar el cumplimiento y tiene un bajo valor predictivo negativo (Rodríguez *et al.*, 2008).

1.2.5.2.6. Aceptación del tratamiento (Devily & Borkovec, 2000). Es un cuestionario de auto informe de 10 reactivos. Diseñado para evaluar la aceptabilidad del tratamiento y la adherencia anticipada en respuesta a un determinado tratamiento para la ansiedad y los problemas relacionados. Se administra a los pacientes después de haber recibido información sobre el tratamiento (por ejemplo, en un punto de referencia cuando se está brindando información del tratamiento; previo al periodo de sesiones del tratamiento; después del

proceso de consentimiento informado o cuando se introduce un nuevo componente de tratamiento).

Los reactivos fueron desarrollados de acuerdo con las medidas existentes sobre la credibilidad, las expectativas y la angustia en los estudios de resultados clínicos (Devilley & Borkovec, 2000) y, a la inversa, sobre las percepciones del tratamiento en los trastornos de ansiedad. Los reactivos son clasificados en una escala tipo Likert de 7 puntos (1= fuertemente en desacuerdo, 7 = Muy de acuerdo) para evaluar el grado de variación en las declaraciones sobre un tratamiento dado. Las puntuaciones totales se obtienen con la suma de todos los elementos después que los elementos redactados negativamente se revierten.

Los puntajes pueden variar de 10 a 70. Con puntuaciones más altas, denota mayor aceptabilidad del tratamiento y mayor capacidad anticipada para adherirse a él. Milosevic et al. (2015) probaron las propiedades psicométricas de la Escala de Aceptación / Adherencia del Tratamiento (TAAS), la cual tuvo propiedades psicométricas adecuadas, lo que ha ayudado a los clínicos a mejorar sus intervenciones para ansiedad u otros trastornos similares.

1.2.5.2.7. Cuestionario MBG (Martín, Bayarre & Grau, 2008). Este es un cuestionario de origen cubano, genérico para la medición de la adherencia al tratamiento, consta de 3 categorías (Cumplimiento del tratamiento, Implicación personal y Relación transaccional) y 12 reactivos con escala tipo Likert de 0 a 4 puntos. Clasifica los niveles de adherencia así: total de 38 a 48 puntos, parcial de 18 a 37 puntos y no adheridos de 0 a 17 puntos.

El instrumento tiene validez de contenido; que de acuerdo con palabras de los autores “permite realizar una valoración crítica del constructo teórico del que se parte y las categorías

que se proponen, las cuales expresan un modo específico de conceptualizar el fenómeno de la adherencia terapéutica”. Ha sido aplicado en muestras grandes de pacientes hipertensos, diabéticos mellitus tipo 2 y personas portadoras del VIH (Martín, Bayarre & Grau, 2008).

1.2.5.2.8. Cuestionario de credibilidad/expectativa (Deville & Borkovec, 2000). El **CEQ (credibility/expectancy questionnaire)**, es un cuestionario de auto informe de 6 reactivos que evalúa la credibilidad percibida de un tratamiento dado y la expectativa en torno a sus resultados. Los reactivos se clasifican en una escala Likert de 9 puntos (1 = No útil del todo/ lógico; 9 = Muy útil / lógico) o en la escala de porcentaje de 11 puntos (0 -100% mejora de los síntomas). Como tal, las puntuaciones en cada elemento están estandarizadas antes de ser sumado para calcular una puntuación total. Los autores informaron una estructura de dos factores para el CEQ, el primero fue la credibilidad del tratamiento y el segundo, la expectativa de tratamiento. La consistencia interna fue adecuada para ambos factores (Alpha > 0.85).

1.2.5.2.9. Inventario de Actitud de Drogas (Hogan et al., 1983). Por sus siglas en inglés el Drug Attitud Inventory (DAI) consiste en un cuestionario que es completado por el paciente que incluye una serie de preguntas, cada una con respuestas verdaderas / falsas, relacionadas con diversos aspectos, percepciones y experiencias de tratamiento de los pacientes. La escala original consta de 30 preguntas, el paciente debe leer cada declaración en el cuestionario para decidir si son verdaderas o falsas, de acuerdo con su propia experiencia con medicamentos (solo aquellos medicamentos utilizados para la salud mental). El DAI-10 se derivó a partir de un análisis discriminante por etapas aplicado a 150 pacientes con esquizofrenia (Hogan et al., 1983). Contiene seis elementos que para un paciente que está totalmente adherido a la medicación prescrita; respondería como 'Verdadero', y cuatro

lo calificarían como 'Falso'. Las puntuaciones se asignan a cada respuesta y la puntuación total se calcula de la misma manera que para El DAI-30. Del mismo modo, una puntuación total positiva indica una respuesta subjetiva positiva (adherente) y una puntuación total negativa indica una respuesta subjetiva negativa (falta de adherencia).

1.2.5.2.10. Instrumento de Evaluación personal de transiciones en el tratamiento (Voruganti & Awad, 2002). El instrumento *Evaluation of Transitions in Treatment (PETiT)* está diseñado para capturar los aspectos de las respuestas subjetivas y la tolerancia de los fármacos antipsicóticos, la adherencia al tratamiento y el impacto de la terapia con fármacos antipsicóticos en la calidad de vida de las personas tratadas con esquizofrenia. La escala es fácil de autoadministrar (en 2-5 min) y los pacientes la perciben como fácil de usar. El análisis correlacional reveló una consistencia interna alta (alfa de Cronbach = 0.92) y una fiabilidad por mitades (coeficiente de Spearman-Brown de 0.85). Las puntuaciones de la escala pudieron distinguir a los sujetos con tasas más bajas y altas de la adherencia al tratamiento, y el análisis factorial confirmó la solidez del constructo original (Voruganti & Awad, 2002).

1.2.5.2.11. Escala informativa de cumplimiento de la medicación (Thompson et al., 2000). *The Medication Adherence Report Scale (MARS)* incorpora características, tanto del DAI (Drug Attitude Inventory) como del MAQ Medication Adherence Questionnaire (Morisky et al., 1986) y afirma tener mayor validez y utilidad clínica. Esta escala ha sido utilizada para valorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes atendidos ambulatoriamente afectados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), también para determinar la adherencia a los medicamentos psicoactivos. Se debe pedir al paciente que responda a las afirmaciones del cuestionario encerrando la respuesta que mejor describe su

comportamiento o actitud hacia su medicación durante la semana pasada. Una puntuación de 25 indica buen cumplimiento, mientras que si es menor revela un cumplimiento subóptimo (Limaylla & Ramos, 2016). Incluye tres aspectos: las creencias en salud de los encuestados (Tengo un conocimiento adecuado acerca de mi enfermedad), las experiencias en salud (Estoy preocupado por los efectos de mis medicamentos) y los comportamientos en salud (Tengo rutinas estrictas para el uso ordinario de mis medicamentos).

1.2.5.2.12. Escala de calificación del cumplimiento (Morisky et al., 1986; Hogan et al., 1983; Kemp et al., 1998). El *Compliance Rating Scale* (CRS) se utiliza para calificar la adherencia a la medicación en una escala de siete puntos. El rechazo completo se califica con uno, los pacientes que se rehúsan parcialmente con dos, los pacientes que aceptan el tratamiento de manera relucante o pasiva obtienen un puntaje de tres, cuatro o cinco y los pacientes que aceptan el tratamiento de manera moderada o activa un puntaje de seis o siete y la conducta de adherencia se proporciona en el cuestionario. Una descripción detallada de las características estadísticas de estos instrumentos se da en Kikkert et al. (2008). El CRS utiliza una escala ordinal de 1-7 para cuantificar la evaluación del nivel de adherencia demostrada por el paciente. Los números más altos representan mayor adherencia. El CRS se ha utilizado en dos ensayos controlados de "terapia de cumplimiento".

Kikkert et al. (2011) determinaron que la validez de los instrumentos: Medication Adherence Questionnaire (MAQ), the Drug Attitude Inventory (DAI), and the Compliance Rating Scale (CRS) son cuestionables y de relevancia clínica escasa.

1.2.5.2.13. Breve escala de calificación de la adherencia. (Byerly et al., 2008). *Brief Adherence Rating Scale (BARS)* es una herramienta de evaluación de la adherencia administrada por un médico, la cual consiste en tres preguntas sobre el conocimiento del

paciente de su propio régimen de medicación y episodios de toma de medicación que incluyen: el número de dosis prescritas de medicación por día, el número de días en el último mes en que el paciente no tomó las dosis prescritas, el número de días en el último mes en que el paciente tomó menos de la dosis prescrita. Una escala analógica visual utilizada para evaluar la proporción de dosis tomadas por el paciente en el último mes (0-100%), la calificación de la escala analógica visual es la medida clave de la adherencia proporcionada.

1.2.5.2.14. Test de Prochaska & Diclemente (1982). El modelo transteórico, en general y las etapas de cambio, en particular, han demostrado su utilidad en adaptarse al tratamiento de manera individual (Norcross et al., 2010). De acuerdo con este modelo, en esta prueba consideran no adherentes aquellos individuos que se encuentran en las fases de pre-contemplación, contemplación y preparación, mientras que son adherentes quienes se encuentran en las fases de acción y mantenimiento (Limaylla & Ramos, 2016).

Las preguntas que se incluyen son: ¿Toma los medicamentos para tratar su enfermedad?; ¿Cuándo tiene pensado comenzar a tomarlos?; ¿Desde cuándo? Las ventajas de este método es que es muy sencillo, económico, breve, fácil de aplicar a las enfermedades crónicas. Dentro de las desventajas se encuentran que tiende a sobrestimar el cumplimiento y tiene un bajo valor predictivo negativo (Limaylla & Ramos, 2016).

1.2.5.2.15. Escala de Validación e Incomodidad (Tarrier et al., 2006). Es un auto informe con 10 reactivos que evalúa la aceptabilidad del tratamiento en varias dimensiones: la idoneidad, el malestar anticipado y la razonabilidad, entre otros. Los autores informaron una estructura de dos factores para la EDS: la validación del tratamiento y las molestias en el tratamiento. Debido a que la subescala de incomodidad contiene solo un reactivo, se anula en reversa este y luego se suma con los otros nueve elementos y da una puntuación de

aceptabilidad total. Milosevic, et al. (2015) lo administraron con el TAAS (Escala de Aceptación / Adherencia del Tratamiento para el análisis de validez convergente).

1.2.5.2.16. Escala general de adherencia (DiMatteo et al., 1992). Esta medida reporta el éxito de una persona capaz de seguir las recomendaciones del tratamiento. Tiene una consistencia interna de confiabilidad ($\text{Alpha} = 0.79$) y a dos años su estabilidad fue de 0.40. El GAS fue desarrollado para el Medical Outcomes Study (MOS), que fue un conocido y respetado estudio de adherencia a gran escala durante 2 años en personas con condiciones crónicas como: diabetes, hipertensión, y enfermedades del corazón.

La escala evalúa la tendencia general del paciente en adherirse a las indicaciones médicas en el período anterior de 4 semanas. Proporciona una visión general de la facilidad o dificultad que tiene un participante para seguir las recomendaciones del proveedor de salud. Para facilitar la comparación con otras escalas, el puntaje bruto de GAS puede ser cambiado a una proporción (0% -100%) dividiendo el puntaje alcanzado por el puntaje máximo posible (Verweij et al., 1998). Las preguntas son las siguientes:

1. Me costó mucho trabajo hacer lo que el médico me sugirió que hiciera.
2. Me resultó fácil hacer las cosas que me sugirió el médico.
3. No pude hacer lo necesario para seguir las indicaciones del plan de tratamiento.
4. Seguí exactamente las sugerencias de mi médico.
5. En términos generales, ¿Qué tan a menudo durante las últimas 4 semanas fue capaz de hacer lo que el médico le indicó?

1.2.5.2.17. Otras escalas. Existen escalas de medición específicas para diversos padecimientos como la prueba de cumplimiento SMAQ (*The Medication Adherence Questionnaire*) es cuestionario validado para la población española con síndrome de inmunodeficiencia adquirida; escala simplificada para detectar problemas de cumplimiento (ESPA) con el tratamiento antirretroviral; *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) (Breve cuestionario de la medicación), mide el cumplimiento terapéutico en pacientes diabéticos. Para la esquizofrenia es utilizada la *Drug Attitud Inventory* (como ya se ha mencionado anteriormente) y *Neuroleptic Dysphoria* (ND), para la hipertensión arterial la *Maastrich Utrecht Adherence in Hypertension questionnaire* (MUAH-questionnaire).

Nogués et al. (2007) han mencionado que la medición de la adherencia no es fácil y es necesario utilizar varios métodos a la vez para evitar la sobreestimación y en enfermedades que precisan un tratamiento a largo plazo se debe aumentar la adherencia para prevenir las fallas en el tratamiento. Es por eso por lo que, para medir la adherencia, López et al., (2016) propone conocer el contexto del paciente, de tal manera que se considere un enfoque integral, especial en personas con terapias a largo plazo donde se incluyen las creencias, los estilos de vida, las expectativas, etc.

Al escoger un método para medir la adherencia, ya sea directo o indirecto, es necesario conocer las ventajas y las desventajas de cada uno, e idealmente tener las características como económico, reproducible, objetivo, fácil de usar tanto para el investigador como para el paciente y que los datos obtenidos sean fáciles de interpretar. Es así como la adherencia es probablemente el resultado de una compleja interrelación entre diversos factores, comportamiento y retroalimentación (Asimakopoulou & Daly, 2009).

Además, para medir la adherencia es muy importante definirla adecuadamente y al ser una medición de conducta, la dificultad aumenta. La medición correcta de las variables que influyen en la adherencia es la base para la toma de decisiones en salud, por lo que su medición es el primer paso en la búsqueda de una explicación ante la falta de los resultados terapéuticos esperados (Pisano & Pisano, 2014).

1.2.6. Evaluación de la Adherencia en Estomatología

A continuación, se revisan algunas investigaciones sobre la forma en que se ha evaluado la adherencia en estomatología. Freddo *et al.* (2018), realizaron un estudio longitudinal en adolescentes brasileños de 15 a 19 años, ya que, de acuerdo con los autores, en este grupo de edad son susceptibles a conductas que debilitan su salud en el que adoptan hábitos que pueden interferir con su adherencia al tratamiento estomatológico. Para evaluarla, lo determinaron por los resultados 18 meses después, es decir, si el paciente no tenía caries ni enfermedad periodontal, a través de un examen clínico y un cuestionario auto administrado, esta actividad la llevaron a cabo con dos examinadores calibrados y un estándar de referencia.

Se evaluaron un total de 325 adolescentes; de estos, 189 (58%) eran mujeres y 136 (42%) eran hombres. De la muestra total, 164 (51%) adolescentes se adhirieron al tratamiento y 161 (49%) no. Entre los que se adhirieron 96 (58%) eran mujeres y 68 (42%) hombres. La edad media de la muestra total fue de 15 ± 1 años, concluyeron que la adherencia al tratamiento estomatológico estuvo asociado a las conductas individuales más que a factores económicos.

Tsomos *et al.*, (2014) evaluaron objetivamente la adherencia al tratamiento del paciente con aparatos de ortodoncia removibles y el efecto de posibles factores influyentes.

Los autores registraron los tiempos de uso de 45 pacientes con la ayuda de un Microsensor TheraMon. El cumplimiento del paciente se evaluó con relación al uso de prescripción y otros parámetros, como la edad y el sexo. Durante un período medio de observación de 186 días (rango, 55–318 días), el tiempo de uso real fue de 9,0 h/d (0,0–16,0 h/d) y no difirió entre prescripciones distintas ($p = 0.49$). Ocho pacientes usaron sus aparatos menos de 2 h/d y seis de ellos no los usaron en absoluto. El sexo no influyó significativamente en el cumplimiento ($p = 0.58$). A pesar de que se informó a los pacientes y padres sobre el registro del tiempo de uso, el cumplimiento fue insuficiente en cuanto al tratamiento funcional (prescripción de 14 h/d), mientras que fue suficiente a efectos de retención (prescripción de 8 h/d).

En otro estudio, Badri, Saltaji, Flores-Mir & Amin (2014) seleccionaron 14 estudios en una revisión sistemática, en la que reportaron los factores que influyeron en la asistencia con el estomatólogo y agruparon los resultados con base en los factores del paciente, del proveedor y del sistema de salud. Los factores identificados a nivel del paciente incluyeron la educación de los padres, el nivel socioeconómico, las creencias comportamentales, el poder y las normas subjetivas percibidas. A nivel de proveedor de salud, se identificaron la comunicación y las habilidades profesionales. A nivel del sistema, los autores identificaron las colaboraciones entre los profesionales de las comunidades y la asistencia sanitaria, así como una política formal de referencia de pacientes de médicos familiares y pediatras a los estomatólogos.

En un estudio realizado en Reino Unido se les dio voz a los estomatólogos, veintitrés ortodoncistas (47% mujeres y 53% hombres) con aproximadamente 15 años de experiencia cada uno (14.7 ± 1.73), completaron un cuestionario sobre la importancia que le dan a una

serie de factores señalados en la bibliografía como predictores adecuados de la adherencia. Esta encuesta exploratoria y cuantitativa de corte transversal constó de cuatro partes, en la que solicitaron a los ortodoncistas calificaran una lista de factores predictivos de adherencia en la evaluación; utilizaron cada predictor para evaluar la adherencia en su práctica diaria, preguntas abiertas para recopilar cualquier otro predictor percibido de adherencia y los datos demográficos.

En cuanto a los resultados todos los ortodoncistas participantes acordaron que la regularidad de los pacientes para asistir a las citas, el mantenimiento de una buena higiene bucal y la utilización de los aparatos dentales son los factores más importantes para predecir la adherencia. En la parte abierta del cuestionario, los ortodoncistas también destacaron el costo percibido del tratamiento como un factor importante. Los factores restantes incluidos en el cuestionario también se calificaron como importantes o útiles, aunque produjeron un patrón de respuesta más variado (Shammary et al., 2015).

Por otra parte, Cano-Restrepo & Martínez Delgado (2019) tuvieron como objetivo identificar la adherencia al tratamiento ortodóncico de pacientes adolescentes atendidos en una institución docente asistencial de Medellín (Colombia). Los autores utilizaron los cuestionarios de Haynes & Sackett (1980) y Morisky, Green & Levine (1986) y adaptaron cada pregunta a la terminología relacionada con el tratamiento ortodóncico. El 86.1 % de los encuestados recibieron instrucciones sobre el cuidado bucal, pero solo el 57.4% las recuerdan; el 89,1% asiste a las citas. Por lo que la adherencia se midió con base en la información recibida, la capacidad del paciente para recordar la información y la asistencia a las citas.

Como se observa en este apartado, solo se ha logrado medir objetivamente la adherencia en estomatología mediante la evaluación de los resultados como la presencia de enfermedad periodontal o caries y se retoman algunas conductas que dependen del paciente como la asistencia a las citas programadas, higiene bucal y varía de acuerdo con la especialidad, como en el caso de la ortodoncia que mide el tiempo que es utilizado un aparato en boca y que es donde más estudios de adherencia se han realizado en el que se destaca principalmente el papel del paciente.

Con la revisión de esta información, la evaluación de la adherencia en estomatología ha seguido diferentes vertientes, por un lado, asociado a las conductas en el paciente como la asistencia a las visitas o el cumplimiento de la higiene bucal, así como el uso de aparatos dentro de la boca; pero por otra parte los factores que tienen que ver con la relación con el profesional de la salud como la información, habilidades profesionales y de comunicación, etc.

El instrumento que aquí se propone para evaluar la adherencia al tratamiento en estomatología incluye no sólo las conductas del paciente, sino también las conductas que genera el estomatólogo dentro de su práctica clínica, el cual se basa en el modelo teórico establecido (Información – Motivación – Estrategia) que se describe en el siguiente capítulo.

1.2.7. Intervenciones para Mejorar la Adherencia al Tratamiento en Estomatología

Las intervenciones se encaminan a modificar o reforzar los comportamientos favorecedores del cumplimiento y a mejorar la capacidad del paciente en el manejo de su proceso. Se han llevado a cabo a través de las técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual (Pisano & Pisano, 2014).

Existen intervenciones directas e indirectas. Las directas destacan la vinculación de la toma del medicamento o las actividades cotidianas, los refuerzos positivos o los recordatorios como llamadas telefónicas y alarmas. La intervención indirecta no conduce a un cambio de comportamiento, pero influye positivamente; como ejemplo está la entrevista motivacional.

La investigación sobre las intervenciones para promover la adherencia se ha centrado en gran parte en la modificación del comportamiento de los pacientes. Según varias reseñas publicadas sobre la adherencia, ninguna intervención orientada al comportamiento de pacientes es eficaz y los métodos más prometedores sobre mejora del comportamiento de la adherencia emplean una combinación de las estrategias que se enumeran a continuación: la educación de los pacientes; las aptitudes comportamentales; las autorrecompensas; el apoyo social y el seguimiento telefónico (OMS, 2004). También Ramsay (2000) establece que los recordatorios o mejorar la supervisión pueden mejorar la adherencia.

Se ha demostrado que diversas combinaciones de estas técnicas aumentan la adherencia y mejoran los resultados del tratamiento. Sin embargo, aun las intervenciones más efectivas centradas en los pacientes no tienen efecto sustancial alguno sobre el comportamiento de adherencia a largo plazo y se han comunicado pocos ensayos controlados aleatorios orientados al comportamiento de adherencia del paciente (OMS, 2004).

Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima (Ortega et al., 2018), además que deben ser discutidas con el paciente en las que se deben considerar sus problemas y las necesidades individuales (Reyes-Flores *et al.*, 2016; D'Anello *et al.*, 2009).

Las intervenciones multidirigidas son más efectivas que las particulares (DiMatteo *et al.*, 2012). También estos autores han considerado la importancia de construir a la medida, intervenciones comportamentales para obtener la efectividad óptima además de establecer protocolos que aumenten la adherencia y reflejen la necesidad de intervenciones individuales.

Cabe destacar que Renz *et al.* (2007) en una revisión encontraron que las intervenciones psicológicas tuvieron mejores puntuaciones de placa dentobacteriana en comparación con los grupos sin intervención, también encontraron una disminución del sangrado gingival en el grupo de intervención activa, pero ningún cambio en la profundidad de la bolsa o la pérdida de la inserción después de 4 meses. Las intervenciones psicológicas se asociaron con un cepillado mejor y uso del hilo dental. También Martin *et al.* (2015) resaltan la importancia de los “elementos psicosociales” en el encuentro médico y su contribución para mejorar la adherencia del paciente al tratamiento.

Otro estudio exploratorio que realizaron Suresh *et al.* (2011) evaluó la efectividad de una intervención conductual acción-control sobre la adherencia al uso del hilo dental en pacientes con enfermedad periodontal. La acción - control, significó monitorear el comportamiento y evaluarlo contra un estándar auto establecido, se ha sugerido como una estrategia de autorregulación que puede ayudar personas que tienen la intención de participar en un cambio de comportamiento. Como resultado tuvieron que una breve intervención conductual para mejorar la adherencia al uso del hilo dental, independientemente de la etapa de cambio de los participantes. Llevar un diario de uso del hilo dental puede aumentar el uso de hilo dental y reducir la placa y las puntuaciones de sangrado en pacientes con enfermedad periodontal a corto plazo.

Otras intervenciones en estomatología para mejorar la adherencia lo han llevado a cabo Schüz et al. (2009) y mencionan que a pesar de recomendar el uso de hilo dental regular (diario) para prevenir las enfermedades bucales, la adherencia no es satisfactoria. A través de la teoría cognitiva social (SCT) especificaron los determinantes del uso del hilo dental: las cogniciones sobre el riesgo, las expectativas de resultados positivos y negativos y la capacidad percibida para realizar el comportamiento predicen la motivación, que a su vez predice el comportamiento. Sugirieron que la motivación por sí sola puede no ser suficiente para predecir el comportamiento y propusieron una planificación sí-entonces. Sus resultados han sugerido una planificación focalizada en las intervenciones para aumentar el cumplimiento de las recomendaciones de uso del hilo dental. Se recopilaron datos de seguimiento a las 2 y 8 semanas post-intervención.

Los resultados incluyeron que los participantes que recibieron la intervención de planificación obtuvieron resultados significativamente mejores que aquellos en la condición de control tanto en el seguimiento de 2 como en el de 8 semanas (4.24 veces uso de hilo dental / semana versus 3.9 a las 2 semanas; 4.02 versus 2.98 a las 8 semanas). Concluyeron que la planificación de las intervenciones es una forma económica y eficaz de cambiar el comportamiento de autocuidado, y son más efectivos en individuos con una mentalidad de implementación.

1.2.8. Diseño y Validación de Instrumentos en la Adherencia al Tratamiento

En 2018, Weinman *et al.*, buscaron identificar una diversidad de factores asociados con la falta de adherencia intencional y ver si podrían adaptarse en una escala psicométricamente sólida. Agruparon a los pacientes en tres grupos clínicos diferentes (Hipertensión (N=175); Oncología (N=115); Gota (N=196)) recibieron la nueva escala junto

con un autoinforme de adherencia y/o una medida de biomarcador. Realizaron un análisis factorial exploratorio (AFE) para examinar la estructura en la que encontraron dos factores, que fueron etiquetados como "resistencia a la enfermedad" y "tratamiento de prueba". Esta escala explicó algunos factores relativamente nuevos que subyacen a la falta de adherencia al tratamiento.

Müller, Kohlmann & Wilke (2015) desarrollaron y validaron, el "Cuestionario de barreras de adherencia (ABQ)" el cual probaron en 432 pacientes con fibrilación auricular en un estudio de cohorte observacional multicéntrico. La evaluación del cuestionario incluyó una evaluación de la consistencia interna, así como un análisis factorial. La validez externa relacionada con el criterio se evaluó comparando la puntuación ABQ con el grado de adherencia auto informada y el tiempo terapéutico que describe la calidad de la anticoagulación lograda por los pacientes tratados con la anticoagulación oral.

Contreras, Florez & Herrera (2008), realizaron una investigación metodológica que permitió determinar la validez facial y confiabilidad de un instrumento que evalúa los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, con el fin de continuar su proceso de validación formal. El instrumento constó de 72 reactivos, agrupados en cinco dimensiones con una calificación Likert de tres puntos. Cuenta con validez facial y un índice de validez de contenido de 0.91.

Achury-Beltrán (2017), elaboraron y validaron un instrumento para medir la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, a partir de un referente teórico sustentado en las conductas de adherencia al tratamiento y la autoeficacia. Detallaron el proceso de validez facial, de

contenido y de constructo realizado al instrumento, así como las pruebas de confiabilidad. El instrumento fue sometido a evaluación por 6 expertos, 380 adultos de diferentes características sociodemográficas y posteriormente aplicado a 145 pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular isquémica. Como resultado obtuvieron un cuestionario con 29 reactivos, 6 dimensiones, un alfa de Cronbach de 0.837 y un puntaje entre 29-174, lo que indica que a mayor puntaje mejora la adherencia.

Andrade & Céspedes (2017), determinaron la validez de constructo y confiabilidad del “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”, cuyo método fue un estudio de tipo psicométrico. La muestra seleccionada fue de 250 pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular asistentes a una institución hospitalaria de tercer nivel de atención en la ciudad de Neiva (Colombia) en el primer semestre de 2016. Se desarrollaron cronológicamente diferentes fases investigativas: análisis del concepto, exploración y confirmación del constructo. A través del análisis del concepto establecieron como teoría de soporte la “autoeficacia” con sus tres componentes teóricos, seis dimensiones temáticas transversales y los atributos esenciales de la adherencia al tratamiento, los cuales se evidenciaron en la reformulación de los 38 ítems de la versión final del instrumento.

La muestra en su mayoría estuvo conformada por personas mayores de 60 años, factor de riesgo predominante de hipertensión arterial y con diagnóstico médico más frecuente de enfermedad coronaria. El análisis factorial exploratorio reportó seis factores con una varianza total explicada de 61.83%. La matriz multirrasgo-multimétodo demostró altas correlaciones intradimensión, lo cual evidenció la validez convergente del instrumento. El alfa de Cronbach obtenido fue de 0.92 para la escala total y dimensional por encima de 0.80.

Martín *et al.*, (2008), construyeron y validaron un instrumento que evaluó los niveles de adherencia al tratamiento en personas hipertensas, la validación de contenido la llevaron a cabo a través de la metodología propuesta por Moriyama. La muestra utilizada para la evaluación de la confiabilidad interna y la validez de construcción lógica del MBG estuvo compuesta por pacientes con hipertensión arterial esencial, bajo tratamiento médico, mayores de 20 años, pertenecientes al área de salud del Policlínico Van-Troi (n: 114) del Municipio Centro Habana.

La consistencia interna se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach y la validez de construcción del MBG por un análisis factorial por componentes principales. El índice de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenido para la muestra fue de 0.889. Los resultados sugirieron la presencia de tres factores denominados: Cumplimiento activo, Autonomía ante el tratamiento y Complejidad de la adhesión, que explicaron el 68.72 % de la varianza acumulada.

2. Marco Teórico

2.1. Modelos Teóricos de la Adherencia al Tratamiento

La conducta se define como las actividades de un organismo en respuesta a estímulos externos o internos, incluidas acciones que se pueden observar de manera objetiva (Diccionario Conciso de la APA).

Las conductas de adherencia al tratamiento están mediadas entre otras cosas, por el sistema de conocimientos y las creencias que el paciente tiene acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos. Inicialmente, se explicó a partir de hipótesis situacionales o de personalidad, al considerarla una tendencia de la personalidad y, por tanto, algo relativamente estable y difícil de modificar (Martín & Grau, 2004).

La adherencia al tratamiento se ha analizado a partir de los modelos clásicos propuestos para explicar otras conductas de salud en el marco conceptual de la psicología de la salud (Martín & Grau, 2004) como los propuestos por Holguín et al., (2006) entre los que se encuentran los modelos biomédicos y los conductuales. Los modelos biomédicos hacen referencia a una serie de características del paciente, de la enfermedad y de la relación terapéutica como parámetros predictores del incumplimiento terapéutico.

Por otra parte, los modelos conductuales se presentan en tres categorías: a) Los modelos operantes, que están basados en la aplicación de los principios operantes y que han promovido la utilización del moldeamiento de conductas; la planificación ambiental y el manejo de las contingencias de reforzamiento como estrategias centrales en el desarrollo de las conductas de adherencia. b) Los modelos de comunicación, que buscan mejorar los

procesos de recepción, de comprensión y de retención de mensajes como la condición y la estrategia para la promoción de la adherencia. c) Los modelos cognitivos, que están basados fundamentalmente en el modelo del aprendizaje social de Bandura y en los modelos cognitivos de decisión (Holguín et al., 2006).

Al comportamiento de salud se le considera como el resultado de las intenciones conscientes y la formación de las intenciones es considerada como el resultado del efecto de creencias y actitudes (Schwarzer & Gutierrez-Doña, 2009). La psicología de la salud se define como la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención, tratamiento de la enfermedad y la disfunción asociada (causas conductuales y sociales dentro de las que se incluyen hábitos como el consumo de alcohol, el tabaco, el ejercicio físico o el afrontamiento a situaciones de estrés), además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud y proporciona un cuerpo de teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia (Amigo, 2018)

La psicología de la salud tiene como objetivo que las personas se mantengan en salud, como un proceso de desarrollo más que un estado, dirigido de forma activa y voluntaria hacia la realización de los individuos, grupos y comunidades (León, 2013). Además, contribuye a alcanzar un compromiso para el cambio del modo de vida, crear una cultura de la salud o consciencia que deber ser promovida por todos los actores sociales e individuos que tienen la responsabilidad de mantener y mejorar su salud con la mayor autonomía posible.

A continuación, se describen distintas teorías como la Teoría Social Cognitiva, la Teoría de la Acción Razonada, el Modelo de Creencias en Salud, el Modelo Transteórico y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (Ortiz & Ortiz, 2007); el Modelo sistémico de cuidados preventivos (MSSP), el Modelo de predicción de comportamientos de salud (MPCS), el Modelo de cumplimiento en salud (HCM) (Martínez-Domínguez et al., 2016) y por último, se describe el Modelo de Información, Motivación y Estrategia (DiMatteo & DiNicola, 1982) el cual se toma como modelo teórico de esta investigación. También se mencionan las investigaciones que se han hecho en estomatología que han empleado alguno de estos modelos.

2.1.1. Teoría Social Cognitiva (Bandura & Simon, 1977).

Sugiere que cualquier cambio de conducta (por ejemplo, volverse adherente) se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada, a este efecto, Ortiz & Ortiz (2007) lo denomina autoeficacia percibida. Es decir, la persona debe estar convencida que el tratamiento a realizar funcionará, por lo que modifica la conducta, pues realmente cree en él. Sin embargo, si la persona no está convencida que tiene la habilidad para ejecutar la conducta, es poco probable que la lleve a cabo.

La expectativa de eficacia es la creencia de que se es capaz de ejecutar exitosamente el comportamiento requerido para obtener determinados resultados, es decir, la confianza en la habilidad propia para realizar la acción (Ehrenzweig, 2007).

2.1.2. Modelo de la Acción Razonada (Martin Fishbein e Icek Ajzen, 1967).

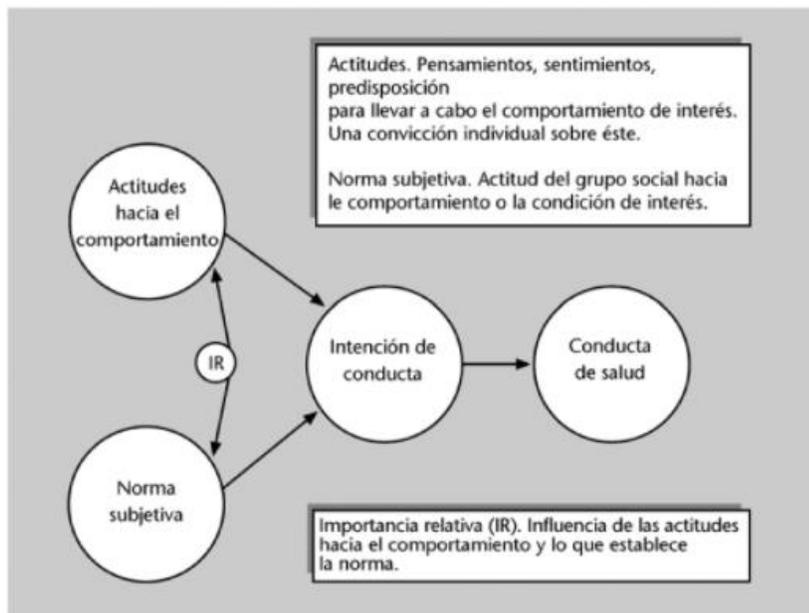
En este modelo se priorizan los determinantes de la conducta y la intención como el determinante más inmediato, por lo que se trabaja con aquellos factores que la determinan; como la actitud de la persona hacia la acción y aquello que la modifica, en este se encuentran

presentes las creencias en relación con los resultados probables de esa conducta, la valoración realizada de esos resultados, la que hacen otras personas de lo que creen debería hacer el sujeto y la propia motivación del sujeto para cumplir con las expectativas de esas personas o grupos, por lo que se podría predecir con mayor exactitud que una persona se involucre en conductas saludables, a través de la intención que tenga de realizarlas (Ortiz & Ortiz, 2007).

Ver figura 2.1

Figura 2.1

Modelo de la acción razonada



Fuente: Tomado de León, 2013.

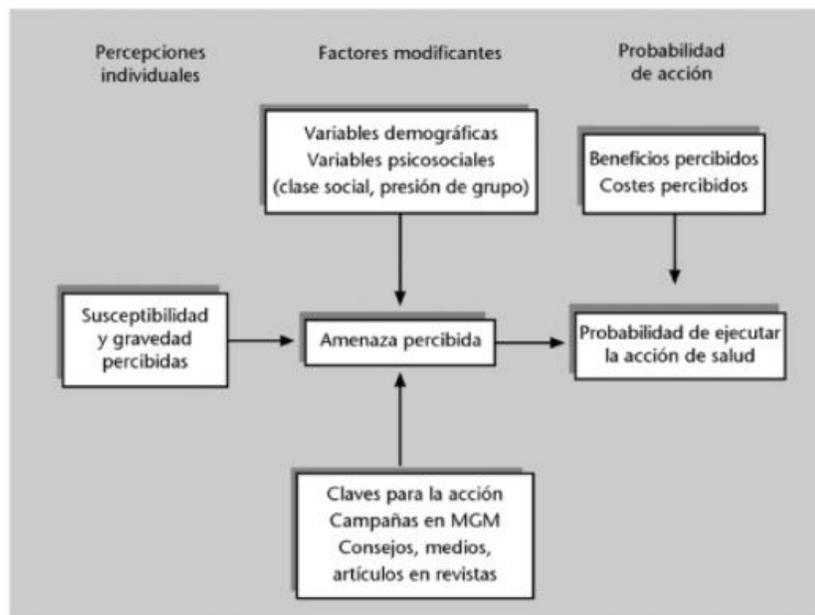
2.1.3. Modelo del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991)

Este modelo constituye una variante del Modelo de la Acción Razonada. Se considera que pueden existir limitaciones reales o percibidas para realizar una determinada conducta. Esta teoría agrega un tercer elemento a la determinación de la intención conductual, llamado

Este modelo se basa en la motivación del paciente y la información que dispone, el que se perciba con riesgo de enfermar y ver a la enfermedad como algo grave, que reconozca la eficacia de la intervención a seguir para evitar la enfermedad y perciba medidas sencillas para llevar a cabo. Ver figura

Figura 2.3

Modelo de creencias de la salud



Fuente: Tomado de León, 2013

La probabilidad de que una persona adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad depende de: el grado de motivación e información que tenga sobre su salud, autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad, la percepción de la condición como amenazante, el estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz y la percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud. También se ha señalado que aquellos pacientes no adherentes, creen que la enfermedad no afectará sus vidas.

Una fuerte creencia en la medicina convencional aumentaría la probabilidad de adherencia (Ortiz & Ortiz, 2007). Las creencias generales influyen en la forma en que las personas evalúan la medicación específica prescrita para una condición médica particular (Horne, 2018).

El modelo sugiere que la adherencia dependerá de si el paciente percibe una amenaza para la salud en particular y cree que una práctica de salud en particular será efectiva para enfrentar el problema. Por ejemplo, para practicar el cepillado y el uso del hilo dental, una persona tendría que creer que es un candidato posible para la enfermedad de las encías (susceptibilidad), que la enfermedad de las encías es una enfermedad grave (gravedad) y estar preocupado por la enfermedad de las encías (motivación de la salud).

Si los pacientes pensarán que cepillarse dos veces al día requeriría mucho tiempo (barrera), pero que este comportamiento llevaría a un aliento más fresco y evitar la enfermedad de las encías (beneficios), sería más probable que se cepillaran. Si estos pensamientos también se complementan con "señales de acción" (p. ej. señales internas tales como mal sabor en la boca y / o señales externas como personas que les dicen que tienen mal aliento), el modelo predice que será más probable que la persona cepille sus dientes, que alguien que no crea en su susceptibilidad, ni vea barreras ni se preocupe por la enfermedad de las encías, que alguien que vio barreras, pero no obtuvo beneficios al cepillarse.

Los estudios que utilizaron la HBM para predecir la adherencia con las instrucciones de higiene bucal encontraron que solo algunos de los componentes del modelo, como la gravedad, la susceptibilidad y los beneficios, tuvieron éxito en la predicción de la adherencia evaluada por las puntuaciones de placa y sangrado.

Los críticos de la HBM han sugerido que es inflexible al proponer que las personas siempre procesan conscientemente los problemas, como la seriedad y la susceptibilidad, antes de realizar comportamientos simples de salud como tomar el cepillo de dientes, y el modelo ignora el papel de las influencias emocionales o ambientales. El modelo tampoco tiene en cuenta que las creencias pueden cambiar en función de la experiencia (por ejemplo, cuando la salud bucal está comprometida sufriendo a pesar de los esfuerzos conscientes de la persona por cumplir con las instrucciones de higiene bucal) (Asimakopoulou & Daly, 2009).

Este modelo ha servido de base para diversas investigaciones y programas de prevención e intervención en temas como el autoexamen mamario, la prevención de tuberculosis, la prevención del SIDA, la profilaxis dental, el uso de cinturón de seguridad, las vacunas, el practicar ejercicios y también para predecir la adherencia a los tratamientos médicos (Barra, 2001).

Kühner y Raetzke (1989), también emplearon este modelo al explorar los factores que contribuyeron al grado de adherencia en los pacientes con tratamiento periodontal, a través de un cuestionario aplicado a 120 pacientes del Departamento de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Frankfurt, la adherencia de los pacientes se evaluó durante la fase de higiene mediante un índice de sangrado. El conjunto de datos para la evaluación estadística incluyó a 96 pacientes.

Los autores encontraron que no existe una correlación entre la adherencia del paciente y la edad, el sexo, el estado familiar, los parámetros de la enfermedad y las creencias de salud "susceptibilidad", "barreras", "relación dentista-paciente" y experiencia con el tratamiento, por otro lado, la motivación, la seriedad, los beneficios, la experiencia con el

órgano afectado y el índice de pérdida de dientes fueron factores predictivos significativos con coeficientes de correlación de Spearman de 0.17 a 0.32. Cuando se combinaron las variables predictoras, el coeficiente fue de 0.59. Este estudio apoya además la suposición de que las creencias de salud desempeñan un papel importante en la determinación del comportamiento relacionado con la salud (Kühner & Raetzke, 1989).

Barker (1994) evaluó el efecto de las creencias sobre la salud en la adherencia de los pacientes periodontales al recibir instrucciones de higiene bucal; a los pacientes se les revisó en dos ocasiones, con un mes de diferencia. En la primera visita, se registraron las puntuaciones de placa y sangrado y se les enseñó la técnica de cepillado para remover la placa. A los dos meses y medio después, se registraron las puntuaciones de placa y sangrado. La adherencia se midió a partir de cualquier reducción en los puntajes en la visita dos, por lo tanto, se encontró que los "beneficios" estuvieron significativamente relacionados con la adherencia.

2.1.5. Modelo Transteórico (Prochaska & DiClemente, 1984)

En este modelo, existen etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo (Luna & García, 2014). El modelo sostiene que las diferencias en la adherencia a las recomendaciones de los profesionales de la salud se pueden atribuir a las diferencias en la preparación de las personas para recibir asesoramiento sobre atención médica (Asimakopoulou & Daly, 2009).

Se distinguen cinco etapas diferentes para el cambio: 1) Pre-contemplación, el individuo no tiene intención de cambiar en el corto plazo, usualmente medido en los próximos 6 meses; 2) Contemplación, el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo en el corto plazo de aquí a 6 meses; 3) Preparación, el

individuo está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro del próximo mes; 4) Acción, el sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero este cambio no está bien establecido); 5) Mantenimiento, se ha cambiado la conducta por más de 6 meses y se está activamente involucrado para sostenerla (Ortiz & Ortiz, 2007). A continuación, se describirán cada una de las etapas.

La pre-contemplación es la etapa en la cual las personas no tienen intención de cambiar, de realizar una acción específica de cambio en su comportamiento de riesgo para la salud, usualmente en el lapso de los siguientes seis meses. Un subgrupo de las personas clasificadas dentro de la etapa de pre-contemplación puede estar allí por falta de información sobre las consecuencias a corto, mediano o largo plazo de su comportamiento.

Otro subgrupo puede haber tenido intentos previos, fracasados, de cambiar y ahora están desmoralizados en cuanto a su capacidad de hacerlo. Es frecuente observar que en ambos subgrupos las personas evitan leer, hablar y pensar sobre sus comportamientos de riesgo que podrían ser modificados; están a la defensiva por las presiones sociales para cambiar y, principalmente, no están ni motivados ni interesados en participar en los programas o las intervenciones de promoción o educación en salud. Estos programas no involucran a este tipo de personas, por la incoherencia entre los propósitos de las intervenciones y de las necesidades particulares de los individuos.

La contemplación es la etapa en la que la persona tiene una intención de cambio y, potencialmente, hará un intento formal de modificar su comportamiento en los próximos meses. Los contempladores están conscientes de los pros de cambiar si se les compara con los pre-contempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy grande. Los contempladores comienzan a considerar el cambio, pero aún no asumen el

compromiso específico para actuar en ese sentido, razón por la cual pueden permanecer por largos periodos de tiempo en esta etapa en particular, contemplando la opción de cambiar hasta por dos años, en la que se dicen a sí mismos que van a cambiar algún día. Individuos así clasificados tampoco son aptos para los propósitos de los programas tradicionales orientados a la acción comportamental.

La preparación es la etapa en la que las personas ya toman una decisión de cambio y tienen un compromiso propio para hacerlo; realizan pequeños cambios e intentan efectivamente cambiar en el futuro inmediato, regularmente los próximos 30 días. Personas en preparación, por lo general; ya tienen experiencias concretas con relación al cambio, principalmente en el último año calendario y, además, tienen una conciencia muy definida sobre los pros de cambiar su comportamiento. Estas personas tienen un plan para actuar o participar de alguna actividad, por lo cual tienen un gran potencial para formar parte en los programas orientados a la acción y son las típicamente reclutadas por las intervenciones.

La acción es la etapa en la que las personas realizan cambios objetivos, mensurables y exteriorizados de su comportamiento, regularmente en un período de tiempo que varía de uno a seis meses. Puesto que la etapa de acción es realmente observable, el cambio del comportamiento ha sido histórico y equiparado de forma simple a la acción a pesar de que, como se describe aquí, es sólo una de las seis etapas del cambio.

En general, las personas en esta etapa tienen una valoración muy grande de los pros de cambiar y demuestran un nivel mayor de autoeficacia. Es en esta etapa en la que ocurre la mayor aplicación sistemática de los diversos procesos de cambio, siendo también ideal para las intervenciones tradicionales dirigidas al público en general. La acción es una etapa

reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento.

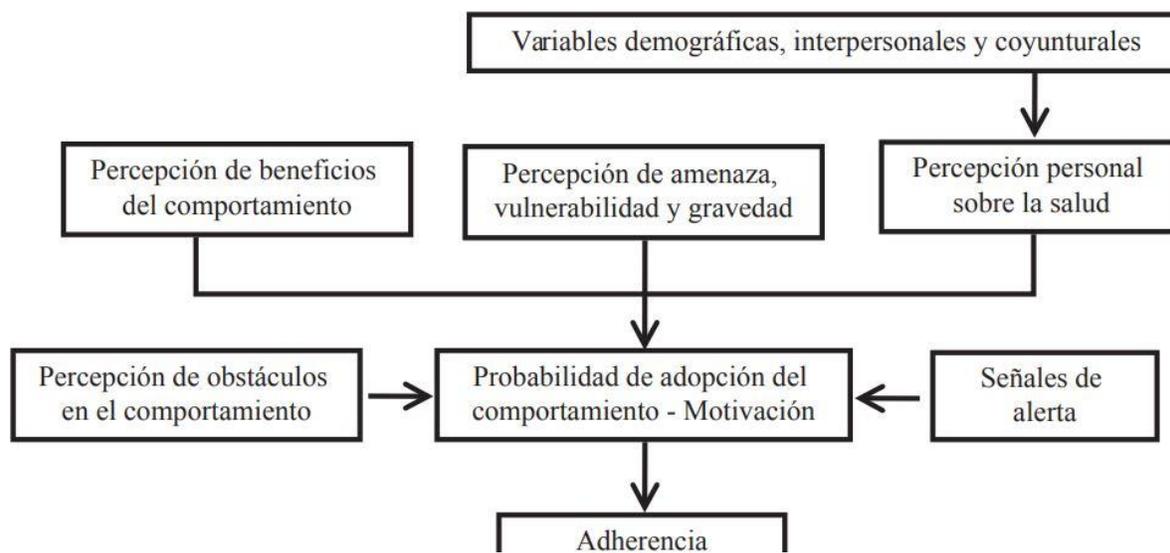
El mantenimiento se caracteriza por las tentativas de estabilización del cambio comportamental ya manifestado. Es un período de por lo menos seis meses después del cambio observable, en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída o el relapso, que se apoyan en el uso de una variada y específica serie de procesos de cambio. En esta etapa las personas tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento modificado y aumentan progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio comportamental. Esta etapa dura regularmente de seis meses a dos años. La terminación es la última etapa, en la que las personas no tienen tentaciones de ninguna naturaleza con relación al comportamiento específico que se cambió y tienen un 100% de confianza, de autoeficacia frente a las situaciones que previamente eran tentadoras (Cabrera, 2000).

2.1.6. Modelo Sistémico de Cuidados Preventivos (Walsh & McPhee, 1992).

El MSSP (por sus siglas en inglés) es un modelo integrador, como se puede apreciar en la figura 2.4 que incluye tanto al médico o cuidador, como al paciente y considera tres tipos de factores predisponentes como las características socio-demográficas, las creencias culturales, las religiosas y las motivaciones entre otros; los factores facilitadores o capacitadores como los conocimientos, las habilidades del paciente, las capacidades y competencias que posee el médico y por último los factores reforzadores como los efectos positivos del tratamiento para el paciente, el apoyo recibido de su entorno social, y la satisfacción por los beneficios percibidos con su tratamiento (Martínez-Domínguez et al., 2016).

Figura 2.4.

Modelo de predicción de los comportamientos de salud (MPSC)



Fuente: Tomado de Martínez-Domínguez *et al.*, 2016

2.1.8. Modelo de Cumplimiento en Salud (Heiby & Carlston, 1986)

El *Health Compliance Model* (HCM) se considera como el primer modelo socio-comportamental (Martínez-Domínguez *et al.*, 2016). Por otra parte, Heiby *et al.* (2005) lo describe como un intento ecléctico cognitivo-conductual para clasificar los predictores demostrados de cumplimiento como los antecedentes situacionales, las consecuencias y las diferencias individuales. Actualmente existe el Modelo de cumplimiento de la salud-II (HCM-II) propuesto por el mismo autor, quien plantea abordar la naturaleza multivariada, dinámica e idiosincrásica de predecir la adherencia a los comportamientos de salud, con énfasis en las variables causales emocionales indicadas por un marco de comportamiento psicológico.

El HCM-II avanza sobre el modelo original (E.M. Heiby y J.C. Carlson, 1986) al agregar variables causales provenientes del apoyo empírico de modelos cognitivo-

conductuales eclécticos: Teoría Cognitiva Social (A. Bandura, 1991); Teoría Modificada del Aprendizaje Social (K.A. Wallston, 1992); Modelo de creencias sobre la salud (I.M. Rosenstock, 1991); y Teorías de la acción razonada/comportamiento planificado (M. Fishbein & I. Ajzen, 1975).

2.1.9. Modelo procesal de acción en salud (Lippke et al., 2004; Luszczynska & Schwarzer, 2003; Schüz, Sniehotta, Wiedemann & Seemann, 2006; Sniehotta et al., 2005; Ziegelmann et al., 2006)

El modelo HAPA (*Health Action Progress Approach*) propone distinguir entre: (a) los procesos motivacionales preintencionales que conducen a las intenciones comportamentales y (b) los procesos volitivos postintencionales que conducen al comportamiento de salud como tal. El modelo HAPA constituye, implícitamente, un modelo en fases en las que pueden surgir diferentes patrones predictivos de variables socio cognitivas.

En la fase motivacional inicial, la persona desarrolla la intención de actuar, aquí, la percepción del riesgo es un antecedente distal (p.ej. “yo estoy en riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular”). La percepción de riesgo, sin embargo, es insuficiente para desarrollar las intenciones del cambio comportamental, puesto que el riesgo percibido, más bien, introduce al individuo en un proceso de contemplación y elaboración subsecuente de pensamientos sobre las consecuencias y las competencias propias.

Similarmente, las expectativas positivas de resultado (p.ej. “Si yo hago ejercicios cinco veces por semana, entonces mi riesgo cardiovascular disminuirá”) tienen un valor decisivo en la fase motivacional, cuando la persona analiza los pros y los contras de adoptar un comportamiento.

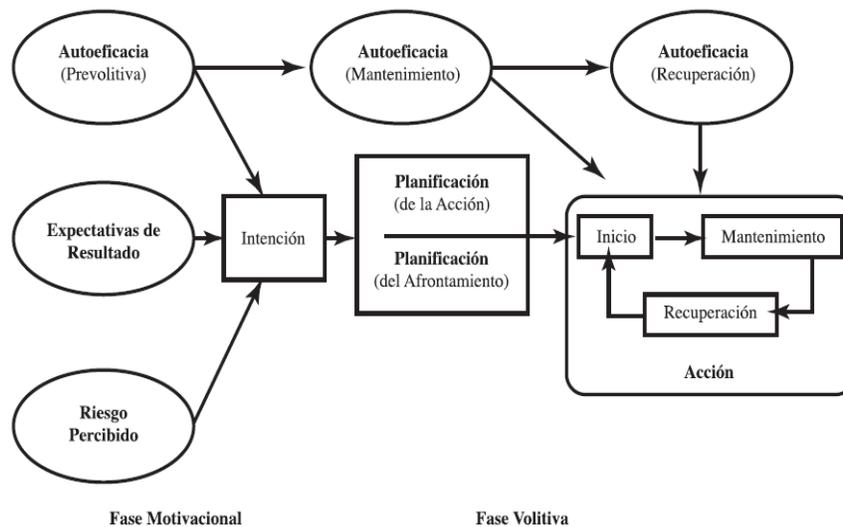
Adicionalmente, se necesita creer en las habilidades propias para adoptar las acciones deseadas (autoeficacia percibida, p.ej. “yo puedo adherirme a una rutina de ejercicios, aun si me siento a ver TV”). La autoeficacia percibida trabaja en conjunto con las expectativas positivas de resultado, ambas contribuyen con la formación de intenciones de adoptar comportamientos de salud difíciles de ejecutar, por ejemplo, hacer ejercicio físico regularmente después de haber sido intervenido quirúrgicamente. Ver figura 2.6.

Luego de que una persona ha desarrollado inclinación hacia un comportamiento de salud, las “buenas intenciones” deben transformarse en instrucciones detalladas sobre cómo ejecutar las acciones deseadas. Esto no se logra por el simple hecho de desear algo, sino que exige de habilidades y de estrategias autorregulatorias especiales. Por lo tanto, la fase post intencional se divide en factores proximales como la autoeficacia percibida en la planificación del comportamiento y la autoeficacia percibida en la recuperación de recaídas. La mayoría de los modelos socio cognitivos tradicionales no incluyen estos factores postintencionales de forma explícita (Luszczynska & Schwarzer, 2005).

La capacidad de los modelos teóricos para explicar la varianza en la adherencia y otros comportamientos está determinada por la validez del modelo y si contiene o no los constructos adecuados, además la forma en la que éstos son operacionalizados (Horne, 2018). Es posible que todavía no exista un modelo que englobe las variables en su totalidad como lo menciona Heiby et al. (2005), por lo que la principal limitación de la mayoría de los modelos de comportamiento de salud se puede identificar como una falta de consideración explícita de los procesos no conscientes.

Figura. 2.6

Diagrama genérico del Modelo Procesual de Acción en Salud (“HAPA; Health Action Process Approach”)



Tomado de: Schwarzer & Gutiérrez-Doña, 2009

Las personas a menudo no son conscientes de sus barreras emocionales y tentaciones que guían sus acciones, y los enfoques socio cognitivos para cambiar sus comportamientos a menudo son inútiles (Schwarzer, 2016). Además, la naturaleza de la relación entre el paciente y el profesional de la salud ha cambiado; los pacientes son ahora socios en el proceso de toma de decisiones pues se ve aumentado por el avance extraordinario en el uso de internet (Mohindra & Nirola, 2017).

De acuerdo con Martin *et al.*, 2010, las demandas que existen en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) hacia los estomatólogos son resultado de una mala relación médico paciente, originada por una falta de información y comunicación. Por lo que, una vez revisados los modelos teóricos de adherencia, se determinó que el modelo que cobra mayor relevancia y pertinencia en estomatología es el de información, motivación y estrategia, desarrollado por DiMatteo y DiNicola, 1982, el cual se expone a continuación.

2.1.10. Modelo de Información-Motivación-Estrategia (DiMatteo & DiNicola, 1982; Martín et al., 2010)

El IMS (*Information- Motivation-Strategy Model*) fue desarrollado por DiMatteo y DiNicola (1982) y se sustenta en modelos clásicos de comportamiento en salud: el de Creencias en Salud por Rosenstock (1974) y el Modelo del Comportamiento Planeado por Ajzen (1991). Este modelo refleja la realidad de la práctica médica y ofrece recomendaciones útiles para los médicos quienes deseen ayudar a sus pacientes a ser más adherentes a los tratamientos sugeridos (DiMatteo *et al.*, 2012).

Dentro de la conceptualización del modelo, se adopta un enfoque simple pero amplio que involucra los factores del proveedor de salud y del paciente, dentro de los que se incluyen los cognitivos, los intrapsíquicos, los sociales y los ambientales. El modelo IMS contrasta con los modelos actuales desarrollados porque explica elementos específicos de comportamiento en una población determinada, además toma en cuenta elementos de la interacción entre el médico (estomatólogo)- paciente, los objetivos y las acciones y puede diseñarse individualmente. Los pacientes a menudo menosprecian el valor de seguir las recomendaciones médicas y el personal de salud algunas veces sobrestima la adherencia del paciente o no puede determinar qué pacientes tienen dificultades de adherencia (DiMatteo, 2004).

El IMS forma el marco con énfasis práctico de aplicaciones al comportamiento de los cambios de salud en el paciente (Martín et al., 2010). Además, la validez de este modelo ha sido corroborada por los resultados de revisiones de meta análisis y ensayos a gran escala (DiMatteo et al., 2012). El modelo IMS ofrece tres categorías que son: la información, la

motivación y las estrategias, las cuales guían a los proveedores de salud y a los pacientes hacia la adherencia y que se pueden adaptar individualmente.

2.1.10.1. Información. En este componente se enfatiza la importancia del conocimiento del paciente y su logro a través de la comunicación efectiva con el proveedor de salud, los pacientes son capaces de hacer solo lo que entienden claramente y la no adherencia involuntaria se basa frecuentemente en fallas en esta etapa del proceso (DiMatteo *et al.*, 2012). Los miembros del equipo de salud no deben únicamente informar a sus pacientes efectivamente, sino, además, corroborar que el paciente haya entendido. La comprensión se logra mejor cuando los profesionales de la salud se comunican efectivamente con sus pacientes.

Morris & Kaji (2016) mencionan que la comunicación es el mayor determinante en la adherencia del paciente, pues aquellos con un mejor entendimiento de su condición, son capaces de tomar con mayor frecuencia decisiones informadas, además de tener tasas altas de adherencia al tratamiento. Los atributos de la comunicación efectiva incluyen el tiempo para describir el diagnóstico, el tratamiento y los procedimientos. Para Moreno (2009), es el proceso que inicia con la transmisión de una idea, que requiere una comprensión adecuada por parte del receptor del significado del mensaje y que incluye la retroalimentación, considerada dinámica entre el emisor y el receptor.

De acuerdo con las metas del Hospital Universitario Puebla (HUP, 2017), la comunicación efectiva incluye: a) escribir la orden por parte del emisor b) leer la orden por parte del receptor para c) confirmar la indicación por parte del emisor. Los profesionales de la salud deben comunicar claramente la necesidad del tratamiento propuesto, los beneficios de una adherencia exitosa y los efectos secundarios potenciales. Los pacientes quienes

perciben los beneficios esperados del tratamiento demuestran niveles altos de adherencia, además del lenguaje claro y fácilmente entendido, la expresión facial y el reconocimiento de la emoción (DiMatteo *et al.*, 2012).

La comunicación del paciente con el equipo contribuye a su adherencia (D'Anello *et al.*, 2009) esta puede ser comunicación verbal (en la que se incluye dar información y discusión positiva) y la comunicación no verbal en la que se incluye la descodificación, reconocimiento de la emoción (Smith, 2013). El cuidado centrado en el paciente debe ofrecer expresiones físicas de comodidad como el sonreír, el estrechar la mano o el abrazar cuando se ha establecido un *rapport* y la confianza con el paciente (Morris & Kanji, 2016), el contacto visual, el encarar al paciente con una postura abierta, en el que se demuestre escucha activa y un tono de voz cálido (DiMatteo *et al.*, 2012) y alentador (Smith, 2013). Esas expresiones de comodidad demuestran compasión y empatía y pueden empoderar a los pacientes para tomar un rol activo en su salud (Morris & Kanji, 2016).

La decisión compartida se refiere a que los pacientes que son encaminados a tomar un rol activo en la toma de decisiones demuestran mayores niveles de motivación y adherencia al tratamiento propuesto, además esta colaboración permite a los pacientes expresar sus preguntas, preocupaciones y preferencias. Para la toma de decisiones compartidas se requiere un compromiso para entender las preocupaciones de la otra persona y la disposición para establecer los objetivos comunes y trabajar en conjunto para alcanzarlos. Cuando ocurre la simbiosis, los pacientes están más satisfechos con la relación con su médico o estomatólogo y, por consiguiente, son más adherentes al tratamiento (Morris & Kanji, 2016).

La atención centrada en el paciente incluye un aprecio holístico en el que se considere una preocupación más allá de los aspectos médicos, que la persona se sienta reconocida y se completa cuando se esfuerza en entender el mundo a través de su perspectiva y se incorporan sus emociones, valores, creencias y prioridades dentro de las recomendaciones del tratamiento (Morris & Kaji, 2016).

En un estudio realizado por Asimakopoulou *et al.* (2013), realizaron un diseño transversal en el que los estomatólogos y los pacientes contestaron un autoinforme con lo abordado en el consultorio inmediatamente después de la consulta. Los pacientes también informaron sobre la satisfacción con la visita dental, además de un examen bucal. Los investigadores concluyeron que los pacientes no recuerdan tantos consejos y acciones acordadas sobre la atención dental futura que los estomatólogos creen haber discutido. Estos resultados tienen implicaciones en la adherencia del paciente en las instrucciones de salud bucal.

DiMatteo *et al.* (2012) mencionaron que tanto los médicos como los pacientes consideran que la comunicación es un componente importante del rol médico, sin embargo, los pacientes ponen en evidencia la comunicación débil por parte de los médicos. También es necesario que a los pacientes se les dé la oportunidad de hacer preguntas y que sean respondidas para clarificar la información que ellos reciben.

En esta investigación también se demuestra que los pacientes fallan en recordar la información, aunque se haya dado claramente, sin embargo, cuando los pacientes entienden claramente y recuerdan lo que se les pide que hagan es mucho más probable que lo hagan. En un estudio realizado por Asimakopoulou *et al.* (2013), los pacientes olvidan del 40 al 80% de la información dada. Además de estos consejos, Pisano & Pisano (2014), recomiendan

realizar una escucha activa, considerar los miedos y mitos existentes, además de potenciar la participación del paciente.

Otro factor relevante es la participación en la toma de decisiones médicas, es decir, decisiones compartidas (Pisano & Pisano, 2014) además permitirle que cuente la historia de la enfermedad para desarrollar confianza y *rapport*, lo que guía a una mejor adherencia (DiMatteo *et al.*, 2012). La información se debe realizar preferiblemente en términos de los beneficios del seguimiento del tratamiento más que en términos de los riesgos del mismo, además de ser clara, veraz y comprensible (Pisano & Pisano, 2014).

Existe un 19% de mayor riesgo de no adherencia entre aquellos pacientes quienes sus médicos se comunicaron pobremente en comparación con aquellos pacientes quienes sus médicos se comunicaron bien (Dimatteo *et al.*, 2012). En este estudio, encontraron que los pacientes necesitan la oportunidad de hacer preguntas y que éstas sean respondidas, para clarificar la información que reciben y contar la historia de la experiencia con su enfermedad.

La capacitación de los médicos en habilidades de comunicación da como resultado mejoras sustanciales y significativas en la adherencia del paciente, de modo que, con la capacitación de las habilidades de comunicación del médico, las probabilidades de adherencia del paciente son 1.62 veces más altas que cuando un médico no recibe capacitación (Zolnierek & DiMatteo, 2009).

Los pacientes tienden a olvidar la información, aun cuando haya sido dada correctamente, por lo que proveer información a los pacientes es esencial, pero no es suficiente para asegurar la adherencia y se incrementa al dar más información al paciente, aunque algunas veces se sienten agobiados con tanta información. Adicionalmente se dan

mejores resultados cuando los médicos se aseguran de que los pacientes hayan entendido la información. Cuando los pacientes entienden claramente, es más probable que recuerden lo que se les pide hacer (Dimatteo *et al.*, 2012).

Por fortuna, la buena comunicación se puede aprender (Dimatteo *et al.*, 2012). Cuando se informa adecuadamente a los pacientes, son capaces de compartir las decisiones que afectan su salud y están más comprometidos en los regímenes de los cuales tomaron parte. Cuando los médicos dan recomendaciones claras, información objetiva de acuerdo con el nivel de alfabetización de los pacientes y mecanismos que los ayuden a recordar la información que recibieron, es más probable que los pacientes salgan del consultorio con la información precisa, memorable y útil.

2.1.10.2. Motivación. Los pacientes solo siguen los tratamientos en los que creen (DiMatteo, 2012). Un objetivo del profesional de la salud, entonces, debe ser trabajar junto con cada paciente para desarrollar un plan de tratamiento con el cual el paciente puede comprometerse del todo. Si bien el compromiso puede ser sólo para el corto plazo (hasta la próxima cita) y puede ser necesaria cierta persuasión por parte del médico, hay pruebas contundentes de que la adherencia depende en gran medida de una fuerte relación terapéutica y toma de decisiones compartida o "elección colaborativa informada" (DiMatteo, 1994). Se ha observado que la memoria está influenciada por el conocimiento y las expectativas previas de las personas, por lo que algunos aspectos que el paciente espera experimentar en la consulta podrían recordarse mejor que otros (Asimakopoulou, 2013).

Halvari *et al.* (2012) mencionan que la motivación está influenciada por el conocimiento que los pacientes tienen acerca de que su comportamiento está siendo monitoreado, evaluado y por posibles incentivos o recompensas que pueda recibir, por lo que

su adherencia será de corta duración cuando el comportamiento de autocuidado bucal está supeditado a las recompensas o a un seguimiento evaluativo, y no persistirá cuando a la persona se le deja de monitorear o de dar estímulos, por esta razón se explicaría por qué algunos tratamientos no se mantienen a largo plazo.

La toma de decisiones compartida implica un intercambio bidireccional de información entre el profesional de la salud y el paciente, que aborda toda la información (incluida la psicosocial) que sea relevante para la decisión. Los pacientes deben creer en la eficacia de un tratamiento recomendado y así establecer una mejor colaboración médico-paciente con sus creencias (DiMatteo *et al.*, 2012). Estas creencias dependen de factores cognitivos, sociales y contextuales.

De acuerdo con Münster *et al.* (2010) existen pocas investigaciones respecto al rol de la motivación en la adherencia del paciente en el cuidado estomatológico y la prevención de las enfermedades bucales. Los pacientes que creen que las consecuencias de la falta de adherencia son graves, es probable que sean más adherentes que aquellos que creen que las consecuencias son menos graves, por lo que es importante discutir sus creencias y percepciones con ellos, ayudarlos a sentirse cómodos (DiMatteo *et al.*, 2012).

Las normas culturales, los miembros de la familia y los amigos pueden influir en las decisiones acerca de las acciones en salud, particularmente a través de sus objetivos e intenciones y la adherencia al tratamiento no es la excepción (DiMatteo *et al.*, 2012). La información que se encuentra en internet e incluso las discusiones con amigos y familiares pueden alterar las actitudes y las creencias y, por lo tanto, influenciar el comportamiento, aunque inicialmente se haya hecho el compromiso de adherirse al tratamiento. Esta segunda

etapa del Modelo IMS se debe observar cíclicamente y revisarse de manera continua por el personal de salud, ya que es susceptible de cambiar por diversos factores.

2.1.10.3. Estrategia. Los pacientes deben ser capaces de adherirse, contar con las herramientas y las estrategias necesarias y tener la capacidad de superar cualquier barrera de adherencia que se encuentre en su camino. Por lo tanto, el profesional de la salud debe ayudar al paciente a identificar y superar los obstáculos hacia la adherencia. Estos obstáculos pueden ser los medicamentos o simplemente el afán asociado con las modificaciones del estilo de vida.

Los anteriores, se relacionan con la disminución de las capacidades de autorregulación que permanecen al final de un día agotador que ya ha requerido, una gran cantidad de autocontrol, también involucran problemas como el costo de los medicamentos o la vergüenza de tomarlos, las dificultades para recordar la programación de los medicamentos, los efectos secundarios desagradables y el desafío de incorporar regímenes de dieta y ejercicio en una vida ocupada.

El costo financiero de los antibióticos puede hacer que un paciente que se siente "bien" ahorre la mitad de su receta para la próxima vez que "necesite un antibiótico" o por problemas en el transporte o porque no haya quien lo lleve a la consulta (DiMatteo *et al.*, 2012).

Aunque la familia y los amigos intervienen en el factor anterior, la motivación, también lo hace en este, la estrategia, en un sentido de apoyo social al ayudar a superar barreras en el transporte, la asequibilidad o el cuidado de los niños (DiMatteo *et al.*, 2012).

La ausencia de apoyo social podría dar como resultado una falta de adherencia, aunque la falta de apoyo emocional también es importante.

Los profesionales deben conocer a sus pacientes lo suficientemente bien como para evaluar no solo la ayuda física concreta que las personas cercanas al paciente proporcionan, sino el valor de sus relaciones más cercanas, también la cohesión familiar puede influir positivamente en la adherencia, mientras que los conflictos familiares pueden amenazarla seriamente (DiMatteo, 2004). Siempre que se pueda evaluar la ansiedad y la depresión, representará un punto a favor para la adherencia.

La información, la motivación y las habilidades comportamentales explican el 33% de la varianza del cambio comportamental que altera el comportamiento (Ortiz & Ortiz, 2007), por lo que un paciente podría seguir una prescripción basada en la información entregada por el proveedor de salud con la presencia de la información y la motivación lo que podría aumentar el valor predictivo del modelo. El modelo IME demuestra que la información es un prerrequisito para el cambio de comportamiento, pero por sí mismo es insuficiente para lograrlo. Tanto la motivación como las estrategias son determinantes críticas y son independientes del cambio de comportamiento.

La información y motivación trabajan ampliamente a través de las estrategias y afectan el comportamiento, sin embargo, cuando las habilidades comportamentales no son complicadas o resultan familiares, la información y la motivación pueden tener efectos directos sobre el comportamiento. La relación entre los constructos información y motivación son débiles. En términos prácticos, una persona altamente motivada puede tener poca información o una persona altamente informada puede tener baja motivación. Sin embargo, la presentación de los dos incrementa la probabilidad de presentar adherencia (OMS, 2004).

2.2. Justificación

Una vez que se llevó a cabo el análisis de la literatura consultada, no se encontró un instrumento que midiera la adherencia general en estomatología, los instrumentos utilizados se han centrado en medir la adherencia específica, esto es, conductas específicas de las especialidades estomatológicas, por lo que se propone elaborar un instrumento que permita evaluar el nivel de adherencia de los pacientes al tratamiento estomatológico en general, que incluya tanto dimensiones cognitivas, contextuales y sociales, de tal manera que permita evaluar o medir las probabilidades que tiene un paciente de adherirse a cualquier tratamiento estomatológico en general.

El contar con esta herramienta permitiría la incorporación temprana del paciente a un programa de apoyo o de modificación conductual para cambiar las causales de la no adherencia o falta de adherencia y aumentar la probabilidad de efectividad y eficacia de las intervenciones estomatológicas y/o psicológicas, en la que se busca identificar no solo los factores de adherencia al tratamiento farmacológico, sino a los demás elementos que definen la adherencia al tratamiento en estomatología.

Además, se resalta la importancia del papel del estomatólogo en el éxito del tratamiento, al proveer estrategias que pudiera utilizar en su consulta privada para generar mayor adherencia en sus pacientes, en el que identifique obstáculos que pudieran intervenir en la adherencia al tratamiento de sus pacientes, conocer sus expectativas, creencias, normas subjetivas, etc.

2.3. Preguntas de Investigación

Bajo la perspectiva de la psicología de la salud, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son los factores que intervienen en la adherencia/no adherencia de los tratamientos estomatológicos desde la perspectiva del estomatólogo y del paciente?

¿Los instrumentos propuestos tendrán las propiedades psicométricas adecuadas para evaluar la adherencia al tratamiento en estomatología?

2.4. Objetivos

2.4.1. Objetivo General

Determinar los aspectos asociados a la adherencia al tratamiento en estomatología desde la perspectiva del estomatólogo y del paciente

2.4.2. Objetivos específicos

- Explorar los aspectos del comportamiento asociados a la adherencia/no adherencia del tratamiento estomatológico en pacientes y estomatólogos para obtener la validez de contenido de los instrumentos.
- Evaluar la validez de contenido de los reactivos propuestos para estomatólogos y pacientes mediante jueces expertos.
- Diseñar y validar un instrumento que evalúe la adherencia al tratamiento estomatológico para pacientes y otro desde la perspectiva del estomatólogo.
- Determinar el grado de adherencia/no adherencia en pacientes en tratamiento estomatológico.
- Analizar los aspectos sociodemográficos asociados a la adherencia/no adherencia del tratamiento estomatológico de pacientes y estomatólogos.

3. Método

3.1. Diseño

El diseño que se utilizó fue de tipo instrumental que de acuerdo con Carretero-Dios, *et al.* (2005) es aquél que se encarga del desarrollo de pruebas y aparatos en el que se incluyó el diseño (o adaptación) como el estudio de sus propiedades psicométricas. De acuerdo con Soriano (2014), todo instrumento debe ser producto de una articulación entre paradigma, epistemología, perspectiva teórica, metodología y técnicas para la recolección y análisis de datos. Por lo que el paradigma que impregnó todo el proceso de investigación fue el positivista, el método fue de corte cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo.

3.2. Participantes

Pacientes

Tabachnick (2007), ha sugerido al menos 300 casos para obtener soluciones fiables, por lo que para esta investigación se trabajó con una muestra no probabilística de $n=487$ participantes, en la que se tomó en cuenta la regla de cinco participantes por reactivo.

Los criterios de inclusión para los pacientes fueron los siguientes: que fueran mayores de edad, que se encontraran en un tratamiento estomatológico o lo hubieran estado durante el 2020, que vivieran en la República Mexicana y que aceptaran participar de manera libre y voluntaria.

Estomatólogos

No se obtuvo la muestra sugerida por Tabachnick (2007), por lo que se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia de $n=72$ participantes. Los criterios de inclusión incluyeron estomatólogos que tuvieran más de un año ejerciendo la profesión, de cualquier

lugar de la República Mexicana, sin importar el nombre de la licenciatura de egreso, ya fueran, odontólogos, cirujanos dentistas o licenciados en estomatología y que de manera libre y voluntaria aceptaran participar en la investigación.

3.3. Instrumentos

Las escalas que se ocuparon fueron las siguientes:

1. Escala de Satisfacción con la Práctica estomatológica (Albrecht & Hoggstraten, 1998)

Consta de seis reactivos que involucran aspectos relacionados con la comunicación y los aspectos en torno al ambiente dentro el consultorio estomatológico que utiliza una escala Likert que va de extremadamente insatisfecho (1) a extremadamente satisfecho (6) (Ver Anexo 11).

2. Versión en español de la Escala de Satisfacción de la Visita Dental (Hakeberg et al., 2000) (Ver anexo 12). Los reactivos se registraron desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo) en un rango de puntuación 10 ± 60 . Las puntuaciones de cada subdimensión se obtuvieron de la siguiente forma: Información/Comunicación (rango 3 ± 15), Aceptación/entendimiento (rango 3 ± 15) y Competencia Técnica (rango 4 ± 30).

3. Escala de Adherencia General (GAS) (DiMatteo et al., 1993).

Esta escala fue desarrollada por el Medical Outcomes Study (MOS), para el estudio de la adherencia a gran escala durante 2 años en personas con condiciones crónicas como: diabetes, hipertensión, y enfermedades del corazón. El GAS ha evaluado la tendencia general del paciente en adherirse a las indicaciones médicas en el período anterior de 4 semanas. Esta medida reporta el éxito de una persona capaz de seguir las recomendaciones del tratamiento, tiene una consistencia interna de confiabilidad ($\text{Alpha} = 0.79$). Ver anexo 13.

4. Reactivos de Cumplimiento Dental (Albrecht & Hoogstraten, 1998).

Se incluyeron 3 reactivos que incluyeron las siguientes preguntas: ¿con qué frecuencia usa hilo dental?, ¿con qué frecuencia utiliza palillos de dientes?, ¿qué tan seguido cepilla sus dientes? Se ocupó una escala Likert del 1 al 6 cuyas respuestas iban desde nunca o rara vez hasta todos los días. (Ver Anexo 14).

5. Escala de Miedo al COVID-19 (FCV-19S; Ahorsu et al., 2020). Esta escala evalúa el miedo al COVID-19. La escala consta de siete elementos relacionados con las reacciones de miedo emocional hacia la pandemia. Se solicitó a los participantes que respondieran una escala tipo Likert de cinco elementos que va de 1 (muy en desacuerdo) a 6 (muy de acuerdo). El puntaje varía entre 7 y 35, con un puntaje de suma más alto que indica un mayor miedo al COVID-19. La validez fue adecuada (alfa de Cronbach de 0,82) y también se encontró que se correlaciona con la ansiedad y la depresión, según la evaluación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, Montazeri et al., 2003) y la Escala de Vulnerabilidad Percibida a la Enfermedad (PVDS, Ahmadzadeh et al., 2013) (Bitan et al., 2020). Ver anexo 15.

3.4. Procedimiento

Para el diseño y validación de los instrumentos se realizaron a través de distintas fases que correspondieron a la diada de estomatólogos y pacientes.

1. Validez de contenido

Etapa 1. Estudio exploratorio con pacientes y estomatólogos

Etapa 2. Redacción de reactivos

Etapa 3 Juicio de expertos

Etapa 4. Estudio Piloto

2. Validez de Constructo mediante el Análisis Factorial Exploratorio
3. Validez de Criterio
4. Estudio cualitativo

4. Resultados

Diseño y validación de los instrumentos para la medición de la adherencia al tratamiento estomatológico

4.1 Validez de contenido

Etapa 1: Estudio exploratorio con pacientes y estomatólogos

A través de este estudio se obtuvo una mayor representatividad del constructo (García et al., 2010) y se redactaron los reactivos que constituyeron el instrumento final.

Objetivo

Explorar los aspectos del comportamiento asociados a la adherencia/no adherencia del tratamiento estomatológico en pacientes y estomatólogos para obtener la validez de contenido de los instrumentos.

Participantes

Se seleccionaron 6 diadas de diferentes tratamientos estomatológicos constituidos por un paciente con su correspondiente estomatólogo. Se trabajó con una muestra no probabilística y por conveniencia de $n=12$ participantes, seis estomatólogos de 29 a 63 años ($M = 46.16$, $D.E. = 12.08$) y seis pacientes 24 a 79 años ($M = 53.33$, $D.E. = 12.74$) quienes dieron consulta y acudieron de forma privada respectivamente, todos de la ciudad de Puebla. Del total de participantes el 50% estaban casados, 41.6% eran solteros y el 8.3% vivía en unión libre. El sexo de los participantes correspondió al 66.6% mujeres y el 33.3% fueron hombres.

En cuanto al nivel de escolaridad de los estomatólogos, 5 contaban con especialidad en sus áreas y 1 con la licenciatura. De los pacientes, 1 a nivel técnico, 4 tenían nivel

licenciatura y 1 con maestría. Respecto a los años de experiencia profesional en los estomatólogos fue de 2 años a 40 años ($M = 19.5$, $D.E. = 11.88$).

Técnica de recolección de datos

Se diseñaron dos guías de entrevista, una para estomatólogos (ver Anexo 1) y otra para pacientes (ver Anexo 2) en las que se tomaron en cuenta las dimensiones del modelo Información, Motivación y Estrategia (DiMatteo & DiNicolla, 1982). Algunos ejemplos de preguntas que se incluyeron para los estomatólogos en la guía de entrevista fueron las siguientes: ¿Cuáles han sido las principales dificultades que se le han presentado con sus pacientes durante su ejercicio profesional? ¿Qué limitaciones o barreras considera que existen en la comunicación con su paciente? ¿Qué estrategias utiliza para que el paciente complete su plan de tratamiento?

En el caso de los pacientes algunos ejemplos fueron los siguientes: ¿cuáles han sido las indicaciones del estomatólogo? ¿Cuándo no entiende las indicaciones del estomatólogo usted qué hace? ¿Qué le motiva a llevar a cabo el tratamiento sugerido por el estomatólogo? ¿Qué le dificulta cumplir con el tratamiento?

Procedimiento

Mediante las guías de entrevista, se procedió a contactar a los estomatólogos en el que se fijó el lugar y la fecha para realizar la entrevista semiestructurada, que sirvió para estandarizar la recolección de datos, después se les solicitó a los estomatólogos que ellos refirieran al paciente que pudiera contestar la entrevista para formar las diadas, se les hizo una segunda invitación y al no obtener respuesta de tres de ellos se procedió a buscar a otros pacientes de la misma especialidad que el estomatólogo tratante.

En total se realizaron 14 entrevistas, de las cuales se excluyeron 2 por no incluir los criterios de selección, los cuales consistía en que fueran personas mayores de 18 años, con capacidad de contestar por sí mismos y que se encontraran en tratamiento estomatológico o durante el último año al momento de realizar la entrevista.

Para la realización de esta investigación se buscó la mayor cantidad de información de los distintos tratamientos estomatológicos, por lo que se partió de la estomatología de práctica general y se incluyeron 5 especialidades diferentes más para tener una visión amplia del constructo, las cuales fueron endodoncia, periodoncia, cirugía maxilofacial, ortodoncia y rehabilitación bucal.

El tiempo promedio de la entrevista fue de 36 minutos, los lugares para la realización de la entrevista dependieron de la disponibilidad del estomatólogo y del paciente, en 2 diadas fue en el consultorio estomatológico, uno antes de la consulta y otro después. Las demás entrevistas tuvieron lugar en un espacio público (café) o en el lugar de trabajo de los entrevistados.

Para el análisis de los datos se realizó un análisis de contenido *ad hoc* (Kvale, 1996 citado en Ito & Vargas, 2005), en el que se pueden combinar dos o más de las estrategias propuestas, primero se eligió la categorización y la interpretación, con lo que se obtuvieron palabras representativas que abarcaron los diferentes contenidos; la segunda estrategia consistió en utilizar el modelo teórico elegido (IMS) en el que se infirió el significado de lo que dijeron los entrevistados. Para el procesamiento de la información se utilizó Microsoft Excel 2019.

Resultados

Después de realizar el análisis de contenido, se establecieron las dimensiones del modelo teórico elegido para esta investigación (DiMatteo & DiNicola, 1982), las cuales incluyeron la información, la motivación y las estrategias además, se incluyó una cuarta dimensión denominada conductas en estomatología general y a partir de ello, se establecieron las siguientes categorías con las abreviaciones siguientes que corresponden al tratamiento correspondiente: Paciente (PAC), Estomatólogo (EST), de acuerdo a los diferentes tratamientos abordados. PAC 1- EST 1: Endodoncia; PAC 2 – EST 2: Periodoncia; PAC 3 – EST 3: Rehabilitación; PAC 4 – EST 4: Estomatología general; PAC 5 – EST 5: Ortodoncia y PAC 6 – EST 6: Cirugía Maxilofacial.

Información

Como se revisó en el modelo teórico, la información enfatiza la importancia del conocimiento del paciente y su logro a través de la comunicación efectiva con el profesional de la salud. Los pacientes son capaces de hacer solo lo que entienden claramente y la no adherencia involuntaria se basa frecuentemente en fallas en esta etapa del proceso (DiMatteo *et al.*, 2012).

Para la dimensión anteriormente descrita, se distinguieron las siguientes categorías en los datos analizados que correspondieron a las diadas estomatólogo – paciente: conocimiento sobre el tratamiento, verificación del entendimiento, comportamiento del paciente, tiempo de explicación y otros que se describen a continuación.

Primera sesión. Se les preguntó tanto a los pacientes como a los estomatólogos, qué hacen en una primera sesión. Esta categoría se dividió en indicadores relacionados con la actitud, la información recibida, la relación con el especialista, las instalaciones y el aspecto clínico.

Los estomatólogos mencionaron que la actitud era un aspecto muy importante, pues saludaban al inicio, otro aspecto a resaltar es que se mostraron amigables con el paciente ya que este la mayoría de las veces se presenta al consultorio con dolor, estrés o miedo; también generaron un ambiente de confianza y los trataron con educación. Algunos han preferido mantener una relación “coloquial”, sin involucrarse personalmente.

En el aspecto clínico realizaron la historia clínica, la mayoría da a conocer el tratamiento mediante el consentimiento informado, sin embargo, hubo quienes no lo hicieron. Mediante el consentimiento el paciente conoce y acepta voluntariamente el tratamiento, así como los beneficios y complicaciones posibles, además es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud (Combioética, 2021). Es importante destacar que esta investigación inició se ha llevado a cabo antes y durante la pandemia por lo que el consentimiento informado se ha enfocado en destacar el conocimiento de sospechas posibles de pacientes con Covid-19.

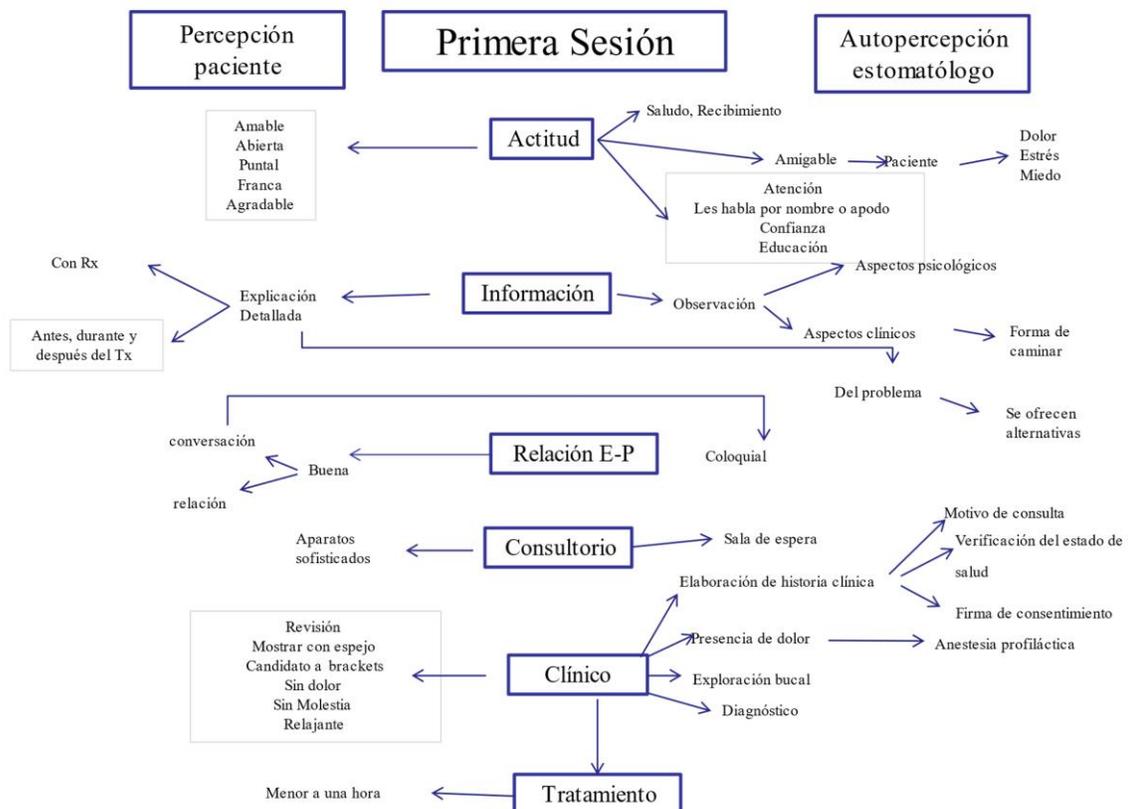
Después de esta etapa, evaluaron la existencia de dolor para indicar el uso de analgesia, también realizaron la exploración bucal, dieron el diagnóstico y algunos iniciaron el tratamiento durante esa primera sesión y otros en las subsecuentes.

Para el paciente, los recuerdos de esta primera sesión respecto al estomatólogo fueron: la actitud que demostró, como la amabilidad, la apertura en el trato, la puntualidad, la buena relación y el ambiente agradable. Describieron que la información que proporcionaron por parte de su estomatólogo fue detallada, algunos ocuparon radiografías u otros medios como tipodontos, videos, imágenes y la recibieron antes, durante y después del procedimiento. Respecto al consultorio, algunos pacientes dijeron que los estomatólogos tenían aparatos sofisticados. En cuanto al aspecto clínico, recuerdan haber tenido una revisión, donde les

mostraron con un espejo, fue sin dolor y sin molestias y la duración fue aproximadamente de una hora. Ver Figura 4.2.

Figura 4.2.

Primera sesión de acuerdo con la percepción del estomatólogo y del paciente.



Fuente: Elaboración propia

Conocimiento del tratamiento estomatológico. Respecto al conocimiento del tratamiento estomatológico, la mayoría de los pacientes dijo conocer el tratamiento realizado, algunos mencionaron en términos utilizados por los estomatólogos como: “Me van a hacer una endodoncia y aparte amalgamas, le llaman ustedes y limpieza, la extracción y la endodoncia” (PAC1); también mencionaron: gingivectomía, guardaoclusal, etc.

Es importante mencionar que esta categoría solo fue para pacientes, otros ejemplos: “Necesito una guarda porque sí tengo desgastados los dientes, me habían hecho endodoncia, pero ya se desgastó y empecé a tener filtraciones...me hizo una profilaxis y después este ya me está ahorita tapando, está restituyendo todo eso” (PAC2); “me hicieron unos implantes para ponerme unas piezas, este pues puentes, mucho tiempo, me ha causado molestias” (PAC6).

Verificación del entendimiento. Se les preguntó a las diadas cómo verificaron el entendimiento de la información sobre el tratamiento, es decir, ¿qué hace usted cuando no entiende las indicaciones que les da el estomatólogo?

Los pacientes comentaron que: “A medida que va trabajando, al final que ella terminaba ya me preguntaba si tenía alguna duda, más que nada me la aclaraba al momento, pues sentía alguna molestia o algo por el estilo, yo tenía que levantar la mano, o los gestos que luego que hacía yo, eso era lo que marcaba la diferencia. Ella me dice si tienes alguna duda te doy mi número para que te puedas comunicar conmigo por cualquier medio y yo te la aclaro, pero no surgió ninguna” (PAC1); “Cuando no entiendo, pregunto” (PAC2).

Los estomatólogos respondieron que verificaron el entendimiento “a través de preguntas”, “con una llamada telefónica” o se les iba aclarando conforme pasaba el tratamiento, además de darles respuesta inmediata, la comunicación fue abierta, la información clara y “si tenían dudas llamaban”. También mencionaron: “utilizo una fotografía clínica de ellos, entonces cuando tú les enseñas lo que ellos tienen es mucho más sencillo, antes no lo usaba y era más complicado, les queda muy claro / siempre repito, tiene alguna duda?” (EST 2); “le pregunto? Si le entendió, si fui clara, super importante, porque me ha pasado, por ejemplo, les digo le voy a hacer una corona y no saben qué es una corona

y ya tallaste todo el diente de todas las caras” (EST3). Además, mencionaron que daban una explicación detallada, repetían lo que les decían a los pacientes y verificaban que manejan los mismos conceptos.

Tiempo de explicación. Se les preguntó a las diadas, cuánto tiempo dedicaban a explicar las indicaciones del tratamiento. Los pacientes comentaron que fue de 5 a 15 minutos y para el caso de los estomatólogos era de 10 hasta 40 minutos “40 min la primera vez” (EST5). Esta variación también tuvo relación con la especialidad del estomatólogo y la duración del tratamiento, para aquellos cuyos tratamientos era medido por citas (p. ej. Endodoncia) la explicación fue menor y para aquellos pacientes cuya duración era mayor ya sea en meses o años (p.ej. rehabilitación, ortodoncia), el tiempo de explicación fue mayor.

Comportamiento del paciente. Esta categoría solo se estuvo presente en los estomatólogos y respondieron que la información que les da el paciente no solo se obtiene a través de las preguntas que contestan en la historia clínica, sino también mediante la observación al paciente. Pues a través de esta, los estomatólogos perciben aspectos en sus pacientes que no son nombrados en la historia clínica como la ansiedad, el estrés, el miedo, la tensión, la agresividad e incluso bloqueos. También mencionaron que algunos pacientes en apariencia son saludables, pero han presentado enfermedades o trastornos,

La mayoría de los estomatólogos, percibieron que sus pacientes han tenido experiencias previas negativas y otros aspectos durante el tratamiento por ejemplo: “negatividad del paciente, no están tan convencidos del tratamiento, poca apertura a la explicación... pacientes necios, poco cuidadosos al seguir indicaciones, con experiencias previas negativas, no abiertos al tratamiento “(EST1), “Preocupados, difíciles de convencer respecto al beneficio y la oportunidad de salvar al diente” (EST2), “Participativos, algunos

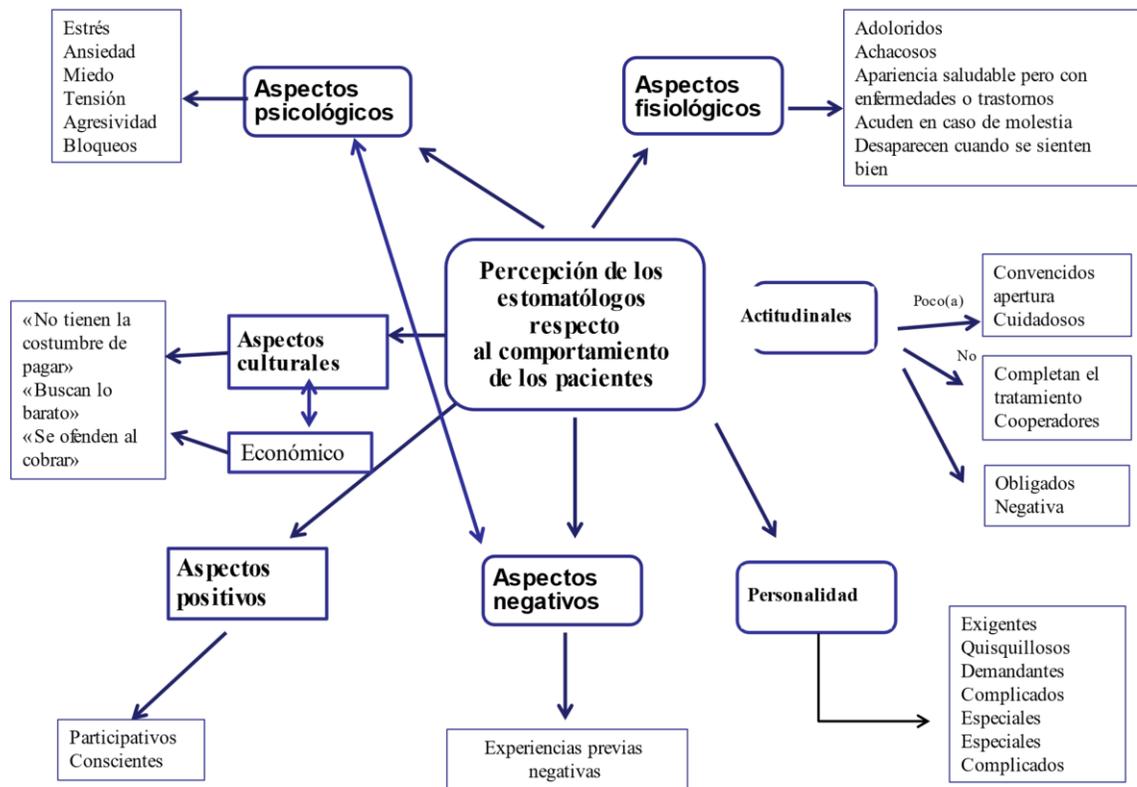
complicados que requieren labor de convencimiento para que se dejen atender y realizar procedimientos, se ha tenido suerte en que apoyen, participen y se dejen atender ... pacientes quisquillosos o más especiales, vienen de otro lugar, posiblemente complicados, desaparecen con provisionales porque se sienten bien(EST3), “pacientes demandantes que quieren un tratamiento inmediato” (EST6).

El factor socioeconómico jugó un papel muy importante, en la descripción de los pacientes, los estomatólogos mencionaron: “Los pacientes buscan cosas muy baratas” (EST 1), “no tienen la costumbre de pagar, buscan lo barato, aunque no esté bien hecho” (EST2), “se ofenden al cobrar” (EST3), “el paciente siempre reclama el costo”, (EST4), “yo no sé si por no concluir los pagos, desaparecen los pacientes” (EST5), “pagan poco, no valoran el servicio, es importante dar a conocer el valor del especialista y su importancia” (EST6).

Las actitudes que observaron los estomatólogos en sus pacientes fueron: estar poco convencidos del tratamiento, poco cuidadosos y abiertos, por otro lado, algunos no completaron el tratamiento. Cuando son obligados, no son cooperadores o apegados al tratamiento y, por último, también comentaron que algunos pacientes acudieron en caso de molestia, pero “desaparecen cuando se sienten bien”. Sin embargo, también hubo algunos aspectos positivos a destacar en los pacientes como “son conscientes del tratamiento” o “son participativos”. Ver figura 4.3.

Figura 4.3.

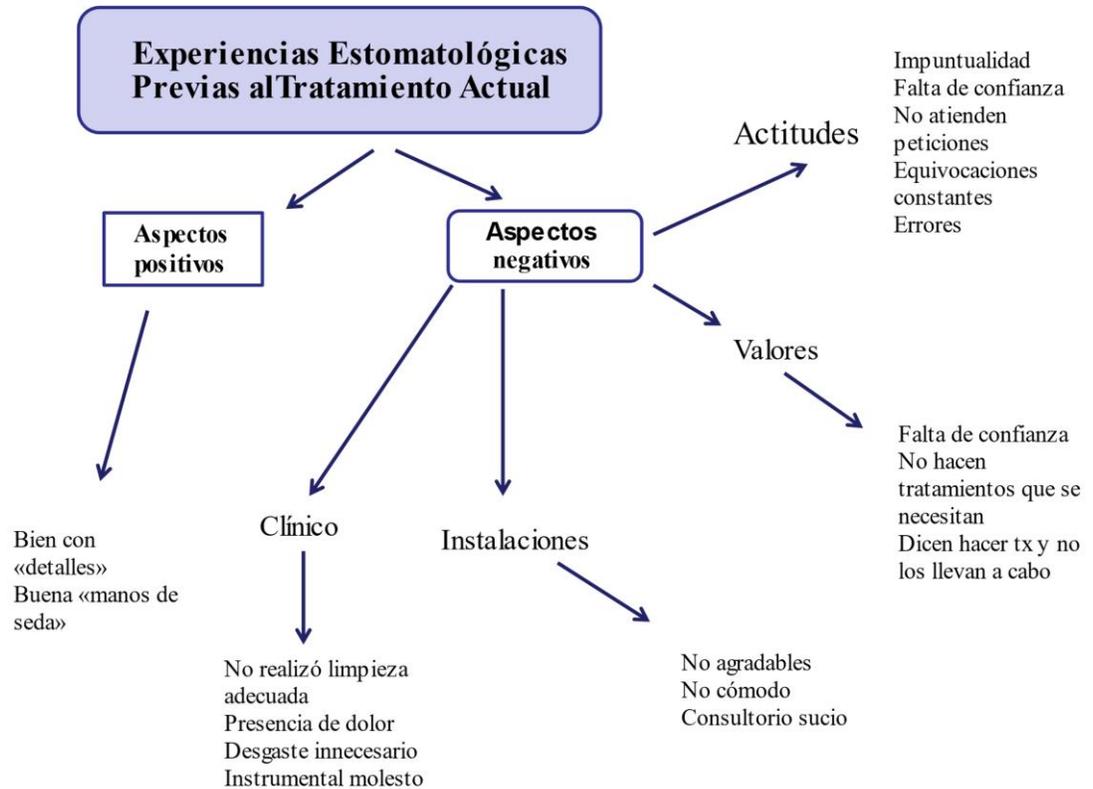
Percepción del estomatólogo respecto al comportamiento de sus pacientes.



Percepción del comportamiento del estomatólogo de acuerdo con las experiencias previas de los pacientes. Algunas actitudes negativas percibidas por los pacientes de sus estomatólogos fueron: la impuntualidad, la falta de confianza, el que no atendían a las peticiones solicitadas, equivocaciones y errores constantes durante la práctica estomatológica. También los pacientes mencionaron características observadas en los estomatólogos como: “manos de seda”, pero la mayoría se centró en los aspectos negativos, por ejemplo, en el aspecto clínico describieron que “no hubo una limpieza adecuada”, también “dolor durante el tratamiento” o que hubo “desgaste innecesario en algunos dientes y el instrumental fue molesto”. Respecto a las instalaciones, mencionaron que “no era agradable, no era cómodo” o incluso “estaba sucio” Ver figura 4.4. Por estas razones cambiaron de profesional.

Figura 4.4.

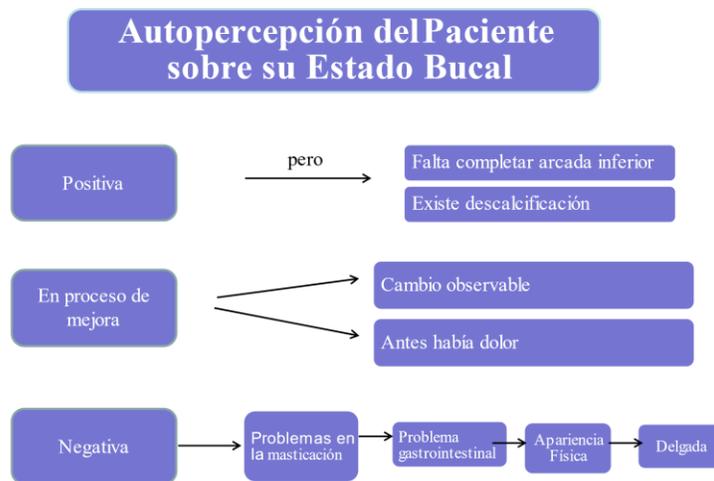
Percepción del paciente respecto a la conducta del estomatólogo (experiencias previas)



Percepción del Estado Bucal. Los pacientes en general se auto percibieron de manera positiva, por ejemplo, “falta completar arcada inferior, había descalcificación”. Otros respondieron “en proceso de mejora, pues había cambios observables y antes había dolor”. Y otros más se auto percibieron de forma negativa por seguir con problemas en la masticación, problemas gastrointestinales, apariencia física negativa (Ver figura 4.4).

Figura 4.5

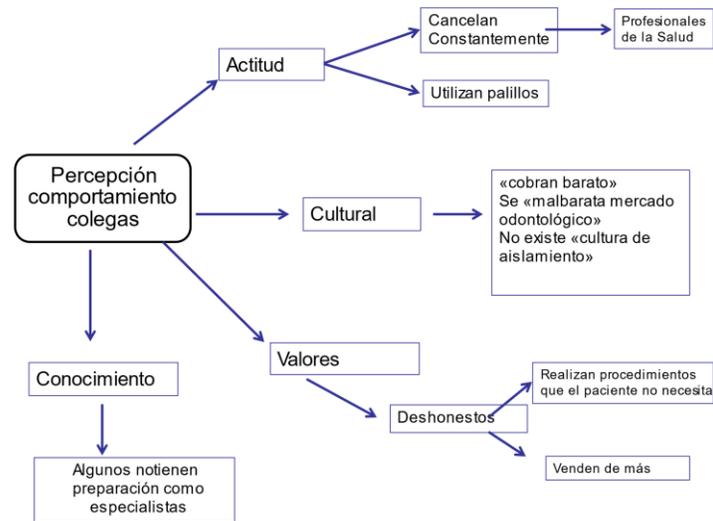
Autopercepción del paciente sobre su estado bucal



Percepción de los estomatólogos respecto al comportamiento de colegas. Otros datos obtenidos durante las entrevistas fueron la percepción del comportamiento de sus colegas, refirieron que la actitud como profesionales de la salud es que cancelan constantemente y realizan parafunciones como el uso de palillos. Respecto al factor cultural, los estomatólogos mencionaron que sus colegas “cobran barato”, se “malbarata el mercado odontológico” y no utilizan el aislamiento absoluto al trabajar; algunos no tienen preparación como especialistas y realizan tratamientos como tales, por último y refirieron que algunos son deshonestos al realizar procedimientos que no necesitan o venden de más (Ver Figura 4.5).

Figura 4. 6.

Percepción de los estomatólogos respecto al comportamiento de colegas.



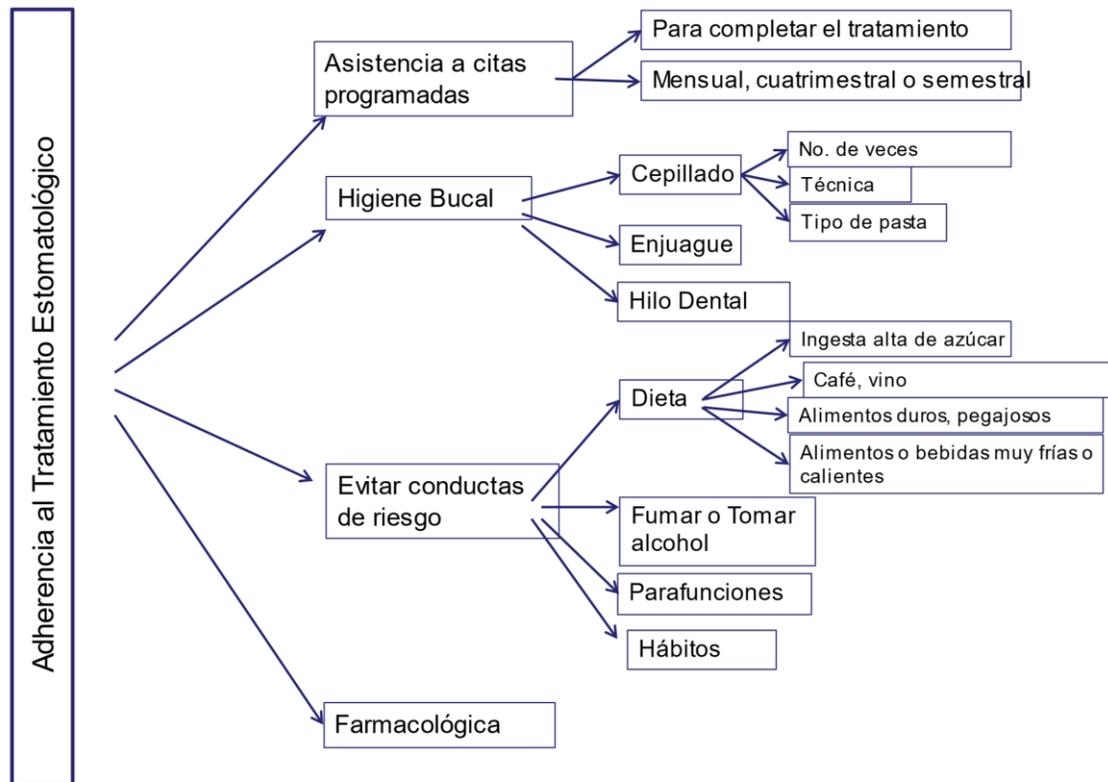
Adherencia al Tratamiento Estomatológico. Esta categoría es en la que se centró la investigación, pues se preguntó a las diádas tanto las indicaciones que recibió como las habían sido prescritas, respectivamente. Se construyó con base en la literatura consultada y se propuso que la adherencia al tratamiento estomatológico incluyera la asistencia voluntaria, la asistencia a las citas programadas, mantener una buena higiene bucal, evitar conductas de riesgo como el consumo de azúcares alto, los hábitos bucales nocivos, las parafunciones, el fumar o tomar alcohol en exceso y por último el tomar los medicamentos cuando sea necesario. Ver figura 4.7.

La asistencia voluntaria fue confirmada tanto por el paciente como por el estomatólogo demostraron que asistieron voluntariamente y esa información la obtuvieron del consentimiento informado. Un estomatólogo expresó que la adherencia al tratamiento se ve afectada cuando el paciente es obligado a asistir y cumplir con el tratamiento, como en el

caso de los niños o adultos mayores. Otros programaron las citas para sus pacientes de forma mensual, cuatrimestral, semestral y algunos cada uno o dos años.

Figura 4.7

Adherencia al tratamiento estomatológico



Elaboración propia

Respecto a la higiene bucal, los estomatólogos mencionaron que dieron la técnica de cepillado, el número de veces, el uso de hilo y enjuague, así como el tipo de cepillo. La indicación de higiene bucal que siguen los pacientes fueron el cepillado, el hilo y el enjuague, sin embargo, no siguieron la indicación del uso del hilo dental.

En cuanto a evitar las conductas de riesgo, un paciente mencionó que sí disminuyó el consumo de azúcar, pero no pudo evitar consumir el pan de dulce y de realizar el bruxismo.

Los estomatólogos por su parte indicaron evitar fumar, evitar ingesta alta en azúcar, evitar el consumir vino o café por la pigmentación de los dientes, se enfocaron en pedir al paciente que evitara alimentos muy fríos o calientes, la consistencia que no fuera dura o pegajosa, sin embargo, ninguno indicó evitar el consumo de alcohol.

Por último, en la indicación farmacológica, los pacientes refirieron que solo fue en caso de dolor, quienes no la siguieron mencionaron que no fue necesario. Los estomatólogos mencionaron que indicaron antibióticos o analgésicos en caso de extracción, infección, curetaje o cirugías y expresaron que no todos los pacientes tomaron los medicamentos como eran prescritos. Otra indicación, que dieron los estomatólogos de manera específica fue en el cuidado de las prótesis y con la necesidad de ser cambiada después de cierto tiempo.

Duración del tratamiento. En esta categoría hubo una correspondencia entre las diadas con el tipo de tratamiento, es decir, coincidieron las respuestas entre los participantes. Cuando se les preguntó cuánto tiempo duró su tratamiento se correspondieron las diadas, ya sea por citas, meses, años. “dos citas” (PAC1); “tres meses” (PAC2); “dos Años” (PAC5); “1, 2 y 3 citas” (EST1), “dos meses” (EST2), “dos años” (EST5). Ver figura 4.8.

Figura 4.8.

Duración aproximada de los tratamientos de acuerdo con los estomatólogos y pacientes.



Motivación

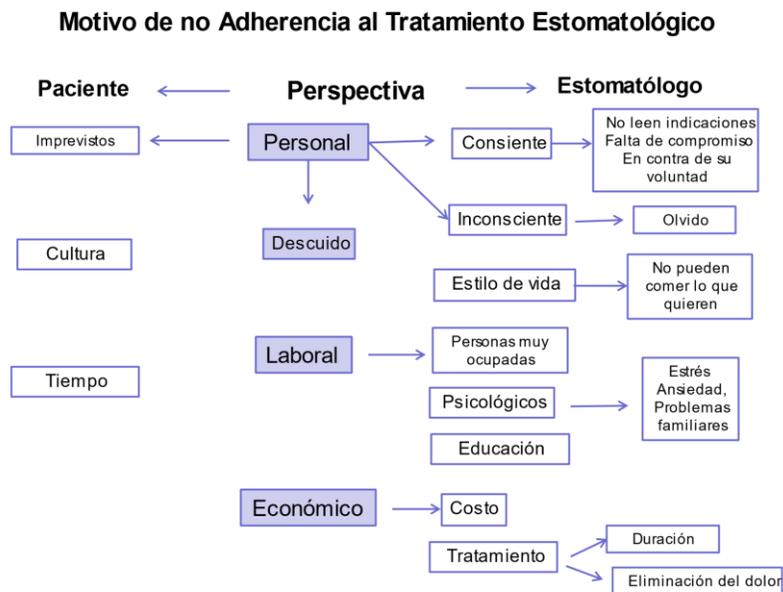
La motivación es la segunda dimensión del modelo teórico elegido, abarca las actitudes personales hacia el comportamiento de adherencia (OMS, 2004). Dentro de esta dimensión se encontraron las siguientes categorías: los motivos de consulta, adherencia, no adherencia, redes de apoyo, expresiones de comodidad en el consultorio estomatológico.

DiMatteo (1994), mencionó que el objetivo del profesional de la salud debe ser trabajar junto con cada paciente para desarrollar un plan de tratamiento para el cual el paciente puede comprometerse del todo. Si bien el compromiso puede ser sólo para el corto plazo (hasta la próxima cita) y puede ser necesaria cierta persuasión por parte del médico, hay pruebas contundentes de que la adherencia ha dependido en gran medida de una fuerte relación terapéutica y toma de decisiones compartida o "elección colaborativa informada". Por lo que en esta dimensión se distinguieron las siguientes categorías:

Motivo de no Adherencia o Falta de Adherencia al Tratamiento Estomatológico. De acuerdo con los datos, existieron tres aspectos en los que coincidieron las diadas al mencionar los motivos por los que no se adhirieron al tratamiento, se agruparon en motivos personales, laborales y económicos. Los motivos personales en el que se incluyó el descuido; los motivos laborales, los estomatólogos mencionaron que algunos pacientes eran personas muy ocupadas y el tercer aspecto en común es el económico, pues la diada comentó el alto costo de los tratamientos (Ver Figura 4.9). Además, otros factores mencionados por los pacientes fueron los imprevistos, la cultura y el tiempo.

Figura 4.9

Motivos de no Adherencia al Tratamiento Estomatológico



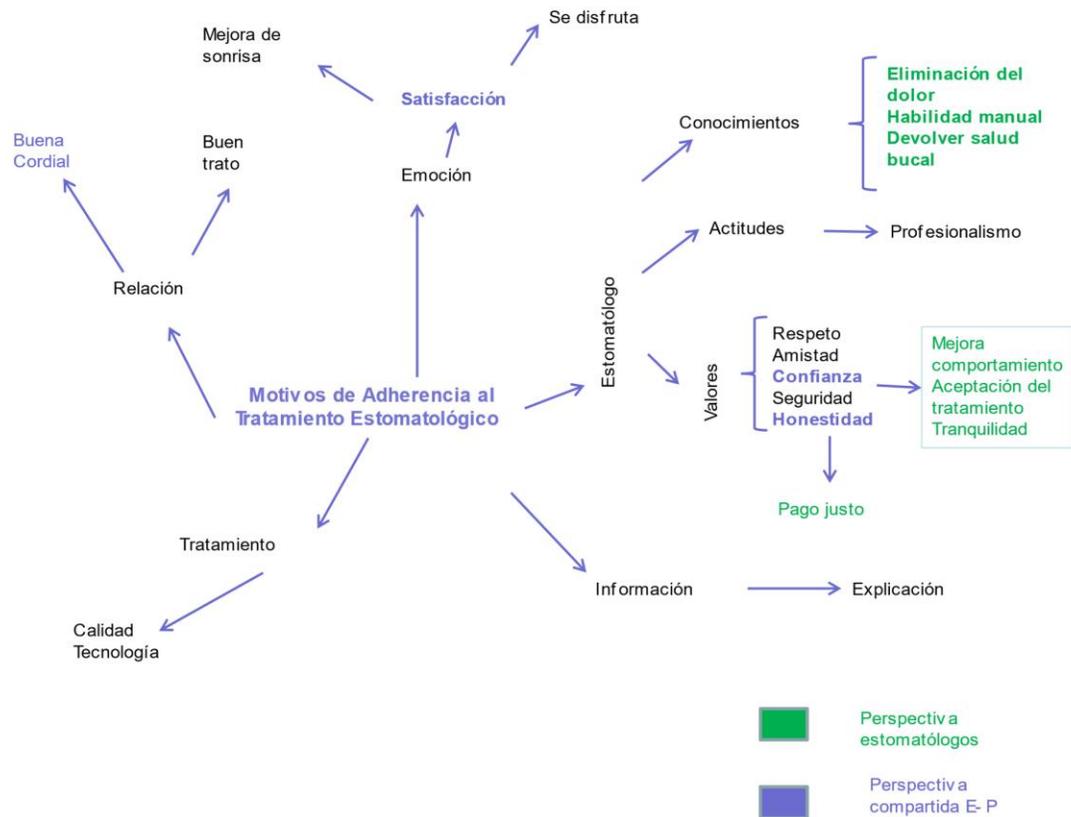
Los estomatólogos mencionaron otros factores como: la falta de conciencia al mencionar que “no leen las indicaciones”, “falta de compromiso”, “en contra de su voluntad”; también inconscientemente “olvidan”; las afectaciones al estilo de vida, pues no pueden comer los alimentos a los que normalmente están acostumbrados. Los aspectos psicológicos que

mencionaron los estomatólogos fueron el estrés, la ansiedad y los problemas familiares que afectan la adherencia al tratamiento.

Motivación respecto al estomatólogo. Los pacientes mencionaron que estuvieron motivados durante el tratamiento por el profesionalismo del estomatólogo y la calidad en el servicio. También se encontró que los valores fueron importantes motivadores de la adherencia como el respeto, la amistad, la confianza existente con el estomatólogo; también estuvieron motivados a través de la satisfacción con el tratamiento, el uso de la tecnología que se empleó durante el tratamiento y la relación existente con el estomatólogo (Ver figura 4.10.).

Automotivación de los estomatólogos respecto al tratamiento. Se encontró que los estomatólogos se sienten satisfechos respecto a la capacidad de eliminar dolor, devolver la salud bucal, la fidelidad de los pacientes, la relación de cordialidad existente, tener la habilidad manual para atender al paciente y, por último, disfrutar la profesión. También mencionaron que recibir un pago por sus servicios los motiva durante su práctica estomatológica. Ver figura 4.10.

Motivación del Tratamiento Estomatológico. De la misma manera, se les preguntó a las diadas, qué les motivaba a continuar con su tratamiento y en los factores que coincidieron fueron la satisfacción, la confianza y la honestidad durante el tratamiento. Algunos pacientes mencionaron que hubo una mejora en su sonrisa y que disfrutaron el tratamiento ofrecido. Ver figura 4.10.

Figura 4.10.*Motivos de Adherencia al Tratamiento Estomatológico*

Redes de Apoyo. Esta categoría se observó tanto en la motivación, como en la estrategia, ejercen influencia en el paciente de manera positiva o negativa. Las redes de apoyo de los pacientes fueron la madre y la pareja, en un caso nadie apoyó al paciente (ni de forma económica ni para los recordatorios) algunos ejemplos de sus respuestas fueron: “mi marido, él me apoya económicamente, él es que me da o a veces me pregunta” (PAC5), “mi esposo me ayuda con el pago de tratamiento” (PAC6). Aunque las redes de apoyo juegan un papel importante en la adherencia, ninguno de los estomatólogos preguntó esto a sus pacientes.

Expresiones de comodidad. Los pacientes mencionaron que el tener un trato cercano con el estomatólogo, contar con su atención, disponibilidad, seguridad y confianza fueron aspectos claves para sentirse cómodos dentro del consultorio. Otros aspectos incluyen la comodidad en el consultorio, la buena actitud con el estomatólogo y el mantenimiento de una comunicación accesible y clara. Respecto al tratamiento mencionaron que fue sin dolor, relajante, sin molestia. Las instalaciones estuvieron limpias y agradables.

Para los estomatólogos, las expresiones de comodidad que ofrecieron a sus pacientes fueron fomentar un ambiente agradable, colocar música agradable para distraer o sólo música de fondo, incluso la favorita del paciente. Otros estomatólogos les hablaron a sus pacientes por su nombre o “apodo” (si ellos así lo expresaban), les permitieron participar y decidir de acuerdo con las mejores opciones en cuanto al tratamiento presentadas, tuvieron una responsabilidad compartida con el paciente y demostraron simpatía y calidez durante la atención estomatológica.

Motivos de consulta. Algunos pacientes detallaron los motivos de consulta, pero de manera general asistieron para eliminar el dolor, por “reparación”, atención dental” y estética.

Estrategia

Las estrategias son la tercera dimensión del modelo teórico elegido, se encontraron las siguientes categorías: competencias necesarias para mejorar el desempeño profesional, percepción de la adherencia al tratamiento y los sinónimos del término adherencia.

Para la OMS (2004), las aptitudes de comportamiento incluyen asegurar que el paciente cuente con las herramientas comportamentales, es decir, las estrategias específicas

necesarias para realizar el comportamiento de adherencia entre las que se encuentran el apoyo social, el cual se definió como redes de apoyo y otro tipo de autorregulación.

Los pacientes deben ser capaces de adherirse, contar con las herramientas y estrategias necesarias y tener la capacidad de superar cualquier barrera de adherencia que se encuentre en su camino. Por lo tanto, el profesional de la salud debe ayudar al paciente a identificar y superar los obstáculos hacia la adherencia. Estos obstáculos pueden ser los medicamentos o simplemente modificaciones del estilo de vida. Los anteriores, se relacionan con la disminución de las capacidades de autorregulación que permanecen al final de un día agotador que ya ha requerido, una gran cantidad de autocontrol, también involucran problemas como el costo de los medicamentos o la vergüenza de tomarlos, las dificultades para recordar la programación de los medicamentos, los efectos secundarios desagradables y el desafío de incorporar regímenes de dieta y ejercicio en una vida ocupada.

Estrategias para la Adherencia al Tratamiento Estomatológico. Los pacientes emplearon recordatorios, tanto de manera personal “Mis citas siempre las agendo en el teléfono (PAC 4), “cuando es medicamento lo pongo en el refrigerador para acordarme de los horarios de cada medicamento” (PAC 5); como por medio de la asistente del estomatólogo “me recuerda la asistente” (PAC 5), llevaron a cabo rutinas “el cepillo lo ando jalando a todos lados... tengo mi rutina por la noche para utilizar el hilo dental (PAC 2). Los pacientes mencionaron “siempre intento tener esa parte (dinero) guardada, ajá, porque si ya sé que tengo que venir y ya tengo más o menos el precio que voy a pagar pues sí intento tenerlo guardado” (PAC1). Cabe destacar que el factor socioeconómico fue mencionado más por los estomatólogos que por el paciente para la adherencia al tratamiento.

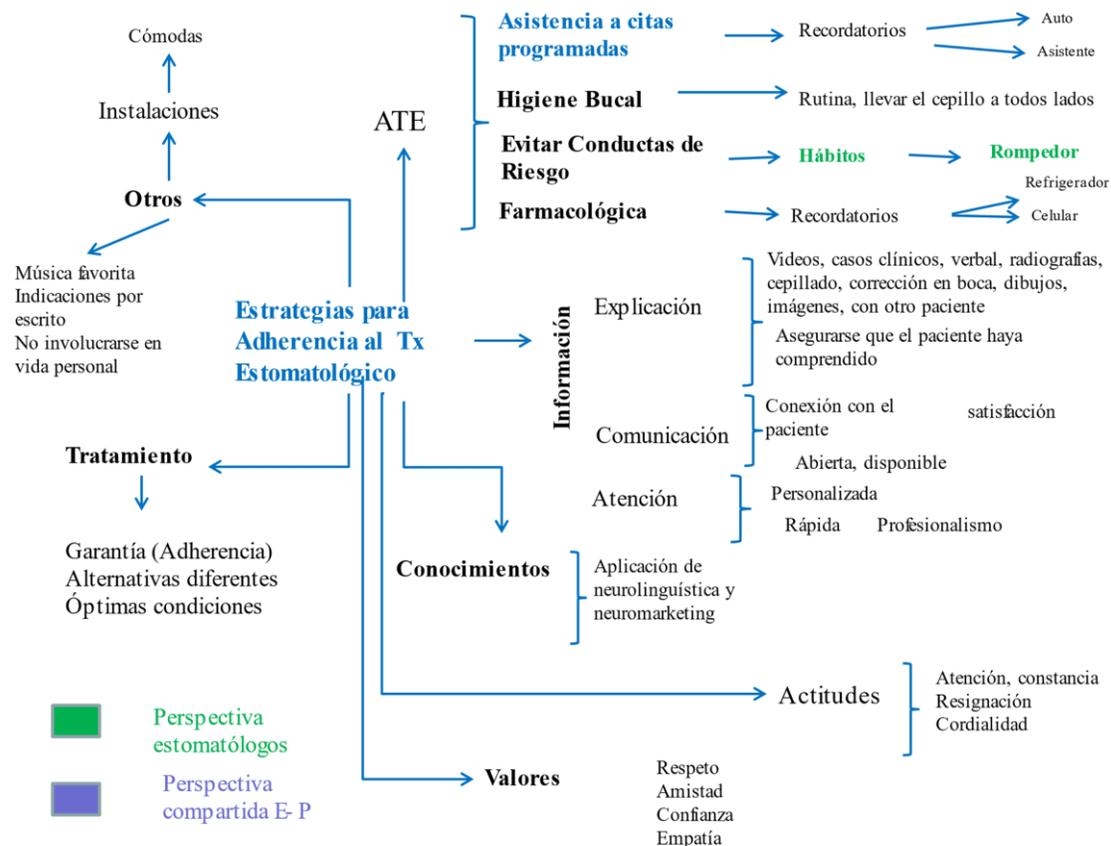
Los estomatólogos también destacaron la utilización de los recordatorios a sus pacientes “normalmente un día antes de su cita les hago un recordatorio” (EST 4). También mencionaron diferentes estrategias como dar una explicación adecuada “me gusta siempre explicarles con una radiografía, un video” (EST 1), “Aunque le expliques, pero si no se lo dibujas o si no se lo enseñas, no queda claro” (EST 3), “les muestro imágenes, les muestro casos clínicos ... mira este pacientito que está aquí junto, estaba con la mordida como tú la tienes, mira que bien se ve” (EST 5).

Para fomentar la adherencia al tratamiento estomatológico los estomatólogos evitaron el dolor en sus pacientes durante el procedimiento, por ejemplo “no me gusta trabajarles con dolor cualquier molestia, siempre, siempre, siempre que me levanten la mano y yo me paro y pongo más anestesia” (EST1). Algunos han tomado cursos de neurolingüística o neuromarketing “identifico cómo es el paciente: si es kinestésico, auditivo, visual” (EST 3). Los valores se encontraron presentes como: el respeto, la amistad, la confianza (EST 2) y la empatía.

Respecto al tratamiento utilizaron garantía “siempre y cuando ellos hayan realizado su tratamiento de manera adecuada” (EST 1); se les otorgan alternativas diferentes “p. ej. si no quieren usar hilo dental porque dicen es muy cansado, me quita mucho tiempo, pues compre el waterpick es más caro, pero pues va a ser más rápido” (EST2).

Algunos han utilizado la persuasión en el que plantean un panorama peor del que verdaderamente pudiera suceder, algunos hacen hincapié en la pérdida de inversión, advierten en detener el tratamiento de no adherirse y algunos monitorearon a sus pacientes a través de revisiones constantes.

Estrategias para la Adherencia al Tratamiento Estomatológico



Otras estrategias utilizadas por los estomatólogos incluyeron: poner música favorita al paciente “Siempre les pongo música”, dar indicaciones por escrito, no involucrarse en la vida personal y tener instalaciones cómodas “les doy un lugar especial a cada uno y eso hace que se sientan muy cómodos conmigo, entonces es un valor agregado que tengo en mi consulta” (EST 1), trabajo en condiciones óptimas “nunca, nunca trabajo en una boca sucia pues sería antiprofesional” (EST 4). Ver figura 4.11.

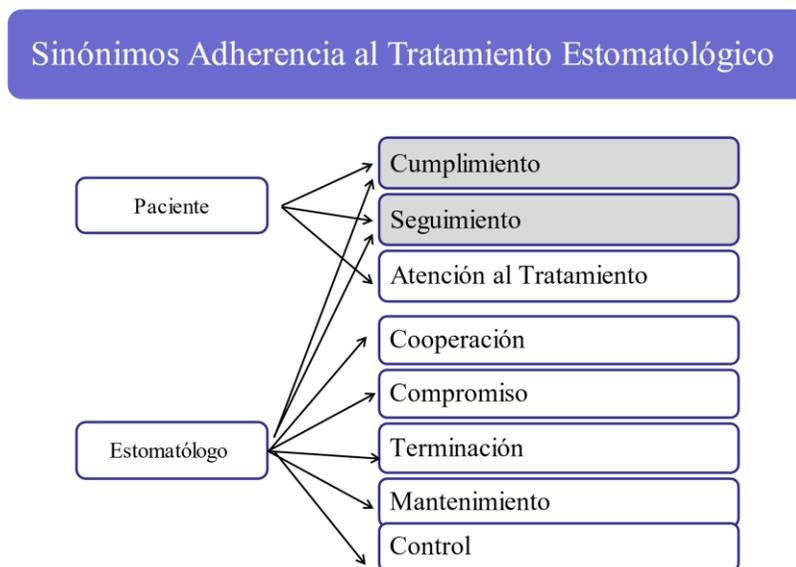
Competencias necesarias para mejorar el desempeño profesional. Los estomatólogos mencionaron que es necesario conocer las técnicas de asilamiento absoluto, las técnicas para que el paciente decida por sí mismo (autonomía) y saber motivarlos durante el tratamiento,

también saber administrar, saber vender, y conocer la forma de diseñar adecuadamente el consultorio.

Por otra parte, los pacientes observaron en sus estomatólogos algunos aspectos como: mejorar el lugar de trabajo, actualizar el equipo, tener habilidades emocionales y respetar los tiempos pactados del tratamiento.

Figura 4.12.

Sinónimos de Adherencia al Tratamiento Estomatológico



Sinónimo de Adherencia. Los pacientes nombraron términos como cumplimiento, seguimiento, atención como sinónimos de la adherencia. Los estomatólogos por su parte, además de los anteriores le llamaron cooperación, apego, compromiso, terminación, mantenimiento, control. Todos estos términos, excepto el de “cooperación” y “compromiso” determinaron el papel del paciente en un nivel por debajo del profesional de salud, es decir, visión paternalista, por eso el término “adherencia” implica el compromiso

y una relación horizontal, en el que se le hace partícipe y responsable del tratamiento. Ver figura 4.12.

Percepción de la Adherencia al Tratamiento. También se les preguntó a los pacientes: ¿qué tanto habían cumplido o seguido las indicaciones de los estomatólogos de acuerdo con un porcentaje del 1 al 100%? y ellos respondieron que fue de un 80 al 100%. Por lo cual ellos perciben que sí se adhieren a sus tratamientos casi en su totalidad.

Sin embargo, para los estomatólogos, la percepción de la adherencia de sus pacientes fue muy diferente, ya que los porcentajes estuvieron entre el 1 al 98%. También mencionaron que algunos pacientes llegan a completar el tratamiento, pero no en el tiempo que se estableció desde un inicio.

De acuerdo con los resultados hasta aquí observados, se ha podido determinar que, aunque los estomatólogos fomentan las conductas específicas como la asistencia a las visitas programadas, la técnica de higiene bucal, las indicaciones farmacológicas (en caso necesario) y evitar conductas de riesgo (disminución del consumo de azúcares, no fumar), no dieron indicaciones generales que pueden ayudar a preservar y mantener la salud bucal y que son concomitantes con otras enfermedades crónico degenerativas, por ejemplo ninguno indicó disminuir el consumo de alcohol (en caso de consumo), y sólo en algunos tratamientos el consumo del tabaco, respecto a la disminución en el consumo de azúcares, solo fue mencionado por cuatro pacientes.

El constructo de adherencia se ha sobreestimado en el paciente, al dar por hecho que el paciente cumple con el tratamiento y que la información sobre el tratamiento queda asentada en el consentimiento informado, sin embargo, no todos los estomatólogos lo llevan a cabo.

Toda la información aquí obtenida, constituyó la primera etapa de la validez de contenido, en la que se determinaron los factores involucrados en la adherencia al tratamiento estomatológico, desde las dos miradas, tanto del estomatólogo como del paciente, bajo las tres dimensiones que incluye el modelo teórico: la información, la motivación y la estrategia y se establecieron los factores de adherencia y no adherencia al tratamiento estomatológico. Estos elementos contribuyeron a la realización de la siguiente etapa.

Etapa 2: Redacción de los Reactivos

Tabla 4.1.

Dimensiones y categorías para la redacción de reactivos

Dimensión	Categorías
Información	Comunicación Efectiva
	Valores
	Conocimiento sobre el tratamiento
	Comportamiento durante la Atención Estomatológica
	Percepción de la Salud Bucal
Motivación	Participación en la toma de decisiones del tratamiento.
	Creencias en Salud Bucal
	Comodidad
	Satisfacción en la Atención Estomatológica
	Normas subjetivas
Estrategia	Autoeficacia
	Estrategias para el logro de la Adherencia
	Obstáculos
	Red de Apoyo
	Asistencia Voluntaria
Conductas en estomatología general	Asistencia a las Visitas programadas
	Higiene Bucal
	Conductas de riesgo para la salud bucal
	Administración de Medicamentos

Para esta etapa, se determinaron 4 dimensiones y 19 categorías que se pueden observar en la tabla 4.1. Se mantuvieron las dos versiones del instrumento, para triangular

información, respecto a la perspectiva del estomatólogo y la del paciente. A pesar de que la búsqueda original ha consistido en medir la adherencia en el paciente en un tratamiento estomatológico, también se han observado los factores del estomatólogo que fomentan o disminuyen esta adherencia.

Después de casi dos meses de haber revisado minuciosamente los reactivos y de haber trabajado en 186 reactivos formulados para pacientes y 138 para estomatólogos, se enviaron las dos versiones (estomatólogos-pacientes) a los jueces para validarlas, este proceso se describe a continuación. Algunas de las preguntas tuvieron sentido positivo y otras negativo. Con las evidencias cualitativas obtenidas, la definición semántica del constructo quedó bien representada en los reactivos formulados y estos fueron enviados a los expertos.

Etapas 3. Juicio de expertos

Objetivo

Evaluar la validez de contenido mediante jueces expertos para los instrumentos de los pacientes y los estomatólogos.

Participantes

El grupo estuvo constituido por 6 expertos que cumplieron los criterios de Skjong & Wentworth (2000), dentro de los que se incluyeron: experiencia en la realización de juicios y las decisiones basadas en la evidencia o la experticia, la reputación en la comunidad, la disponibilidad y la motivación para participar e imparcialidad, y posteriormente; se diseñó un formato para realizar el proceso de validez de contenido (Ver en anexos 6 y 7).

De los seis expertos, cuatro de ellos eran estomatólogos, que pertenecían a la Universidad de Monterrey, la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, la Universidad de la Cuenca,

Perú y la Universidad de Antioquía, Colombia y 2 psicólogos, uno de la Universidad Iberoamericana campus Puebla y otro de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Procedimiento

Se hizo una búsqueda de expertos en el área de psicología de la salud, en psicometría, diseño y validación de instrumentos y estomatología. Se mandó una invitación mediante correo electrónico para participar, todos aceptaron, se les dio un plazo de 15 días para el envío con la retroalimentación, los 6 lo entregaron en el tiempo establecido. Se eliminaron algunos reactivos que se repetían, que significaban lo mismo, que no discriminaban, que la redacción era ininteligible o que no aportaron significativamente al constructo. Se les pidió que valoraran los reactivos en términos de suficiencia, coherencia, relevancia y claridad de las siguientes dimensiones:

Información: Forma en la que se comunica efectivamente a los pacientes, se busca generar confianza y alentar a los pacientes a participar en la toma de decisiones y a ser partícipes de su propio cuidado de la salud bucal. Incluye que los pacientes compartan por qué y cómo deben llevar a cabo sus recomendaciones de tratamiento, la escucha de las inquietudes o las preocupaciones y brindarles atención plena. (DiMatteo et al., 2011).

Motivación. Consiste en ayudar a los pacientes a creer en la eficacia del tratamiento; escuchar y discutir cualquier actitud negativa hacia el tratamiento; determinar el rol del paciente en su sistema. También ayudar al paciente a construir el compromiso de adherirse y creer en su capacidad de hacerlo. Esta dimensión se debe observar cíclicamente y revisarse de manera continua, ya que es susceptible de cambiar por diversos factores (DiMatteo et al., 2012).

Estrategia. Consiste en ayudar a superar las barreras que se interponen en el camino de los pacientes; identificar recursos para proporcionar ayuda financiera o descuentos; proporcionar por escrito instrucciones / recordatorios; firmar un contrato de comportamiento; enlazarlo a grupos de apoyo; proporcionar recordatorios electrónicos o llamadas telefónicas de seguimiento, etc.

Resultados

Se eliminó la categoría Percepción de la Salud Bucal, ya que varios jueces determinaron que no era un aspecto fundamental en la medición de la adherencia terapéutica en estomatología (Ver figura 4.13.). No todos los expertos puntuaron cada reactivo, por lo que no se pudo llevar a cabo el análisis estadístico para el jueceo.

Para la versión destinada a los pacientes se hicieron varias modificaciones a los reactivos 1,3, 6, 8, 15, 24, 25, 26, 28, 33, 34, 35, 36, 37 ,38, 43. Se encontró que el 75% del total de los 146 reactivos cumplieron con los criterios de suficiencia, coherencia, claridad y relevancia. Para la versión de los estomatólogos se eliminaron 12 reactivos por lo que quedó constituido el instrumento por 125 reactivos.

Figura 4.13

Ejemplo de Puntuación a Expertos

Información Forma en la que se comunica efectivamente la información a los pacientes, se busca generar confianza y alentar a los pacientes a participar en la toma de decisiones y a ser partícipes de su propio cuidado de la salud bucal. Incluye que los pacientes compartan por qué y cómo deben llevar a cabo sus recomendaciones de tratamiento, la escucha de las inquietudes o preocupaciones y brindarles atención plena. (DiMatteo et al., 2011).	Comunicación efectiva. Es el vínculo que se forma con otra persona, que implica la utilización de signos verbales (palabras) y no verbales (gestos, símbolos, imágenes, tonos, etc.), que permiten acceder al otro, persuadirlo y movilizarlo con el mensaje (Vera et al., 2014), va más allá del proceso de transmisión y recepción de ideas, información y mensajes.	1. El estomatólogo me comunica las indicaciones a seguir de mi tratamiento		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
		2. El estomatólogo dedica tiempo para explicarme las indicaciones		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
		3. El estomatólogo me saluda al llegar		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		Quizás sea un ítem poco discriminador, pues imagino a todas las personas respondiendo que sí.
		4. El estomatólogo verifica que entienda todo lo que me está diciendo		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
		5. Hago preguntas cuando no entiendo las indicaciones del estomatólogo		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
		6. El estomatólogo pone atención en lo que le digo		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	El ítem 6 y 7 son iguales en significado, sugiero eliminar uno.	
		7. El estomatólogo escucha mis inquietudes respecto al tratamiento		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
		8. El estomatólogo está abierto a la comunicación		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
		9. El estomatólogo está disponible cuando lo necesito		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
		10. Tengo confianza al estomatólogo	Valores La significación positiva (tendente al progreso social) de los objetos, fenómenos o situaciones con que el hombre se relaciona en el marco de su vida social, que es expresión de sus necesidades e intereses tanto a nivel individual como social y que orientan y regulan su conducta (Martinez, 2001).	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
		11. El estomatólogo es honesto con la propuesta de tratamiento			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
		12. El estomatólogo es educado			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
		13. Confío en el tratamiento llevado a cabo			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
		14. El estomatólogo me trata con respeto			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
		15. 4. El estomatólogo se muestra amigable cuando llevo al consultorio			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Idioma El estomatólogo está comprometido con su profesión		1		2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			

Los resultados permitieron considerar que la formulación de los reactivos fue razonable, se encuentran claramente definidos y se justificó su presencia en el cuestionario. Una vez concluida esta etapa, se capturaron los reactivos en *Google* formularios para iniciar con la etapa del estudio piloto. Las categorías que conformaron la definición operacional del constructo propuesto quedaron definidas a partir del proceso de validación de contenido por parte de los expertos y con ello, se logró la propuesta para el estudio piloto.

Etapa 4: Estudio Piloto

Objetivo

Verificar la comprensión de los reactivos por parte de los participantes (estomatólogos y pacientes).

Participantes

Para los pacientes, la muestra fue no probabilística, intencional con una $n=22$ participantes, cuyos criterios de inclusión para los pacientes fueron: mayores de 18 años, que estuvieran actualmente en algún tratamiento estomatológico y que fueran capaces de leer, escribir y entender el español, además de firmar el consentimiento informado, durante el periodo de otoño de 2020. Las edades estuvieron comprendidas de los 18 a los 62 años ($M=41.33$, $D.E.=15.44$). El 60% eran casados y el 40% solteros. El 90% eran mujeres y el 10% hombres.

Para los estomatólogos, también se aplicó la versión realizada para ellos, con una muestra no probabilística, intencional de $n=12$ de estomatólogos. Los criterios de inclusión fueron: especialistas o estomatólogos de práctica general, que vivieran en México, que ejercieran la profesión y que aceptaran participar.

Las edades de los estomatólogos estuvieron comprendidas de los 42 a los 64 años ($M=48.81$, $D.E.=7.76$). Respecto al estado civil: el 33.33% eran solteros, 33.33% eran casados, 16.66% unión libre y por último el 16.66% divorciados. El género fue en su mayoría femenino (83.33%).

Las especialidades con las que contaron los estomatólogos fueron cirugía maxilofacial, endodoncia, ortodoncia, patología bucal, odontopediatría, aunque la mitad de ellos no tenían especialidad.

La percepción de la adherencia al tratamiento estomatológico fue de los 7 a 10 en el caso de los pacientes ($M=8.22$), para los estomatólogos el promedio de adherencia de sus pacientes al tratamiento fue de 8.27 aunque la forma en la que ellos fomentaron la adherencia fue de

8.72. Estos datos han permitido constatar que en general el estomatólogo percibe la adherencia del paciente de manera similar, sin embargo, ellos han auto percibido que fomentan más la adherencia en sus pacientes.

Figura 4.14

Formulario en Google para Estomatólogos



Procedimiento

Para la aplicación del instrumento se invitó a participar a los estomatólogos y a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. Una vez que aceptaron la invitación, se les envió el formulario de *Google* a través de correo electrónico o vía *WhatsApp* con el instrumento propuesto. Se les dio un plazo de 15 días para contestarlo, aunque la mayoría lo respondió inmediatamente. Se presenta una captura de pantalla con los formularios enviados a estomatólogos y pacientes, ver figuras 4.14 y 4.15.

Figura 4.15

Formulario en Google para pacientes



Resultados

El estudio piloto estuvo constituido por 125 reactivos para los estomatólogos y 114 para los pacientes. Algunas de las observaciones de los estomatólogos fueron: “el cuestionario tiene muchas preguntas”, “algunas son repetidas”, etc. Los pacientes mencionaron: “Algunas preguntas son muy parecidas”, “es largo”, “preferiría respuestas que fueran más claras como: si, no, a veces, nunca”.

A los participantes también se les preguntó ¿qué aspectos podrían ayudar a mejorar su nivel de cumplimiento? Se obtuvieron las siguientes categorías: económicos (“situación laboral estable”, “menos caro”), personales (“yo cumplo con mi tratamiento”), pandemia (“evitar riesgos”), tratamiento (“asistencia a visitas preventivas”, “menos doloroso”).

Después de haber aplicado el cuestionario a los 22 participantes (estomatólogos y pacientes), se eliminaron 17 reactivos del instrumento para los estomatólogos y 11 para los pacientes por considerarse repetidos y que expresaban lo mismo. Después de revisar y

eliminar los reactivos, los instrumentos finales quedaron de la siguiente forma: 96 reactivos para estomatólogos y 97 para pacientes.

También, se agregaron a la versión final de los instrumentos los siguientes datos: ocupación, nivel educativo, motivo principal de consulta (curativo, preventivo), fecha de la última visita, método de pago (cuenta propia, seguro dental).

4.2 Validez de Constructo: Análisis Factorial Exploratorio

Stevens (1992) aconseja que al menos se cuente con cinco participantes por cada variable, Carretero-Dios y Pérez (2005) y Tabachnick (2007) han sugerido al menos 300 casos para obtener soluciones fiables, aunque los criterios en este caso también son diversos: 3:1, 6:1, 10:1, 20:1 (Williams, Brown, & Osnman, 2010). Hogarty et al. (2005) mencionaron que no existe un número mínimo de proporción N/p que garantice un buen análisis factorial. Los reactivos fueron aleatorizados (ver anexo 8 y 9) y se obtuvieron los datos a través de los formularios de *Google*.

Versión para pacientes

Para esta investigación se obtuvieron datos con una muestra no probabilística en una relación de 5:1 lo que dio una n=485 participantes. Los criterios de inclusión para los pacientes fueron los siguientes: mayores de edad, en un tratamiento estomatológico o lo hubieran estado durante el 2020, que vivieran en la República Mexicana y que de manera libre y voluntaria aceptaran participar a través del consentimiento informado. Una vez que se consiguió el número necesario para la muestra, se cerró el cuestionario. En total se obtuvo una n = 487 participantes en el tiempo considerado para el análisis de datos que fue a partir del 26 de febrero al 6 de octubre del 2021, periodo en el que ha seguido la pandemia.

Participantes

La edad fue de 18 a 70 años ($M=27.99$, $D.E.=13.32$). Respecto al sexo fueron 383 mujeres (78.64%), 101 hombres (20.73%) y 2 participantes no binario (0.4%). De acuerdo con el estado civil eran 87 casado(a)s (17.86%), 10 divorciados (as) (2.05%), 367 solteros(as) (75.35%), 19 en unión libre (3.9%) y 4 viudos(as) (.82%).

El mayor porcentaje como nivel máximo de estudios fue a nivel licenciatura (46.8%), seguido de preparatoria o bachillerato (34.9%), maestría (8.2%). La ocupación de los participantes fue muy diversa: estudiantes, empresarios, comerciantes, amas de casa, empleados, docentes, desempleado, estilistas, ing. civil, jubilados, médicos, ventas, etc., aunque los mayores porcentajes se concentraron en los estudiantes (64.3%). Ver tabla 4.2

Tabla 4.2
Ocupación de los Pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	314	64.3
Empleado	30	6.1
Profesionista	27	5.5
Jubilado	11	2.3
Docente	24	4.9
Ama de casa	26	5.3
Técnico	16	3.3
Médico	14	2.9
Odontólogo/Estomatólogo	9	1.8
No contestó	7	1.4
Otro	5	1
Empresario	4	0.8
Total	487	99.8

Procedimiento

Se invitó a participar a personas que estuvieran en tratamiento estomatológico a través de diferentes redes sociales como WhatsApp, Facebook, Twitter, Instagram. El instrumento

se acompañó de una leyenda que especificó el objetivo de la investigación, el tiempo destinado a contestar la encuesta y los criterios de inclusión, así como los datos de contacto y los fines de la investigación. El tiempo de recolección de datos fue de febrero a octubre del 2021 en tiempos de pandemia por COVID 19. Ver figura 4.16

Figura 4.16

Invitación a participar a contestar formulario Google

¿Actualmente eres paciente de cualquier tratamiento odontológico como ortodoncia, endodoncia, periodoncia, etc. o lo fuiste durante el 2020? **¡Necesitamos tu ayuda!**

Como parte de un proyecto de tesis doctoral en la Universidad Iberoamericana campus Puebla, te invitamos a ser parte de esta importante investigación, contestando el cuestionario sobre aspectos asociados al tratamiento dental (estomatológico).

Este cuestionario nos ayudará a conocer factores que propician el cumplimiento al tratamiento en los pacientes, así como las conductas que el odontólogo (estomatólogo/dentista) promueve para aumentarlo.

Tomará alrededor de 20 minutos, tus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Si tienes alguna duda o pregunta favor de contactar a Karla Teutli, estudiante del Doctorado en Investigación Psicológica al correo: karla.teutli@iberopuebla.mx

Dale click al siguiente enlace para ir al cuestionario: <https://forms.gle/RNwbPjf9wBuUTiLo8>

Instrumento

Se tomaron en cuenta los 97 reactivos derivados del estudio piloto, los cuales tuvieron un formato tipo Likert con seis opciones de respuesta: de *totalmente en desacuerdo* (1), a *totalmente de acuerdo* (6).

Resultados

El mayor porcentaje de los participantes eran solteros (75.4%) ver Tabla 4.3 que coincidió con su ocupación, quienes en su mayoría eran estudiantes (64.3%).

Tabla 4.3*Estado Civil de los Participantes Pacientes)*

	Frecuencia	Porcentaje
Casado (a)	87	17.9
Divorciado (a)	10	2.1
Soltero (a)	367	75.4
Unión libre	19	3.9
Viudo (a)	4	0.8
Total	487	100

En cuanto a la especialidad con la que contó el estomatólogo tratante, de acuerdo con los pacientes: acudieron con el ortodoncista (43.7%), seguido por un estomatólogo de práctica general (25.9%) y el 11.1% desconocía la especialidad del estomatólogo. La edad coincide con el tratamiento que llevaron a cabo, ya que la ortodoncia es a largo plazo.

El tiempo de conocer al estomatólogo fue muy variado, iba desde los que lo habían acabado de conocer hasta los que tuvieron más de 20 años con su estomatólogo tratante, el 12.4% dijo tener 3 años de conocerlo, seguido de los que tienen 5 años (8.7%) y por último los que tienen 2 años (8.2%).

Respecto al tiempo que los pacientes tardaron en desplazarse al consultorio, fue desde 5 min, 30 min (9.7%) seguido de los 20 min (7.4%), hasta los que ocuparon horas en llegar. Algunos comentaron que el tiempo dependía del tipo de transporte, si era público o privado. En una ciudad urbana como Puebla, el tiempo de desplazamiento fue aceptable.

De acuerdo con los participantes, el motivo principal para acudir a la consulta fue preventivo (66.5%), seguido del curativo (32.4%) (Ver Tabla 4.4). Este comportamiento ha indicado que los pacientes se han preocupado por el estado de su salud bucal antes que surgieran complicaciones.

Tabla 4.4*Tipo de tratamiento al que acuden los pacientes*

	Frecuencia	Porcentaje
Curativo (atención inmediata, urgente)	158	32.4
Preventivo (evitar complicaciones a futuro)	324	66.5
Otros	5	1
Total	487	100

El tipo de servicio al que han asistido los pacientes: el 91.7 % servicio privado y el 7.9% al servicio público (Ver Tabla 4.5).

Tabla 4.5*Tipo de servicio al que acude*

	Frecuencia	Porcentaje
Otro	2	0.4
Privado	440	90.3
Público	45	9.2
Total	487	100

La duración del tratamiento fue variable: la mayor parte de los participantes estuvo más de un año (41.7%), seguido de los que permanecieron de 2 a 6 meses (24.4%), después los que duraron menos de un mes (19.1%) y el 12.5% duró de 7 a 12 meses. Lo que habla que el tipo de tratamiento fue variable con predominio a largo plazo como ortodoncia o periodoncia (Ver Tabla 4.6).

Tabla 4.6.*Tiempo con el Tratamiento Estomatológico (Dental, Odontológico) Actual*

	Frecuencia	Porcentaje
De 2 a 6 meses	119	24.4
De 7 a 12 meses	61	12.5
Más de un año	203	41.7

Menor a 1 mes	93	19.1
Total	487	100

El lugar de residencia abarcó varios estados como Estado de México, Veracruz, Puebla, Oaxaca, Tlaxcala, Guanajuato, CDMX, San Luis Potosí, Guerrero, Morelos, Durango, Nuevo León, Guadalajara, etc., sin embargo, la mayor cantidad de participantes fue del Estado de Puebla. Ver figura 4.17.

El 82.6% de los participantes cepilla sus dientes por lo menos una vez al día; sin embargo, el 24.0% nunca ha utilizado hilo dental o rara vez, solo un bajo porcentaje lo utiliza diariamente (15.5%). Los palillos dentales todavía son utilizados por los pacientes, aunque en muy baja frecuencia (4.5%).

Análisis Factorial Exploratorio

Una vez capturadas las respuestas, se llevó a cabo la validación psicométrica del instrumento por medio del programa estadístico SPSS, v. 21, en el que se siguieron los criterios establecidos por Reyes-Luganes & García y Barragán (2008):

Análisis de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión por reactivo: se analizó la asimetría y la curtosis de cada reactivo, y se constató que todas las opciones de respuesta fueran atractivas para todos los participantes.

Análisis de poder discriminativo de los reactivos: con el uso de la *t* Student y los *crosstabs*, se formaron dos grupos extremos (puntajes altos y puntajes bajos) que fueron contrastados para identificar si ambos grupos discriminaban.

Análisis factorial para cada dimensión: por medio del método de componentes principales con rotación ortogonal, se depuraron los reactivos que no cumplieron con las especificaciones requeridas (puntaje menor a 0.40 y agrupación en más de una dimensión).

Análisis de confiabilidad interna: se llevó a cabo por medio del alfa de Cronbach para cada factor y la escala en general.

Antes de iniciar con el análisis, se verificó la dirección del reactivo, se ponderaron de esa manera los que tuvieron sentido contrario a la adherencia al tratamiento estomatológico, como ejemplos: Reactivo 7 “Las dificultades financieras limitan el cumplimiento del tratamiento estomatológico”, Reactivo 29 “He tenido experiencias negativas con los estomatólogos”, Reactivo 62 “Considero que mis actividades laborales interfieren el cumplimiento del tratamiento”, entre otros.

El primer paso para el análisis estadístico para la validación psicométrica fue el análisis de frecuencia reactivo por reactivo, en el que solicitó al programa estadístico la media y el sesgo, se verificó que las respuestas fueran atractivas y se observaron errores que pudieran presentarse. Es así como se obtuvieron las frecuencias, las medidas de tendencia central y las de dispersión por reactivo, ver tabla 4.7.

Tabla 4.7.

Media, Desviación Estándar, Sesgo y Curtosis de cada Reactivo

Reactivos	Media	DE	Asimetría	Curtosis
1. Aparto dinero para mi tratamiento estomatológico.	4.548	1.6571	-.882	-.476
2. Conozco la duración de mi tratamiento	4.924	1.4474	-1.281	.629
3. Acudo a las consultas estomatológicas con ansiedad	2.655	1.7580	.665	-.930
4. Me dejo llevar por lo que me dice mi familia o amigos respecto al tratamiento estomatológico	1.8542	1.32765	1.594	1.607
5. El tratamiento que recibo por parte del estomatólogo es de calidad	5.452	.9214	-1.854	3.210
6. El estomatólogo me indica el número de veces que debo cepillarme durante el día	5.107	1.4561	-1.532	1.157
7. Las dificultades financieras limitan el cumplimiento del tratamiento estomatológico	3.343	1.8447	.065	-1.434

8. El estomatólogo me indica la periodicidad de las citas.	5.460	1.0010	-2.145	4.563
9. Pongo excusas para no cumplir con las indicaciones	1.852	1.3436	1.723	2.244
10. Reconozco que la salud bucal es una buena inversión	5.622	.9563	-3.165	10.566
11. Creo que, si ya no tengo molestias, es mejor suspender el tratamiento	1.881	1.3886	1.599	1.575
12. Estoy satisfecho(a) con la duración de mi tratamiento	5.041	1.3541	-1.438	1.206
13. Por mi situación bucal, asisto obligatoriamente al estomatólogo	3.474	1.8984	.021	-1.467
14. Confío en el tratamiento llevado a cabo	5.485	.9809	-2.170	4.419
15. Tomo en cuenta algunas páginas de internet para seguir mi tratamiento estomatológico	2.649	1.7597	.706	-.866
16. El estomatólogo me sugiere evitar una alta ingesta en azúcares	4.324	1.7396	-.643	-.911
17. Utilizo una rutina para cumplir las indicaciones del estomatólogo (programar recordatorios, etc.)	4.287	1.6366	-.596	-.866
18. Mis problemas familiares interfieren en cumplir con el tratamiento	2.226	1.6587	1.117	-.138
19. Estoy motivado(a) en cumplir todo el tratamiento	5.450	1.0189	-2.184	4.941
20. El estomatólogo es honesto con la propuesta de tratamiento	5.497	.9204	-2.193	5.274
21. Me siento capaz de evitar cualquier riesgo que afecte mi salud bucal	5.084	1.1807	-1.286	1.073
22. Al cumplir con las indicaciones está garantizado el éxito del tratamiento	5.310	1.0043	-1.680	2.926
23. El cumplir con las indicaciones al pie de la letra, afecta mi estilo de vida.	2.468	1.6883	.872	-.561
24. Existe gente a mi alrededor que me sugiere abandonar el tratamiento	1.805	1.4434	1.730	1.683
25. El estomatólogo fomenta un ambiente agradable durante la atención estomatológica	5.433	1.1181	-2.262	4.704
26. Se me olvida seguir algunas indicaciones del tratamiento	3.117	1.6607	.116	-1.306
27. La atención del estomatólogo es personalizada	5.415	1.0908	-2.054	3.756
28. He tenido experiencias negativas con los estomatólogos	3.203	1.9515	.223	-1.510
29. El estomatólogo me ofrece alternativas diferentes para cumplir con las indicaciones	4.643	1.5448	-.989	-.021
30. El estomatólogo está comprometido con su profesión	5.589	.8676	-2.516	6.704
31. El estomatólogo tiene buena destreza manual	5.530	.8598	-2.111	4.591

32. El estomatólogo me indica evitar conductas que pongan en riesgo mi salud bucal	5.382	1.1376	-2.144	4.281
33. El estomatólogo me trata con respeto	5.766	.6809	-3.636	14.934
34. Suelo pedir sugerencias y opiniones respecto a mi tratamiento estomatológico	4.583	1.6458	-.956	-.318
35. La salud bucal es igual de importante que la salud en general	5.758	.7334	-3.483	12.762
36. Conozco los beneficios de mi tratamiento estomatológico	5.674	.7301	-2.401	5.287
37. Se me dificulta dejar de comer lo que más me gusta por el tratamiento	3.671	1.7809	-.175	-1.299
38. Cepillo mis dientes por lo menos dos veces al día	5.501	.9293	-2.003	3.579
39. Tengo poco tiempo para cumplir con las indicaciones del estomatólogo	2.889	1.7309	.461	-1.101
40. Me siento cómoda(o) en el consultorio	5.546	.9945	-2.560	6.583
41. El consultorio está limpio	5.721	.7086	-2.816	7.948
42. El estomatólogo verifica que entienda todo lo que me está diciendo	5.606	.8368	-2.517	7.100
43. El estomatólogo es amable durante la atención estomatológica	5.713	.7695	-3.049	9.442
44. No creo necesario la administración de medicamentos durante el tratamiento estomatológico	3.318	1.8690	.078	-1.443
45. Me siento capaz de pagar el tratamiento	4.906	1.3113	-1.073	.282
46. Para la continuidad de mi tratamiento tomamos decisiones conjuntas	5.014	1.3294	-1.404	1.209
47. Soy puntual con las citas programadas	5.341	1.0496	-1.831	3.122
48. Cuento con algún familiar que me ayude a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)	4.686	1.7852	-1.071	-.353
49. El estomatólogo sugiere evitar algunos alimentos o bebidas para mejorar mi salud bucal	5.025	1.4023	-1.393	.929
50. El estomatólogo escucha mis inquietudes respecto al tratamiento	5.528	.9223	-2.215	4.893
51. El estomatólogo me ha enseñado cómo realizar la higiene bucal	5.004	1.4671	-1.350	.629
52. Hago preguntas cuando no entiendo las indicaciones del estomatólogo	5.460	.9633	-2.098	4.553
53. El estomatólogo incluye materiales audiovisuales para la explicación del tratamiento	3.764	1.9446	-.229	-1.461
54. Acepto voluntariamente el tratamiento	5.661	.7819	-2.672	7.485

55. La atención estomatológica ocurre sin molestias (sin dolor)	4.963	1.1840	-1.176	1.048
56. El estomatólogo es puntual durante las sesiones	5.244	1.1949	-1.803	2.875
57. El estomatólogo me sugiere evitar fumar.	4.743	1.8308	-1.156	-.240
58. Tengo confianza al estomatólogo	5.546	.9148	-2.396	6.025
59. Me preocupa ser molestado(a) al utilizar cierto tipo de aparatos en boca	3.248	1.9067	.096	-1.520
60. Participo en las decisiones respecto al tratamiento	5.152	1.2478	-1.591	1.900
61. Considero que mis actividades laborales interfieren el cumplimiento del tratamiento	2.725	1.7726	.577	-1.061
62. En caso de requerir medicamentos, el estomatólogo me explica la forma correcta de tomarlos	5.388	1.1346	-2.204	4.685
63. La atención que recibo del estomatólogo se lleva a cabo sin contratiempos	5.458	.9968	-2.193	4.952
64. El consultorio es agradable	5.637	.7995	-2.672	8.052
65. La asistente o el estomatólogo me recuerdan mi cita programada.	4.676	1.8023	-1.060	-.388
66. Estoy cansado(a) para cumplir con todas las indicaciones del estomatólogo	2.359	1.6754	.910	-.579
67. Cuento con algún amigo(a) que me ayude a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)	3.014	2.1319	.408	-1.580
68. El estomatólogo me da por escrito las indicaciones	4.271	1.8494	-.609	-1.111
69. En caso de requerir medicamentos, olvido tomarlos	2.292	1.6028	.995	-.374
70. Recibo un buen trato de mi estomatólogo	5.678	.7676	-3.022	10.563
71. Suelo ser una persona especial (difícil) durante la atención estomatológica.	2.189	1.6584	1.216	.130
72. Asisto voluntariamente al tratamiento	5.645	.8696	-3.033	10.382
73. En caso de indicación de tomar medicamentos, termino las dosis en los horarios indicados	5.209	1.1570	-1.560	2.007
74. Evito tomar alcohol porque el estomatólogo me lo indica	4.655	1.7404	-.985	-.467
75. Mantengo una buena higiene bucal	5.148	1.0096	-1.179	1.185
76. Me siento capaz de tomar todos los medicamentos que me indican	5.538	.9129	-2.410	6.146
77. Me siento capaz de cumplir con el tratamiento	5.618	.8227	-2.508	6.553
78. Visito por lo menos una vez al año a mi estomatólogo	5.119	1.4194	-1.529	1.202

79. Asisto a las citas programadas	5.565	.9315	-2.513	6.403
80. En caso de requerir medicamentos, entiendo su utilidad en mi tratamiento	5.573	.8403	-2.467	7.385
81. El estomatólogo tiene disponibilidad conmigo	5.546	.9392	-2.453	6.278
82. Me siento capaz de mantener una adecuada higiene bucal	5.509	.8651	-2.183	5.330
83. Me siento obligado a realizar el tratamiento	3.121	2.0397	.256	-1.598
84. No asisto regularmente a las consultas estomatológicas porque sigo percibiendo dolor	1.973	1.5835	1.486	.808
85. Canelo con frecuencia las citas programadas	1.895	1.4356	1.550	1.230
86. El estomatólogo atiende mis peticiones	5.302	1.0702	-1.818	3.440
87. Considero que lo que pago por el tratamiento es excesivo	2.585	1.6407	.695	-.757
88. El estomatólogo es educado	5.725	.7044	-2.961	8.951
89. El estomatólogo me proporciona información detallada antes/ durante/ después del procedimiento	5.411	1.0979	-2.188	4.687
90. El estomatólogo toma en cuenta mis opiniones respecto al tratamiento	5.341	1.0805	-1.850	3.158
91. Los aparatos e instrumental que utiliza el estomatólogo(a) están en buen estado	5.628	.7879	-2.406	5.774
92. Traigo conmigo productos de higiene bucal para realizarla en cualquier lugar	3.943	1.8237	-.336	-1.271
93. Evito realizar actividades con los dientes como destapar botellas, morder uñas, cortar cosas, etc.	4.897	1.5601	-1.252	.349
94. El estomatólogo dedica tiempo para explicarme las indicaciones	5.439	1.0183	-2.171	4.867
95. Hay alguien cercano a mí que generalmente está pendiente de mi tratamiento estomatológico	4.199	1.9104	-.550	-1.252
96. Estoy satisfecho(a) con el profesionalismo del estomatólogo	5.554	.8658	-2.231	5.325
97. Conozco los riesgos que pueden existir en el tratamiento	5.324	1.1283	-1.836	2.949

Verificación de asimetría y curtosis

En este punto se buscaron las conductas típicas de la población o que se dan en una distribución normal. Los reactivos 7 (Las dificultades financieras limitan el cumplimiento del tratamiento estomatológico), 13 (Por mi situación bucal, asisto obligatoriamente al estomatólogo), 23, (El cumplir con las indicaciones al pie de la letra afecta mi estilo de

vida),59 (Me preocupa ser molestado(a) al utilizar cierto tipo de aparatos en boca), 67 Cuento con algún amigo(a) que me ayude a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.) tuvieron un sesgo negativo.

Se procedió a la suma de los reactivos (compute) de la base completamente limpia, para lo cual se crearon grupos y se obtuvieron los cuartiles 1 (puntajes bajos) y 4 puntajes altos, y se creó una variable nueva llamada “suma_adherencia”. Se verificaron los cuartiles; el primero fue del 336 al 457.75 y el cuarto cuartil fue del 522 al 563.

Después se recodificaron los recorridos bajos y altos y se clasificaron en dos grupos: 1 para el primer caso y 2, para el segundo; se revisó la diferencia entre dos grupos extremos (cuartil 1 y 4). Se realizó la prueba T de Student para muestras independientes; se recodificó con una variable distinta llamada “grupos”, se eliminaron los reactivos que tuvieron un valor significativo bilateral mayor a 0.5, es decir, que no hubo discriminación en ambos grupos, se eliminaron el reactivo 34 (Suelo pedir sugerencias y opiniones respecto a mi tratamiento estomatológico) y el 67 Cuento con algún amigo(a) que me ayude a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.). Un ejemplo de reactivo discriminativo se puede observar en la tabla 4.8.

Tabla 4.8

R1. Aparto Dinero para mi Tratamiento Estomatológico

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	42	8.6
Bastante en desacuerdo	31	6.4
En desacuerdo	52	10.7
De acuerdo	65	13.3
Bastante en de acuerdo	87	17.9
Totalmente de acuerdo	210	43.1
Total	487	100

Para decidir el tipo de rotación que se debía ocupar para el análisis factorial (ortogonal u oblicua) se realizó una correlación de Pearson entre los reactivos, con excepción del 34 y el 67, los resultados de las puntuaciones en general fueron bajas y medias, se incluyó una matriz de correlaciones determinante, KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett. La extracción se hizo por componentes principales, basado en autovalores mayor a 1 y el número máximo de iteraciones para la convergencia fue de 250. Se eligió rotación Varimax por las correlaciones bajas y media. Se le pidió al programa que los reactivos fueran ordenados de acuerdo con el tamaño factorial (mayor a menor). Para determinar los factores a eliminar se tomaron en cuenta 3 criterios: puntaje menor a 0.40, que la dimensión formada tuviera menos de 3 reactivos o que apareciera en dos o más dimensiones.

La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer Olkin (KMO) fue de 0.942, la primera vez tuvo 20 dimensiones y una varianza explicada del 62.57 %. Cuando se analizó la matriz de componentes rotados se eliminaron los reactivos 90, 20, 40, 72, 60, 76, 36, 85, 51, 44, 79, 47, 2, 1, 17, 12, 28, 80, 78, 74, 73, 13, 83, 93, 4 y 15 porque no cumplían con los criterios establecidos.

Después de eliminar los reactivos anteriores, el KMO subió a 0.946, se marcaron 14 dimensiones con varianza explicada de 61.27% y se eliminaron los reactivos 5, 26, 53, 68, 65, 14, 6, 10, 92, 29, 3, 55, 34 y 37. Se hizo un tercer análisis y el KMO fue de 0.952, con la presencia de 9 factores y una varianza explicada de 58.80% y se eliminaron los reactivos 33, 27, 77, 24, 7, 21 y 8.

Para el cuarto análisis el KMO fue de 0.952, con la presencia de 9 factores y una varianza explicada de 58.80% y se eliminaron los reactivos 46 y 35. Por último se incluyó un quinto análisis cuyo KMO fue de 0.951, con 5 factores y la varianza explicada del 53.34% en el que se eliminaron los reactivos 22, 45 y 19. Ver tabla 4.9.

Tabla 4.9.

Escala de Adherencia al Tratamiento en Estomatología. Versión para los pacientes (EATEp)

Alpha de Cronbach	.83	.95	.87	.76	.68	.64
Porcentaje de varianza explicada	54.52	28.16	11.57	5.69	4.62	4.46
Media	5.55	5.52	2.39	5.38	4.69	3.96
Desviación estándar	.42	.66	1.05	.770	1.30	1.49
Reactivos	Comuni- cación	Obstáculos	Conducta higiene bucal	Conducta de salud	Redes de apoyo	
70. M_SAT12 Recibo un buen trato de mi estomatólogo	.795	-.104	.216	.072	.030	
96. M_SAT10 Estoy satisfecho(a) con el profesionalismo del estomatólogo	.786	-.164	.103	.068	.048	
58. M_SAT2 Tengo confianza al estomatólogo	.776	-.140	.102	.128	.009	
63. M_SAT11 La atención que recibo del estomatólogo se lleva a cabo sin contratiempos	.773	-.053	-.007	.157	.111	
91. M_SAT6 Los aparatos e instrumental que utiliza el estomatólogo(a) están en buen estado	.767	-.178	.191	-.017	.008	
30. (I_VALORES) El estomatólogo está comprometido con su profesión	.767	-.113	.110	.031	.059	
43. I_COMP4 El estomatólogo es amable durante la atención estomatológica	.764	-.139	.161	.027	.034	
64. M_SAT5 El consultorio es agradable	.756	-.112	.192	.106	-.013	
50. I_CE4 El estomatólogo escucha mis inquietudes respecto al tratamiento	.738	-.136	.062	.177	.119	
94. I_CE1 El estomatólogo dedica tiempo para explicarme las indicaciones	.731	-.146	.104	.113	-.010	
41. (M_SAT15) El consultorio está limpio	.729	-.113	.315	.011	-.044	
88. I_V2 El estomatólogo es educado	.728	-.197	.199	-.101	.007	
31. (M_SATISF) El estomatólogo tiene buena destreza manual	.725	-.061	.199	.105	.130	
42. I_CE2 El estomatólogo verifica que entienda todo lo que me está diciendo	.724	-.098	.006	.186	.054	
81. I_CE6 El estomatólogo tiene disponibilidad conmigo	.723	-.111	.158	.049	-.005	
89. I_CTX1 El estomatólogo me proporciona información detallada antes/ durante/ después del procedimiento	.722	-.122	-.058	.133	.017	

56. I_COMP5 El estomatólogo es puntual durante las sesiones	.663	-.035	-.043	.157	.038
62. CEG_IF1 En caso de requerir medicamentos, el estomatólogo me explica la forma correcta de tomarlos	.632	-.040	.028	.278	.096
86. I_CE5 El estomatólogo atiende mis peticiones	.596	-.154	-.037	.055	.148
25. (M_SATISF) El estomatólogo fomenta un ambiente agradable durante la atención estomatológica	.588	-.110	.046	.140	.097
52. I_CE3 Hago preguntas cuando no entiendo las indicaciones del estomatólogo	.521	-.090	.298	.062	-.090
54. CEG_AV2 Acepto voluntariamente el tratamiento	.499	-.185	.398	-.017	.052
97. I_CTX4 Conozco los riesgos que pueden existir en el tratamiento	.490	-.130	.230	.262	.098
61. I_CRE4 Considero que mis actividades laborales interfieren el cumplimiento del tratamiento	-.145	.713	-.023	.041	-.036
66. E_OBST2 Estoy cansado(a) para cumplir con todas las indicaciones del estomatólogo	-.191	.692	.001	-.003	.063
39. (E_OBSTAC) Tengo poco tiempo para cumplir con las indicaciones del estomatólogo	-.115	.686	-.077	-.010	-.110
69. CEG_IF2 En caso de requerir medicamentos, olvido tomarlos	-.085	.650	-.070	.014	.189
18. (E_OBSTAC) Mis problemas familiares interfieren en cumplir con el tratamiento	-.125	.643	-.078	.013	-.140
84. CEG_AP5 No asisto regularmente a las consultas estomatológicas porque sigo percibiendo dolor	-.258	.641	-.063	.077	.046
23. (I_CREENCIAS) El cumplir con las indicaciones al pie de la letra, afecta mi estilo de vida.	-.104	.628	-.066	.008	.090
9. (E_OBSTAC) Pongo excusas para no cumplir con las indicaciones	-.075	.610	-.348	.063	-.014
87. I_CRE1 Considero que lo que pago por el tratamiento es excesivo	-.289	.591	.228	.021	-.118
59. E_OBST4 Me preocupa ser molestado(a) al utilizar cierto tipo de aparatos en boca	.044	.563	-.087	-.139	.023
11. (I_CREENCIAS) Creo que, si ya no tengo molestias, es mejor suspender el tratamiento	-.069	.556	-.227	-.041	.096
75. CEG_HB1 Mantengo una buena higiene bucal	.295	-.181	.723	.082	.083
38. (CONDUCTA_EG) Cepillo mis dientes por lo menos dos veces al día	.195	-.136	.714	.131	.087
82. M_AE5 Me siento capaz de mantener una adecuada higiene bucal	.378	-.264	.638	-.010	.090
16. (CONDUCTA_EG) El estomatólogo me sugiere evitar una alta ingesta en azúcares	.201	.068	-.012	.777	.103
49. CEG_CR6 El estomatólogo sugiere evitar algunos alimentos o bebidas para mejorar mi salud bucal	.339	-.027	.144	.702	.050
57. CEG_CR5 El estomatólogo me sugiere evitar fumar.	.271	.018	.062	.661	-.044

48. E_RA1 Cuento con algún familiar que me ayude a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)	.113	-.060	.121	-.040	.784
95. E_RA3 Hay alguien cercano a mí que generalmente está pendiente de mi tratamiento estomatológico	.124	.002	.073	.030	.753
67. E_RA2 Cuento con algún amigo(a) que me ayude a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)	.059	.185	-.013	.115	.689

Nota. Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax Kaiser. La rotación convergió en seis iteraciones

Las Cinco Dimensiones de la Adherencia al tratamiento en Estomatología

El análisis factorial ha logrado identificar cinco factores subyacentes tras el constructo de adherencia al tratamiento en estomatología, que puede interpretarse como una conducta compleja en el que se incluyen no solo aspectos del paciente, sino que involucran al estomatólogo y la relación que guarda con este, los cuales se describen a continuación.

Factor 1. Comunicación: Los reactivos de este factor, tal como están formulados indican la comunicación que existe con el estomatólogo, el trato que reciben los pacientes, que reflejan la relación y la satisfacción durante su visita. Se incluyen las conductas del estomatólogo que fomentan la adherencia al tratamiento, como la destreza manual, el tiempo que dedica a dar explicaciones, la amabilidad.

El factor 1 tiene veintitrés reactivos, el mayor número de la Escala de adherencia al tratamiento en estomatología, explica el 28.16% de la varianza total y sus cargas factoriales son elevadas, posee una alta confiabilidad (Alfa de Cronbach = 0.95).

Factor 2. Obstáculos: Los once reactivos de este factor expresan todas las conductas que afectan la adherencia al tratamiento como las excusas, el olvido, el costo, las afectaciones al

estilo de vida, los problemas, el cansancio, problemas, etc. La categoría que evalúa este factor posee una alta confiabilidad (Alfa de Cronbach = 0.87).

Factor 3. Conductas de salud bucal: como su nombre lo indica, son acciones que el paciente realiza con el fin de mantener y preservar su salud bucal. También se incluye la autoeficacia en el logro de la conducta. La categoría que mide el Factor 3, posee una confiabilidad media (Alfa de Cronbach = 0.76).

Factor 4. Conductas de salud: Estas conductas ayudan a mantener la salud para evitar riesgo como el fumar, el consumo alto de azúcares y algunos alimentos que son indicados por el estomatólogo. Tiene solo cuatro reactivos y su confiabilidad es media =0.68.

Factor 5. Redes de apoyo, por último, contar con personas alrededor que ayuden durante el tratamiento, ya sea de manera económica o con el cuidado de los niños (en el caso de personas que lo requieran) o con el transporte influye en que el paciente se adhiera al tratamiento estomatológico. El Alpha fue medio 0.64 y cuenta con 3 reactivos.

Al final se obtuvieron 43 reactivos distribuidos en cinco factores (Ver tabla 4.9) denominados *comunicación* ($\alpha = .95$), *obstáculos* ($\alpha = 0.87$), *conducta higiene bucal* ($\alpha = 0.76$), *conductas de salud* ($\alpha = 0.68$) y *redes de apoyo* ($\alpha = 0.64$). La escala total tuvo un $\alpha = 0.836$ y una varianza explicada del 54.52 %; que evalúa la adherencia de los pacientes al tratamiento estomatológico. A partir de los resultados obtenidos, se puede concluir que la escala cuenta con propiedades psicométricas aceptables.

Estudio Cualitativo

El instrumento contó con preguntas abiertas que se analizaron de forma cualitativa. Los datos recolectados fueron en periodo de pandemia por *Covid 19*, se les preguntó a los

participantes: ¿Qué modificaciones ha tenido que hacer usted respecto al tratamiento? Los pacientes contestaron que las citas fueron en lo que más modificaciones hubo, ya que se tornaron “largas”, “con cambios”, “prolongadas”, “se cancelaron”, se suspendieron”.

También el consultorio sufrió modificaciones, respondieron que “hay poca gente en sala de espera”, “evitar acompañantes”, a algunos les solicitaron “prueba COVID”, entre otros, su higiene bucal también cambió, algunos describieron que fue “mayor”, “enjuagues con agua oxigenada o vinagre”. Respecto al tratamiento, algunos se “pospusieron, por no ser urgencia”, el horario también cambió, fue “más restringido” y se buscó que fueran “la primera cita”. También comentaron que se “cerró el consultorio” y la existencia de “miedo” y “desconfianza” (ver Figura 4.8).

Figura 4.18

Modificaciones al tratamiento durante la pandemia.



Elaboración propia

Otra pregunta que se les hizo a los participantes fue que describieran el tratamiento llevado a cabo, las respuestas fueron diversas y el tratamiento fue considerado como el fármaco que fue prescrito, para otros la especialidad del estomatólogo, la dieta, algunos contestaron de forma muy general y otros de forma muy específica. Como se puede observar en la figura 4.19. Como se puede observar el “término” tratamiento adopta diversos significados para los pacientes.

Respecto al tratamiento ortodóncico nombraron: cambio de ligas, brakets, revisión mensual, ajustes, etc. En cuanto al tratamiento de cirugía mencionaron: bichectomía, extracción de muela del juicio, tratamiento de maxilar dislocado. El tratamiento de rehabilitación los pacientes nombraron: amalgamas, restauraciones, obturaciones pendientes, incrustaciones, tapar muelas picadas. El tratamiento preventivo consistió en limpieza,

detartraje, profilaxis, etc. El Tratamiento farmacológico: amoxicilina con ácido clavulánico y por último, el Tratamiento de endodoncia: retratamientos (Ver figura 4.19).

Figura 4.19.

Tratamiento descrito por los participantes.



Fuente: elaboración propia

La última pregunta abierta, correspondió a ¿Qué aspectos podrían ayudarle a mejorar su nivel de cumplimiento al tratamiento estomatológico (dental)? Los participantes respondieron que de manera personal “ser responsable”, “ordenado”, “comprometido”, “poner más atención”, etc.

El aspecto económico fue uno de los más mencionados al decir que hubiera “paquetes”, “pagos cómodos”, “costos accesibles”, etc., comentaron que los estomatólogos juegan un papel importante para fomentar su propia adherencia al “mostrar el material estéril”, “den más información “y “recuerden citas, ya sea vía *WhatsApp* o telefónica”. Otros

aspectos incluyeron la creación de una “aplicación”, “talleres para mejora de la higiene bucal”, “consultas telefónicas”, etc. (Ver figura 4.20).

En cuanto al consultorio, los pacientes mencionaron que les gustaría que se ampliara el tiempo de atención, utilizar pieza de mano silenciosa, que existiera un lugar destinado para llevar a cabo la higiene bucal.

Figura 4.20

Aspectos que Mejoran el Nivel de Adherencia al Tratamiento Estomatológico



Elaboración propia

Versión para estomatólogos

La muestra fue de tipo no probabilística por conveniencia de n=72. Los criterios de inclusión incluyeron estomatólogos que ejercieran la profesión, que vivieran en México y que de

manera libre y voluntaria aceptaran participar en la investigación. Se observó baja participación por parte de los estomatólogos, a pesar de haber realizado varias gestiones para alcanzar un número de mayor de participantes de acuerdo con la propuesta de Stevens (1992).

Participantes

La edad de los estomatólogos fue de 22 a 73 años ($M=39.04$, $DE=10.82$). Respecto al sexo eran 50 mujeres (68.49%), 22 hombres (30.13%). De acuerdo con el estado civil eran 25 casados(as) (34.24%), 5 divorciados (as) (6.8%), 35 solteros(as) (48.61%), 7 en unión libre (9.58%). El mayor porcentaje como nivel máximo de estudios fue a nivel licenciatura (56.9%), maestría (25%); especialidad (13.9%) y doctorado (2.8%). Ver tabla 4.10.

Tabla 4.10

Sexo por la especialidad de los participantes

		Especialidad						Total
		Ortodoncia	Rehabilitación	Odonto pediatria	Endodoncia	Otras	Sin Especialidad	
Sexo	Mujeres	7	7	2	2	3	29	50
	Hombres	3	0	2	1	2	14	22
Total		10	7	4	3	5	43	72

Más de la mitad de los participantes no contaba con especialidad (56.9%), dentro de las especialidades que más contestaron fueron los ortodoncistas (13.9%), seguidos de los rehabilitadores bucales (9.7 %) y los odontopediatras (5.6%). Ver tabla 4.10 y 4.11.

Tabla 4.11

Especialidad de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía		
Maxilofacial	1	1.4
Diplomados	2	2.8
Endodoncia	3	4.2
Odontopediatria	4	5.6
Ortodoncia	10	13.9

Otra	3	4.2
Periodoncia	1	1.4
Rehabilitación	7	9.7
Sin especialidad	41	59.7
Total	72	100.0

El año de egreso de la licenciatura fue desde 1970 hasta 2020 y el que tuvo mayor cantidad de respuestas fue del 2015 (6.9%), seguido en porcentaje (5.6%) por los que egresaron en los años 1994, 1999, 2004, 2011 y 2018.

Procedimiento. Se invitó a participar a través de las diferentes redes sociales como *WhatsApp, Facebook, Twitter, Instagram*. El instrumento se acompañó de una leyenda que especificó el objetivo de la investigación, el tiempo destinado a contestar la encuesta y los criterios de inclusión, así como los datos de contacto y los fines de la investigación. El tiempo de recolección de datos fue de febrero a octubre del 2021 en tiempos de pandemia por COVID 19 (ver figura 4.21).

Figura 4.21.

Invitación a Participar para los Estomatólogos.

¿Odontólogo(a)/estomatólogo(a)/cirujano dentista?
 ¡Necesitamos su ayuda! Como parte de un proyecto de tesis doctoral en la Universidad Iberoamericana Campus Puebla, lo invitamos a contestar el cuestionario sobre el cumplimiento al tratamiento estomatológico. Este cuestionario nos ayudará a conocer los factores que propician el apego al tratamiento en pacientes, así como las conductas que como odontólogo promueve para aumentarlo. Tomará alrededor de 20 minutos, sus respuestas serán confidenciales y anónimas. Si tiene alguna duda o pregunta favor de contactar a Karla Teutli, estudiante del Doctorado en Investigación Psicológica al correo: karla.teutli@iberopuebla.mx De click al siguiente enlace para ir al cuestionario:
<https://forms.gle/Kdz17BBteW1oe1VU9>

Instrumento

Se tomaron en cuenta los 96 reactivos derivados del estudio piloto, los cuales tuvieron un formato tipo Likert con seis opciones de respuesta: de *totalmente en desacuerdo* (1), a *totalmente de acuerdo* (6).

Resultados

Como se puede observar en la Tabla 4.12, el año de egreso de la licenciatura fue desde 1970 hasta 2020. El tipo de práctica profesional en su mayoría fue de tipo privado (77.8%) y la atención pública (11.1%).

Tabla .12
Tipo de práctica profesional

	Frecuencia	Porcentaje
Ambas	8	11.1
Privada	56	77.8
Pública	8	11.1
Total	72	100.0

El método de pago en su mayoría estuvo a cargo del paciente (90.3%) (Ver Tabla 4.13). El tiempo de ejercer la profesión fue desde uno hasta 40 años de práctica profesional (M=13.89; D.E. 10.20).

Tabla 4.13*Método de Pago por Especialidad en la Práctica Estomatológica*

		Ambos	Por cuenta del paciente	A través de aseguradora	Total
Especialidad	Cirugía Maxilofacial	1	0	0	1
	Diplomados	0	2	0	2
	Endodoncia	0	3	0	3
	Odontopediatría	1	3	0	4
	Ortodoncia	1	9	0	10
	Periodoncia	0	1	0	1
	Rehabilitación	1	6	0	7
	Otra	0	2	0	3
	Sin especialidad	0	39	1	41
	Total	4	65	1	72

El tiempo mínimo de atención a un paciente fue de 20 minutos y el máximo fue de 2 horas (M=62.85; D.E.=24.96). Una cuarta parte de los participantes (26.4%) atendió en 60 minutos a los pacientes, seguido de los que ocuparon 90 minutos para la atención estomatológica (16.7%) (Ver Tabla 4.14).

Tabla 4.14*Promedio de Atención Estomatológica en Minutos*

	Frecuencia	Porcentaje
20	4	5.6
25	1	1.4
30	2	2.8
35	3	4.2
40	3	4.2
45	7	9.7
50	8	11.1
60	19	26.4
70	3	4.2
75	2	2.8
80	2	2.8
90	12	16.7
100	2	2.8
120	4	5.6
Total	72	100.0

Se realizó una tabla cruzada para ver el tiempo invertido en la atención estomatológica por especialidad y fue muy variado, desde los que ocupaban sólo 20 minutos mencionado por estomatólogos de práctica general hasta los que ocuparon dos horas mencionado por estomatólogos de práctica general y endodoncista (Ver Tabla 4.15).

Tabla 4.15.

Duración en minutos de acuerdo con la especialidad

Duración en minutos	Especialidad						Sin Especialidad	Total
	Ortodoncia	Rehabilitación	Odontopediatría	Endodoncia	Otras			
20	1	0	0	0	0	0	3	4
25	0	0	0	0	0	0	1	1
30	2	0	0	0	0	0	0	2
35	0	1	0	0	0	1	1	3
40	2	0	0	0	0	1	0	3
45	0	0	2	0	0	0	5	7
50	1	0	0	0	1	1	5	8
60	2	3	2	0	2	2	10	19
70	0	1	0	0	0	0	2	3
75	0	0	0	0	0	0	2	2
80	0	1	0	0	0	0	1	2
90	2	1	0	0	0	0	9	12
100	0	0	0	1	0	0	1	2
120	0	0	0	1	0	0	3	4
Total	10	7	4	3	5	5	43	72

Respecto al lugar del ejercicio de su profesión se dividió en los que estaban dentro de la ciudad de Puebla (50%), al interior del Estado (11.1%) y otros estados de la República Mexicana (38.9%) como se observa en la tabla 4.16. Como se observa en la figura 4.21 los estados donde hubo más participación fueron en la región central de la República Mexicana.

Tabla 4.16

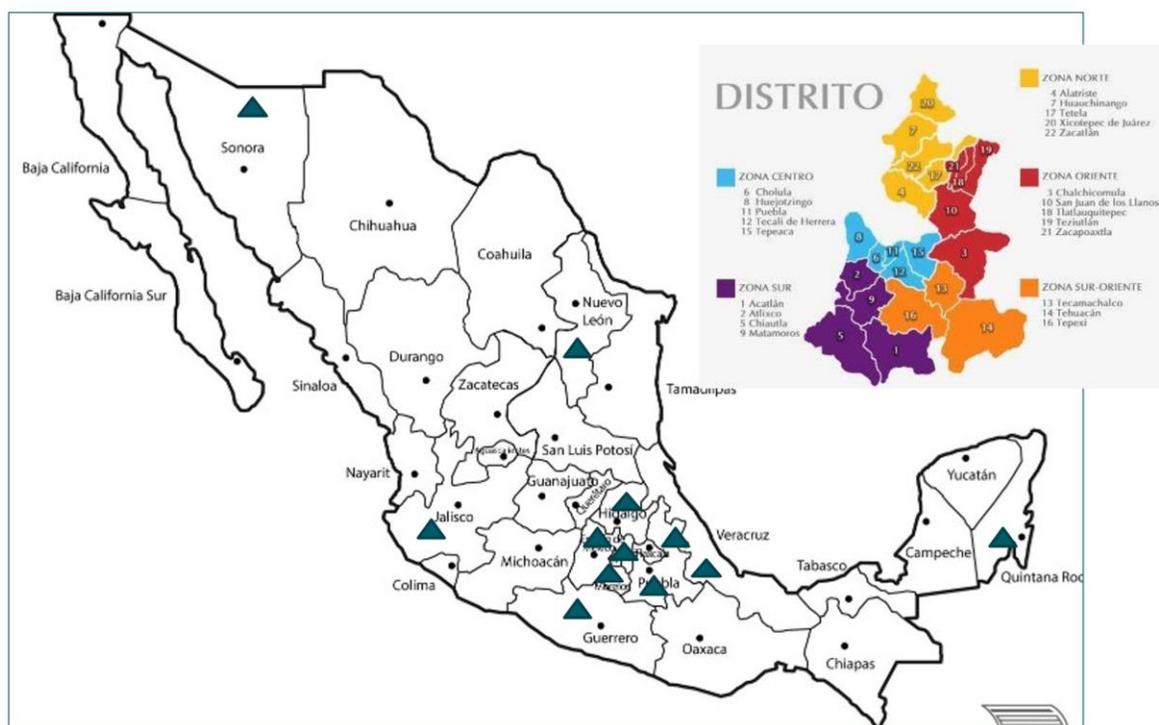
Ciudad de la Práctica Profesional

	Frecuencia	Porcentaje
Ciudad de Puebla	36	50.0
Interior del Estado de Puebla	8	11.1
Otros Estados	28	38.9
Total	72	100.0

Específicamente, los estados de los participantes fueron los siguientes: Estado de México, Guadalajara, Quinta Roo, Sonora, Hidalgo, Nuevo León, Veracruz, Tlaxcala, Guerrero y Michoacán. Ver figura 4.21.

Figura 4.21.

Representación Gráfica del Lugar de Residencia de los Estomatólogos



En la Tabla 4.17 se observa la duración de los tratamientos, el promedio para terminarlos fue muy variado y tuvo que ver con el ejercicio profesional ya que la duración

Autopercepción	6	0	1	0	0	1	0	0	2
de fomento a la	7	0	0	0	3	1	1	0	5
ATE	8	3	0	1	4	16	4	0	28
	9	0	1	0	2	9	14	0	26
	10	0	0	0	2	3	5	1	11
Total		3	2	1	11	30	24	1	72

Análisis Factorial Exploratorio

Una vez capturadas las respuestas, se llevó a cabo la validación psicométrica del instrumento por medio del programa estadístico SPSS, v. 21, en el que se siguieron los criterios establecidos por Reyes-Luganes & García y Barragán (2008):

Análisis de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión por reactivo: se analizó la asimetría y la curtosis de cada reactivo, y se constató que todas las opciones de respuesta fueran atractivas para todos los participantes.

Análisis de poder discriminativo de los reactivos: con el uso de la *t* Student y los *crosstabs*, se formaron dos grupos extremos (puntajes altos y puntajes bajos) que fueron contrastados para identificar si ambos grupos discriminaban.

Análisis factorial para cada dimensión: por medio del método de componentes principales con rotación ortogonal, se depuraron los reactivos que no cumplieron con las especificaciones requeridas (puntaje menor a .40 y agrupación en más de una dimensión).

Análisis de confiabilidad interna: se llevó a cabo por medio del alfa de Cronbach para cada factor y la escala en general.

Antes de iniciar con el análisis, se verificó la dirección del reactivo, se ponderaron de esa manera los que tuvieron sentido contrario a la adherencia al tratamiento estomatológico, como ejemplos: Reactivo 33 “Mis pacientes suelen ser especiales (difíciles) durante la

atención estomatológica”; Reactivo 35 “Cancelo con frecuencia las citas programadas a mis pacientes”, Reactivo 42. “Mis pacientes se sienten obligados a aceptar el tratamiento sugerido”, entre otros.

El primer paso para el análisis estadístico para la validación psicométrica fue el análisis de frecuencia reactivo por reactivo, en el que solicitó al programa estadístico SPSS la media y el sesgo, se verificaron que las respuestas fueran atractivas y se observaron errores que pudieran presentar. De tal manera que se obtuvieron las frecuencias, las medidas de tendencia central y las de dispersión por reactivo, ver Tabla 4.19

Tabla 17

Media, desviación estándar, sesgo y curtosis de cada reactivo

Reactivos	Media	D.E.	Asimetría	Curtosis
1. Doy oportunidad a que mis pacientes acepten voluntariamente el tratamiento	5.71	.680	-3.147	12.442
2. Atiendo las peticiones de mis pacientes respecto a su tratamiento.	5.50	.769	-1.528	1.796
3. Estoy comprometido(a) con el tratamiento de mis pacientes	5.96	.354	-8.485	72.000
4. Proporciono a mis pacientes información detallada antes/durante/después del procedimiento	5.93	.306	-4.844	25.047
5. Mis pacientes escuchan su música favorita durante la atención estomatológica	4.39	1.359	-.538	-.334
6. Mis pacientes están motivados con el tratamiento	5.47	.671	-.904	-.310
7. En caso necesario, mis pacientes cuentan con algún familiar que les ayuda a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)	5.07	.983	-.599	-.870
8. Empleo alguna técnica para el cumplimiento del tratamiento (programación neurolingüística, neuromarketing, etc.)	3.65	1.637	-.111	-1.029
9. Considero que las actividades laborales de mis pacientes interfieren con el cumplimiento del tratamiento	4.29	1.204	-.588	.509
10. Mis pacientes acuden a las consultas estomatológicas con ansiedad	3.22	1.236	.161	-.601
11. Los aparatos e instrumental que utilizo están en buen estado	5.75	.436	-1.179	-.627
12. Doy por escrito las indicaciones	4.97	1.453	-1.310	.575
13. Enseño a mis pacientes cómo realizar la higiene bucal o técnica de cepillado	5.75	.645	-2.637	6.271
14. Creo que la falta de compromiso de mis pacientes les impide cumplir adecuadamente con el tratamiento	2.11	1.181	1.044	.769

15. Mis pacientes mantienen una buena higiene bucal durante el tratamiento	4.60	1.002	-.318	-.578
16. Tomo en cuenta la opinión de mis pacientes respecto al tratamiento estomatológico	5.39	.832	-.995	-.335
17. Indico a mis pacientes mantener una adecuada higiene bucal	5.82	.484	-2.749	6.926
18. Durante el tratamiento, tengo disponibilidad cuando mis pacientes lo necesitan	5.43	.819	-1.431	1.463
19. Sugiero evitar algunos alimentos o bebidas para mejorar su salud bucal	5.61	.832	-2.782	8.720
20. Mis pacientes dejan de comer lo que más les gusta por el tratamiento llevado a cabo	3.75	1.230	-.577	-.182
21. Considero que mis pacientes tienen poco tiempo para cumplir con todas las indicaciones	3.21	1.472	.500	-.622
22. Mis pacientes se dejan llevar por lo que le dicen sus amigos respecto al tratamiento estomatológico	3.13	1.342	.341	-.672
23. Recomiendo llevar consigo productos de higiene bucal para realizarla en cualquier lugar	5.08	1.392	-1.507	1.224
24. Indico a mis pacientes la duración de su tratamiento	5.58	.666	-1.344	.554
25. Indico a mis pacientes la periodicidad de las citas para el logro del tratamiento	5.72	.537	-1.821	2.512
26. Doy a conocer a mis pacientes las consecuencias de no seguir las indicaciones	5.78	.537	-2.961	10.491
27. La atención que reciben mis pacientes es personalizada	5.82	.678	-5.615	36.958
28. Fomento un ambiente agradable durante la atención estomatológica	5.90	.298	-2.777	5.876
29. Mis pacientes se dejan llevar por lo que le dice su familia respecto al tratamiento	3.14	1.485	.392	-.729
30. Considero que el paciente debe firmar un contrato de comportamiento durante el tratamiento estomatológico	4.81	1.544	-1.246	.544
31. Indico a mis pacientes evitar el consumo de alcohol	4.25	1.668	-.560	-.812
32. El cumplir con las indicaciones al pie de la letra, afecta el estilo de vida de mis pacientes	3.33	1.869	.056	-1.493
33. Mis pacientes suelen ser especiales (difíciles) durante la atención estomatológica.	3.42	1.351	.252	-.784
34. Soy honesto (a) con el tratamiento que brindo a mis pacientes	5.85	.522	-3.867	15.727
35. Cancelo con frecuencia las citas programadas a mis pacientes	5.11	1.251	-1.459	1.371
36. Permito que mis pacientes hagan preguntas cuando no entienden las indicaciones	5.92	.402	-6.019	40.387
37. Mis pacientes firman el consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento	5.21	1.278	-1.529	1.404
38. Tomo en cuenta en el estilo de vida de mis pacientes al momento de prescribir los medicamentos	5.25	1.148	-1.316	.545
39. En caso de utilizar aparatología en boca, considero que mis pacientes son molestados al utilizarlos.	3.21	1.727	.376	-1.066
40. Soy puntual con las citas programadas	5.43	.747	-1.734	4.951

41. Indico a mis pacientes que eviten utilizar los dientes para otra función como destapar botellas, cortar algo, etc.	5.76	.722	-3.770	14.942
42. Mis pacientes se sienten obligados a aceptar el tratamiento sugerido	4.32	1.718	-.566	-1.034
43. Mis pacientes cancelan con frecuencia las citas programadas	3.64	1.303	-.314	-.384
44. Mis pacientes están convencidos del tratamiento que les propongo	5.35	.715	-.865	.385
45. Para la continuidad del tratamiento de mis pacientes, tomamos decisiones conjuntas	5.43	.802	-1.116	.062
46. La asistente o yo recordamos la cita a los pacientes.	5.63	.721	-1.847	2.488
47. Sugiero a mis pacientes utilizar auxiliares de la higiene bucal además del cepillo y pasta	5.88	.333	-2.316	3.461
48. Tomo en cuenta las capacidades cognitivas de mis pacientes en caso de administrar medicamentos	5.57	.885	-2.784	9.814
49. Mis pacientes confían en el tratamiento llevado a cabo	5.75	.467	-1.598	1.582
50. Doy a conocer a mis pacientes los beneficios del tratamiento sugerido	5.89	.316	-2.528	4.515
51. Sugiero a mis pacientes llevar a cabo una rutina para cumplir las indicaciones	5.53	.787	-1.968	4.737
52. Me considero capaz de convencer a mis pacientes de la efectividad del tratamiento	5.53	.649	-1.058	.021
53. Ofrezco alternativas diferentes para que mis pacientes cumplan con las indicaciones	5.40	.914	-1.696	2.652
54. Mis pacientes se dejan llevar por lo que ven en las redes sociales	2.76	1.429	.400	-.851
55. Escucho las inquietudes de mis pacientes respecto al tratamiento	5.89	.358	-3.424	12.213
56. Permito participar a mis pacientes en las decisiones respecto al tratamiento	5.40	.929	-1.549	1.917
57. En caso necesario, pregunto si existe algún miembro de la familia que apoye con los gastos	3.89	1.858	-.321	-1.345
58. Mis pacientes cuentan con algún amigo(a) que les ayuda a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)	3.32	1.643	.212	-1.116
59. Conozco las experiencias previas de mis pacientes respecto al tratamiento estomatológico	5.38	.830	-1.263	.977
60. Tomo en cuenta las creencias de mis pacientes respecto a la toma de medicamentos	4.75	1.518	-1.328	.933
61. Pregunto si alguna persona le recuerda cumplir el tratamiento	4.00	1.861	-.566	-1.162
62. Verifico que mis pacientes comprendan la forma correcta de tomar los medicamentos, en caso de ser necesario	5.47	1.100	-2.603	6.947
63. Considero importante enfatizar a mis pacientes evitar conductas que pongan en riesgo su salud bucal	5.57	.917	-3.089	11.142
64. Procuero que mis pacientes se sientan cómodos en el consultorio	5.86	.454	-4.301	22.522
65. En caso de requerir medicamentos explico a mis pacientes la forma correcta de tomarlos	5.86	.348	-2.133	2.622

66. La economía de mis pacientes afecta el cumplimiento del tratamiento estomatológico	2.03	1.198	1.057	.732
67. Tengo la capacidad de cumplir las expectativas de mis pacientes	5.44	.785	-1.876	4.882
68. Me considero educado(a) con mis pacientes	5.96	.201	-4.686	20.523
69. Incluyo materiales audiovisuales para la explicación del tratamiento	5.08	1.264	-1.150	.076
70. Soy amable durante la atención estomatológica	5.97	.165	-5.870	33.384
71. Enfatizo a mis pacientes la importancia de tomar los medicamentos como son prescritos	5.79	.502	-2.429	5.226
72. Trato con respeto a mis pacientes	5.97	.165	-5.870	33.384
73. Considero que existe gente a alrededor de mi paciente que le sugiere abandonar el tratamiento	3.28	1.825	.304	-1.436
74. Lo que mis pacientes pagan por el tratamiento que realizo, es justo	5.71	.759	-4.028	20.912
75. En caso de indicación farmacológica, doy por sentado que mis pacientes cumplen con las dosis recomendadas.	1.82	1.066	1.449	2.269
76. Estoy satisfecho (a) con el tratamiento que realizo	5.65	.561	-1.376	.989
77. Indico a mis pacientes la importancia de asistir a las visitas programadas	5.85	.465	-4.007	19.873
78. Verifico que mis pacientes entiendan todo lo que les digo	5.86	.348	-2.133	2.622
79. El tratamiento que otorgo a mis pacientes es de calidad	5.86	.387	-2.855	8.136
80. Mis pacientes ponen excusas para no seguir las indicaciones puntualmente	2.92	1.563	.483	-.838
81. Dedico tiempo a mis pacientes para explicarles las indicaciones del tratamiento estomatológico	5.88	.373	-3.116	9.925
82. En caso de que mis pacientes tengan dolor, me satisface eliminarlo durante el tratamiento	5.92	.278	-3.080	7.697
83. En caso de prescribir medicamentos, explico a mis pacientes su beneficio	5.88	.373	-3.116	9.925
84. Me siento satisfecho (a) al tener habilidad manual para atender a mis pacientes	5.86	.421	-3.203	10.140
85. Sugiero a mis pacientes el consumo moderado de azúcares en la alimentación	5.19	1.411	-1.749	2.085
86. Mis pacientes confían en mí	5.79	.409	-1.467	.156
87. Estoy abierto a la comunicación con mis pacientes respecto al tratamiento estomatológico	5.93	.256	-3.460	10.255
88. Constato que mis pacientes asistan voluntariamente al tratamiento estomatológico	5.61	.779	-2.494	7.116
89. Mis pacientes asisten a las citas de seguimiento cuando se los indico	5.21	.838	-.857	.127
90. Me siento capaz de lograr que mis pacientes cumplan con el tratamiento	5.57	.668	-1.283	.409
91. Pongo atención a mis pacientes mientras conversamos	5.88	.333	-2.316	3.461
92. Considero que mis pacientes son capaces de adherirse al tratamiento	5.53	.671	-1.400	1.911
93. Me siento satisfecho (a) cuando me recomiendan mis pacientes	5.93	.256	-3.460	10.255

94. Indico a mis pacientes evitar el consumo de tabaco	5.15	1.329	-1.549	1.585
95. Los problemas familiares de mis pacientes pueden interferir en el cumplimiento del tratamiento	2.21	1.414	1.004	.112
96. Entiendo cómo se sienten mis pacientes respecto al tratamiento estomatológico	5.65	.653	-1.994	3.818

Verificación de asimetría y curtosis

Este punto se buscaron las conductas típicas de la población o que se dan en distribución normal como ejemplos los reactivos 21, “Considero que mis pacientes tienen poco tiempo para cumplir con todas las indicaciones”, 42. “Mis pacientes se sienten obligados a aceptar el tratamiento sugerido”, 66. “La economía de mis pacientes afecta el cumplimiento del tratamiento estomatológico”; 73. “Considero que existe gente a alrededor de mi paciente que le sugiere abandonar el tratamiento” 80. “Mis pacientes ponen excusas para no seguir las indicaciones puntualmente”, 95. “Los problemas familiares de mis pacientes pueden interferir en el cumplimiento del tratamiento” tuvieron un sesgo negativo.

Se procedió a la suma de los reactivos (compute) de la base completamente limpia, para lo cual se crearon grupos y se obtuvieron los cuartiles 1 (puntajes bajos) y 4 puntajes altos, y se creó una variable nueva llamada “suma”, se verificaron los cuartiles el primer cuartil fue del 410.00 al 464.25 y el cuarto cuartil fue del 500 al 526.

Se recodificaron los recorridos bajos y altos y se clasificaron en dos grupos: 1 para el primer caso y 2, para el segundo; se revisó la diferencia entre dos grupos extremos (cuartil 1 y 4). Se realizó prueba *T* de Student para muestras independientes; se recodificó con una variable distinta llamada “grupos”, se eliminaron los reactivos que tuvieron un valor significativo bilateral mayor a 0.5, es decir, que no hubo discriminación en ambos grupos, se eliminaron los reactivos: 1, 2, 3, 4, 9, 10, 14, 15, 16, 18,20, 21, 22, 29, 30, 32, 33, 36, 39, 42,

43, 46, 55, 56, 58, 60, 66, 68, 70, 72, 73, 75, 79, 80, 81, 95. Un ejemplo de reactivo discriminativo se puede observar en la Tabla 4.20

Tabla 4.20

Empleo alguna técnica para el cumplimiento del tratamiento de mis pacientes (programación neurolingüística, neuromarketing, etc.)

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	10	13.9
Bastante en desacuerdo	8	11.1
En desacuerdo	15	20.8
De acuerdo	16	22.2
Bastante de acuerdo	10	13.9
Totalmente de acuerdo	13	18.1
Total	72	100.0

Para decidir el tipo de rotación que se debía ocupar para el análisis factorial (ortogonal u oblicua) se realizó una correlación de Pearson entre los reactivos, los resultados de las puntuaciones en general fueron bajas, es posible que se deba al número de participantes. Se incluyó una matriz de correlaciones determinante, KMO y prueba de esfericidad de Bartlett.

La extracción se hizo por componentes principales, basado en autovalores mayor a 1 y el número máximo de iteraciones para la convergencia fue de 250. Se eligió rotación Varimax por las correlaciones bajas. Se le pidió al programa que los reactivos fueran ordenados de acuerdo con el tamaño factorial (mayor a menor). Para determinar los factores a eliminar se tomaron en cuenta 3 criterios: puntaje menor a 0.40, que la dimensión formada tuviera menos de 3 reactivos o que apareciera en dos o más dimensiones.

La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer Olkin (KMO) fue de 0.942, la primera vez tuvo 17 dimensiones y varianza explicada del 78.60 %. Cuando se analizó la matriz de componentes rotados se eliminaron los reactivos 26, 87, 65, 76, 67, 44, 79, 59, 31,

11, 54, 61, 96, 48 y 90 porque no cumplían con los criterios. Después de eliminar los reactivos anteriores, el KMO subió a 0.547, se marcaron 14 dimensiones con varianza explicada de 76.04% y se eliminaron los reactivos 45, 89, 83, 40, 41, 53, 50 y 86.

Se hizo un tercer análisis y el KMO fue de 0.607, con la presencia de 12 factores y una varianza explicada de 73.82% y se eliminaron los reactivos 5, 34, 71, 13, 47, 93, 8, 51 y 6. Para el cuarto análisis el KMO fue de 0.646, con la presencia de 9 factores y una varianza explicada de 69.90% y se eliminaron los reactivos 64, 88, 62, 57, 91, 17 y 7. El quinto análisis cuyo KMO fue de 0.627, con 7 factores y la varianza explicada del 69.08% en el que se eliminaron los reactivos 23, 37, 12, 27, 35 y 82. El sexto análisis tuvo un KMO de .649, con 5 factores y una varianza explicada del 67.91%, se eliminó el reactivo 29 y 25. Al final quedó un KMO de 0.695, con 4 factores y una varianza explicada del 64%. Ver tabla 4.21.

Tabla 4.21.

Escala de adherencia al tratamiento en estomatología. Versión para los estomatólogos

Alpha de Cronbach	0.737	0.8	0.59	0.717	0.65
Porcentaje de varianza explicada	64	17.44	16.38	16.16	14.01
Media	4.55	5.83	5.51	5.58	5.3
Desviación estándar	0.46	34	0.6	55	0.95
Reactivos		Calidad	Preocupación por el pt	Empatía	Conductas de salud
84. Me siento satisfecho (a) al tener habilidad manual para atender a mis pacientes		.848	.193	.051	.203
49. Mis pacientes confían en el tratamiento llevado a cabo		.830	.030	.204	.079
28. Fomento un ambiente agradable durante la atención estomatológica		.795	.273	-.029	.089
77. Indico a mis pacientes la importancia de asistir a las visitas programadas		.131	.765	.004	.105
78. Verifico que mis pacientes entiendan todo lo que les digo		.014	.759	.092	.071
38. Tomo en cuenta en el estilo de vida de mis pacientes al momento de prescribir los medicamentos		.218	.668	-.021	.159

69. Incluyo materiales audiovisuales para la explicación del tratamiento	.232	.549	.391	-.010
92. Considero que mis pacientes son capaces de adherirse al tratamiento	.161	-.028	.846	-.020
74. Lo que mis pacientes pagan por el tratamiento que realizo, es justo	-.045	.024	.766	.080
52. Me considero capaz de convencer a mis pacientes de la efectividad del tratamiento	.078	.180	.743	.109
63. Considero importante enfatizar a mis pacientes evitar conductas que pongan en riesgo su salud bucal	.049	-.028	-.001	.818
85. Sugiero a mis pacientes el consumo moderado de azúcares en la alimentación	.262	.119	.198	.752
94. Indico a mis pacientes evitar el consumo de tabaco	.063	.247	.015	.686

Nota. Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax Kaiser. La rotación convergió en cinco iteraciones

Las Cuatro Dimensiones de la Adherencia al tratamiento en Estomatología. Versión para los estomatólogos

Para los estomatólogos, el análisis factorial ha logrado identificar cuatro factores subyacentes tras el constructo de adherencia al tratamiento en estomatología, que puede interpretarse como una conducta compleja la que se incluyen conductas del estomatólogo para fomentar la adherencia en sus pacientes, las cuales se describen a continuación.

1. Calidad: El factor 1 tiene tres reactivos, explica el 17.4% de la varianza total y sus cargas factoriales son elevadas, estos reactivos indican la habilidad manual, la confianza generada en sus pacientes y el ambiente agradable durante la atención estomatológica, posee una alta confiabilidad (Alfa de Cronbach = 0.80).

2. Preocupación por el paciente: Los cuatro reactivos de este factor expresan todas las conductas que ayudan a un mejor entendimiento del tratamiento como la importancia de asistir a las visitas programadas, verificación de la información e inclusión de materiales audiovisuales para la explicación del tratamiento. Explica el 16.38% de la varianza total. La categoría que evalúa este factor posee una confiabilidad media (Alfa de Cronbach = 0.59).

3. Empatía: como su nombre lo indica, son acciones que el estomatólogo realiza para entender al paciente, los cuales incluyen la honestidad en los pagos, la efectividad del tratamiento y la capacidad de los pacientes de transmitir la efectividad del tratamiento. Explica el 16.16% de la varianza total. La categoría que mide el Factor 3, posee una confiabilidad media (Alfa de Cronbach = 0.71).

4. Conductas de salud: Estas conductas ayudan a prevenir la salud en general y que algunas veces los estomatólogos no sugieren en sus pacientes como el evitar fumar, el evitar la ingesta alta de azúcares y algunos alimentos o bebidas. Tiene solo cuatro reactivos que explican el 14.01% de la varianza total y su confiabilidad es media (Alfa de Cronbach = 0.65). A pesar de que el alcohol en exceso es una condición de riesgo no resultó como resultado del análisis factorial exploratorio.

Al final se obtuvieron 13 reactivos distribuidos en cuatro factores, denominados calidad ($\alpha = 0.80$), preocupación por el paciente ($\alpha = 0.59$), empatía ($\alpha = 0.71$), conductas de salud ($\alpha = 0.65$). La escala total tuvo un $\alpha = 0.73$ y una varianza explicada del 64 %; que evalúa la adherencia al tratamiento en estomatología desde el punto de vista de los estomatólogos, es decir, las conductas que actúan en la adherencia de sus pacientes al tratamiento. A partir de los resultados obtenidos, se puede concluir que la escala cuenta con propiedades psicométricas aceptables. Ver figura 4.21.

Estudio Cualitativo

En el contexto de pandemia se les preguntó a los estomatólogos ¿Qué aspectos podrían ayudar a sus pacientes a mejorar su nivel de cumplimiento al tratamiento estomatológico? Mencionaron la flexibilidad como un factor importante, tanto en el horario de citas, opciones de pago y alternativas de tratamiento. También el conocimiento del tratamiento, conocer las ventajas, consecuencias e importancia. Brindar material de apoyo que refuerce las indicaciones.

Otra pregunta consistió en las modificaciones al tratamiento estomatológico durante la pandemia. La mayor parte de los participantes comentó que aumentó las medidas de seguridad entre las que se encuentran la desinfección de superficies, del paciente, el uso de gel antibacterial, la medición de temperatura, el uso de tapete desinfectante, la vestimenta especial, el oxímetro.

Algunos flexibilizaron el plan de pagos, otros aumentaron sus precios por los costos del material de bioseguridad empleado. Hubo disminución en los tiempos de trabajo, se redujeron las citas por día, se espaciaron las citas para poder desinfectar. Hicieron uso de las tecnologías de la información y la comunicación, como el uso de redes sociales para las consultas breves, *Zoom* o *WhatsApp*. También se solicitó la asistencia sin acompañantes.

Se disminuyó el vínculo o interacción con el paciente al optimizar el tiempo de trabajo. Algunos utilizaron agua oxigenada durante la atención y disminuyó el uso de los aerosoles. Otros estomatólogos se hicieron pruebas COVID cada 15 días y algunos les pidieron llevar a sus pacientes la prueba para la atención estomatológica. Algunos a través del consentimiento informado mencionaron los riesgos de COVID y otros preguntaron

Otro factor importante fue la relación estomatólogo paciente, en el que el paciente se sienta valorado, exista una conexión y vayan motivados a las consultas. Ver figura 4.23.

Figura 4.23.

Opinión acerca de los pacientes que presentan mejor adherencia al tratamiento estomatológico



4.3. Validez de criterio

Versiones pacientes

Se ocupó la misma muestra que se utilizó en el análisis factorial exploratorio (n=487).

Las escalas que se ocuparon fueron las siguientes escalas:

1. Escala de Satisfacción de la Práctica Estomatológica (Albrecht & Hoogstraten, 1998).
2. Versión en español de la Escala de Satisfacción de la Visita Dental (Hakeberg et al, 2000).

3. Escala de Adherencia General (DiMatteo et al., 1993).
4. Reactivos de Cumplimiento Dental (Albrecht & Hoogstraten, 1998).
5. Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S), Miedo al COVID-19 (Ahorsu et al., 2020).

En la Tabla 4.23 se observan las correlaciones de Pearson entre las categorías. Algunas correlaciones son positivas y significativas ($p < 0.01$), es decir, los factores están positiva y significativamente correlacionados entre ellos, con excepción de los obstáculos que tuvo una correlación negativa ($r = -0.352$). Las correlaciones que obtuvieron puntajes más altos fueron la conducta de higiene bucal ($r = 0.519$), y las conductas de salud ($r = 0.457$).

A continuación, se describen las correlaciones entre la Escala de Adherencia al Tratamiento en Estomatología para pacientes (EATEp) e instrumentos unidimensionales y subdimensiones del instrumento de la Satisfacción de la Visita Dental:

Entre la Comunicación de la EATEp y la información/comunicación de la Escala de Satisfacción de la Visita Dental (Hakeberg et al., 2000) se encontró una correlación muy alta y significativa ($r = 0.829$; $p < 0.01$); además la aceptación y entendimiento de la misma escala se correlacionó alta y significativamente con la dimensión “comunicación” de la EATEp ($r = 0.833$; $p < 0.01$), también entre la competencia técnica de la Escala de Satisfacción de la Visita Dental (Hakeberg et al., 2000) y la dimensión “comunicación” de la EATEp se encontró una correlación media y positiva ($r = 0.608$; $p < 0.01$). En estos casos, se encontraron las correlaciones esperadas. Ver tabla 4.22

La Escala de Adherencia General (DiMatteo et al., 1993), tuvo una correlación media con la Comunicación ($r = 0.435$; $p < 0.01$) y con las conductas de higiene bucal ($r = 0.449$; $p < 0.01$) de la EATEp.

La correlación de Pearson entre los puntajes de los reactivos de cumplimiento dental (Albrecht y Hoogstraten, 1998) y los obstáculos tuvieron una correlación baja y positiva ($r=0.280$; $p<0.01$).

Entre el Miedo al Covid (Ahorsu et al., 2020) y los obstáculos la correlación fue baja y negativa ($r=-0.361$; $p<0.01$) lo que se infiere que las personas que ponen excusas, con falta de tiempo o que el dinero interfiere en la adherencia al tratamiento presentaban mayor miedo al Covid.

Por último, entre la escala de satisfacción de la práctica estomatológica (Albrecht & Hoogstraten, 1998) hubo una correlación alta y positiva con la comunicación de la EATEp ($r=0.779$; $p<0.01$). Lo que significa que los pacientes satisfechos muestran una mejor comunicación.

De los datos se infiere que la comunicación se asocia alta y positivamente de la adherencia al tratamiento en estomatología, sin embargo, el miedo al Covid no tuvo impacto en la adherencia al tratamiento en estomatología.

Respecto a los instrumentos totales (ver tabla 4.23). La correlación de Pearson entre los puntajes de Adherencia al Tratamiento en Estomatología para pacientes (EATEp) y la Adherencia General (DiMatteo, 1993) tuvieron correlaciones positivas y medias ($r=0.439$; $p<0.01$), lo que habla de una buena validez de criterio.

Entre la escala de la Adherencia al Tratamiento en Estomatología y la escala de la visita dental (Hakeberg et al., 2000) se encontró una correlación positiva y media ($r=0.659$; $p<0.01$), es decir una persona que realiza sus visitas al estomatólogo tiene una mejor adherencia al tratamiento. La correlación de Pearson entre los puntajes de Adherencia al

Tratamiento en Estomatología y la Escala de miedo al COVID fue baja y positiva ($r=0.113$; $p<0.05$), por último, la correlación que guarda con la práctica estomatológica fue positiva y media ($r=0.610$; $p<0.01$).

Tabla 4.22.*Coefficientes de Correlación de Pearson entre categorías e instrumentos unidimensionales*

Factores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Comunicación	1											
2. Obstáculos	-.352**	1										
3. Conducta higiene bucal	.519**	-.369**	1									
4. Conductas de salud	.457**	-.035	.235**	1								
5. Redes de apoyo	.192**	.037	.167**	.146**	1							
6. Información Comunicación	.829**	-.302**	.405**	.372**	.192**	1						
7. Aceptación - entendimiento	.833**	-.350**	.395**	.340**	.168**	.860**	1					
8. Competencia técnica	.608**	-.042	.271**	.287**	.157**	.649**	.649**	1				
9. ESCALA DE ADHERENCIA GENERAL	.435**	-.064	.449**	.250**	.206**	.408**	.378**	.368**	1			
10. MIEDO AL COVID	-.100*	.361**	-.125**	-.010	-.014	-.053	-.066	.055	.047	1		
11. CUMPLIMIENTO	.103*	-.280**	.234**	.046	.002	.073	.085	-.004	.067	-.100*	1	
12. PRÁCTICA ESTOMATOLÓGICA	.779**	-.261**	.395**	.396**	.189**	.733**	.710**	.548**	.444**	-.044	.059	1

Nota. **p < .01 (dos colas). *p < .05 (dos colas).

Tabla 4.23.*Coefficientes de Correlación de Pearson entre instrumentos totales*

	1	2	3	4	5	6
1. ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA	1					
2. VISITA DENTAL	.659**	1				
3. ADHERENCIA GENERAL	.439**	.444**	1			
4. MIEDOALCOVID	.113*	-0.04	0.047	1		
5. CUMPLIMIENTO DENTAL	-0.05	0.059	0.067	-.100*	1	
6. PRÁCTICA ESTOMATOLÓGICA	.610**	.738**	.444**	-0.04	0.059	1

Nota. **p < 0.01 (dos colas). *p < 0.05 (dos colas).

Versión estomatólogos

Para la validez de criterio para los estomatólogos se buscó un instrumento para valorar las estrategias que utiliza el estomatólogo para fomentar la adherencia en sus pacientes, no se encontró alguno al respecto por lo que se utilizó:

1. Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S), Miedo al COVID-19 (Ahorsu et al., 2020).
2. Se evaluó comparando la puntuación del instrumento con el grado de adherencia auto informada.

En la Tabla 4.24. se observan las correlaciones de Pearson entre las categorías. Algunas correlaciones son positivas y medianamente significativas ($p < 0.01$), es decir, los factores están positivamente correlacionados entre ellos, con excepción de miedo al covid que tuvo una correlación negativa ($r = -0.165$). Las correlaciones más altas son la preocupación por el paciente ($r = 0.401$) y las conductas de salud ($r = 0.343$).

Tabla 4.24.

Coefficientes de Correlación de Pearson entre categorías e instrumentos unidimensionales

Factores	1	2	3	4	5	6
1. Calidad	1					
2. Preocupación por el paciente	.401**	1				
3. Empatía	.205	.254*	1			
4. Conductas de salud	.343**	.303**	.182	1		
5. MIEDO AL COVID	.041	.058	-.165	.044	1	
6. FOMENTO ADHERENCIA	.147	.251*	.283*	.270*	-.124	1

Nota. ** $p < 0.01$ (dos colas). * $p < 0.05$ (dos colas).

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Entre la escala de la Adherencia al Tratamiento en Estomatología y el fomento a la adherencia se encontró una correlación baja ($r=0.362$; $p<0.01$). No hubo correlación entre los puntajes de Adherencia al Tratamiento en Estomatología y la Escala de miedo al Covid ($r=0.006$). La escala del miedo al Covid no tuvo una asociación con la adherencia al tratamiento en estomatología.

Tabla 4.25.

Coefficientes de Correlación de Pearson entre instrumentos totales

Factores	1	2	3
1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA	1		
2. MIEDO AL COVID	0.006	1	
3. FOMENTO ADHERENCIA	.362**	-0.124	1

Nota. ** $p < 0.01$ (dos colas). * $p < 0.05$ (dos colas).

4.4. Perfil de los pacientes adherentes

Respecto a la adherencia al tratamiento se encontró que los pacientes ponen especial atención a la comunicación siendo el factor principal de la adherencia, seguido de las conductas de higiene bucal, después las conductas de salud que incluyen evitar el consumo excesivo de azúcares, de alcohol, de tabaco y evitar parafunciones. También las redes de apoyo mostraron ser un factor importante en la adherencia, pues los participantes cuentan con el apoyo de sus padres, pareja o familia quienes les ayudan a cumplir con su tratamiento. Por último, los obstáculos son un factor importante en la adherencia y en esta investigación influyen en la adherencia donde a menor obstáculos encontrados, mayor es la adherencia al tratamiento. Ver Tabla 4.26.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Tabla 4.26
Estadística descriptiva de las dimensiones

	N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
1. Comunicación	487	2.41	6.00	5.5180	.67168
2. Obstáculos	487	1.00	6.00	2.3907	1.05537
3. Conductas de higiene bucal	487	1.33	6.00	5.3860	.77377
4. Conductas de salud	487	1.00	6.00	4.6975	1.30848
5. Redes de apoyo	487	1.00	6.00	3.9665	1.49317

Se dividió a los participantes en cuartiles para formar dos grupos, el primero (adherencia baja) se conformó del 231 al 425 y el segundo grupo (adherencia alta) del 466 al 582. Ver Tabla 4.27.

Tabla 4.27
Cuartiles de los participantes

N	Válidos	487
Minimum		231.00
Maximum		582.00
Percentiles	25	425.0000
	50	448.0000
	75	466.0000

Como se puede observar en la siguiente tabla (4.28.) se dividieron las dimensiones del instrumento total de adherencia al tratamiento en estomatología (EATEp) y la comunicación es significativamente mayor en los grupos que mostraron mayor adherencia, los obstáculos fueron menores en quienes tuvieron baja adherencia, las conductas de higiene bucal fueron mayores en los participantes con mejor adherencia al igual que las redes de apoyo, personas quienes cuentan con personas a su alrededor para motivar o ayudar de alguna forma al tratamiento, tienen mejor adherencia.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Tabla 4.28*Comparación por Dimensiones entre Grupos de Adherencia*

GRUPOS_ADHERENTES	N	Promedio	Desviación estándar	Std. Error Mean
1. Comunicación	BAJOS	122	4.79	.89685
	ALTOS	122	5.8417	.22552
2. Obstáculos	BAJOS	122	2.3559	.83677
	ALTOS	122	2.8846	1.25992
3. Conductas de higiene bucal	BAJOS	122	4.9754	1.01066
	ALTOS	122	5.6284	.52869
4. Conductas de salud	BAJOS	122	3.5464	1.35591
	ALTOS	122	5.4918	.69659
5. Redes de apoyo	BAJOS	122	3.3689	1.32630
	ALTOS	122	4.7787	1.27245
1. Información comunicación	BAJOS	121	4.7466	1.12301
	ALTOS	121	5.8320	.33089
2. Aceptación entendimiento	BAJOS	121	4.7934	1.10659
	ALTOS	121	5.8182	.38006
3. Competencia técnica	BAJOS	121	4.2603	.72557
	ALTOS	121	4.9773	.43899
MIEDO AL COVID	BAJOS	121	2.7906	1.17999
	ALTOS	121	3.3200	1.49375
REACTIVOS DE CUMPLIMIENTO PRÁCTICA ESTOMATOLÓGICA	BAJOS	121	3.0331	.57800
	ALTOS	121	3.0771	.71071
	BAJOS	121	4.4970	1.07300
	ALTOS	121	5.5796	.48520

Los grupos también se compararon con la escala de satisfacción de la visita dental en el que sus tres dimensiones también demostraron tener mayor fuerza en los grupos con adherencia alta, que en los de adherencia baja. La escala de miedo al COVID significó que personas con más miedo demostraron mayor adherencia. En los reactivos de cumplimiento dental no hubo diferencia entre grupos, sin embargo, en el último instrumento aplicado, la Escala de Satisfacción de la Práctica Estomatológica sí hubo diferencia entre grupos, en el que los grupos con alta adherencia demostraron mayor satisfacción durante la práctica estomatológica. Ver Tabla 4.28

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

La edad del grupo que mostró baja adherencia fue de 25.81 (D.E. 11.28) y los que mostraron mayor adherencia fue de 30.78 (D.E. 15.45) Ver tabla 4.29

Tabla 4.29*Edad en años cumplidos*

Grupos de Adherencia	Promedio	N	Desviación Estándar	
			Baja	Alta
Baja	25.81	122	11.28	
Alta	30.78	122	15.45	
Total	28.30	244	13.72	

No hubo diferencia entre el sexo de los participantes por grupo de adherencia. Ver tabla 4.30

Tabla 4.30*Sexo de los Participantes por Grupos de Adherencia*

		Grupos de Adherencia		Total
		Baja	Alta	
Sexo		0	1	1
	Femenino	100	100	200
	Masculino	21	21	42
	No binario	1	0	1
Total		122	122	244

Respecto al estado civil predomina ser soltero, el de baja adherencia 81.14% y los de alta adherencia 73.77%. Ver Tabla 4.31.

Tabla 4.31.*Estado Civil por Grupos de Adherencia*

Estado Civil		Grupos de Adherencia		Total
		Baja	Alta	
	Casado (a)	18	23	41

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

	Divorciado (a)	2	3	5
	Soltero (a)	99	90	189
	Unión libre	3	4	7
	Viudo (a)	0	2	2
Total		122	122	244

En cuanto a la ocupación en los dos grupos fueron estudiantes, en el primer grupo con el 70.49% y en el segundo con 59.01%. Una de las principales diferencias entre grupos se encontró en los jubilados que fueron más adherentes 4.9% respecto al grupo con baja adherencia. Respecto al nivel máximo de estudios, el grupo de menor adherencia tuvo estudios de licenciatura con el 43.44% a diferencia del grupo de mayor adherencia que tuvo 54.09%. También los que contaron con estudios de preparatoria tuvieron menor adherencia 42.62% comparado con los de mayor adherencia 27.86%. Ver Tabla 4.32.

Tabla 4.32*Nivel Máximo de Estudios por Grupos de Adherencia*

		Grupos de Adherencia		Total
		Baja	Alta	
		1	1	2
Carrera Técnica		4	5	9
Primaria		0	1	1
Secundaria		0	2	2
Preparatoria o Bachillerato		52	34	86
Especialidad		2	5	7
Licenciatura		53	66	119
Maestría		10	6	16
Doctorado		0	2	2
Total		122	122	244

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

La especialidad a la que acuden los pacientes con baja adherencia son los ortodontistas 40.98% al igual que los de alta adherencia 39.34% seguido de los cirujanos maxilofaciales (baja adherencia 2.45%, alta adherencia 9.83%) y endodoncistas (baja adherencia 4.09%, alta adherencia 9.01%). Ver Tabla 4.33.

Tabla 4.33*Especialidad del Estomatólogo por grupos adherentes*

		Grupos de		Total
		Adherencia Baja	Adherencia Alta	
Especialidad del Estomatólogo	Sin especialidad	37	26	63
	Ortodoncia	50	48	98
	Rehabilitación	5	6	11
	Cirugía Maxilo Facial	3	12	15
	Endodoncia	5	11	16
	Otros (odontopediatría, implantología, patología bucal, periodoncia)	0	5	5
	No lo sé	22	14	36
Total		122	122	244

Se hizo una Prueba T para muestras independientes para observar si existían diferencias significativas entre los grupos. Ver Tabla 4.34. y para todas las dimensiones de las escalas fue estadísticamente significativa la diferencia entre grupos, excepto en los reactivos de cumplimiento dental.

Tabla 4.34.*Prueba T de Student para muestras independientes*

	Varianzas		Prueba t para igualdad de Medias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferencia de Medias	Diferencia Error Est.	La Diferencia Inferior	Superior
1. Comunicación	174.165	.000	-12.447	242.000	.000	-1.042	.084	-1.207	-.877

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

			-12.447	136.241	.000	-1.042	.084	-1.208	-.877
2. Obstáculos	16.670	.000	-3.861	242.000	.000	-0.529	.137	-0.798	-.259
			-3.861	210.358	.000	-0.529	.137	-0.799	-.259
3. Conductas de higiene bucal	42.655	.000	-6.324	242.000	.000	-0.653	.103	-0.856	-.450
			-6.324	182.610	.000	-0.653	.103	-0.857	-.449
4. Conductas de salud	54.427	.000	-14.096	242.000	.000	-1.945	.138	-2.217	-1.673
			-14.096	180.712	.000	-1.945	.138	-2.218	-1.673
5. Redes de apoyo	.603	.438	-8.472	242.000	.000	-1.410	.166	-1.738	-1.082
			-8.472	241.585	.000	-1.410	.166	-1.738	-1.082
1. Información comunicación	104.589	.000	-10.198	240.000	.000	-1.085	.106	-1.295	-.876
			-10.198	140.680	.000	-1.085	.106	-1.296	-.875
2. Aceptación entendimiento	100.622	.000	-9.634	240.000	.000	-1.025	.106	-1.234	-.815
			-9.634	147.921	.000	-1.025	.106	-1.235	-.815
3. Competencia técnica	19.026	.000	-9.300	240.000	.000	-0.717	.077	-0.869	-.565
			-9.300	197.471	.000	-0.717	.077	-0.869	-.565
MIEDO AL COVID	9.073	.003	-3.059	240.000	.002	-0.529	.173	-0.870	-.188
			-3.059	227.791	.002	-0.529	.173	-0.870	-.188
REACTIVOS DE CUMPLIMIENTO	4.572	.034	-0.529	240.000	.597	-0.044	.083	-0.208	.120
			-0.529	230.429	.597	-0.044	.083	-0.208	.120
PRÁCTICA ESTOMATOLÓGICA	71.693	.000	-10.113	240.000	.000	-1.083	.107	-1.294	-.872
			-10.113	167.104	.000	-1.083	.107	-1.294	-.871

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

En resumen, el perfil de un paciente adherente al tratamiento en estomatología con estos resultados, de 30.78 años (D.E. 15.45), sexo indistinto, con estudios de licenciatura y que acuden con el ortodoncista.

Criterios éticos

Para la investigación se tomaron en cuenta diversos aspectos que van desde el diseño de la guía de entrevista; la invitación a las personas a participar en la investigación; la relación que se establece durante la entrevista; el resguardo de la confidencialidad; el respeto del sentido de lo comunicado cuando se analiza la información y la consideración de diferencias culturales (lenguaje, normas, valores y costumbres).

También se tomó en cuenta la Declaración de Helsinki y sus correspondientes modificaciones o principios éticos similares (World Medical Association 2001). La recolección de datos se obtuvo a través de un cuestionario en línea donde se informó a los participantes sobre los propósitos del estudio y las condiciones de confidencialidad antes de empezar. Después los participantes expresaron su consentimiento de participación en el que seleccionaron "Sí" o "No".

Además, se realizó la capacitación en línea sobre la protección de participantes en investigación humana (PHRP) del cual se obtuvo certificación.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Discusión y conclusiones

Es importante mencionar que este estudio abarca las dos perspectivas de la adherencia al tratamiento estomatológico, tanto de los pacientes como de los estomatólogos, por lo que este apartado inicia con una definición del constructo y los resultados desde las dos miradas.

El término adherencia al tratamiento en estomatología, no existe como tal, pues la palabra se ha asociado a sinónimos de adhesión, unión, adhesión y son más reconocidos los términos apego, cumplimiento, obediencia como se ha podido ver en los resultados. Sin embargo, en la literatura sobre psicología de la salud, el concepto es ampliamente conocido al hacer referencia al nivel o grado de cumplimiento a las indicaciones del profesional de salud; por lo que, en este orden de ideas, se ha decidido emplear el término por todo lo que implica la palabra, que va más allá, es decir, el paciente se considera un ser activo que participa, se compromete y se responsabiliza de su propio tratamiento y deja de lado la visión paternalista.

A pesar de la prevalencia y la importancia de los resultados en salud, la falta de adherencia sigue sin reconocerse tanto por los pacientes, como por el personal de salud (DiMatteo et al., 2012). El nivel de adherencia permite evaluar la evolución clínica y éxito (Gárate, 2006) o el fracaso del tratamiento (López et al., 2016).

La adherencia al tratamiento es un constructo multidimensional (Eicher et al., 2019; Cohen, 1979; Achury-Beltrán, 2017; Pisano & Pisano, 2014) y un fenómeno psicosocial complejo (Martín & Grau, 2004) con más de 200 variables relacionadas (Sacket & Haynes, 1975).

Asimakopoulou (2009) ha mencionado que la práctica clínica apresurada sugiere limitaciones para apoyar los cambios en el comportamiento del paciente, situación que se ha

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

acentuado en tiempos de pandemia, en donde la relación estomatólogo paciente es mínima, el vínculo disminuye y los tiempos de atención se reducen. La misma autora menciona que la falta de adherencia provoca una salud bucal deficiente que lleva a una mayor pérdida de dientes, recaídas y/o fracasos del tratamiento.

Para definir la adherencia al tratamiento estomatológico, se retoma la definición de la OMS (2004) que implica el grado en que el paciente cumple con lo indicado por el estomatólogo para recuperar la salud bucal (Rojas, 2014), además se incluyen las recomendaciones de higiene, dieta y otros cuidados como lo menciona Avilés (2016), por último, se agregan la voluntad, asistencia a visitas programadas y evitar conductas de riesgo.

Las conductas que se tomaron en cuenta en la definición tienen que ver con los datos que proporciona la OMS (2020) respecto a los factores que contribuyen a las enfermedades bucodentales: las dietas ricas en azúcar, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. A pesar de que estas conductas de riesgo se comparten con otras enfermedades crónico-degenerativas, el estomatólogo no las incluyendo dentro de sus indicaciones generales.

La adherencia farmacológica constituye el eje principal en el que se ha evaluado la adherencia en los diversos tratamientos, en estomatología no puede ser evaluada de la misma forma, por lo que se han tomado otras conductas como la asistencia voluntaria y las visitas programadas, evitar conductas de riesgo en las que se incluyen la ingesta de azúcares, exceso de alcohol y de tabaco, así como las parafunciones, mantener la higiene bucal con el cepillado mínimo de dos veces al día.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

La percepción de la adherencia al tratamiento se ha sobreestimado en el paciente, los estomatólogos mencionan en promedio 8, por lo que es necesario que el paciente sepa incluir durante el tratamiento estas recomendaciones que deberán ser mantenidas a largo plazo. Otras preguntas que surgieron de la investigación fueron ¿De qué manera los estomatólogos perciben la adherencia al tratamiento en sus pacientes? ¿L es interesa? ¿Les preocupa?

Es importante destacar la diferencia entre la adherencia general y la adherencia específica en estomatología, la primera consiste en las tendencias del paciente a cumplir con los tratamientos (Verweij et al.,1983; Albrecht & Hoogstraten, 1998) y la segunda hace referencia a una recomendación en particular.

Los instrumentos propuestos se basan en medir la adherencia general en cualquier tipo de tratamiento estomatológico. Badri et al. (2014) y D'Anello et al. (2009) han evaluado la adherencia de manera específica mediante la asistencia a las visitas programadas o al uso de aparatos removibles. También se considera adherencia específica, la evaluación del desgaste de los aparatos removibles en tratamientos distintos (Schäfer et al., 2015) o Cano-Restrepo & Martínez (2019) en tratamientos ortodóncicos. Otros investigadores han medido la adherencia a través de los resultados a largo plazo como Freddo et al. (2018) con la presencia de caries o enfermedad periodontal.

Se concuerda con lo que expresa la OMS (2004) respecto a que algunos tratamientos incluyen un comportamiento, mientras otros implican múltiples requisitos comportamentales en el caso de los estomatólogos estos varían de acuerdo con el tipo de especialidad (ortodoncia, periodoncia, endodoncia, etc.) y el tratamiento (coronas, cirugía, profilaxis, etc.).

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Todos los modelos teóricos revisados a partir de la Psicología de la salud, como el de, creencias en salud, transteórico, teoría del comportamiento planeado entre otros, tienen algo que ofrecer, sin embargo, para ser aplicados en estomatología cuyas características en los tratamientos estomatológicos son complejos. Se elige el modelo IMS (información, motivación y estrategia) porque es un modelo holístico que se basa en el modelo de creencias en salud (Rosentock, 1974) y el comportamiento planeado (Azjen, 1991) y comprende acciones clínicas que permiten al estomatólogo mejorar la adherencia al tratamiento de sus pacientes. Además, toma en cuenta la interacción entre el estomatólogo y el paciente, toma en cuenta factores cognitivos, sociales y contextuales, lo que permite que se pueda enfocar a las necesidades del paciente.

El modelo teórico elegido menciona tres dimensiones fundamentales en la adherencia al tratamiento: la información, la motivación y las estrategias (DiMatteo et al., 1983). Tanto la motivación como las estrategias son determinantes críticas y son independientes del cambio de comportamiento, la presentación de la información y la motivación incrementa la probabilidad de adherencia (OMS, 2004, Ortiz & Ortiz, 2007).

La información permite asegurar que los pacientes cuando tienen la información correcta y saben cómo adherirse, incluye el escuchar las preocupaciones de los pacientes y alentarlos a participar y compartir la toma de decisiones, también implica la construcción de la confianza y empatía.

La motivación permite ayudar a los pacientes a creer en su tratamiento y motivarlos a comprometerse con él, a través de la evaluación de los factores cognitivos, sociales, culturales, normativos y contextuales que afectan sus creencias, actitudes y motivaciones.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

El último factor de este modelo, son las estrategias que ayudan a reconocer las barreras en la adherencia al tratamiento y desarrollar estrategias a largo plazo, dentro de las que se encuentran las redes de apoyo, las barreras en el costo o incluso la depresión que podría afectar significativamente.

El reconocer el constructo a través del estudio cualitativo permite profundizar en el significado que tanto estomatólogos como pacientes le dan, como dice García et al. (2010) llevan a reconocer de manera adecuada aquellos rasgos o características que lo definen, por lo que durante la fase exploratoria se han conocido las características y las dimensiones que constituyen el constructo y que han sido incluidas en el instrumento, lo que además beneficia el diseño y selección del instrumento como lo ha propuesto Luo et al. (2018).

La validez de contenido examina de manera más detallada si el contenido del constructo se ve reflejado en los reactivos que constituyen el instrumento (García et al., 2010). Para la validez de criterio, se incluyeron instrumentos que midieron lo mismo o hayan estructurado de manera adecuada otra técnica que haya evaluado el mismo constructo (Clark-Carter, 2004).

A través de la búsqueda al inicio se incluyó la escala de indiferencia dental (Nutall, 1996), lo opuesto a la adherencia al tratamiento, sin embargo, no correspondía a la escala Likert utilizada, al final se utilizan otras escalas que permiten medir el constructo a través de la validez convergente que implica si una persona obtiene puntajes positivos para la escala de adherencia al tratamiento en estomatología, obtiene puntuaciones positivas en un instrumento de escala de satisfacción de la visita dental (Hakeberg et al, 2000), escala de adherencia general (DiMatteo et al., 1993). La validez divergente implica que los puntajes del

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

instrumento se correlacionan de manera negativa con otro constructo (Kenny, Alvarez, Donohue & Winick, 2008).

Después de tener una definición del constructo de adherencia al tratamiento en estomatología y a partir de su operacionalización, se construye una escala de tipo Likert con seis alternativas para dos instrumentos, uno para estomatólogos y otro para pacientes. La escala de adherencia al tratamiento en estomatología (EATE) está compuesta por 43 reactivos, fue administrada a 487 participantes, mujeres y hombres con una media de 23.10 años.

En este estudio, la escala de adherencia al tratamiento estomatológico para pacientes (EATEp) explica el 54.52% de la varianza con un Alpha de Cronbach de 0.83 y para el caso de los estomatólogos (EATEe) obtuvo el 64% de la varianza explicada con un Alpha de Cronbach de 0.73. Ambas escalas tienen como denominador la categoría de conductas de salud que además de la higiene bucal deben ser incluidas dentro de la adherencia al tratamiento en estomatología, como la disminución del consumo de alcohol y de tabaco.

La validez de criterio para los pacientes, fue determinada a través de las correlaciones entre la Escala de Adherencia al Tratamiento en Estomatología (EATEp) y la Escala de Satisfacción de la Visita Dental (Hakeberg et al., 2000) con sus tres dimensiones (Información-Comunicación, Entendimiento, Competencia Técnica), la Escala de satisfacción de la práctica estomatológica (Albrecht & Hoogstraten, 1998), la Escala de Adherencia General (DiMatteo et al., 1993); Reactivos de Cumplimiento Dental (Albrecht & Hoogstraten, 1998) y Miedo al Covid (Ahorsu et al., 2020).

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Se encontraron asociaciones entre la EATEp y miedo al Covid baja y positiva, lo que demuestra que el Covid en los pacientes tuvo un bajo impacto en la adherencia al tratamiento. También se encontró una correlación media y positiva entre la EATEp y la Escala de Satisfacción de la Visita Dental (Hakeberg et al., 2000) lo que indica la validez de criterio del instrumento.

Entre la Escala de Adherencia General y los reactivos de cumplimiento dental, coinciden con lo encontrado por Albrecht y Hoogstraten (1998) quienes encontraron correlaciones bajas y no significativas que sugieren que la adherencia general y la específica son dos constructos separados.

Dada la viabilidad y la facilidad de la mayoría de los instrumentos subjetivos, los investigadores pueden tener la tentación de utilizarlos, pero deben ser conscientes de los graves inconvenientes de utilizar estos instrumentos (Kikkert et al., 2011). De acuerdo con Gratacós & Pausa (2018), para la evaluación de la adherencia se recomienda que se utilice un método subjetivo y otro objetivo en cada proceso de evaluación. Por lo que además de los instrumentos propuestos, se recomienda la medición de los resultados de manera objetiva.

En tiempos de pandemia, la depresión es un padecimiento que aqueja a gran parte de la población, por lo que la adherencia al tratamiento se ve afectada, como lo menciona Dimatteo et al (2000). De tal manera se incluye un cuestionario de COVID que permite determinar qué tanto la pandemia puede ser una variable que afecta la adherencia al tratamiento y se encontró que no existen variaciones estadísticamente significativas.

El tratamiento ha sido descrito por los pacientes como bueno a muy bueno, los principales tratamientos en estomatología incluyen especialidades diversas como ortodoncia,

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

endodoncia, cirugía, implantología y rehabilitación. Los tratamientos mencionados incluyen “limpieza”, “extracciones”, “amalgamas”, “coronas”, “implantes”, “blanqueamiento”, etc.

El mejor tratamiento puede resultar ineficaz debido a una adherencia deficiente, siendo este el factor modificable más importante que influye sobre el resultado del tratamiento. Para medir la efectividad de un tratamiento, se determina por la eficacia del agente terapéutico y el grado de adherencia al tratamiento. La aceptación del tratamiento es crucial para la adherencia, como lo menciona Zambrano et al. (2012) y Milosevic et al. (2015) y aunque se tiene que firmar un consentimiento informado, no todos los estomatólogos lo llevan a cabo.

La duración de los tratamientos estomatológicos es muy variada, mientras algunos involucran una o dos citas, algunos son por semanas, meses o años y las diferencias también son observadas en los pacientes en cuanto a los recursos, los contextos y las exigencias. La percepción de adherencia a los tratamientos tuvo una gran diferencia de acuerdo con la duración del tratamiento.

Se ha observado que mientras menor sea la duración del tratamiento (1, 2 o 3 citas) el paciente será más adherente y en cuanto mayor sea el plazo (meses o años), el paciente tendrá más dificultades de adherirse. El riesgo de adherencia deficiente aumenta con la duración y la complejidad de los regímenes y tanto el tratamiento prolongado como el complejo son inherentes a las enfermedades crónicas como en tratamientos de ortodoncia o periodoncia cuyo tratamiento puede ser durante años.

En cuanto a las expectativas hacia el tratamiento han sido abordadas por diversos autores (López, 2016; De la Cuevas & Sanz, 2016; Zambrano et al., 2012; Ortiz & Ortiz, 2007) como parte de la adherencia al tratamiento. La efectividad del tratamiento es algo que mencionaron

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

los estomatólogos al igual que Zambrano (2012) cuando los pacientes constatan cambios o mejoras en su boca, se mantienen motivados y por lo tanto demuestran mayor adherencia. Dentro de los factores que dependen de la enfermedad se muestra que las experiencias previas negativas y el dolor influyen en la adherencia pues algunos dejaron de asistir cuando se elimina el dolor o a causa de este no asisten a las citas.

Al igual que Verweij, et al. (1998), los resultados de esta investigación la satisfacción se relaciona con la adherencia al tratamiento. A pesar de que el cepillado dental constituye el comportamiento más prevalente del comportamiento de la higiene bucal, en el estudio que realizó Ramsay (2000) indica que del 18 al 32 por ciento de las personas cepilla sus dientes una vez o menos por día. En esta investigación, más de la mitad de los pacientes cepilla sus dientes por lo menos una vez al día; sin embargo, casi un cuarto nunca ha utilizado el hilo dental o rara vez y esto representa una conducta que debe ser mantenida a largo plazo para mantener y preservar la salud bucal, solo un pequeño porcentaje lo utiliza diariamente.

Se encuentran resultados similares al de Badri et al. (2014) respecto a los factores que dependen del proveedor de salud (estomatólogo) en el que la comunicación y las habilidades profesionales influyen en la adherencia al tratamiento. Relativo a los factores que dependen del estomatólogo, Ramos (2015) menciona que existen pocas investigaciones respecto a las intervenciones dirigidas al prestador, la mayoría van encaminadas a mejorar la adherencia en el paciente, esta situación se corroboró al buscar en la literatura información que plantea el punto de vista del profesional de la salud, ya fuera médico o estomatólogo y existe poca información orientada a atribuir las conductas que dependen del profesional de la salud. Aunque, la OMS (2004) ha mencionado que para comprender las mejoras en la adherencia

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

es esencial contar con interacciones más estructuradas, meditadas y complejas entre el prestador (estomatólogo) y el paciente.

El costo del tratamiento al igual que Shammery et al. (2015) influye significativamente en la adherencia al tratamiento de los pacientes, de acuerdo con la perspectiva de los estomatólogos y de los pacientes. Durante la pandemia, de acuerdo con los resultados obtenidos, se incrementaron los costos del tratamiento debido a la implementación de las medidas de bioseguridad, también algunos flexibilizaron los pagos. El factor económico sin duda es un factor muy importante, los estomatólogos mencionan que los pacientes que tienen mejor poder adquisitivo son los más adherentes al tratamiento.

Jönsson et al. (2007) mencionaron que el compromiso escrito había influido en sus hábitos de autocuidado bucal en una dirección positiva por lo que se considera necesario incluir un anexo de comportamiento dentro del consentimiento informado además que este constituye un documento ético legal para que el paciente pueda comprometerse y responsabilizarse de su salud bucal. También el diario puede ser una estrategia para modificar la conducta, como lo menciona Suresh et al. (2011).

Es importante destacar la importancia del consentimiento informado, de acuerdo con la Comisión nacional de bioética (Conbioética, 2015) se cubren dos aspectos importantes de esta investigación, la información y la libertad de elección (voluntariedad), sin embargo, no todos los estomatólogos la realizan durante su práctica profesional.

Esta investigación se enfoca a nivel privado, donde el tiempo y la atención al paciente es diferente al nivel público. El promedio de atención estomatológica es de 60 minutos, aunque existen variaciones respecto al tratamiento y la especialidad del estomatólogo que van desde

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

los 20 minutos hasta las 2 horas, esta situación se ha visto afectada por la pandemia, se han tenido que reducir los tiempos operatorios y el tiempo que se dedicaba a establecer un vínculo con el paciente.

Respecto a los factores que dependen del paciente la OMS (2004) ha determinado que la edad, el sexo, la educación, la ocupación, los ingresos, el estado civil, la raza, la religión, el origen étnico y el domicilio urbano frente al rural no se han asociado definitivamente con la adherencia. La mayor parte de los pacientes fueron mujeres y el recorrido de edad es muy variado que van desde los 20 a 59 años, son los más adherentes. Para los estomatólogos los pacientes que son más adherentes son las mujeres, los padres de familias y los que cuentan con mejor nivel educativo.

Se refuerza lo propuesto por Tachalov et al. (2008) en el sentido de incluir las características de la personalidad del paciente para desarrollar planes de tratamiento y estrategias acorde al tipo de pacientes con el fin de determinar su capacidad para cumplir con las recomendaciones del estomatólogo.

A diferencia de Sandell *et al.*, (1994) quienes encontraron en su estudio que una relación informal con el paciente ayuda a una mejor adherencia al tratamiento, en esta investigación se encontró que una relación de amistad ayuda a fomentarla. Franco et al. (2016) destacan la importancia de informar adecuadamente al finalizar un tratamiento periodontal, se enfatiza que la información debe estar presente durante todo el tratamiento, antes, durante y después.

Los resultados demuestran que la autopercepción de adherencia al tratamiento estomatológico de los pacientes es alta en una escala de 1 al 10 ($M=8.67$, D.E. 1.27), a diferencia de los estomatólogos quienes los perciben con un nivel menor ($M=7.89$, D.E.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

1.37). Sin embargo, los estomatólogos perciben que fomentan la adherencia en sus pacientes (M=8.54, D.E. 0.934). La mayoría evaluó el nivel de adherencia de sus pacientes como regular (41.7%) y otro gran porcentaje los evaluó con buen nivel (33.3%), solo un pequeño grupo mencionó que la adherencia era mínima (4.2%).

Dentro de las características mencionadas por los estomatólogos se encuentran el compromiso, la preocupación por su salud, la constancia, el autocuidado, la importancia, buena autopercepción, motivados, puntuales, los que observan cambios en su boca durante el tratamiento, los que evitan el dolor o los que ya han tenido experiencias previas negativas y quieren evitarlo. También los pacientes mencionaron como características necesarias para mejorar la adherencia: “motivados”, “ordenados”, “responsables”, “poner más atención”, entre otros.

Los pacientes son capaces de hacer solo lo que entienden claramente y los que no se basa frecuentemente en fallas en esta etapa del proceso (DiMatteo et al., 2012). De acuerdo con Asimakopoulou et al. (2013), la memoria puede influir en la adherencia al tratamiento del paciente, por eso se recomienda dar las indicaciones por escrito, en caso de que el paciente las olvide. También las investigaciones realizadas por Zambrano et al. (2012); Atkinks & Fallowfield (2006) y Limaylla & Ramos (2016) destacan que el olvido actúa como un factor importante en la adherencia, es decir, el paciente no recuerda todas las indicaciones.

Se coincide con lo abordado con Prochaska & DiClemente (1984) y Ortiz & Ortiz (2007) en el sentido de que la falta de compromiso es un factor señalado tanto por los pacientes como por los estomatólogos. Los resultados obtenidos en esta investigación también indican la importancia que se le da a la salud bucal relacionada con las creencias, expectativas, beneficios y riesgos influyen en la adherencia como lo menciona Shammery et al. (2015).

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Las creencias en salud demuestran tener gran impacto en la adherencia (Zambrano et al., 2012; Morris & Kaji, 2016; Codina & et al., 2000; Ramos, 2015; Ortega et al., 2018; Horne, 2018).

La educación también es otro factor reconocido por la OMS (2003) y Badri et al. (2014), los estomatólogos mencionaron que mientras mejor sea el nivel educativo, más adherentes son al tratamiento.

Se está de acuerdo con (Elseser et al., 2006; DiMatteo et al., 2014; Turan, Yemez e Itil, 2014) quienes mencionan que el deterioro de las funciones cognitivas determina la dificultad de entender o retener la información, resulta imprescindible conocer estos factores en el momento de la atención al paciente. Entre los ancianos, los déficits cognitivos, particularmente combinados con el aislamiento social, la vulnerabilidad emocional y la económica son predictivos especialmente para la no adherencia (Balkrishnan, 1998).

Albrecht & Hoogstraten (1998) y Estrada et al. (2010) han mencionado que la adherencia es mejor cuando el paciente ha tenido una relación satisfactoria con el profesional de la salud, en la que existe un interés en la adherencia y el control de la enfermedad.

Estrada et al. (2010) mencionan la poca importancia que muchos profesionales prestan a los temas de comunicación y el poco privilegio que se les da a los factores afectivos de la relación estomatólogo paciente, situación que ahora prevalece en la pandemia, por lo que se sugiere que las intervenciones sean dirigidas a mejorar la comunicación. La presión asistencial y la tendencia a racionalizar el tiempo han impedido de manera frecuente escuchar atentamente al paciente y ofrecerle el tiempo suficiente para que explique sus preocupaciones, dos cualidades de la comunicación.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

De acuerdo con los resultados, el estomatólogo debe desarrollar una relación empática con su paciente y establecer un diálogo amable con un lenguaje claro y sencillo; ser comprensivo, tolerante, atento, cuidar la información verbal y extraverbal transmitida; e inspirarle confianza al paciente, en el que se resalta a la honestidad como el valor principal.

Las intervenciones que se realicen a partir de esta investigación deben estar encaminadas en conocer qué pacientes están siendo adherentes, a quienes se les dificulta para poder brindar las estrategias que les permitan mejorar y mantener su salud bucal. También a enfocar la atención en los tres aspectos claves de la adherencia: la información clara y precisa en la que la comunicación juega un papel clave, una buena relación estomatólogo paciente, la inclusión de valores durante la práctica clínica como el respeto, la confianza, la honestidad, el conocer las experiencias previas, así como las creencias y, el dedicar tiempo a conocer al paciente y el conocer la capacidad del paciente de adherirse a su tratamiento.

La motivación debe ser continua, a través de la atención, calidad y satisfacción del tratamiento para mantener al paciente motivado. Existen pruebas contundentes de que la adherencia depende en gran medida de una fuerte relación terapéutica y compartida toma de decisiones o "elección colaborativa informada" (DiMatteo, 1994).

De acuerdo con el modelo teórico, las estrategias consisten en ayudar a los pacientes a superar las barreras respecto a su tratamiento, como los costos del tratamiento o reconocer las redes de apoyo, como se observa en el estudio exploratorio quienes son la pareja o los padres de familia y el apoyo brindado es en lo económico y en los recordatorios.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

A través de la información cualitativa recolectada en esta investigación se puede entender que, debido a la pandemia, han cambiado los protocolos de atención, los tratamientos han sido modificados en términos de la duración, los costos y la relación con el paciente.

Halvari et al. (2012) mencionan que la motivación está influenciada por el conocimiento que los pacientes tienen acerca de su comportamiento está siendo monitoreado y evaluado con posibles incentivos o recompensas que pueda recibir, por lo que su adherencia al tratamiento será de corta duración cuando el comportamiento de autocuidado bucal está supeditada a las recompensas o a un seguimiento evaluativo y no persistirá cuando a la persona se le deja de monitorear o dar estímulos, por esta razón se explicaría por qué algunos tratamientos no se mantienen a largo plazo.

Sin embargo, esto no es una tarea fácil como lo describió Ramsay (2000) en su estudio al describir que, aunque es posible un auto monitoreo el cual puede ser evaluado por otra persona, muchas personas no cumplen con mantener sus registros escritos y no existe una forma fácil de conocer si sus datos son precisos o han sido falsificados para parecer más adherente.

Se determina al igual que la OMS (2004) que la información, la motivación y las aptitudes de comportamiento deben ser directamente pertinentes al resultado comportamental deseado, es decir, deben ser específicas.

A largo plazo, los pacientes deben depender del esfuerzo y la autorregulación no asistidos para mantener su comportamiento. Algunas estrategias que menciona la OMS (2004) que pudieran ser efectivas, por lo menos a corto plazo son: el auto monitoreo, la fijación de metas, el control de estímulos, el ensayo comportamental, la retroalimentación correctiva, el

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

contrato comportamental, el incremento del compromiso, la creación de apoyo social, el refuerzo y la prevención de recaídas.

Fortalezas y limitaciones

El análisis factorial de componentes principales y rotación varimax, ha puesto en evidencia que la Adherencia al tratamiento para pacientes es un comportamiento multidimensional, integrado por cinco factores, que se denominan:

1. Comunicación: Los reactivos de este factor, tal como están formulados indican la comunicación que existe con el estomatólogo, en la que se verifica que el paciente entienda lo que se está diciendo y escuchar sus inquietudes, permite hacer preguntas en caso de no comprender completamente; toma en cuenta la aceptación voluntaria del tratamiento. El trato que reciben los pacientes, con amabilidad, puntualidad y disposición que reflejan la relación y satisfacción durante su visita. La información proporcionada durante el tratamiento, así como instalaciones limpias. El compromiso y honestidad por parte del estomatólogo. El factor 1 tiene veintitrés reactivos, el mayor número de la escala, explica el 28.16% de la varianza total y sus cargas factoriales son elevadas, posee una alta confiabilidad (Alfa de Cronbach = 0.95).

2. Obstáculos: Los once reactivos de este factor expresan todas las conductas que afectan la adherencia al tratamiento como las excusas, el olvido, el costo, el tiempo para cumplir con las indicaciones, los problemas familiares, las afectaciones al estilo de vida y el cansancio. También el dolor puede ser un obstáculo o la creencia de suspender el tratamiento en caso de mejoría, La categoría que evalúa este factor posee una alta confiabilidad (Alfa de Cronbach = 0.87).

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

3. Conductas de salud bucal: como su nombre lo indica, son acciones que el paciente realiza con el fin de mantener y preservar su salud bucal. Como el cepillado mínimo 2 veces al día. La categoría que mide el Factor 3, posee una confiabilidad media (Alfa de Cronbach = 0.76).

4. Conductas de salud: Estas conductas ayudan a prevenir la salud en general, como evitar fumar, evitar una alta ingesta de azúcares y evitar algunos alimentos o bebidas indicados por el estomatólogo. Tiene solo cuatro reactivos y su confiabilidad es media =0.68.

5. Redes de apoyo, por último, contar con personas alrededor (familiares, amigos o alguien cercano) que ayuden durante el tratamiento, ya sea de manera económica o con el cuidado de los niños (en el caso de personas que lo requieran) o con el transporte influye en que el paciente se adhiera al tratamiento estomatológico. El Alpha fue medio 0.64 y cuenta con 3 reactivos.

Al final se obtuvieron 43 reactivos distribuidos en cinco factores, denominados comunicación ($\alpha = 0.95$), *obstáculos* ($\alpha = 0.87$), *conducta higiene bucal* ($\alpha = 0.76$), conducta de salud ($\alpha = 0.68$) y redes de apoyo ($\alpha = 0.64$). La escala total tuvo un $\alpha = 0.836$ y una varianza explicada del 54.52 %; que evalúa la adherencia al tratamiento en estomatología para los pacientes. A partir de los resultados obtenidos, se puede concluir que la escala cuenta con propiedades psicométricas aceptables.

Otra fortaleza del estudio es que en contextos clínicos en estomatología permite identificar de manera temprana aquellos pacientes que presentan baja adherencia o que están en riesgo de abandonar su tratamiento y poder brindarles intervenciones que pudieran mejorar su adherencia. También incluye información acerca de las percepciones de los

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

pacientes en cuanto a la relación con el estomatólogo, además aporta una contribución importante a la literatura sobre la adherencia al tratamiento en estomatología. De acuerdo con Milosevic et al. (2015) el conocer la adherencia de forma anticipada provee información importante acerca de la percepción del tratamiento y sus asociaciones con los resultados de este.

Para los estomatólogos, el análisis factorial ha logrado identificar cuatro factores subyacentes tras el constructo de adherencia al tratamiento en estomatología, que puede interpretarse como una conducta compleja la que se incluyen conductas del estomatólogo para fomentar la adherencia en su paciente, las cuales se describen a continuación.

1. Calidad: El factor 1 tiene tres reactivos, explica el 17.4% de la varianza total y sus cargas factoriales son elevadas, estos reactivos indican la habilidad manual, la confianza generada en sus pacientes y el ambiente agradable durante la atención estomatológica, posee una alta confiabilidad (Alfa de Cronbach = 0.80).

2. Preocupación por el paciente: Los cuatro reactivos de este factor expresan todas las conductas que ayudan a un mejor entendimiento del tratamiento como la importancia de asistir a las visitas programadas, verificación de la información e inclusión de materiales audiovisuales para la explicación del tratamiento. Explica el 16.38% de la varianza total. La categoría que evalúa este factor posee una alta confiabilidad (Alfa de Cronbach = 0.59).

3. Empatía: como su nombre lo indica, son acciones que el estomatólogo realiza para entender al paciente, los cuales incluyen la honestidad en los pagos, efectividad del tratamiento y la capacidad de los pacientes de adherencia al tratamiento. Explica el 16.16% de la varianza total. La categoría que mide el Factor 3, posee una confiabilidad media (Alfa

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

de Cronbach = 0.71). También Morris & Kanji (2016) demuestra que la empatía puede empoderar a los pacientes para tomar un rol activo en su salud.

4. Conductas de salud: Estas conductas ayudan a prevenir la salud y que no son abordadas por la mayoría de los estomatólogos como el evitar fumar, el evitar la ingesta alta de azúcares y algunos alimentos o bebidas. Tiene solo cuatro reactivos que explican el 14.01% de la varianza total y su confiabilidad es media (Alpha de Cronbach = 0.65).

Al final se obtuvieron 13 reactivos distribuidos en cuatro factores, denominados calidad ($\alpha = 0.80$), preocupación por el paciente ($\alpha = 0.59$), empatía ($\alpha = 0.71$), conductas de salud ($\alpha = 0.65$). La escala total tuvo un $\alpha = 0.73$ y una varianza explicada del 64 %; que evalúa la adherencia al tratamiento en estomatología desde el punto de vista de los estomatólogos, es decir, la influencia como estomatólogo en la adherencia de sus pacientes al tratamiento. A partir de los resultados obtenidos, se puede concluir que la escala cuenta con propiedades psicométricas aceptables.

Limitaciones

Los datos que han sido recolectados en esta investigación han sido en el mayor de los casos a nivel privado, a nivel público se estima que existen variaciones como lo menciona la OMS (2004), entre los que se mencionan las políticas y los procedimientos que controlan el acceso y la calidad de la atención. Las variables del sistema son: la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios, el apoyo a la educación de los pacientes, la recopilación de los datos y la gestión de la información, la provisión de retroalimentación a los pacientes y los prestadores de asistencia sanitaria, los soportes de la comunidad a disposición de los pacientes y el adiestramiento proporcionado a los prestadores del servicio de salud.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

La adherencia se relaciona positivamente cuando el paciente está pagando el tratamiento (Piette *et al.*, 2004) pero no con el estado socioeconómico general (DiMatteo, 2004), de esta manera en la investigación se puede observar una tendencia mayor de los pacientes a la adherencia, ya que la mayoría de ellos pertenece al sector privado y la mayor parte paga sus tratamientos (con excepción de los que reciben apoyo por parte de la aseguradora). Respecto a los estomatólogos la mayoría atiende de manera privada, aunque también algunos lo hacen a nivel público, la mayoría recibe el pago directamente por sus pacientes y en menor proporción, lo reciben a través de una aseguradora.

Los sistemas dirigen el plan de trabajo de los prestadores, estipulan la duración de los nombramientos, asignan los recursos, fijan las tarifas de los honorarios y establecen las prioridades de organización. El funcionamiento del sistema de salud influye sobre el comportamiento de los pacientes en muchos aspectos. En estomatología, estas variaciones pueden ser mayores debido a los insumos necesarios en la atención, así como el tiempo de atención que requiere y el tipo de tratamiento que se oferta en las instituciones de salud públicas.

Las poblaciones de estudiantes son relativamente saludables con pocos problemas estomatológicos y con buenos hábitos, en el futuro es necesario revisar otros grupos etarios. Otra limitante fue el tamaño de la muestra para la validación psicométrica del instrumento para estomatólogos, ya que a pesar de realizar gestiones correspondientes e invitar a contestar se obtuvo una muestra muy inferior a la planteada al inicio.

Las líneas de investigación pertinentes estarían enfocadas al sector público, así como dirigidas hacia grupos específicos como los niños, los adolescentes, los adultos y los adultos

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

mayores. También al estrés, la ansiedad y la depresión ya que existen asociación con la falta de adherencia.

Aunque los hallazgos de la investigación revelan que los reactivos de las escalas evalúan el constructo de adherencia al tratamiento en estomatología se sugiere hacer estudios posteriores. Se espera que se utilice en cualquier tratamiento en estomatología que se pretenda tener resultados exitosos durante la práctica profesional.

Conclusiones

A pesar de la enorme carga sanitaria y económica que generan las enfermedades bucodentales (OMS, 2013), la falta de adherencia terapéutica en estomatología ha sido poco atendida, además de tener origen multifactorial y tratarse de un comportamiento dinámico que puede modificarse a lo largo del tiempo, debe evaluarse periódicamente. Hasta la fecha, ninguna de las intervenciones descritas para mejorar la adherencia ha sido efectiva de forma universal, en todos los pacientes y en todos los contextos, por lo que su elección deberá individualizarse (Pagès-PuigdemontN., & Valverde-Merino, 2018).

Se concluye que un estomatólogo debe considerar los factores económicos, psicológicos y sociales del paciente, así como hacerlo partícipe en la toma de decisiones de su tratamiento y responsable de su salud bucal. Los estomatólogos, de práctica general o especialistas, juegan un papel fundamental al promover la higiene bucal en sus pacientes, así como otras conductas que les permitan mantener y preservar la salud bucal además de enfocarse en los tratamientos que llevan a cabo.

La corresponsabilidad es algo que debe ser entendido por ambas partes, no solo por los pacientes, sino también por parte del estomatólogo, una buena relación en la que exista

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

confianza, honestidad y empatía ayuda a mantener al paciente motivado y por lo tanto más presente en el tratamiento.

A través del análisis factorial de ambas escalas se ha podido determinar que tener una buena comunicación, ayudar a los pacientes a identificar los obstáculos, monitorear su higiene bucal, indicar las conductas de salud y contar con redes de apoyo contribuyen para mejorar la adherencia en los pacientes, como las menciona Amigo (2018), que contar con ellas, es una de las condiciones más importantes para evitar las conductas de riesgo y promover el comportamiento saludable.

Por otra parte, el instrumento propuesto para estomatólogos pretende medir si se está fomentando la adherencia a través de cuatro categorías: la calidad, la empatía, la preocupación por el paciente y las conductas de salud.

Mediante la psicología de la salud se contribuye a observar la adherencia al tratamiento en estomatología ya que para preservar y mantener la salud bucal deben ser mantenidas conductas durante toda la vida, que es una disciplina que aborda el proceso salud enfermedad y se dirige a optimizar la adherencia al tratamiento prescrito desde otras áreas de atención a la salud además de mejorar la calidad de vida (Perez-Laborde & Moreyra-Jiménez, 2017).

Los resultados aquí expuestos permiten concluir que la versión en español de la escala para evaluar la adherencia al tratamiento estomatológico en los pacientes presenta unas propiedades psicométricas robustas y, por lo tanto, resulta adecuada para su uso en la práctica y la investigación clínica. La aceptación del tratamiento es otro factor importante, además de la satisfacción que debe ser considerada durante la atención estomatológica.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Los estudios cualitativos en estomatología son un gran referente en la disciplina, ya que existen un número reducido de investigaciones que integre este enfoque dentro de la investigación, erróneamente se han inclinado hacia lo cuantitativo, son pocos estudios los que profundizan en los fenómenos.

Para finalizar, se agregan dos folletos uno para estomatólogos y otro para pacientes, donde se encuentra la información resumida de esta investigación, ver anexos 15 y 16.

Referencias

- *Badri, P., Saltaji, H., Flores-Mir, C., & Amin, M. (2014). Factors affecting children's adherence to regular dental attendance. *The Journal of the American Dental Association*, 145(8), 817–828. doi:10.14219/jada.2014.49.
- Achury-Beltrán LF. (2017). Validez y confiabilidad del cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular. *Aquichan.*; 17(4): 460-471. Doi: 10.5294/aqui.2017.17.4.9
- Acosta, F. J., Ramallo-Fariña, Y., Ruiz, L., Gómez, S., Hernández, A., Quesada, I., ... Calviño, M. J. (2019). Prospective study of variables associated with nonadherence to psychotherapy. *Journal of Mental Health*, 1–9. doi:10.1080/09638237.2019.1581346
- Albrecht, G., & Hoogstraten, J. (1998). *Satisfaction as a determinant of compliance. Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26(2), 139–146. doi:10.1111/j.1600-0528.1998.tb01940.x
- Alvira-González, J. & Gay-Escoda, C. (2015). Compliance of postoperative instructions following the surgical extraction of impacted lower third molars: A randomized clinical trial. *Medicine Oral Patology Oral Cirugie Bucal*. 1;20 (2): e224-30. <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v20i2/medoralv20i2p224.pdf>
- Amigo, V. I. (2018). Manual de psicología de la salud (3a. ed.). Difusora Larousse - Ediciones Pirámide. <https://elibro-net.proxydgb.buap.mx/es/ereader/bibliotecasbuap/123087?page=32>

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Anderson, I. (2013). How to... Ten top tips on compliance, concordance, and adherence.

Wounds International. 4(2). Recuperado de www.woundsinternational.com

Andrade, M. B. & Céspedes, V. (2017). Adherencia al tratamiento en enfermedad cardiovascular: rediseño y validación de un instrumento. *Enfermería Universitaria*.

14(4), 266-276, <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.10.001>

Apolo, P., Apolo, M. J. G., & Apolo, M. J. F. (2017). Importancia de la relación odontólogo-paciente en la práctica clínica. *Revista Conrado*, 13(59), 142-150. Recuperado de <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/>

Asimakopoulou, K., & Daly, B. (2009). Adherence in Dental Settings. *Dental Update*, 36(10), 626–630. doi:10.12968/denu.2009.36.10.626 Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20166379>

Atkins, L. & Fallowfield, L. (2006). Intentional and non-intentional non-adherence to medication amongst breast cancer patients. *European Journal of Cancer*, 42, 2271-2276. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804906002097>

Avilés, B. P.A. (2016). Adherencia al tratamiento de los pacientes que acudieron a la clínica odontológica de especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015 [Tesis Maestría]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. Escuela de Salud Pública.

Balkrishnan, R. (1998). Predictors of medication adherence in the elderly. *Clinical Therapeutics*, 20(4), 764 - 771. DOI: 10.1016/S0149-2918(98)80139-2

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Barker T. (1994). Role of health beliefs in patient compliance with preventive dental advice. *Community dentistry and oral epidemiology*, 22(5 Pt 1), 327–330.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1994.tb02062.x>

Barnestein-Fonseca, P., Leiva-Fernández, J., Vidal-España, F., García-Ruiz, A., Prados-

Torres, D. & Leiva-Fernández, L. (2011) Is it possible to diagnose the therapeutic

adherence of patients with COPD in clinical practice? A cohort study. *BMC*

Pulmonary Medicine. 11 (6). Disponible en

<https://bmcpulmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2466-11-6#Bib1>

Barra, E. (2001). Modelos psicosociales para la promoción de salud y prevención de

enfermedades. *Ciencia y Enfermería*. 7(2), 19-25. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/237045555_Modelos_psicosociales_para

[la la promocion de salud y prevencion de enfermedades](https://www.researchgate.net/publication/237045555_Modelos_psicosociales_para_la_la_promocion_de_salud_y_prevencion_de_enfermedades)

Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content

analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8-14.

Bitan, D. T., Grossman-Giron, A., Bloch, Y., Mayer, Y., Shiffman, N., & Mendlovic, S.

(2020). Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability, and

validity in the Israeli population. *Psychiatry Research*, 113100. doi:

10.1016/j.psychres.2020.113100

Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L.

(2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and

Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in Public Health*, 6(June), 1–18.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Bórquez, P. (2012). Elaboración del informe médico de lesiones. *Revista médica de Chile*, 140(3), 386-389.

Bouleanu, E. L. & Ploscaru, L. (2018). The Role of Irrational Beliefs in Dental Anxiety. *Acta Medica Transilvanica*, 23(3), 20–22. Retrieved from <http://www.proxydgb.buap.mx:2048/login?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26db%3da9h%26AN%3d132533592%26lang%3des%26site%3dehost-live>

Cabrera, A. & Valdivieso, M. (2009). Influencia del apego y el temperamento en el tratamiento odontológico del infante. *Odontología Pediátrica*, 8(2), 25-30. Recuperado de https://scholar.google.com.mx/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=apego+al+tratamiento+estomatol%C3e%B3gico&oq=apego+al+tratamiento+estomat at

Cabrera, A. G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18 (2), 129-138.

Campos, N.H., & Sotelo, T.I. (2019). Design and validation of a scale of maternal attitudes towards childhood overweight and obesity. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(2), 148-162. doi: <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2019.22.2.8>

Cano-Restrepo, J. & Martínez-Delgado, C. M. (2019). Adherencia al tratamiento ortodóncico de pacientes adolescentes atendidos en una institución docente asistencial de Medellín. Estudio transversal. *Revista Nacional Odontológica*, 15(28). <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2019.01.08>

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3),521-551. [fecha de Consulta 4 de febrero de 2020]. ISSN: 1697-2600. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337/33705307>

Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz, R. Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72. Recuperado en 07 de mayo de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es&tlng=es.

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) y el Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el SIDA (2015). <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/ProgramaAnualTrabajo2015.pdf>

Codina, C. (2000). Educación sanitaria: Información al paciente sobre medicamentos. 87. Ed. Doyma <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/esteve/educacionsanitariamedicamentos.pdf>

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO Dirección General de Difusión e Investigación Grupo de análisis de información. Análisis de la Queja Médica en el servicio de Odontología 2002-2017. http://www.conamed.gob.mx/gobmx/monografias/pdf/5_odontologia.pdf

Contreras, O. A., Flórez, T. E. & Herrera, L. A. (2008). Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. *Avances en Enfermería*, 26(2), 35-42.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=44573007&site=ehost-live>

Corah, N. L., O'Shea, R. M., & Bissell, G. D. (1985). The dentist-patient relationship: perceptions by patients of dentist behavior in relation to satisfaction and anxiety. *The Journal of the American Dental Association*, 111(3), 443–446. doi: 10.14219/jada.archive.1985.0144

Cortés, V., Enrique B., Ramírez, G. E. M, Olvera, M. J., & Arriaga, A. Y. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 78-88. Recuperado en 03 de julio de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100009&lng=pt&tlng=es.

Coulthard, P. (2020). Dentistry and coronavirus (COVID-19) - moral decision-making. *British Dental Journal* 228, 503–505. <https://doi.org/10.1038/s41415-020-1482-1>

Cubero RMÁ. El informe médico, un dilema asistencial. *Rev Cubana Pediatr.* 2016;88(1):110-116.

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/GUIA_ESTOMATOLOGICA2015.pdf

<http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/> CONSENTIMIENTO INFORMADO

D'Anello, S., Barreat, Y., Escalante, G., D'Orazio, A. y Benítez, A. (2009). La relación médico-paciente y su influencia en el tratamiento médico. *Medicina Universidad de*

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

- los Andes*, 18 (1) pp. 33-39. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3241337>
- Da Costa, E. D., da Costa, A. D., Lima, C. A. de S., Possobon, R. de F., & Ambrosano, G. M. B. (2018). The assessment of adherence to infection control in oral radiology using newly developed and validated questionnaire (QICOR). *Dentomaxillofacial Radiology*, 20170437. doi:10.1259/dmfr.20170437
- De las Cuevas, C. & Sanz, E. (2016). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7 (1), 25-30. <https://www.redalyc.org/pdf/2451/245143153004.pdf>
- De las Cuevas, C., y Peñate, W. (2015). Validation of the General Self-Efficacy Scale in psychiatric outpatient care. *Psicothema*, 27(4), 410-415. doi: 10.7334/psicothema2015.56
- Del Valle, M. V., & Zamora, E. V. (2021). El uso de las medidas de auto-informe: ventajas y limitaciones en la investigación en Psicología. *Alternativas psicológicas*, 47, 22-35.
- Devilley, G. J. & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(2), 73-86. doi: 10.1016/S0005-7916(00)00012-4
- DiMatteo, M. R., Haskard-Zolnierrek, K. B. and Martin, L. R. (2012) 'Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice', *Health Psychology Review*, 6(1), 74–91. <http://dx.doi.org/10.1080/17437199.2010.537592>
- DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., ... Rogers, W. H. (1993). *Physicians' characteristics influence patients'*

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

- adherence to medical treatment: Results from the Medical Outcomes Study. Health Psychology, 12(2), 93–102. doi:10.1037/0278-6133.12.2.93*
- DiMatteo, M.R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology, 23(2), 207218.* <http://www.robindimatteo.com/pdfs-of-published-work.html>
- DiMatteo, M.R., & DiNicola, D.D. (1982). *Achieving patient compliance.* Elmsford, NY: Pergamon. <http://www.robindimatteo.com/pdfs-of-published-work.html>
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., & Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: A meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine, 160, 2101-2107*
- Ehrenzweig, S. Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana, 25(1),7-21.* [fecha de Consulta 3 de diciembre de 2020]. ISSN: 1794-4724. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=799/79902503>
- Eicher, L., Knop, M., Aszodi, N., Senner, S., French, L. E., & Wollenberg, A. (2019). A systematic review of factors influencing treatment adherence in chronic inflammatory skin disease – strategies for optimizing treatment outcome. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* doi:10.1111/jdv.15913
- El Desafío de las Enfermedades Bucodentales. Una llamada a la acción global. (2015). *Atlas de Salud Bucodental.* 2ª ed. Ginebra: Federación Dental Internacional (FDI).
- El-Huni, A., Salazar, F. B. C., Sharma, P. K., & Fleming, P. S. (2019). Understanding factors influencing compliance with removable functional appliances: a qualitative

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

- study. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 155(2), 173-181.
- Elsesser, K., Wannemüller, A., Lohrmann, T., Jöhren, P., & Sartory, G. (2013). Mental retrieval of treatment context in dental phobia. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(2), 173-187.
- Fajardo, D. V., Cruz, M. J. & Leyva, R. O. (2013). La adherencia terapéutica, un tema actual. *Correo Científico Médico*, 17 (Supl. 1), 558-561. Recuperado en 04 de abril de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000500004&lng=es&tlng=es.
- Fariña, E. S. (2016). Validación de un grupo de cuestionarios para evaluar la adherencia a tratamientos de ortodoncia mediante aparatos removibles, en el Servicio de Especialidades Odontológicas del Hospital Barros Luco Trudeau [Tesis de licenciatura]. Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Felzmann, H. (2012). Adherence, compliance, and concordance: an ethical perspective. *Nurse Prescribing*, 10(8), 406–411. doi:10.12968/npre.2012.10.8.406
- Fernandez, S., Encalada, V.L., Sigüencia, G. M. (2020). Frecuencia de indiferencia al tratamiento odontológico en adultos de 18 a 44 años. *KIRU*. 2020 jul-set; 17(3): 117-122 <https://doi.org/10.24265/kiru.2020.v17n3.01>
- Filipe, R., & Aguiar, P. (2018). Oral Health - Factors of Non-Adherence to Dental Vouchers: A Case-Control Study. *Acta Medica Portuguesa*, 31(6), 303–311. <https://www.proxydgb.buap.mx:2069/10.20344/amp.9640>

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Fischer, M. A., Stedman, M. R., Lii, J., Vogeli, C., Shrank, W. H., Brookhart, M. A., &

Weissman, J. S. (2010). Primary Medication Non-Adherence: Analysis of 195,930 Electronic Prescriptions. *Journal of General Internal Medicine*, 25(4), 284–290. doi:10.1007/s11606-010-1253-9

Franco T. C., Garcia B. D, Monsalve, P. S., Osorio, M.A. (2016). Factores relacionados con la no adherencia al mantenimiento periodontal de los pacientes del posgrado de periodoncia de la clínica ces de sabaneta. [Tesis Maestría]. Recuperado de <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/4543>

Freddo, S. L., Da Cunha, I. P., Bulgareli, J. V., Cavalcanti, Y. W., & Pereira, A. C. (2018). Relations of drug use and socioeconomic factors with adherence to dental treatment among adolescents. *BMC Oral Health*, 18(1), 221. <https://www.proxydgb.buap.mx:2069/10.1186/s12903-018-0674-4>

Gárate, E.C. (2006). Factores asociados al nivel de apego terapéutico en niños con tratamiento estomatológico prolongado en la Clínica Reforma. *Revista ADM*; 63(1),19-22. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-in/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4843>

GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Ghosn, J. (2010). Privacy Practices for the Dental Office: Tips for PHIPA. *Compliance*.

Ontario Dentist, 87(6), 12–15. Retrieved from

<http://www.proxydgb.buap.mx:2048/login?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26db%3dddh%26AN%3d53164174%26lang%3des%26site%3dehost-live>

Ginarte, A. Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General*

Integral, 17(5), 502-505. Recuperado en 09 de febrero de 2021, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-

[21252001000500016&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es&tlng=es).

González-Bueno, J., Vega-Coca, M.; Rodríguez-Pérez, A., Toscano-Guzmán, M., Pérez-

Guerrero, C., Santos-Ramos, B. (2016). Intervenciones para la mejora de la

adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones

sistemáticas. *Atención primaria*, 48(2), 121-130.

Gratacós, T. M. & Pousa, E. (2018). Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica

en sujetos con esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*. Vol. [39\(1\)](#). 31.

<https://doi.org/10.23923/pap.psico12018.2850>

Guzmán, F. F., García, S., Rodríguez, A. & Alonso, C. Actitud, norma subjetiva y control

conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del

norte de México. *Frontera Norte [online]*. 2014, vol.26, n.51, pp.53-74.

Hakeberg, M., Heidari, E., Norinder, M., & Berggren, U. (2000). A Swedish version of the

Dental Visit Satisfaction Scale. *Acta Odontologica Scandinavica*, 58(1), 19–

24. doi:10.1080/000163500429389

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

- Halvari, A. E. M., Halvari, H., Bjørnebekk, G., & Deci, E. L. (2012). Self-determined motivational predictors of increases in dental behaviors, decreases in dental plaque, and improvement in oral health: A randomized clinical trial. *Health Psychology, 31*(6), 777–788. <https://doi.org/10.1037/a0027062>
- Halvari, A. E., Halvari, H., Bjørnebekk, G., & Deci, E. L. (2012). Motivation and anxiety for dental treatment: Testing a self-determination theory model of oral self-care behaviour and dental clinic attendance. *Motivation and Emotion, 34*(1), 15–33. doi:10.1007/s11031-010-9154-0
- Heiby, E. M., Lukens, C. L., & Frank, M. R. (2005). The Health Compliance Model-II. *The Behavior Analyst Today, 6*. 10.1037/h0100050.
- Heredia, D. (2018). Indiferencia al tratamiento dental. *Odontología Activa Revista Científica, 3*(1), 37-44. <https://doi.org/10.31984/oactiva.v3i1.153>
- Hogan, T., Awad, A., & Eastwood, R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine, 13*(1), 177-183. doi:10.1017/S0033291700050182
- Hogarty, K., Hines, C., Kromrey, J., Ferron, J., & Mumford, K. (2005). The Quality of Factor Solutions in Exploratory Factor Analysis: The Influence of Sample Size, Communalities, and Overdetermination. *Educational and Psychological Measurement, 65*(2), 202-226 DOI: 10.1177/0013164404267287
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia Al Tratamiento De Hipertensión Arterial. *Universidad Psicológica de Bogotá (Colombia) 5* (3), 535-547. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09.pdf>

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Holstad, M. M., Foster, V., DiIorio, C., McCarty, F., & Teplinskiy, I. (2010). An Examination of the Psychometric Properties of the Antiretroviral General Adherence Scale (AGAS) in Two Samples of HIV-Infected Individuals. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21(2), 162–172. doi: 10.1016/j.jana.2009.08.002

Horne, R. (2018). Adherence to treatment. Cambridge Handbook of Psychology. *Health and Medicine*, 415–421. doi:10.1017/cbo9780511543579.091

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/266411/PAE_PreencionDeteccionContr olProblemasSaludBucal2013_2018.pdf

Ibarra Barrueta, O. & Morillo Verdugo, R. (2017). *Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento*. Grupo de Adherencia Terapéutica ADHEFAR de la SEFH Edición patrocinada por Boehringer Ingelheim. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/libro_ADHERENCIA.pdf

Ito, S., M.E. & Vargas, N. B.I. (2005). Investigación Cualitativa para psicólogos. *De la idea al reporte*. México: FP-UNAM/FP-Porrúa

Jamieson, L.M. & Murray, T. W. (2002), The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30: 168-175. <https://doi.org.proxydgb.buap.mx/10.1034/j.1600-0528.2002.300302.x>

Jönsson, B., Lindberg, P., Oscarson, N., & Ohrn, K. (2006). Improved compliance and self-care in patients with periodontitis--a randomized control trial. *International journal of dental hygiene*, 4(2), 77–83. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2006.00175.x>

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Juárez-López, M., Murrieta-Pruneda, J. & Teodosio-Procopio, E. (2005). Prevalencia y factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal en preescolares de la Ciudad de México. *Gaceta médica de México*, 141(3), 185-189. Recuperado en 20 de marzo de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000300003&lng=es&tlng=es.

Khalil, D., Hultin, M., Andersson Fred, L., Parkbring Olsson, N., y Lund, B. (2015). Antibiotic prescription patterns among Swedish dentists working with dental implant surgery: adherence to recommendations. *Clinical Oral Implants Research*, 26(9), 1064–1069. <https://www.proxydgb.buap.mx:2069/10.1111/clr.12402>

Kikkert, M. J., Koeter, M. W. J., Dekker, J. J. M., Burti, L., Robson, D., Puschner, B., & Schene, A. H. (2011). The predictive validity of subjective adherence measures in patients with schizophrenia. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 20(2), 73–81. doi:10.1002/mpr.335

Kühner, M. K., & Raetzke, P. B. (1989). The Effect of Health Beliefs on the Compliance of Periodontal Patients with Oral Hygiene Instructions. *Journal of Periodontology*, 60(1), 51–56. doi:10.1902/jop.1989.60.1.51

Lask, B. (1994). Non-adherence to treatment in cystic fibrosis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87(Suppl 21), 25.

León Rubio, J. M. Psicología de la salud y de la calidad de vida. Barcelona: Editorial UOC, 2013. p. <https://elibro-net.proxydgb.buap.mx/es/ereader/bibliotecasbuap/56322?page=2>

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Lezana, F. M., Fernández, C. S., Rizo, A. J. Alonso, M. A. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección General de Difusión e Investigación. Grupo de análisis de información. Análisis de la Queja Médica en el servicio de Odontología 2002-2017

Limaylla, M. & Ramos, N. (2016). Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. *Ciencia e Investigación*, 19(2), 95-101. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/13635>

López-Romero, L. A., Romero-Guevara, S. L., Inés Parra, D., & Rojas-Sánchez, L. Z. (2016). Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Revista hacia La Promoción de la Salud*, 21(1), 117–137. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.10>

Lucas, L., Gennari, F. H., Goiato, M. C., Dos Santos, D. M., Moreno, A., & Falcón-Antenucci, R.M. (2010). Estética en prótesis removibles. *Revista Cubana de Estomatología*, 47(2), 224-235. Recuperado en 20 de marzo de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000200011&lng=es&tlng=es.

Luna, A., García & Barragán, L. (2014). El Modelo Transteórico y adherencia terapéutica en adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo I. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 7(1), 49-58.

Luo, J. Y. N., Liu, P. P., & Wong, M. C. M. (2018). Patients' satisfaction with dental care: a qualitative study to develop a satisfaction instrument. *BMC Oral Health*, 18(1). doi:10.1186/s12903-018-0477-7

Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2005). *The Role of Self-Efficacy in Health Self-Regulation*. In W. Greve, K. Rothermund, & D. Wentura (Eds.), *The adaptive self:*

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

- Personal continuity and intentional self-development (p. 137–152). Hogrefe & Huber Publishers.
- Mandri, M. N., Aguirre, G. A. & Zamudio, M. E. (2015). Sistemas adhesivos en Odontología Restauradora. *Odontoestomatología*, 17(26), 50-56. Recuperado en 17 de abril de 2019, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392015000200006&lng=es&tlng=es.
- Martín, A. L. & Bayarre, V. H. & Grau, A. J. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(1). [fecha de Consulta 27 de octubre de 2019]. ISSN: 0864-3466. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=214/21420865012>
- Martín, A. L., Grau, A. J. & Espinosa, B. A. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 222-235. Recuperado en 27 de octubre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200007&lng=es&tlng=es.
- Martín, L. Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14 (1), 89-99. doi.org/10.25009/pys.v14i1.869
- Martin, L. & DiMatteo, R. (2014). The Oxford Handbook of Health Communication Behavior Change and Treatment Adherence. *Barriers and Keys to Treatment Adherence and Health Behavior Change*. Oxford University Press. 9-23.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

- Martin, L. & DiMatteo, R. (2014). The Oxford Handbook of Health Communication Behavior Change and Treatment Adherence. *Barriers and Keys to Treatment Adherence and Health Behavior Change*. Oxford University Press. 9-23.
- Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard, K. B., & Dimatteo, M. R. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and clinical risk management*, 1(3), 189–199.
- Martínez-Domínguez, G. I., Martínez-Sánchez, L. M., Lopera-Valle, J. S. & Vargas-Grisales, N. (2016). La importancia de la adherencia terapéutica. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 14(2), 107-116. Recuperado en 09 de febrero de 2021, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102016000200003&lng=es&tlng=es.
- Massip, P. C., Ortiz, R. R., Llantá, A. M., Peña, F. M. & Infante, O. I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4) Recuperado en 03 de julio de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es&tlng=es.
- Mejía, E. A. & Romero, Z. H. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Revista Médica Electrónica*, 39(Supl. 1), 832-842. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700016&lng=es&tlng=es.
- Milosevic, I., Levy, H., Alcolado, G. & Radomsky, A. (2015) The Treatment Acceptability/Adherence Scale: Moving Beyond the Assessment of Treatment

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

- Effectiveness, *Cognitive Behaviour Therapy*, 44:6, 456-469, DOI: 10.1080/16506073.2015.1053407
- Misra, S., Daly, B., Dunne, S., Millar, B., Packer, M., & Asimakopoulou, K. (2013). Dentist-patient communication: what do patients and dentists remember following a consultation? Implications for patient compliance. *Patient preference and adherence*, 7, 543–549. <https://doi.org/10.2147/PPA.S43255>
- Mohindra, K., & Nirola, A. (2017). Evidence-based Dentistry: Future Aspects. *Journal of the International Clinical Dental Research Organization*, 9(1), 45–49. <https://www.proxydgb.buap.mx:2168/10.4103/2231-0754.201436>
- Molyneux, G., & Devitt, P. (2007). Incentives for medication adherence. *Psychiatric Bulletin*, 31(5), 193-193. doi:10.1192/pb.31.5.193
- Moreno, E. L. Á. (2009). Comunicación efectiva para el logro de una visión compartida. *CULCyT: Cultura Científica y Tecnológica*, ISSN-e 2007-0411, No. 32, 2009, Págs. 5-19, (32), 5–19. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3238707>
- Moreno, S. E, & Gil, R. J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1),91-109. [fecha de Consulta 9 de febrero de 2021]. ISSN: 1577-7057. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560/56030105>
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of clinical*

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

- hypertension (Greenwich, Conn.)*, 10(5), 348–354. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 24(1), 67–74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
- Morris, J. E., & Kanji, Z. (2016). Exploring how the quality of the client-dental hygienist relationship affects client compliance. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, 50(1), 15–22. Retrieved from <http://www.proxydgb.buap.mx:2048/login?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26db%3dddh%26AN%3d115186189%26lang%3des%26site%3dehost-live>
- Müggenburg, R. V. & Pérez, C. I. (2007). Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Enfermería Universitaria*, 4(1),35-38. ISSN: 1665-7063. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741821004>
- Müller, S., Kohlmann, T., & Wilke, T. (2015). Validation of the Adherence Barriers Questionnaire - an instrument for identifying potential risk factors associated with medication-related non-adherence. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0809-0>
- Navarrete, M., Godoy, I., Melo, P. & Javiera, N. (2015). Correlación entre biotipo gingival, ancho y grosor de encía adherida en zona estética del maxilar superior. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 8(3), 191-197. <https://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2015.07.003>

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

- Nogués, S. X., Sorli, R. M. L., & Villar, G. J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, 24(3), 138-141. Recuperado en 20 de marzo de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es&tlng=es.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2010). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143–154. doi:10.1002/jclp.20758
- Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, 26(2), 219-254. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/1058/1022>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Salud bucodental. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: *Pruebas para la acción*. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización mundial de la salud. Nota informativa N°318 (2012). Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Ortega, C. J., Sánchez, D., Rodríguez, O., Ortega, J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 16 (3). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). *Adherence to Medication*. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487–497. doi:10.1056/nejmra050100

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Ortiz, P. M., & Ortiz, P. E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135(5), 647-652.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014>

Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 59(3), 163-172. Recuperado a partir de

<http://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/7387>

Parker, R., & Berman, N. (2016). Adherence and Compliance. In *Planning Clinical Research* (pp. 284-294). Cambridge: Cambridge University Press.

doi:10.1017/CBO9781139024716.025

Pedrosa, I., Suárez, Á. J., & García, C. E. (2014). Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica*. 10(2), 3-20.

Perez-Laborde, L., & Moreyra-Jiménez, L. (2017). El quehacer del profesional de la psicología de la salud: Definiciones y Objetivos. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 3(2), 136-155.

doi:http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.3.2.2017.81.136-155.

Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Program.

Community Dentistry and Oral Epidemiology, 31(s1), 3-24.
doi:10.1046/j..2003.com122.x

Pisano, G. M. M., & González, P. A. (2014). *La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica*. *Enfermería Clínica*,

24(1), 59-66. doi:10.1016/j.enfcli.2013.10.006

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Programa de Acción Específico para la Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal 2013-2018 del Programa Sectorial de Salud de México.

<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-salud-bucal-2013-2018-20044>

Rabiei, S., Mohebbi, S. Z., Patja, K., & Virtanen, J. I. (2012). *Physicians' knowledge of and adherence to improving oral health. BMC Public Health, 12(1)*. doi:10.1186/1471-2458-12-855

Ramos, M. L. E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular, 16(2)*, 175-189. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es&tlng=es.

Ramsay D. S. (2000). Patient compliance with oral hygiene regimens: a behavioural self-regulation analysis with implications for technology. *International dental journal, 304-311*. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595x.2000.tb00580.x>

Rengifo, H. A. Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. (2009). *Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquía, 20(2)*: 171-178.

Renz, A., Ide, M., Newton, T., Robinson, P. G., & Smith, D. (2007). Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases. *The Cochrane database of systematic reviews, (2)*, CD005097. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005097.pub2>

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

- Reyes-Flores, E., Trejo-Alvarez, R., Arguijo-Abrego, S., Jiménez-Gómez, A., Castillo-Castro, A., Hernández-Silva, A., Mazzoni-Chávez, L. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista médica de Honduras*, Vol. 84 (3 y 4). Recuperado de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016.pdf#page=49>
- Ríos-Eraza, M., Santibañez, B., Treek, P., Herrera-Ronda, A. & Rojas-Alcayaga, G. (2020). Validez de contenido, de constructo y confiabilidad del Dental Anxiety Scale en adultos chilenos. *International journal of interdisciplinary dentistry*, 13(1), 9-12. <https://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882020000100009>
- Rodríguez, C. M. A., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez C. A., & José, F. M. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 40(8), 413 – 417 doi:10.1157/13125407
- Roese, N. J., & Jamieson, D. W. (1993). Twenty years of bogus pipeline research: A critical review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 114(2), 363–375. doi:10.1037/0033-2909.114.2.363
- Rojas, M. M. Z., & Morales B., S. Y. (2015). Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad? *Revista Colombiana De Enfermería*, 9, 133–141. <https://doi.org/10.18270/rce.v9i9.573>
- Rueda, M. G. & Albuquerque, A. (2016). La salud bucal como derecho humano y bien ético. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 36-59. doi: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.2299>

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Sabate´, E. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Retrieved from [http:// www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/index.html](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/index.html)

Salinas, C. E., Nava, G. M.G. (2012). Adherencia terapéutica. *Enfermería Neurológica* 11(2): 102– 104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>

Sandell, R., Camner, L. G., & Sarhed, G. (1994). The dentist's attitudes and their interaction with patient involvement in oral hygiene compliance. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 549–558. doi:10.1111/j.2044-8260.1994.tb01151.x

Sartory, G., Heinen, R., Pundt, I., & Jöhren, P. (2006). Predictors of behavioral avoidance in dental phobia: The role of gender, dysfunctional cognitions, and the need for control. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 19(3), 279–291. <https://doi.org/10.1080/10615800600841240>

Schäfer, K., Ludwig, B., Meyer-Gutknecht, H., Cornelius, T. (2015). Quantifying patient adherence during active orthodontic treatment with removable appliances using 73–80, <https://doi.org/10.1093/ejo/cju012>

Schoenwald, S. K., Henggeler, S. W., Brondino, M. J. and Rowland, M. D. (2000). Multisystemic therapy: monitoring treatment fidelity. *Family Process*, 39, 83 – 103. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=42&sid=3795ef9c-4a9d-4f34-a2fc-3cccc3b14a62%40pdc-v-sessmgr01&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#anchor=bib27&AN=2016-05702-001&db=psych>

Schüz, B., Wiedemann, A. U., Mallach, N., & Scholz, U. (2009). Effects of a short behavioural intervention for dental flossing: randomized-controlled trial on planning

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

- when, where and how. *Journal of Clinical Periodontology*, 36(6), 498–505. doi:10.1111/j.1600-051x.2009.01406.x
- Schwarzer R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*. 57(1), 1–29. doi: [10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x).
- Schwarzer, R. (2016). Health Action Process Approach (HAPA) as a Theoretical Framework to Understand Behavior Change. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 119-130. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i121.23458>
- Schwarzer, R., & Gutiérrez-Doña, B. (2009). Modelando el cambio en el comportamiento de salud: Cómo predecir y modificar la adopción y el mantenimiento de comportamientos de salud. *Revista Costarricense de Psicología*, 28 (41-42), 11-39. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748706011>
- Serrano, M. J., Vives, M., Mateu, C., Vicens, C., Molina, R., Puebla-Guedea, M., & Gili, M. (2014). Adherencia terapéutica en pacientes depresivos de atención primaria: un estudio longitudinal. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(3), 91–98. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=96033543&site=ehost-live>
- Shammary, N. H. A., Newton, T., McDonald, F., Scambler, S., & Asimakopoulou, K. (2015). Adherence in orthodontic settings: Understanding practitioner views in a UK sample. *The Angle Orthodontist*, 85(5), 826–832. doi:10.2319/091014-635.1
- Sharif, M. O., Newton, T., & Cunningham, S. J. (2019). A systematic review to assess interventions delivered by mobile phones in improving adherence to oral hygiene

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

- advice for children and adolescents. *British Dental Journal*, 227(5), 375–382. doi:10.1038/s41415-019-0660-5
- Sin, N. L. & DiMatteo, M. R. (2014). Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 47, 259-69. PMID 24234601 DOI: 10.1007/S12160-013-9559-6
- Skjong R. & Wentworth, B. (2000). Expert Judgement and risk perception. *Det Norske Veritas*. Disponible en <http://research.dnv.com/skj/Papers/SkjWen.pdf>
- Smith, R. C. (2013). The Patient's Story: Integrating the Patient- and Physician-centered Approaches to Interviewing. *Annals of Internal Medicine*, 115(6), 470. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-115-6-470>
- Soria Trujano, Rocío, Vega Valero, Cynthia Zaira, & Nava Quiroz, Carlos. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103. Recuperado em 04 de febrero de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008&lng=pt&tlng=es.
- Soriano, A. M. (2014). Diseño y validación de instrumentos de medición. *Diálogos* 14, 19-40. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/47265078.pdf>
- Staunton, G., & Hyland, J. (2018). Applied behavioural analysis principles in dentistry: techniques to overcome dental fear, improving attendance and compliance. *Journal of the Irish Dental Association*, 64(1), 30–34. Retrieved from

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

<http://www.proxydgb.buap.mx:2048/login?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26db%3dc8h%26AN%3d128168710%26lang%3des%26site%3dehost-live>

Stryker, J.E., Beck, A. D., Primo, S.A., Echt, K.V., Bundy, L., Pretorius, G.C., Glanz, K. (2010). An exploratory study of factors influencing glaucoma treatment adherence. *Journal Glaucoma*. Jan;19(1), 66-72. doi: 10.1097/IJG.0b013e31819c4679. PMID: 20075676; PMCID: PMC2808197.

Suresh, R., Jones, K. C., Newton, J. T., & Asimakopoulou, K. (2011). An exploratory study into whether self-monitoring improves adherence to daily flossing among dental patients. *Journal of Public Health Dentistry*, 72(1), 1–7. doi:10.1111/j.1752-7325.2011.00274.x

Syrjälä AM, Niskanen MC, Knuutila ML. (2002). The theory of reasoned action in describing tooth brushing, dental caries, and diabetes adherence among diabetic patients. *Journal of Clinical Periodontology*. May;29(5):427-32. doi: 10.1034/j.1600-051x.2002.290507. x. PMID: 12060425.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Allyn & Bacon/Pearson Education.

Tachalov, V. V., Orekhova, L. Y., Isaeva, E. R., Kudryavtseva, T. V., Loboda, E. S., & Sitkina, E. V. (2018). Characteristics of dental patients determining their compliance level in dentistry: relevance for predictive, preventive, and personalized medicine. *The EPMA journal*, 9(4), 379–385. <https://doi.org/10.1007/s13167-018-0152-8>

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Tan X, Patel I, Chang J, et al. (2014). Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8).

Innovation in Pharmacy, 5(3): Article 165.

<http://pubs.lib.umn.edu/innovations/vol5/iss3/5>

Tarrier, N., Liversidge, T., & Gregg, L. (2006). The acceptability and preference for the psychological treatment of PTSD. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1643 – 1656.

Doi: 10.1016/j.brat. 2005.11.012

The British Association for the Study of Community Dentistry. <http://www.bascd.org/>

Tristán A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición*. 6, 37-48.

Tsomos, G., Ludwig, B., Grossen, J., Pazera, P., & Gkantidis, N. (2014). Objective assessment of patient compliance with removable orthodontic appliances: a cross-sectional cohort study. *The Angle orthodontist*, 84(1), 56–61.

<https://doi.org/10.2319/042313-315.1>

Turan, O., Yemez, B., & Itil, O. (2014). The effects of anxiety and depression symptoms on treatment adherence in COPD patients. *Primary Health Care Research & Development*, 15(3), 244-251. doi:10.1017/S1463423613000169

Urzúa, M. A., Marmolejo C. A., & Barr, D. C. (2012). Validación de una escala para evaluar factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos. *Universitas Psychologica*, 11(2),

587–598. Retrieved from

<https://www.proxydgb.buap.mx:2057/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=891305>

[05&lang=es&site=ehost-live](https://www.proxydgb.buap.mx:2057/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=891305)

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Van Dulmen, S., Sluijs, E., van Dijk, L., de Ridder, D., Heerdink, R., & Bensing, J.

(2007). *Patient adherence to medical treatment: a review of reviews*. *BMC Health Services Research*, 7(1). doi:10.1186/1472-6963-7-55

Van Teijlingen, E., & Hundley, V. (2002). The importance of pilot studies. *Nursing*

Standard, 16(40), 33–36. doi:10.7748/ns2002.06.16.40.33.c3214

Vande Linde, M. A. (2005). Keys to increasing dental compliance. *DVM: The Newsmagazine*

of Veterinary Medicine, 36, 16–21. Retrieved from

<http://www.proxydgb.buap.mx:2048/login?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26db%3da9h%26AN%3d15780069%26lang%3des%26site%3dehost-live>

Vazquez, F. de L., Cortellazzi, K. L., Gonçalo, C. da S., Bulgareli, J. V., Guerra, L. M.,

Tagliaferro, E. S. P., ... Pereira, A. C. (2015). Qualitative study on adolescents'

reasons to non-adherence to dental treatment. *Ciencia & Saude Coletiva*, 20(7), 2147–

2156. <https://www.proxydgb.buap.mx:2069/10.1590/1413-81232015207.04502014>

Verweij, T. A., Oosterveld, P., & Hoogstraten, J. (1998). Compliance in dentistry: general

adherence, specific adherence, and perceived dental health. *Community Dentistry and*

Oral Epidemiology, 26(6), 394–399. Retrieved from

<http://www.proxydgb.buap.mx:2048/login?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26db%3dcmedm%26AN%3d9870538%26lang%3des%26site%3dehost-live>

Voruganti, L. N., & Awad, A. G. (2002). Personal evaluation of transitions in treatment

(PETiT): a scale to measure subjective aspects of antipsychotic drug therapy in

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

- schizophrenia. *Schizophrenia research*, 56(1-2), 37–46.
[https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(01\)00161-x](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(01)00161-x)
- Weinman, J., Graham, S., Canfield, M., Kleinstäuber, M., Perera, A. I., Dalbeth, N., & Petrie, K. J. (2018). The Intentional Non-Adherence Scale (INAS): Initial development and validation. *Journal of Psychosomatic Research*, 115, 110–116.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.10.010>
- Williams, B. A., Onsmann, A., & Brown, G. T. (2010). Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 8(3), 1 - 13.
- Wilson, I.B., Lee, Y., Michaud, J. *et al.* (2016). Validation of a New Three-Item Self-Report Measure for Medication Adherence. *AIDS Behaviour*. 20, 2700–2708.
<https://doi.org/10.1007/s10461-016-1406-x>
- Zambrano C, R., Duitama Muñoz, J., Losada Viñas, J., & Florez Arango, J. (2012). Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Facultad Nacional de Salud Pública: El Escenario Para La Salud Pública Desde La Ciencia*, 30(2), 4.
- Zolnierok, K. P., & DiMatteo, R. P. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment. *Medical Care*, 47(8), 826–834.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Anexos

Anexo 1 Guía de Entrevista a Estomatólogos

Se inicia la conversación comunicándole que será parte de una investigación para determinar el nivel de adherencia que tienen sus pacientes respecto al tratamiento estomatológico.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Especialidad: _____

Años de práctica clínica: _____ Generación de la licenciatura: _____

Generación de la especialidad: _____ Tiempo aproximado de atención a un paciente,

primera vez: ____ Subsecuente: _____ Recorrido de edad de los pacientes atendidos:

INTRODUCCIÓN

1. ¿En general, cómo le va con el tratamiento con sus pacientes?
2. ¿Cómo se siente respecto al comportamiento de sus pacientes durante los tratamientos que usted realiza?
3. ¿Cuáles han sido las principales dificultades que se le han presentado con sus pacientes durante su ejercicio profesional?

INFORMACIÓN

4. ¿Me puede describir qué hace desde que llega su paciente al consultorio estomatológico?
5. ¿Qué información le proporciona a su paciente respecto a su padecimiento? ¿Algo más que le indique además del plan de tratamiento?
6. ¿Cómo se cerciora que el paciente ha entendido su diagnóstico y el proceso a seguir?

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

7. ¿Cuánto tiempo le dedica en describir el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento?
8. ¿Para usted, qué es lo que más le interesa que haga su paciente al concluir su tratamiento?
9. En general, ¿Cuáles considera que son las principales inquietudes de los pacientes respecto al tratamiento?
10. ¿Qué limitaciones o barreras considera que existen en la comunicación con su paciente?
11. ¿Considera que la comunicación con el paciente es adecuada? Por qué
12. ¿Cómo le hace para comprometer y responsabilizar a su paciente con el tratamiento?
13. ¿Para usted qué es lo más importante al atender a un paciente?

MOTIVACIÓN

14. ¿Cómo le hace para mantener motivado a su paciente durante y entre sesiones?
15. ¿Qué aspectos que no dependen de usted desmotivan al paciente para completar su tratamiento?

ESTRATEGIA

16. ¿Qué estrategias utiliza para que el paciente complete su plan de tratamiento?
17. ¿Cómo considera sus competencias (habilidades, conocimientos y actitudes) para llevar a cabo el tratamiento con sus pacientes? ¿Por qué? ¿Qué considera que le falta reforzar?

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

18. ¿Qué deberían realizar los estomatólogos para generar adherencia a sus tratamientos?
19. ¿Qué hace para generar adherencia al tratamiento?

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

20. ¿En su experiencia qué porcentaje de sus pacientes se adhieren al tratamiento? ¿Por qué? Si usted pudiera medir el éxito de los tratamientos realizados del 0 al 10, ¿qué calificación le otorgaría y por qué?

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Anexo 2 Guía de Entrevista a Pacientes

Se inicia la conversación comunicando al paciente que será parte de una investigación para determinar el nivel de adherencia que tiene respecto al tratamiento estomatológico, en el que se mantiene un carácter confidencial.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Nivel Educativo: _____ Actividad física: _____ Conocimiento de padecimiento actual: _____

¿Qué conductas de riesgo realiza comúnmente? (rechinar los dientes, morder objetos, chuparse el dedo, morderse uñas, etc.):

Tipo de tratamiento: _____ Fecha de inicio de tratamiento:

_____.

Tiempo de conocer al estomatólogo tratante:

_____.

GENERALIDADES

1. ¿En general, cuál ha sido su experiencia con los estomatólogos?
2. ¿Cada cuánto tiempo acude a visitar uno?
3. ¿Por qué ha cambiado de estomatólogo?
4. ¿En general, cuál es la percepción del estado actual de su boca?
5. ¿Considera a la salud bucal prioritaria en su vida?
6. ¿Por qué acude con este estomatólogo?

INFORMACIÓN

7. ¿Me puede describir en que consiste su tratamiento actual?
8. ¿cuáles han sido las indicaciones del estomatólogo?

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

9. Recuerda su primera sesión ¿Cómo fue? ¿Qué fue lo que más le gustó y lo que no?
10. ¿Hubo algo que usted no entendiera respecto a las indicaciones que le ofreció el estomatólogo?
11. ¿Cuándo no entiende las indicaciones del estomatólogo usted qué hace?
12. En general, ¿Cómo es el trato del estomatólogo hacia usted?
13. ¿Cuánto tiempo le toma al estomatólogo en explicar los cuidados y recomendaciones después de atenderlo?
14. ¿Qué hace el estomatólogo para cerciorarse que usted entienda todo lo que acaba de mencionar?
15. ¿En caso de tomar medicamentos sigue al pie de la letra las indicaciones? Si no, ¿cuál es la razón?
16. ¿Considera que tiene una buena comunicación con su estomatólogo?
17. ¿Hay algo que se pudiera mejorar respecto a la comunicación?

MOTIVACIÓN

18. ¿Qué le motiva a llevar a cabo el tratamiento sugerido por el estomatólogo?
19. ¿Qué lo desmotiva con respecto a su tratamiento?
20. ¿Existen expresiones por parte del estomatólogo que lo hagan sentir más cómodo?
21. ¿Qué lo motiva a seguir con su estomatólogo?
22. ¿Confía en el tratamiento recomendado? ¿Por qué?

ESTRATEGIA

23. ¿Qué estrategias utiliza para llevar a cabo completamente su plan de tratamiento?
24. ¿Qué tiene que hacer para cumplir con las citas programadas?
25. ¿Hay alguien que lo apoye para llevar a cabo su tratamiento?
26. ¿Qué dificulta cumplir con el tratamiento?

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

27. ¿En cuál de las indicaciones es usted más constante y por qué?
28. ¿De qué manera puede afectar su salud bucal si no lleva a cabo el tratamiento?

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

29. ¿Le han dado indicaciones para mejorar su salud bucal?
30. ¿Qué indicaciones le han dado? ¿Las ha llevado a cabo? ¿Por qué?
31. ¿Qué tan exitosos han sido los tratamientos que ha realizado su estomatólogo?
32. Si usted pudiera medir el éxito de los tratamientos realizados por su estomatólogo del 0 al 10, ¿qué calificación le otorgaría y por qué?
33. ¿Está consciente que el no cumplir con las indicaciones puede generar mayores complicaciones a la salud bucal?

Anexo 3. Invitación a Participar como Juez Experto

Dr. ..., gracias por aceptar evaluar la validez de contenido de la **Escala de Adherencia al Tratamiento Estomatológico para estomatólogos** que es parte de la investigación que estamos realizando. A continuación, se presenta una breve introducción de la forma en la que se elaboró el instrumento, la ficha técnica que describe la parte teórica del instrumento, la tabla de especificaciones que describe cada una de las dimensiones y reactivos que necesitamos por favor que evalúe. Agradecemos su valiosa colaboración.

El objetivo de la investigación es diseñar y validar un instrumento que mida la adherencia al tratamiento en estomatología. Esta investigación se plantea desde la psicología de salud y presenta como modelo teórico el propuesto por DiMatteo y DiNicola (1982), el cual involucra los aspectos claves en la adherencia, como *la información, la motivación y la estrategia* como elementos esenciales para fomentarla.

Se realizó un estudio cualitativo que tuvo como objetivo explorar los aspectos del comportamiento asociados a la adherencia / no adherencia del tratamiento estomatológico, desde la visión del paciente y del estomatólogo, para obtener una visión conjunta. Por lo que se construyeron dos guías de entrevista, una para estomatólogos y otra para pacientes de acuerdo con el modelo teórico y con ella se llevaron a cabo 6 entrevistas semiestructuradas a pacientes que estuvieran en algún tratamiento estomatológico y 6, a estomatólogos de distintas especialidades de la ciudad de Puebla, con práctica profesional privada. Se conformaron diadas del mismo tratamiento, se grabaron las entrevistas y se transcribieron textualmente para su posterior análisis. Los datos se procesaron a través de Excel 2019 y se llevó a cabo un análisis de contenido.

Dentro de los factores que ayudaron a promover la adherencia por parte del estomatólogo se encontraron: una estrecha relación con el paciente, una explicación detallada del tratamiento y la comunicación efectiva, la actitud y la honestidad como valor, fue un factor importante para mantener al paciente motivado. Las estrategias empleadas incluyeron: dar garantía, opciones diferentes de tratamiento y trabajar en condiciones óptimas.

De acuerdo con las dimensiones establecidas del modelo teórico, la adherencia al tratamiento fue percibida en la mayoría de los pacientes como aceptable (90%). Los motivos de no adherencia incluyeron el descuido, la falta de tiempo, las cuestiones laborales y las razones económicas. Por último, las estrategias para adherirse al tratamiento incluyeron recordatorios y llevar rutinas.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Anexo 4. Ficha Técnica del Instrumento

Nombre del instrumento: Escala de la Adherencia al Tratamiento Estomatológico para Estomatólogos

Autores: *Original:* Karla Marisol Teutli Mellado, Nora Hemi Campos, Irene Espinosa de Santillana, Dulce María Flores.

Fecha de elaboración: *Original* en 2020.

Procedencia: *Original:* México

Propósito: Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento estomatológico en estomatólogos.

Significación: Un puntaje alto en las dimensiones información, motivación y estrategia indicará mayor adherencia al tratamiento estomatológico, mientras un puntaje bajo, indicarán baja adherencia al tratamiento estomatológico.

Tipo de escala. Tipo Likert (de medición ordinal) en la que cada persona responderá a estas afirmaciones seleccionando 1 () hasta 4 (). Nunca / Siempre.

Dimensiones y Categorías:

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS
Información	Comunicación Efectiva Conocimiento sobre el tratamiento Valores Percepción de la Salud Bucal Comportamiento durante la Atención Estomatológica
Motivación	Participación en la toma de decisiones del tratamiento Creencias en Salud Bucal Comodidad Satisfacción en la Atención Estomatológica Normas subjetivas Autoeficacia
Estrategia	Estrategia para el logro de la Adherencia Obstáculos Red de Apoyo
Adherencia al Tratamiento Estomatológico	Asistencia Voluntaria Asistencia a las Visitas programadas Higiene Bucal Conductas de riesgo para la salud bucal Administración de Medicamentos

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Grupo de referencia (población destinataria): Está diseñada para evaluar la Adherencia al Tratamiento Estomatológico a estomatólogos.

Extensión: El cuestionario consta de 144 reactivos. El tiempo de duración para completarlo es de máximo 25 minutos y se aplica de manera individual.

Administración del Instrumento: en línea, con la aplicación Google Forms.

Definición del constructo

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

La **Adherencia al Tratamiento Estomatológico** es: el grado en que el comportamiento del paciente coincide con lo indicado por el estomatólogo en el que acepta voluntariamente el tratamiento, asiste a las citas programadas, toma los medicamentos (en caso necesario), mantiene una buena higiene bucal y evita conductas de riesgo (como alto consumo en azúcares, hábitos bucales nocivos, parafunciones, fumar o tomar alcohol en exceso) en su estilo de vida para lograr y mantener las condiciones de salud bucal.

REACTIVOS PARA ESTOMATÓLOGOS

DIMENSIÓN	CATEGORÍA	REACTIVO	TIPO	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
			P: positiv o	Los reactivos que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta	El reactivo tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	El reactivo es esencial o importante, es decir, deber ser incluido.	El reactivo se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	
			N: negativ o	1.Los reactivos no son suficientes para medir la dimensión	1.El reactivo no tiene relación lógica con la dimensión. 2.El reactivo tiene una relación	1.El reactivo puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.	1.El reactivo no es claro. 2.El reactivo requiere bastantes modificaciones o una	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

				<p>2. Los reactivos miden algún aspecto de la dimensión, pero no correspond en con la dimensión total</p> <p>3. Se deben incrementar algunos reactivos para evaluar la dimensión completamente</p> <p>4. Los reactivos son suficientes</p>	<p>secundaria con la dimensión.</p> <p>3.El reactivo tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.</p> <p>4.El reactivo se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.</p>	<p>2.El reactivo tiene alguna relevancia, pero otro reactivo puede estar incluyendo lo que mide este.</p> <p>3.El reactivo es relativamente importante.</p> <p>4.El reactivo es muy relevante.</p>	<p>modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.</p> <p>3.Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del reactivo.</p> <p>4.-El reactivo se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está viviendo.</p>	
<p>Información: Forma en la que se comunica efectivamente la información a los</p>	<p>Comunicación efectiva. Es el vínculo que se forma con otra persona, que implica la utilización de signos verbales (palabras) y no verbales (gestos,</p>			<p>1. No cumple con el criterio</p> <p>2. Nivel Bajo</p> <p>3. Nivel Moderado</p> <p>4. Nivel Alto</p>	<p>1. No cumple con el criterio</p> <p>2. Nivel Bajo</p> <p>3. Nivel Moderado</p> <p>4. Nivel Alto</p>	<p>1. No cumple con el criterio</p> <p>2. Nivel Bajo</p> <p>3. Nivel Moderado</p> <p>4. Nivel Alto</p>	<p>1. No cumple con el criterio</p> <p>2. Nivel Bajo</p> <p>3. Nivel Moderado</p> <p>4. Nivel Alto</p>	
		<p>1. Comunico a mis pacientes las indicaciones a seguir del tratamiento</p>	<p>P</p>	<p>1 2 3 4</p>	<p>1 2 3 4</p>	<p>1 2 3 4</p>	<p>1 2 3 4</p>	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

pacientes, se busca generar confianza y alentar a los pacientes a participar en la toma de decisiones y a ser partícipes de su propio cuidado de la salud bucal. Incluye que los pacientes compartan por qué y cómo deben llevar a cabo sus recomendaciones de tratamiento, la escucha de las inquietudes o preocupaciones y brindarles atención plena. (DiMatteo et al., 2011).	símbolos, imágenes, tonos, etc.), que permiten acceder al otro, persuadirlo y movilizarlo con el mensaje (Vera et al., 2014), va más allá del proceso de transmisión y recepción de ideas, información y mensajes.	2. Dedico tiempo para explicarle las indicaciones a mis pacientes	N	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		3. Verifico que mis pacientes entiendan todo lo que le estoy diciendo			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		4. Al llegar mis pacientes al consultorio los saludo			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		5. Permito que mis pacientes hagan preguntas cuando no entiende las indicaciones			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		6. Pongo atención a mis pacientes mientras conversamos			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		7. Escucho las inquietudes de mis pacientes respecto al tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		8. Estoy abierto a la comunicación con mis pacientes			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		9. Demuestro disponibilidad cuando mis pacientes lo necesita			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		Valores. La significación positiva (tendente al progreso social) de los objetos, fenómenos y situaciones con que el hombre se relaciona en el marco de su vida social, que es expresión de sus necesidades e intereses tanto a nivel individual como social y que orientan y regulan su conducta (Martínez, 2001).			10. Mis pacientes confían en mí		1 2 3 4	1 2 3 4
11. Trato con respeto a mis pacientes				1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
12. Puedo comprender cómo se sienten mis pacientes respecto al tratamiento				1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
13. Mis pacientes confían en el tratamiento llevado a cabo				1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
14. Me considero educado(a) con mis pacientes				1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
15. Estoy comprometido(a) con el tratamiento de mis pacientes				1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
16. Soy honesto (a) con el tratamiento que brindo a mis pacientes				1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

<p>Conocimiento sobre el tratamiento. Significa saber cómo es el tratamiento, respecto a la indicación, la duración, los beneficios esperados, los efectos secundarios, precauciones, etc. (Salar et al., 2016)</p>	17. Proporciono a mis pacientes información detallada antes/durante/después del procedimiento		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	18. Doy a conocer los detalles del tratamiento que realizo con mis pacientes			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	19. Doy a conocer a mis pacientes los beneficios del tratamiento sugerido			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	20. Doy a conocer a mis pacientes las consecuencias de no seguir las indicaciones			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	21. Indico a mis pacientes la duración de su tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	22. Le doy a conocer a mis pacientes los beneficios del tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	<p>Comportamiento durante la atención estomatológica. Es la forma de proceder del paciente-estomatólogo frente a los estímulos y en relación con el entorno estomatológico.</p>	23. Mis pacientes acuden a las consultas estomatológicas con ansiedad		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
24. Mis pacientes acuden a las consultas estomatológicas con estrés				1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
25. Mis pacientes acuden a las consultas estomatológicas con dolor				1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
26. Mis pacientes son exigentes (demandantes) durante la atención estomatológica				1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
27. Observo cómo llegan mis pacientes (maloclusión, fonación, deglución, oclusión, etc.).				1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
28. Mis pacientes suelen ser especiales (difíciles) durante la atención estomatológica				1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
29. Mis pacientes suelen ser quisquillosos durante la atención estomatológica				1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

		30. Atiendo las peticiones de mis pacientes			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		31. Mis pacientes han tenido experiencias previas negativas			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		32. Soy amable durante la atención estomatológica			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		33. Soy puntual			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
<p>Percepción en salud bucal. Es la apreciación de sí mismo como sujeto físicamente existente, además del sistema de atributos físicos que caracterizan al individuo de manera relativamente estable. Incluye la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física de la persona (Rodríguez et al., 2016).</p>		34. Mis pacientes consideran a la salud bucal igual de importante que la salud general		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		35. Mis pacientes consideran que su apariencia bucal es saludable			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		36. En general, a mis pacientes les agrada la apariencia de su boca.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		37. A mis pacientes les agrada la apariencia de sus dientes.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		38. Mis pacientes están contentos (as) con su estado de salud bucal			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		39. Observo mejoría del estado bucal con el tratamiento estomatológico en mis pacientes			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

<p>Motivación. Consiste en ayudar a los pacientes a creer en la eficacia del tratamiento; escuchar y discutir cualquier actitud negativa hacia tratamiento; determinar el rol del paciente en su sistema. También ayudar al paciente a construir el compromiso de adherirse y creer en su capacidad de hacerlo. Esta dimensión se debe observar cíclicamente y revisarse de manera</p>	<p>Participación en la toma de decisiones del tratamiento. Compartir la resolución que se toma en el tratamiento.</p>	40. Tomo en cuenta la opinión de mis paciente respecto al tratamiento	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
		41. Permito participar a mis pacientes en las decisiones respecto al tratamiento	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		42. Considero importante que mis pacientes participe en la toma de decisiones de su tratamiento	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
		43. Para la continuidad del tratamiento de mis pacientes, tomamos decisiones conjuntas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	<p>Creencias en salud bucal. cualquier expresión o proposición simple consciente o inconsciente inferida de lo que una persona dice o hace (Jiménez & Méndez, 2009)</p>	<p>1 2 3 4</p>	44. Creo que la falta de atención en de mis pacientes le impide cumplir adecuadamente el tratamiento	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
			45. Considero que lo que mis pacientes pagan por el tratamiento que realizo es justo	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
			46. Creo que la salud bucal es igual de importante que la salud general	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
			47. Considero que la economía de mis pacientes afecta el cumplimiento del tratamiento	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
			48. Considero que las actividades laborales de mis pacientes interfieren el cumplimiento del tratamiento	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
			49. El tratamiento estomatológico que doy es muy caro	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
			50. El cumplir con las indicaciones al pie de la letra, afecta el estilo de vida de mis pacientes	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
			51. Considero que el pago por el tratamiento es el adecuado	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
			52. Considero importante que mis pacientes firmen un contrato de comportamiento	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

continua, ya es susceptible de cambiar diversos factores. DiMatteo et al., 2012).	Satisfacción en la atención estomatológica. Es la medida en que la atención estomatológica y el estado de salud bucal resultante cumplen con las expectativas del paciente.	53. No creo que exista problema si mis pacientes no sigan todas las indicaciones que doy			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		54. Mis pacientes están convencidos del tratamiento propuesto		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		55. Mis pacientes están motivados con el tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		56. El consultorio es agradable			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		57. Los aparatos e instrumental que utilizo están en buen estado			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		58. Me siento satisfecho (a) cuando me recomiendan mis pacientes			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		59. Me satisface eliminar el dolor que traen durante las consultas			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		60. Me siento satisfecho (a) al tener habilidad manual para atender a mis pacientes			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		61. Me siento satisfecho (a) con la confianza que el paciente que me tiene			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		62. Los aparatos e instrumental que utilizo con mis pacientes están en buen estado			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		63. La atención estomatológica ocurre sin molestia por parte de mis pacientes			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		64. El tratamiento que otorgo a mis pacientes es de calidad			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		65. El tratamiento que realizo a mis pacientes coincide con sus expectativas			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

		66. Mis pacientes se encuentran satisfechos (as) con el tratamiento que llevo a cabo			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		67. La atención que reciben mis pacientes es personalizada			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		68. Estoy satisfecho (a) con el tratamiento que realizo			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		69. Atiendo con profesionalismo			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		70. Mi paciente recibe un buen trato			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		71. Trato de eliminar el dolor durante la atención estomatológica			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		72. Fomento un ambiente agradable durante la atención estomatológica			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		73. Procuero que mis pacientes se sientan cómodos en el consultorio			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		74. El consultorio está limpio			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		75. Considero que tengo buena destreza manual			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	Normas subjetivas. es un razonamiento normativo que pone de manifiesto la presión social percibida por la persona que va a	76. Mis pacientes se dejan llevar por lo que les dice su familia respecto a los tratamientos		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
77. Mis pacientes se dejan llevar por lo que les dicen sus amigos respecto a los tratamientos.			1 2 3 4		1 2 3 4	1 2 3 4		
78. Mis pacientes se dejan llevar por lo que ven en las redes sociales			1 2 3 4		1 2 3 4	1 2 3 4		
79. Considero que existe gente a alrededor de mi paciente que le sugiere abandonar el tratamiento			1 2 3 4		1 2 3 4	1 2 3 4		

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

	realizar la conducta hacia la ejecución o no de dicha conducta (Guzmán et al., 2013)	80. Considero que existe gente a alrededor de mi paciente que le sugiere modificar el tratamiento						
		81. Mis vecinos influyen en el cumplimiento del tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	Autoeficacia. creencia sobre el acceso a los recursos para actuar con éxito	82. Me siento capaz de lograr que mis pacientes cumplan con el tratamiento		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		83. Considero que mis pacientes son capaces de adherirse al tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		84. Tengo la capacidad de cumplir las expectativas de mis pacientes			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		85. Me siento capaz de adaptarme a las expectativas del paciente respecto al tratamiento						
	86. Me considero capaz de convencer a mis pacientes de la efectividad del tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
Estrategia. Consiste en ayudar a superar las barreras que se interponen en el camino de los pacientes; identificar recursos para proporcionar ayuda	Estrategias para el logro de la adherencia. Método o sistema para ejecutar o conseguir la adherencia al tratamiento.	87. Utilizo recordatorios para que mis pacientes cumplan con las indicaciones		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		88. La asistente o yo recordamos la cita a los pacientes.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		89. Recomiendo llevar consigo productos de higiene bucal para realizarla en cualquier lugar			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		90. Ofrezco alternativas diferentes para que mis pacientes cumplan con las indicaciones			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		91. Recomiendo a mis pacientes llevar consigo productos de higiene bucal para llevarla a cabo.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

financiera o descuentos; proporcionar por escrito instrucciones / recordatorios; firmar un contrato de comportamiento; enlazarlo a grupos de apoyo; proporcionar recordatorios electrónicos o llamadas telefónicas de seguimiento, etc.		92. Sugiero a mis pacientes llevar a cabo una rutina para cumplir las indicaciones			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
		93. Mis pacientes escuchan su música favorita durante la atención estomatológica			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
		94. Mis pacientes firman el consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
		95. Empleo alguna técnica para el cumplimiento del tratamiento (programación neurolingüística, neuromarketing, etc.)			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
		96. Doy por escrito las indicaciones			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
		97. Incluyo materiales audiovisuales para la explicación del tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
	Obstáculos: Impedimento, dificultad, inconveniente para el logro de la adherencia.		98. A mis pacientes se les olvida seguir algunas indicaciones del tratamiento		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
			99. Al final del día mis pacientes están cansados para cumplir con todas las indicaciones			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
			100. Considero que las indicaciones que les doy a mis pacientes interfieren con su estilo de vida			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
			101. Mis pacientes ponen excusas para no seguir las indicaciones puntualmente			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
			102. Considero que mis pacientes son molestados al utilizar cierto tipo de aparatos en boca			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
			103. Mis pacientes son personas muy ocupadas			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

		104. Considero que mis pacientes tienen poco tiempo para cumplir con todas las indicaciones			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		105. Mis pacientes dejan de comer lo que más les gusta por el tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		106. Considero que cuesta trabajo convencer a mis pacientes para que acepten el tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		107. Los problemas familiares de mis pacientes pueden interferir en el cumplimiento del tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		108. Mis pacientes olvidan asistir a las citas programadas			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	Red de apoyo. Redes mediante las cuales las personas crean lazos entre sí para brindarse apoyo.	109. Mis pacientes cuentan con algún familiar que les ayuda a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		110. Mis pacientes cuentan con algún amigo(a) que les ayuda a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		111. Pregunto si alguna persona le recuerda cumplir el tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		112. Mis pacientes cuentan con algún familiar o amigo que les ayuda a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		113. Pregunto si existe algún miembro de la familia que apoye con los gastos			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
Adherencia al Tratamiento	Asistencia voluntaria.	114. Constato que mis pacientes asistan voluntariamente al Tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Estomatológico	Acción de estar por espontánea voluntad y no por obligación o deber (RAE).	115. Doy oportunidad a que mis pacientes acepten voluntariamente el tratamiento		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		116. Mis pacientes asisten a las citas de seguimiento cuando se los indico			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		117. Mis pacientes cancelan con frecuencia las citas programadas			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		118. Mis pacientes están obligados a aceptar el tratamiento sugerido			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	Asistencia a las visitas programadas. Acción de estar o hallarse presente (RAE)	119. Indico a mis pacientes la importancia de asistir a las visitas programadas		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		120. Soy puntual con las citas programadas			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	Repetida
		121. Indico a mis pacientes la periodicidad para el logro del tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		122. Cancelo con frecuencia las citas programadas a mis pacientes			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		123. Mis pacientes asisten a las citas de seguimiento cuando se los indico			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	Higiene bucal. Parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades bucales.	124. Indico el número de veces que mis pacientes debe cepillarse durante el día		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		125. Mis pacientes mantienen una buena higiene bucal durante el tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		126. Indico a mis pacientes cepillar los dientes por lo menos una vez al día			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
127. Indico a mis pacientes mantener una adecuada higiene bucal			1 2 3 4		1 2 3 4	1 2 3 4		

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

		128. Sugiero a mis pacientes utilizar auxiliares de la higiene bucal además del cepillo y pasta			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		129. Enseño a mis pacientes cómo realizar la higiene bucal o técnica de cepillado			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
Conductas de riesgo para la salud bucal. Característica, circunstancia, condición, situación, conducta o elemento que aumenta la probabilidad de que se produzca el consumo problemático o abuso de sustancias o conductas excesivas con riesgo de generar enfermedades bucales.		130. Enfatizo a mis pacientes evitar conductas que pongan en riesgo su salud bucal		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		131. Sugiero a mis pacientes el consumo moderado de azúcares en la alimentación			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		132. Indico a mis pacientes evitar el consumo de alcohol			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		133. Indico a mis pacientes evitar el consumo de tabaco						
		134. Indico a mis pacientes que eviten utilizar los dientes para otra función como destapar botellas, cortar algo, etc.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		135. Indico evitar conductas que pongan en riesgo la salud bucal de mis pacientes			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		136. Sugiero evitar algunos alimentos o bebidas para mejorar su salud bucal			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	Indicaciones farmacológicas. Es el	137. Explico a mis pacientes la forma correcta de tomar los medicamentos		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

procedimiento a través del cual se proporciona un fármaco a un paciente para conseguir determinado efecto, el cual puede administrarse a través de diferentes vías.	138. Verifico que mis pacientes comprendan la forma correcta de tomar los medicamentos			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	139. Tomo en cuenta las creencias de mis pacientes respecto a la toma de medicamentos			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	140. Tomo en cuenta en el estilo de vida de mis pacientes en el momento de prescripción de medicamentos			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	141. Tomo en cuenta las capacidades cognitivas de mis pacientes en la administración de medicamentos			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	142. Explico a mis pacientes el beneficio de los medicamentos recetados.			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	143. Doy por sentado que mis pacientes cumplen con las dosis recomendadas.			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	144. Enfatizo a mis pacientes la importancia de tomar los medicamentos como son prescritos			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

ANEXO 6. Reactivos Enviados a Jueces Versión Pacientes

El objetivo de la investigación es diseñar y validar un instrumento que mida la adherencia al tratamiento en estomatología. Esta investigación se plantea desde la psicología de salud y presenta como modelo teórico el propuesto por DiMatteo y DiNicola (1982), el cual involucra los aspectos claves en la adherencia, como *la información, la motivación y la estrategia* como elementos esenciales para fomentarla.

Se realizó un estudio cualitativo que tuvo como objetivo explorar los aspectos del comportamiento asociados a la adherencia / no adherencia del tratamiento estomatológico, desde la visión del paciente y del estomatólogo, para obtener una visión conjunta. Por lo que se construyeron dos guías de entrevista, una para estomatólogos y otra para pacientes de acuerdo con el modelo teórico y con ella se llevaron a cabo 6 entrevistas semiestructuradas a pacientes que estuvieran en algún tratamiento estomatológico y 6, a estomatólogos de distintas especialidades de la ciudad de Puebla, con práctica profesional privada. Se conformaron diadas del mismo tratamiento, se grabaron las entrevistas y se transcribieron textualmente para su posterior análisis. Los datos se procesaron a través de Excel 2019 y se llevó a cabo un análisis de contenido.

De acuerdo con las dimensiones establecidas del modelo teórico, la adherencia al tratamiento fue percibida en la mayoría de los pacientes como aceptable (90%). Los motivos de no adherencia incluyeron el descuido, la falta de tiempo, las cuestiones laborales y las razones económicas. Por último, las estrategias para adherirse al tratamiento incluyeron recordatorios y llevar rutinas.

Ficha técnica del instrumento

Nombre del instrumento: Escala de la Adherencia al Tratamiento Estomatológico para Pacientes

Autores: *Original:* Karla Marisol Teutli Mellado, Nora Hemi Campos, Irene Espinosa de Santillana, Dulce María Flores.

Fecha de elaboración: *Original* en 2020.

Procedencia: *Original:* México

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Propósito: Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento estomatológico en pacientes

Significación: Un puntaje alto en las dimensiones información, motivación y estrategia indicará mayor adherencia al tratamiento estomatológico, mientras un puntaje bajo, indicarán baja adherencia al tratamiento estomatológico.

Tipo de escala. Tipo Likert (de medición ordinal) en la que cada persona responderá a estas afirmaciones seleccionando 1 () hasta 4 (). Nunca / Siempre.

Dimensiones y Categorías:

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS
Información	Comunicación Efectiva el tratamiento Valores Salud Bucal Comportamiento durante la Atención Estomatológica Conocimiento sobre Percepción de la
Motivación	Participación en la toma de decisiones del tratamiento Creencias en Salud Bucal Satisfacción en la Atención Estomatológica Autoeficacia Comodidad Normas subjetivas
Estrategia	Estrategia para el logro de la Adherencia Red de Apoyo Obstáculos
Adherencia al Tratamiento Estomatológico	Asistencia Voluntaria programadas Higiene Bucal la salud bucal Indicaciones farmacológicas Asistencia a las Visitas Conductas de riesgo para

Grupo de referencia (población destinataria): Está diseñada para evaluar la Adherencia al Tratamiento Estomatológico para pacientes de 18 a 60 años.

Extensión: El cuestionario consta de 156 reactivos. El tiempo de duración para completarlo es de máximo 25 minutos y se aplica de manera individual. **Administración del Instrumento:** en línea, con la aplicación Google Forms.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

La **Adherencia al Tratamiento Estomatológico** es: El grado en que el comportamiento del paciente coincide con lo indicado por el estomatólogo en el que acepta voluntariamente el tratamiento, asiste a las citas programadas, toma los medicamentos (en caso necesario), mantiene una buena higiene bucal y evita conductas de riesgo (como alto consumo en azúcares, hábitos bucales nocivos, parafunciones, fumar o tomar alcohol en exceso) en su estilo de vida para lograr y mantener las condiciones de salud bucal.

REACTIVOS PARA PACIENTES: Se les mencionará a los pacientes que la palabra “estomatólogo” engloba los conceptos: dentista, odontólogo, cirujano dentista.

DIMENSIÓN	CATEGORÍA	REACTIVO	T I P O	SUFICIEN CIA	COHEREN CIA	RELEVAN CIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
			P	Los reactivos que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta	El reactivo tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	El reactivo es esencial o importante, es decir, deber ser incluido.	El reactivo se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	
			N	1. No cumple con el criterio 2. Nivel Bajo 3. Nivel Moderado 4. Nivel Alto	1. No cumple con el criterio 2. Nivel Bajo 3. Nivel Moderado 4. Nivel Alto	1. No cumple con el criterio 2. Nivel Bajo 3. Nivel Moderado 4. Nivel Alto	1. No cumple con el criterio 2. Nivel Bajo 3. Nivel Moderado 4. Nivel Alto	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

			<p>1.Los reactivos no son suficientes para medir la dimensión</p> <p>2. Los reactivos miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total</p> <p>3 Se deben incrementar algunos reactivos para evaluar la dimensión completamente</p> <p>4. Los reactivos son suficientes</p>	<p>1.El reactivo no tiene relación lógica con la dimensión.</p> <p>2.El reactivo tiene una relación secundaria con la dimensión.</p> <p>3.El reactivo tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.</p> <p>4.El reactivo se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.</p>	<p>1.El reactivo puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.</p> <p>2.El reactivo tiene alguna relevancia, pero otro reactivo puede estar incluyendo lo que mide este.</p> <p>3.El reactivo es relativamente importante.</p> <p>4.El reactivo es muy relevante.</p>	<p>1.El reactivo no es claro.</p> <p>2.El reactivo requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.</p> <p>3.Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del reactivo.</p> <p>4.-El reactivo se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está viviendo.</p>	
--	--	--	--	---	--	---	--

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

				1	2	3	4											
<p>Información Forma en la que se comunica efectivamente la información a los pacientes, se busca generar confianza y alentar a los pacientes a participar en la toma de decisiones y a ser partícipes de su propio cuidado de la salud bucal. Incluye que los pacientes compartan por qué y cómo deben llevar a cabo sus recomendaciones de tratamiento, la escucha de las inquietudes o preocupaciones y brindarles atención plena. (DiMatteo et al., 2011).</p>	<p>Comunicación efectiva. Es el vínculo que se forma con otra persona, que implica la utilización de signos verbales (palabras) y no verbales (gestos, símbolos, imágenes, tonos, etc.), que permiten acceder al otro, persuadirlo y movilizarlo con el mensaje (Vera et al., 2014), va más allá del proceso de transmisión y recepción de ideas, información y mensajes.</p>	1. El estomatólogo me comunica las indicaciones a seguir de mi tratamiento					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		2. El estomatólogo dedica tiempo para explicarme las indicaciones					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		3. El estomatólogo me saluda al llegar					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		4. El estomatólogo verifica que entienda todo lo que me está diciendo					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		5. Hago preguntas cuando no entiendo las indicaciones del estomatólogo					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		6. El estomatólogo pone atención en lo que le digo					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		7. El estomatólogo escucha mis inquietudes respecto al tratamiento					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		8. El estomatólogo está abierto a la comunicación					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		9. El estomatólogo está disponible cuando lo necesito					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	10. Tengo confianza al estomatólogo	<p>Valores: La significación positiva (tendente al progreso social) de los objetos, fenómenos y situaciones con que el hombre se relaciona en el marco de su vida</p>					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	11. El estomatólogo es honesto con la propuesta de tratamiento						1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	12. El estomatólogo es educado						1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	13. Confío en el tratamiento llevado a cabo						1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	14. El estomatólogo me trata con respeto						1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

social, que es expresión de sus necesidades e intereses tanto a nivel individual como social y que orientan y regulan su conducta (Martínez, 2001).	15. 4. El estomatólogo se muestra amigable cuando llego al consultorio			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	16. El estomatólogo está comprometido con su profesión			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
Conocimiento sobre el tratamiento. Significa saber cómo es el tratamiento, respecto a la indicación, la duración, los beneficios esperados, los efectos secundarios, precauciones, etc. (Salar et al., 2016)	17. El estomatólogo me proporciona información detallada antes/ durante/ después del procedimiento		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	18. Entiendo los detalles del tratamiento que me realiza el estomatólogo			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	19. Conozco los beneficios del tratamiento sugerido			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	20. Conozco la duración de mi tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	21. Conozco los riesgos que pueden existir en el tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	22. Conozco las complicaciones en caso de no seguir las indicaciones de mi tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
Comportamiento durante la atención estomatológica. Es la forma de proceder del paciente-estomatólogo frente a los estímulos y en relación con el	23. Acudo a las consultas estomatológicas con ansiedad		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	24. Acudo a las consultas estomatológicas con estrés			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	25. Acudo a las consultas estomatológicas con dolor			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	26. Soy exigente durante la cita con el estomatólogo.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

entorno estomatológico.	27. Suelo ser una persona especial (difícil) durante la atención estomatológica.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	28. Suelo ser una persona quisquillosa durante la atención estomatológica.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	29. El estomatólogo atiende mis peticiones			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	30. He tenido experiencias negativas con los estomatólogos			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	31. El estomatólogo es amable durante la atención estomatológica			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	32. El estomatólogo es puntual durante las sesiones			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
Percepción de la salud bucal. Es la apreciación de sí mismo como sujeto físicamente existente, además del sistema de atributos físicos que caracterizan al individuo de manera relativamente estable. Incluye la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física de la persona (Rodríguez et al., 2016).	33. Considero a la salud bucal igual de importante que la salud general		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	34. Considero que mi apariencia bucal es saludable			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	35. En general me agrada la apariencia de mi boca.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	36. Me agrada la apariencia de mis dientes.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	37. Estoy contento(a) con mi estado de salud bucal			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	38. Observo mejoría del estado bucal con el tratamiento estomatológico.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

<p>Motivación. Consiste en ayudar a los pacientes a creer en la eficacia del tratamiento; escuchar y discutir cualquier actitud negativa hacia tratamiento; determinar el rol del paciente en su sistema. También ayudar al paciente a construir el compromiso de adherirse y creer en su capacidad de hacerlo. Esta dimensión se debe observar cíclicamente y revisarse de manera continua, ya que es susceptible de cambiar por diversos factores. DiMatteo et al., 2012).</p>	<p>Participación en la toma de decisiones del tratamiento. Compartir la resolución que se toma en el tratamiento.</p>	39. El estomatólogo toma en cuenta mis opiniones respecto al tratamiento	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
		40. Participo en las decisiones respecto al tratamiento					1	2	3	4	1	2	3	4					
		41. Considero importante que el estomatólogo permita que participe en la toma de decisiones del tratamiento					1	2	3	4	1	2	3	4					
		42. Para la continuidad de mi tratamiento tomamos decisiones conjuntas					1	2	3	4	1	2	3	4					
	<p>Creencias en salud bucal. cualquier expresión o proposición simple consciente o inconsciente inferida de lo que una persona dice o hace (Jiménez & Méndez, 2009)</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	43. Creo que mi falta de atención impide cumplir adecuadamente con el tratamiento	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
						44. Considero que lo que pago por el tratamiento es excesivo					1	2	3	4	1	2	3	4	
						45. Creo que la salud bucal es igual de importante que la salud general					1	2	3	4	1	2	3	4	
						46. Reconozco que la salud bucal es una buena inversión					1	2	3	4	1	2	3	4	
						47. Es responsabilidad del estomatólogo que yo cumpla con las indicaciones					1	2	3	4	1	2	3	4	
						48. Considero que mis actividades laborales interfieren el cumplimiento del tratamiento					1	2	3	4	1	2	3	4	
						49. El tratamiento estomatológico es muy caro					1	2	3	4	1	2	3	4	
						50. No creo necesario tomar medicamentos					1	2	3	4	1	2	3	4	
						51. El cumplir con las indicaciones al pie de la letra, afecta mi estilo de vida.					1	2	3	4	1	2	3	4	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

		52. Considero que el pago por el tratamiento es el adecuado			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		53. No creo que exista problema si no cumplo todas las indicaciones			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		54. Creo que, si ya no tengo molestias, es mejor suspender el tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

	<p>Satisfacción en la atención estomatológica. Es la medida en que la atención estomatológica y el estado de salud bucal resultante cumplen con las expectativas del paciente.</p>	55. Estoy motivado(a) en cumplir todo el tratamiento		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
--	---	--	--	---------	---------	---------	---------	--

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

56. Estoy convencido(a) del tratamiento propuesto	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
57. Estoy satisfecho(a) con la duración de mi tratamiento	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	268
58. El odontólogo(a) que me atiende	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
59. Los aparatos e instrumental que utiliza el estomatólogo(a) están en buen estado	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
60. La atención estomatológica ocurre sin molestias (sin dolor)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
61. El tratamiento que recibo por parte del estomatólogo es de calidad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
62. El tratamiento que me realiza el estomatólogo coincide con mis expectativas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
63. Estoy satisfecho(a) con el tratamiento realizado	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
64. Me siento cómoda(o) en el consultorio	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
65. La atención que recibo es personalizada	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
66. Estoy satisfecho(a) con el profesionalismo del estomatólogo	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
67. La atención que recibo del estomatólogo se lleva a cabo sin contratiempos	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
68. Recibo un buen trato de mi estomatólogo	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
69. El estomatólogo elimina el dolor durante la atención estomatológica	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
70. El estomatólogo fomenta un ambiente agradable durante la atención estomatológica	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
71. El estomatólogo es profesional	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
72. La atención del estomatólogo es personalizada	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

		73. El consultorio es cómodo.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		74. El consultorio está limpio			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		75. El estomatólogo tiene buena destreza manual			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		76. La atención que recibo es personalizada			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		77. Me siento motivado para cumplir el tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	Normas subjetivas. es un razonamiento normativo que pone de manifiesto la presión social percibida por la persona que va a realizar la conducta hacia la ejecución o no de dicha conducta (Guzmán et al., 2013)	78. Me dejo llevar por lo que me dice mi familia respecto a los tratamientos		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		79. Me dejo llevar por lo que me dicen mis amigos respecto a los tratamientos.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		80. Suelo seguir las indicaciones de las redes sociales			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		81. Existe gente a mi alrededor que me sugiere abandonar el tratamiento						
		82. Mis vecinos influyen en el cumplimiento del tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		83. Suelo pedir sugerencias y opiniones respecto a mi tratamiento						
	Autoeficacia. creencia sobre el acceso a los recursos para actuar con éxito	84. Me siento capaz de cumplir con el tratamiento		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		85. Me siento capaz de asistir a las visitas programadas			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		86. Me siento capaz de evitar el consumo de alcohol, tabaco, azúcar en exceso o cualquier riesgo para mi salud bucal			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		87. Me siento capaz de evitar utilizar los dientes para otra función como destapar botellas, cortar algo, etc.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

		88. Me siento capaz de tomar todos los medicamentos que me indican			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		89. Me siento capaz de mantener una adecuada higiene bucal			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		90. Me siento capaz de pagar el tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
<p>Estrategia. Consiste en ayudar a superar las barreras que se interponen en el camino de los pacientes; identificar recursos para proporcionar ayuda financiera o descuentos; proporcionar por escrito instrucciones / recordatorios; firmar un contrato de comportamiento; enlazarlo a grupos de apoyo; proporcionar recordatorios electrónicos o llamadas telefónicas de seguimiento, etc.</p>	<p>Estrategias para el logro de la adherencia. Método o sistema para ejecutar o conseguir la adherencia al tratamiento.</p>	91. Utilizo recordatorios para cumplir con las indicaciones		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		92. La asistente o el estomatólogo me recuerdan mi cita.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		93. Traigo conmigo productos de higiene bucal para realizarla en cualquier lugar			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		94. El estomatólogo me ofrece alternativas diferentes para cumplir con las indicaciones			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		95. Procuero reservar/apartar dinero para mi tratamiento estomatológico.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		96. Utilizo una rutina para cumplir las indicaciones del estomatólogo			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		97. El estomatólogo me da por escrito las indicaciones			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		98. El estomatólogo incluye materiales audiovisuales para la explicación del tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	<p>Obstáculos: Impedimento, dificultad, inconveniente para el logro de la adherencia.</p>	99. Se me olvida seguir algunas indicaciones del tratamiento		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		100. Estoy cansado(a) para cumplir con todas las indicaciones del estomatólogo			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		101. Las indicaciones del estomatólogo interfieren en mi estilo de vida (comer comida			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

		chatarra, no lavarme los dientes, consumir azúcares, alcohol o tabaco, etc.)					
		102. Pongo excusas para no cumplir con las indicaciones		1	2	3	4
		103. Me encuentro muy cansada(o) para cumplir con todas las indicaciones		1	2	3	4
		104. Mis ocupaciones determinan el nivel de cumplimiento de las indicaciones.		1	2	3	4
		105. Me preocupan las críticas al utilizar cierto tipo de aparatos en la boca		1	2	3	4
		106. Me preocupa ser molestado(a) al utilizar cierto tipo de aparatos en boca		1	2	3	4
		107. Soy una persona muy ocupada		1	2	3	4
		108. El costo del tratamiento es elevado		1	2	3	4
		109. Tengo poco tiempo para cumplir con las indicaciones del estomatólogo		1	2	3	4
		110. Se me dificulta dejar de comer lo que más me gusta por el tratamiento		1	2	3	4
		111. Se me olvida asistir a las citas programadas		1	2	3	4
		112. Sigo percibiendo dolor durante el tratamiento		1	2	3	4
		113. Por cuestiones laborales no asisto a las citas programadas		1	2	3	4
		114. Mi trabajo interfiere en seguir las indicaciones del estomatólogo		1	2	3	4

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

		115. No estoy convencida(o) del tratamiento sugerido			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		116. Estoy cansado(a) de cumplir con todas las indicaciones del estomatólogo			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		117. Mis problemas familiares interfieren en cumplir con el tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		118. Las dificultades financieras limitan el cumplimiento del tratamiento estomatológico			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
Red de apoyo. mediante la cual las personas crean lazos entre sí para brindarse apoyo.		119. Mis pacientes cuentan con algún familiar que les ayuda a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		120. Mis pacientes cuentan con algún amigo(a) que les ayuda a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		121. Pregunto si alguna persona le recuerda cumplir el tratamiento			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		122. Mis pacientes cuentan con algún familiar o amigo que les ayuda a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		123. Pregunto si existe algún miembro de la familia que apoye con los gastos			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		124. Mis pacientes cuentan con algún familiar que les ayuda a			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

		cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)						
Adherencia al Tratamiento Estomatológico	Asistencia voluntaria. Acción de estar por espontánea voluntad y no por obligación o deber (RAE).	125. Asisto voluntariamente al tratamiento	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
		126. Acepto voluntariamente el tratamiento		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
		127. Asisto al consultorio porque alguien me obliga		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
		128. Me siento obligado a realizar el tratamiento		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
	Asistencia a las visitas programadas. Acción de estar o hallarse presente (RAE)	129. Asisto a las citas programadas	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
		130. Soy puntual con las citas programadas		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
		131. El estomatólogo me indica la periodicidad de las citas.		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
		132. Cancelo con frecuencia las citas programadas		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
		133. Asisto a las citas de seguimiento cuando mi estomatólogo me lo indica		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
	Higiene bucal. Parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades bucales.	134. Mantengo una buena higiene bucal	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
		135. Cepillo mis dientes por lo menos una vez al día		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
		136. El estomatólogo me indica el número de veces que debo cepillarme durante el día		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
		137. Me cepillo el número de veces que indica el estomatólogo		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		
138. El estomatólogo me ha enseñado cómo realizar la higiene bucal o técnica de cepillado		1 2 3 4		1 2 3 4	1 2 3 4			

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

		139. Llevo a cabo mi higiene bucal como me lo indica el estomatólogo			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		140. El estomatólogo me ha sugerido auxiliares de la higiene bucal además del cepillo y pasta como enjuague o hilo dental.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		141. Utilizo los auxiliares de higiene bucal recomendados por el estomatólogo como (enjuague, hilo dental).			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
Conductas de riesgo para la salud bucal. Característica, circunstancia, condición, situación, conducta o elemento que aumenta la probabilidad de que se produzca el consumo problemático o abuso de sustancias o conductas excesivas con riesgo de generar enfermedades bucales.		142. Evito conductas que pongan en riesgo la salud bucal	1	2	3	4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		143. El estomatólogo sugiere evitar una alta ingesta en azúcares					1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		144. Evito una alta ingesta en azúcares					1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		145. El estomatólogo me indica evitar fumar					1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		146. El estomatólogo me indica evitar tomar alcohol					1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		147. El estomatólogo me indica evitar conductas que pongan en riesgo mi salud bucal					1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		148. Utilizo mis dientes sólo para lo que están diseñados como morder, masticar, hablar.					1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
		149. Evito realizar actividades con los dientes como destapar botellas, morder uñas, cortar cosas, etc.					1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	150. El estomatólogo sugiere evitar algunos alimentos o bebidas para mejorar mi salud bucal					1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

<p>Indicaciones farmacológicas. Es el procedimiento a través del cual se proporciona un fármaco a un paciente para conseguir determinado efecto, el cual puede administrarse a través de diferentes vías.</p>	<p>151. Tomo adecuadamente los medicamentos cuando son prescritos</p>	<p>1 2 3 4</p>			
	<p>152. El estomatólogo explicó la forma correcta de tomar los medicamentos</p>	<p>1 2 3 4</p>			
	<p>153. Olvido tomar los medicamentos recomendados</p>	<p>1 2 3 4</p>			
	<p>154. No es necesario la administración de medicamentos durante el tratamiento</p>	<p>1 2 3 4</p>			
	<p>155. Entiendo la utilidad de los medicamentos que me recomienda el estomatólogo</p>	<p>1 2 3 4</p>			
	<p>156. Termine las dosis en los horarios indicados</p>	<p>1 2 3 4</p>			

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Anexo 8. Reactivos Aplicación del Instrumento, Versión Pacientes

DIMENSIÓN	CATEGORÍA		REACTIVOS
INFORMACIÓN	COMUNICACIÓN EFECTIVA	1	El estomatólogo dedica tiempo para explicarme las indicaciones
		2	El estomatólogo verifica que entienda todo lo que me está diciendo
		3	Hago preguntas cuando no entiendo las indicaciones del estomatólogo
		4	El estomatólogo escucha mis inquietudes respecto al tratamiento
		5	El estomatólogo atiende mis peticiones
		6	El estomatólogo tiene disponibilidad conmigo
	VALORES	7	El estomatólogo es honesto con la propuesta de tratamiento
		8	El estomatólogo es educado
		9	El estomatólogo me trata con respeto
		10	El estomatólogo está comprometido con su profesión
	CONOCIMIENTO SOBRE EL ESTOM.	11	El estomatólogo me proporciona información detallada antes/ durante/ después del procedimiento
		12	Conozco los beneficios del tratamiento sugerido
		13	Conozco la duración de mi tratamiento
		14	Conozco los riesgos que pueden existir en el tratamiento
	COMPORTAMIENTO DURANTE LA ATENCIÓN	15	Acudo a las consultas estomatológicas con ansiedad
		16	Suelo ser una persona especial (difícil) durante la atención estomatológica.
		17	He tenido experiencias negativas con los estomatólogos
		18	El estomatólogo es amable durante la atención estomatológica
		19	El estomatólogo es puntual durante las sesiones
	PARTICIPACIÓN EN LAS DECISIONES	20	El estomatólogo toma en cuenta mis opiniones respecto al tratamiento
		21	Participo en las decisiones respecto al tratamiento
		22	Para la continuidad de mi tratamiento tomamos decisiones conjuntas

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

	CREENCIAS EN SALUD BUCAL	23	Considero que lo que pago por el tratamiento es excesivo
		24	La salud bucal es igual de importante que la salud en general
		25	Reconozco que la salud bucal es una buena inversión
		26	Considero que mis actividades laborales interfieren el cumplimiento del tratamiento
		27	El cumplir con las indicaciones al pie de la letra, afecta mi estilo de vida.
		28	Al cumplir con las indicaciones está garantizado el éxito del tratamiento
		29	Creo que, si ya no tengo molestias, es mejor suspender el tratamiento
		30	No creo necesario la administración de medicamentos durante el tratamiento estomatológico
MOTIVACIÓN	SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN ESTOM	31	Estoy motivado(a) en cumplir todo el tratamiento
		32	Tengo confianza al estomatólogo
		33	Confío en el tratamiento llevado a cabo
		34	Estoy satisfecho(a) con la duración de mi tratamiento
		35	El consultorio es agradable
		36	Los aparatos e instrumental que utiliza el estomatólogo(a) están en buen estado
		37	La atención estomatológica ocurre sin molestias (sin dolor)
		38	El tratamiento que recibo por parte del estomatólogo es de calidad
		39	Me siento cómoda(o) en el consultorio
		40	Estoy satisfecho(a) con el profesionalismo del estomatólogo
		41	La atención que recibo del estomatólogo se lleva a cabo sin contratiempos
		42	Recibo un buen trato de mi estomatólogo
		43	El estomatólogo fomenta un ambiente agradable durante la atención estomatológica
		44	La atención del estomatólogo es personalizada
45	El consultorio está limpio		
46	El estomatólogo tiene buena destreza manual		

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

	NORMAS SUBJETIVAS	47	Me dejo llevar por lo que me dice mi familia o amigos respecto al tratamiento estomatológico
		48	Tomo en cuenta algunas páginas de internet para seguir mi tratamiento estomatológico
		49	Existe gente a mi alrededor que me sugiere abandonar el tratamiento
		50	Suelo pedir sugerencias y opiniones respecto a mi tratamiento estomatológico
	AUTOEFICACIA	51	Me siento capaz de cumplir con el tratamiento
		52	Me siento capaz de evitar cualquier riesgo que afecte mi salud bucal
		53	Me siento capaz de tomar todos los medicamentos que me indican
		54	Me siento capaz de mantener una adecuada higiene bucal
		55	Me siento capaz de pagar el tratamiento
	ESTRATEGIA	ESTRATEGIAS	56
57			Traigo conmigo productos de higiene bucal para realizarla en cualquier lugar
58			El estomatólogo me ofrece alternativas diferentes para cumplir con las indicaciones
59			Aparto dinero para mi tratamiento estomatológico.
60			Utilizo una rutina para cumplir las indicaciones del estomatólogo (programar recordatorios, etc.)
61			El estomatólogo me da por escrito las indicaciones
62			El estomatólogo incluye materiales audiovisuales para la explicación del tratamiento
OBSTÁCULOS		63	Se me olvida seguir algunas indicaciones del tratamiento
		64	Estoy cansado(a) para cumplir con todas las indicaciones del estomatólogo
		65	Pongo excusas para no cumplir con las indicaciones
	66	Me preocupa ser molestado(a) al utilizar cierto tipo de aparatos en boca	
	67	Tengo poco tiempo para cumplir con las indicaciones del estomatólogo	
	68	Se me dificulta dejar de comer lo que más me gusta por el tratamiento	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

		69	Mis problemas familiares interfieren en cumplir con el tratamiento		
		70	Las dificultades financieras limitan el cumplimiento del tratamiento estomatológico		
		71	Cuento con algún familiar que me ayude a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)		
		72	Cuento con algún amigo(a) que me ayude a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)		
		73	Hay alguien cercano a mí que generalmente está pendiente de mi tratamiento estomatológico		
	CONDUCTAS DURANTE EL TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO	RED DE APOYO			
			ASISTENCIA VOLUNTARIA	74	Asisto voluntariamente al tratamiento
				75	Acepto voluntariamente el tratamiento
				76	Por mi situación bucal, asisto obligatoriamente al estomatólogo
		ASISTENCIA PROGRAMADAS		77	Me siento obligado a realizar el tratamiento
			78	Asisto a las citas programadas	
			79	Soy puntual con las citas programadas	
			80	El estomatólogo me indica la periodicidad de las citas.	
			81	Cancelo con frecuencia las citas programadas	
HIGIENE BUCAL			82	Visito por lo menos una vez al año al estomatólogo para mi revisión	
		83	No asisto regularmente a las consultas estomatológicas porque sigo percibiendo dolor		
		84	Mantengo una buena higiene bucal		
		85	Cepillo mis dientes por lo menos dos veces al día		
CONDUCTAS DE RIESGO		86	El estomatólogo me indica el número de veces que debo cepillarme durante el día		
		87	El estomatólogo me ha enseñado cómo realizar la higiene bucal		
		88	El estomatólogo me sugiere evitar una alta ingesta en azúcares		
		89	Evito tomar alcohol porque el estomatólogo me lo indica		
		90	El estomatólogo me indica evitar conductas que pongan en riesgo mi salud bucal		

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

		91	Evito realizar actividades con los dientes como destapar botellas, morder uñas, cortar cosas, etc.
		92	El estomatólogo me sugiere evitar fumar.
		93	El estomatólogo sugiere evitar algunos alimentos o bebidas para mejorar mi salud bucal
	INDICACIONES FARMACOLÓGICAS	94	En caso de requerir medicamentos, el estomatólogo me explica la forma correcta de tomarlos
		95	En caso de requerir medicamentos, olvido tomarlos
		96	En caso de requerir medicamentos, entiendo su utilidad en mi tratamiento
		97	En caso de indicación de tomar medicamentos, termino las dosis en los horarios indicados

Anexo 9. Reactivos Aplicación del Instrumento, Versión Estomatólogos

DIMENSIÓN	CATEGORÍA	No.	REACTIVOS
INFORMACIÓN	COMUNICACIÓN EFECTIVA	1	Dedico tiempo a mis pacientes para explicarles las indicaciones
		2	Verifico que mis pacientes entiendan todo lo que le estoy diciendo
		3	Permito que mis pacientes hagan preguntas cuando no entiende las indicaciones
		4	Escucho las inquietudes de mis pacientes respecto al tratamiento
		5	Tengo disponibilidad cuando mis pacientes lo necesitan
		6	Entiendo cómo se sienten mis pacientes respecto al tratamiento estomatológico
		7	Estoy abierto a la comunicación con mis pacientes
		8	Conozco las experiencias previas de mis pacientes respecto al tratamiento estomatológico
	VALORES	9	Soy honesto (a) con el tratamiento que brindo a mis pacientes
		10	Me considero educado(a) con mis pacientes
		11	Trato con respeto a mis pacientes
		12	Estoy comprometido(a) con el tratamiento de mis pacientes

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

	CONOC. SOBRE EL TX ESTOM.	13	Proporciono a mis pacientes información detallada antes/durante/después del procedimiento	
		14	Doy a conocer a mis pacientes los beneficios del tratamiento sugerido	
		15	Indico a mis pacientes la duración de su tratamiento	
		16	Doy a conocer a mis pacientes las consecuencias de no seguir las indicaciones	
		17	Mis pacientes están convencidos del tratamiento que les propongo	
	COMPORTAM. DE PAC.	18	Mis pacientes acuden a las consultas estomatológicas con ansiedad	
		19	Mis pacientes suelen ser especiales (difíciles) durante la atención estomatológica.	
		20	Atiendo las peticiones de mis pacientes	
		21	Mis pacientes firman un contrato de comportamiento que dure el tratamiento	
		22	Soy amable durante la atención estomatológica	
		23	Soy puntual con mis pacientes	
	PARTICIP. TOMA DE DECIS.	24	Pongo atención a mis pacientes mientras conversamos	
		25	Tomo en cuenta la opinión de mis pacientes respecto al tratamiento estomatológico	
		26	Permito participar a mis pacientes en las decisiones respecto al tratamiento	
		27	Para la continuidad del tratamiento de mis pacientes, tomamos decisiones conjuntas	
	CREENCIAS EN SALUD BUCAL	28	Lo que mis pacientes pagan por el tratamiento que realizo, es justo	
		29	Considero que las actividades laborales de mis pacientes interfieren el cumplimiento del tratamiento	
		30	El cumplir con las indicaciones al pie de la letra, afecta el estilo de vida de mis pacientes	
		31	Creo que la falta de compromiso de mis pacientes les impide cumplir adecuadamente con el tratamiento	
	MOTIVACIÓN	SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN ESTOM	32	Mis pacientes están motivados con el tratamiento
			33	Me satisface eliminar el dolor que traen durante las consultas
			34	Estoy satisfecho (a) con el tratamiento que realizo
			35	Me siento satisfecho (a) al tener habilidad manual para atender a mis pacientes
			36	Mis pacientes confían en mí

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

		37	Los aparatos e instrumental que utilizo están en buen estado
		38	El tratamiento que otorgo a mis pacientes es de calidad
		39	Me siento satisfecho (a) cuando me recomiendan mis pacientes
		40	Mis pacientes confían en el tratamiento llevado a cabo
		41	Fomento un ambiente agradable durante la atención estomatológica
		42	La atención que reciben mis pacientes es personalizada
		43	Procuro que mis pacientes se sientan cómodos en el consultorio
	NORMAS SUBJETIVAS	44	Mis pacientes se dejan llevar por lo que les dice su familia respecto a los tratamientos
		45	Mis pacientes se dejan llevar por lo que les dicen sus amigos respecto a los tratamientos.
		46	Mis pacientes se dejan llevar por lo que ven en las redes sociales
		47	Considero que existe gente a alrededor de mi paciente que le sugiere abandonar el tratamiento
	AUTOEFICACIA	48	Me siento capaz de lograr que mis pacientes cumplan con el tratamiento
		49	Me considero capaz de convencer a mis pacientes de la efectividad del tratamiento
		50	Tengo la capacidad de cumplir las expectativas de mis pacientes
51		Considero que mis pacientes son capaces de adherirse al tratamiento	
ESTRATEGIA	ESTRATEGIAS	52	Recomiendo llevar consigo productos de higiene bucal para realizarla en cualquier lugar
		53	Ofrezco alternativas diferentes para que mis pacientes cumplan con las indicaciones
		54	Sugiero a mis pacientes llevar a cabo una rutina para cumplir las indicaciones
		55	Doy por escrito las indicaciones
		56	Incluyo materiales audiovisuales para la explicación del tratamiento
		57	Mis pacientes escuchan su música favorita durante la atención estomatológica
		58	Mis pacientes firman el consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

	OBSTÁCULOS	59	Empleo alguna técnica para el cumplimiento del tratamiento (programación neurolingüística, neuromarketing, etc.)	
		60	La economía de mis pacientes afecta el cumplimiento del tratamiento estomatológico	
		61	Mis pacientes ponen excusas para no seguir las indicaciones puntualmente	
		62	Considero que mis pacientes son molestados al utilizar cierto tipo de aparatos en boca	
		63	Considero que mis pacientes tienen poco tiempo para cumplir con todas las indicaciones	
		64	Mis pacientes dejan de comer lo que más les gusta por el tratamiento llevado a cabo	
		65	Los problemas familiares de mis pacientes pueden interferir en el cumplimiento del tratamiento	
	RED DE APOYO	66	Mis pacientes cuentan con algún amigo(a) que les ayuda a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)	
		67	Mis pacientes cuentan con algún familiar o amigo que les ayuda a cumplir con el tratamiento (económico, transporte, recordatorios, etc.)	
		68	Pregunto si alguna persona le recuerda cumplir el tratamiento	
		69	Pregunto si existe algún miembro de la familia que apoye con los gastos	
	CONDUCTAS DURANTE EL TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO	ASISTENCIA VOLUNTARIA	70	Constato que mis pacientes asistan voluntariamente al Tratamiento
			71	Doy oportunidad a que mis pacientes acepten voluntariamente el tratamiento
72			Mis pacientes están obligados a aceptar el tratamiento sugerido	
ASISTENCIA PROGRAMADAS		73	Mis pacientes asisten a las citas de seguimiento cuando se los indico	
		74	Cancelo con frecuencia las citas programadas a mis pacientes	
		75	Soy puntual con las citas programadas	
		76	Indico a mis pacientes la periodicidad para el logro del tratamiento	
		77	Mis pacientes cancelan con frecuencia las citas programadas	
		78	La asistente o yo recordamos la cita a los pacientes.	
		79	Indico a mis pacientes la importancia de asistir a las visitas programadas	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

	HIGIENE BUCAL	80	Indico a mis pacientes mantener una adecuada higiene bucal
		81	Mis pacientes mantienen una buena higiene bucal durante el tratamiento
		82	Enseño a mis pacientes cómo realizar la higiene bucal
		83	Sugiero a mis pacientes utilizar auxiliares de la higiene bucal además del cepillo y pasta
	CONDUCTAS DE RIESGO	84	Sugiero a mis pacientes el consumo moderado de azúcares en la alimentación
		85	Indico a mis pacientes evitar el consumo de alcohol
		86	Enfatizo a mis pacientes evitar conductas que pongan en riesgo su salud bucal: GENERAL
		87	Indico a mis pacientes que eviten utilizar los dientes para otra función como destapar botellas, cortar algo, etc.
		88	Indico a mis pacientes evitar el consumo de tabaco
		89	Sugiero evitar algunos alimentos o bebidas para mejorar su salud bucal
	INDICACIONES FARMACOLÓGICAS	90	En caso necesario, explico a mis pacientes la forma correcta de tomar los medicamentos
		91	Verifico que mis pacientes comprendan la forma correcta de tomar los medicamentos en caso de ser necesario
		92	Enfatizo a mis pacientes la importancia de tomar los medicamentos como son prescritos
		93	Doy por sentado que mis pacientes cumplen con las dosis recomendadas.
		94	Tomo en cuenta en el estilo de vida de mis pacientes en el momento de prescripción de medicamentos
95		Tomo en cuenta las capacidades cognitivas de mis pacientes en la administración de medicamentos	
96		Explico a mis pacientes el beneficio de los medicamentos recetados.	
97		Tomo en cuenta las creencias de mis pacientes respecto a la toma de medicamentos	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Anexo 10. Aleatorización de Reactivos por Categorías, Pacientes

DIMENSIÓN	CATEGORÍA	REACTIVOS PACIENTES
INFORMACIÓN	COMUNICACIÓN EFECTIVA	94, 42, 52, 50, 86, 81
	VALORES	20, 88, 33, 30
	CONOCIMIENTO SOBRE EL TX	89, 36, 2, 97
	COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE	3, 71, 28, 43, 56
	PARTICIPACIÓN TOMA DE DECISIONES	90, 60, 46
	CREENCIAS EN SALUD BUCAL	87, 35, 10, 61, 23, 22, 11, 48
MOTIVACIÓN	SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA	19, 12, 64, 91, 55, 5, 40, 96, 63, 70, 25, 27, 41, 31,
	NORMAS SUBJETIVAS	4, 15, 24, 34
	AUTOEFICACIA	77, 21, 76, 82, 45
ESTRATEGIAS	TÁCTICAS	66, 92, 29, 1, 17, 68, 53
	OBSTÁCULOS	26, 66, 9, 59, 39, 37, 18, 7
	RED DE APOYO	48, 67, 95
CONDUCTAS EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL	ASISTENCIA VOLUNTARIA	72, 54, 13, 83
	ASISTENCIA VISITAS PROGRAMADAS	79, 47, 8, 85, 84
	HIGIENE BUCAL	75, 38, 6, 51,
	EVITAR CONDUCTAS DE RIESGO	16, 74, 32, 93, 57, 49
	INDICACIONES FARMACOLÓGICAS	62, 69, 80, 73
TOTAL		
4 DIMENSIONES	17 CATEGORÍAS	97 REACTIVOS

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Anexo 11. Escala de Satisfacción con la Práctica Estomatológica

Escala de Satisfacción con la Práctica Estomatológica
1. Diseño de la sala de espera
2. Diseño del consultorio
3. Atmósfera General en la práctica estomatológica
4. La forma en la que los tratamientos o revisiones se hacen (p.ej. ¿Se toma en cuenta la hora en la que usted prefiere hacer la cita?)
5. Comunicación con el estomatólogo
6. Comunicación con la (el) asistente dental

Anexo 12. Versión en Español de la Escala de Satisfacción de la Visita Dental (Hakeberg et al., 2000)

Versión en español de la Escala de Satisfacción de la Visita Dental (Hakeberg et al., 2000)	
Información/Comunicación	Después de hablar con mi estomatólogo, conozco la condición de mi boca
	Después de hablar con mi estomatólogo, tengo idea de los cambios que debo esperar en mi boca duran los próximos meses
	El estomatólogo me dice todo lo que quiero saber de mis problemas dentales
Aceptación/Entendimiento	Realmente siento que mi estomatólogo me entiende
	Siento que mi estomatólogo reconoce mi molestia en caso de percibir dolor
	Siento que mi estomatólogo me acepta como persona
Competencia técnica	Mi estomatólogo es cuidadoso durante el procedimiento
	Mi estomatólogo es muy rudo cuando trabaja en mi boca.
	Estoy satisfecho(a) con lo que el estomatólogo hace
	El estomatólogo sabe lo que hace durante mi visita

Anexo 13. Escala de Adherencia General (DiMatteo et al, 1993)

Escala de Adherencia General (DiMatteo et al., 1993)
1. Si tengo tiempo complicado hago lo que el estomatólogo me indica
2. Encuentro fácil hacer lo que el estomatólogo me indica que haga
3. Me siento incapaz de hacer lo necesario para seguir las indicaciones de mi estomatólogo
4. Sigo exactamente las indicaciones de mi estomatólogo
5. De manera general, durante las últimas 4 semanas, qué tanto siguió las indicaciones de su estomatólogo

Anexo 14. Reactivos de Cumplimiento Dental (Albrecht & Hoogstraten, 1998).

Reactivos de Cumplimiento Dental
1. ¿Con qué frecuencia usa hilo dental?
Nunca o rara vez
Cada pocas semanas
Cada determinados días
Casi todos los días
Por lo menos una vez al día.
2. Con qué frecuencia utiliza palillos de dientes
Nunca o rara vez
Cada determinadas semanas
Cada determinados días
Casi todo el día
Por lo menos una vez al día.
3. Qué tan seguido cepilla sus dientes?
tres veces al día o más
dos veces al día
una vez al día
una vez en pocos días
una vez a la semana o menos

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Anexo 15.Folleto para Pacientes

El mejor tratamiento puede resultar ineficaz debido a una adherencia deficiente, siendo esta el factor modificable más importante que influye sobre el resultado del tratamiento.

La adherencia se ha nombrado como la causa principal de fracaso al tratamiento (Gorman, 2016).

Conductas deseables para preservar y mantener la salud bucal :

Asistir a las visitas programadas (mínimo 1 vez al año) y de manera voluntaria.

Evitar conductas de riesgo: disminuir Ingesta de azúcares, evitar consumo de alcohol, no fumar .

Cepillado dental: mínimo 2 veces al día. Utilizar pasta fluorada de acuerdo a la edad.

Tomar los medicamentos en caso necesario.

Primavera, 2022

Karla M. Teutli Mellado
 Candidata a Dra. en Investigación Psicológica
 Universidad Iberoamericana Puebla
 Correo:karla.teutli@iberopuebla.mx

Adherencia al Tratamiento en Estomatología
Pacientes

Los principales factores de riesgo relacionados con las enfermedades bucodentales son: la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la falta de higiene bucodental. Los factores anteriores son compartidos con las cuatro enfermedades crónicas más importantes: las cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, aunque existen también diversos determinantes sociales (OMS, 2020).

¿Cumples con todas las indicaciones que te da el estomatólogo durante el tratamiento?

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

→ El 40% de los pacientes no cumplen con las recomendaciones de tratamiento.

Cuando los esquemas preventivos o de tratamiento son muy complejos y requieren cambios en el estilo de vida y la modificación de hábitos existentes, la falta de adherencia puede llegar al 70%.

→ Recomendaciones

- A. Hacer preguntas en caso de tener duda durante la explicación, hacer anotaciones o pedir indicaciones por escrito.
- B. En lo posible, expresar opinión respecto al tratamiento.
- C. Mencionar al estomatólogo los obstáculos que pudieran interferir con cumplir adecuadamente con el tratamiento, por ejemplo costo, desplazamiento, tiempo.
- D. Utilizar recordatorios en el celular o algún lugar visible para realizar las indicaciones o citas.

- E. Comparta su tratamiento con personas a su alrededor que le ayuden y motiven a cumplirlo.
- F. Describir al estomatólogo si tiene alguna creencia o ideas respecto al tratamiento.
- G. En lo posible, pida al estomatólogo que evalúe cómo está llevando las indicaciones.
- H. Mencionar si actualmente presenta alguna de estas condiciones: depresión, estrés, miedo u otra que pudiera afectar el cumplimiento al tratamiento.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Anexo 16. Folleto para Estomatólogos

El mejor tratamiento puede resultar ineficaz debido a una adherencia deficiente, siendo esta el factor modificable más importante que influye sobre el resultado del tratamiento.

En un metaanálisis llevado a cabo por DiMatteo (2004) desde 1948 hasta 1998 encontró que el 24,8% de todos los pacientes (uno de cada cuatro) no eran adherentes a sus tratamientos.

Las probabilidades de un buen resultado de salud para los pacientes que se adhieren al tratamiento son 2,88 veces más altas que las de un paciente que no lo hace.

La adherencia se dificulta cuando el paciente no está siendo observado, como ocurre de manera habitual (Parker & Berman, 2016).

Primavera 2022

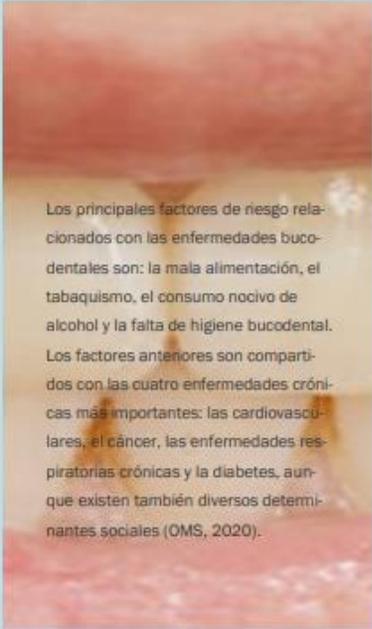


Karla M. Teutli Mellado
Candidata a Dra. en Investigación Psicológica
Universidad Iberoamericana Puebla

Adherencia al Tratamiento en Estomatología

Estomatólogos

¿Sus pacientes realmente siguen sus indicaciones respecto al tratamiento estomatológico?



Los principales factores de riesgo relacionados con las enfermedades bucodentales son: la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la falta de higiene bucodental. Los factores anteriores son compartidos con las cuatro enfermedades crónicas más importantes: las cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, aunque existen también diversos determinantes sociales (OMS, 2020).

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

→ El 40% de los pacientes no cumplen con las recomendaciones de tratamiento. Cuando los esquemas preventivos o de tratamiento son muy complejos y requieren cambios en el estilo de vida y la modificación de hábitos existentes, la falta de adherencia puede llegar al 70%.

A mayor complejidad del tratamiento, menor será la adherencia (Ortiz & Ortiz, 2007).

La adherencia se ha nombrado como la causa principal de fracaso al tratamiento (Gorman, 2016).

Se ha preguntado por qué a pesar de explicar las indicaciones claramente, no las llevan a cabo?

→ Recomendaciones

- A. Utilizar lenguaje claro y sencillo para explicar las indicaciones. Evitar la utilización de terminología técnica para que el paciente comprenda y retenga mejor la información.
- B. Verificar que el paciente haya entendido la información proporcionada. Permitirle hacer preguntas y aclarar sus dudas.
- C. Dar indicaciones por escrito, a veces olvidan la información.
- D. Toma de decisiones colaborativa.
- E. Generar confianza
- F. Satisfacción en el servicio
- G. Verificar que el paciente cuente con redes de apoyo (amigos o familiares que ayuden durante el tratamiento).
- H. Tomar en cuenta las actitudes de los pacientes, creencias, normas subjetivas y variaciones contextuales.

- I. Ayudar al paciente a creer en su tratamiento, motivarlo.
- J. Tomar en cuenta depresión, estrés, miedo.
- K. Pedir al paciente que realice la indicación dada p.ej. Cepillado dental para verificar su ejecución.

→ Recordar a los pacientes para mejorar y mantener salud bucal independientemente de la especialidad que tenga:

- Asistir a las visitas programadas y de manera voluntaria
- Evitar conductas de riesgo: disminuir ingesta de azúcares, evitar consumo de alcohol, no fumar
- Cepillado dental: mínimo 2 veces al día. Utilizar pasta fluorada de acuerdo a la edad.
- Tomar los medicamentos en caso necesario.

GLOSARIO**A**

Aceptación del tratamiento: Es un cuestionario de auto informe de 10 reactivos. Diseñado para evaluar la aceptabilidad del tratamiento y la adherencia anticipada en respuesta a un determinado tratamiento.

Adherencia al tratamiento en estomatología: la correspondencia entre el comportamiento del paciente con lo indicado por el estomatólogo. Lo anterior implica la asistencia a las citas programadas y de manera voluntaria, mantener buena higiene bucal, tomar los medicamentos (en caso necesario) y evitar las conductas de riesgo en su estilo de vida para lograr y mantener las condiciones de salud bucal.

Adherencia al tratamiento: la medida o el grado en que el comportamiento de una persona ya sea tomar los medicamentos, seguir una dieta o ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un proveedor de la salud.

Adherencia de bata blanca: fenómeno en el que los pacientes mejoran su conducta de toma de medicamentos en los 5 días previos y después de una cita con el proveedor de atención médica, en comparación con 30 días después.

Adherencia elevada: cuando el cumplimiento es mayor al 75%.

Adherencia específica: corresponde a una recomendación determinada.

Adherencia general: incluye las tendencias generales del paciente a cumplir con las recomendaciones proporcionadas por el médico.

Adherencia parcial: cuando el cumplimiento se lleva a cabo entre el 25 y 75%

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Adherencia reducida: cuando el cumplimiento del tratamiento es mínimo del 25%

Análisis de contenido ad hoc: se pueden combinar dos o más de las estrategias, entre las que se incluyen la categorización, la interpretación, la representación de contenido, inferencias de significados.

Apego: cumplir o seguir las recomendaciones del profesional de salud.

Asistencia voluntaria: Acción de estar por espontánea voluntad y no por obligación o deber.

Auto informe: consiste en la evaluación, la encuesta, la escala o el cuestionario que se utiliza para recabar información o datos en el que la persona debe responder preguntas acerca de sí mismo, completar los datos que le son requeridos o contabilizar las medidas que se le indican

Autoeficacia percibida: Sugiere que cualquier cambio de conducta (por ejemplo, volverse adherente) se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada.

B

Breve escala de calificación de la adherencia. (Byerly et al., 2008): *Brief Adherence Rating Scale (BARS)* es una herramienta de evaluación de la adherencia administrada por un médico, la cual consiste en tres preguntas sobre el conocimiento del paciente de su propio régimen de medicación y episodios de toma de medicación

C

Calidad: indica la habilidad manual, la confianza generada en sus pacientes y el ambiente agradable durante la atención estomatológica, posee una alta confiabilidad.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Claridad: El reactivo se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.

Coherencia: los reactivos de un instrumento tienen relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.

Cumplimiento: término se refiere a la medida en que el comportamiento del paciente en términos de tomar los medicamentos, seguir la dieta, o ejecutar los cambios de los estilos de vida coinciden con el consejo médico.

Comportamiento de salud: resultado de las intenciones conscientes y la formación de las intenciones es considerada como el resultado del efecto de las creencias y las actitudes.

Comportamiento durante la atención estomatológica: Es la forma de proceder del paciente-estomatólogo frente a los estímulos y en relación con el entorno estomatológico.

Comunicación efectiva: Es el vínculo que se forma con otra persona, que implica la utilización de signos verbales (palabras) y no verbales (gestos, símbolos, imágenes, tonos, etc.), que permiten acceder al otro, persuadirlo y movilizarlo con el mensaje (Vera et al., 2014), va más allá del proceso de transmisión y recepción de ideas, información y mensajes.

Concordancia: se trata de que las ideas y las expectativas, tanto del médico como del paciente, concuerden y sean adecuadamente negociadas antes, y modificadas durante, para conseguir un adecuado tratamiento después.

Conducta: se define como las actividades de un organismo en respuesta a estímulos externos o internos, incluidas las acciones que se pueden observar de manera objetiva.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Conductas de riesgo para la salud bucal: Característica, circunstancia, condición, situación, conducta o elemento que aumenta la probabilidad de que se produzca el consumo problemático o abuso de sustancias o conductas excesivas con riesgo de generar enfermedades bucales.

Conductas de salud: Estas conductas ayudan a mantener la salud para evitar riesgo como el fumar, el consumo alto de azúcares y algunos alimentos que son indicados por el estomatólogo.

Conocimiento sobre el tratamiento: Significa saber cómo es el tratamiento, respecto a la indicación, la duración, los beneficios esperados, los efectos secundarios, precauciones, etc. (Salar et al., 2016)

Consentimiento informado: constituye un elemento esencial de la relación médico paciente actual y uno de los principales derechos de los pacientes.

Creencias en salud bucal: cualquier expresión o proposición simple consciente o inconsciente inferida de lo que una persona dice o hace (Jiménez & Méndez, 2009).

Cuestionario de credibilidad/expectativa (Deville & Borkovec, 2000): El CEQ (credibility/expectancy questionnaire), es un cuestionario de auto informe de 6 reactivos que evalúa la credibilidad percibida de un tratamiento dado y la expectativa en torno a sus resultados.

Cuestionario MBG (Martín, Bayarre & Grau, 2008): Este es un cuestionario de origen cubano, genérico para la medición de la adherencia al tratamiento, consta de 3 categorías (Cumplimiento del tratamiento, Implicación personal y Relación transaccional) y 12 reactivos con escala tipo Likert de 0 a 4 puntos.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

D

Determinantes sociales: las circunstancias en las que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen.

Diadas: Pareja de dos seres o cosas estrecha y especialmente vinculados entre sí (Estomatólogo – paciente del mismo tratamiento).

Dieta: la cual consiste en reducir el consumo y particularmente la frecuencia de los alimentos y las bebidas que contienen azúcares extrínsecos no lácteos.

Diseño instrumental: es aquél que se encarga del desarrollo de pruebas y aparatos en el que se incluyó el diseño (o adaptación) como el estudio de sus propiedades psicométricas.

E

Empatía: son acciones que el estomatólogo realiza para entender al paciente, los cuales incluyen la honestidad en los pagos, la efectividad del tratamiento y la capacidad de los pacientes de transmitir la efectividad del tratamiento.

Escala de calificación del cumplimiento (Morisky et al., 1986; Hogan et al., 1983; Kemp et al., 1998): El *Compliance Rating Scale* (CRS) se utiliza para calificar la adherencia a la medicación

Escala de Miedo al COVID-19 (FCV-19S; Ahorsu et al., 2020): Esta escala evalúa el miedo al COVID-19. La escala consta de siete elementos relacionados con las reacciones de miedo emocional hacia la pandemia.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Escala de Validación e Incomodidad (Tarrier et al., 2006): Es un auto informe con 10 reactivos que evalúa la aceptabilidad del tratamiento en varias dimensiones: la idoneidad, el malestar anticipado y la razonabilidad, entre otros.

Escala general de adherencia (DiMatteo et al., 1992): Esta medida reporta el éxito de una persona capaz de seguir las recomendaciones del tratamiento.

Escala informativa de cumplimiento de la medicación (Thompson et al., 2000): *The Medication Adherence Report Scale* (MARS) incorpora características, tanto del DAI (Drug Attitude Inventory) como del MAQ Medication Adherence Questionnaire (Morisky et al., 1986) y afirma tener mayor validez y utilidad clínica.

Estomatólogo: Licenciado en estomatología (odontología).

Estrategia: Consiste en ayudar a superar las barreras que se interponen en el camino de los pacientes; identificar recursos para proporcionar ayuda financiera o descuentos; proporcionar por escrito instrucciones / recordatorios; firmar un contrato de comportamiento; enlazarlo a grupos de apoyo; proporcionar recordatorios electrónicos o llamadas telefónicas de seguimiento, etc.

F

Falta de Adherencia cualitativa: calidad en la toma de un fármaco, como el horario, la alimentación, etc.

Falta de Adherencia cuantitativa: cantidad de fármaco que toma un paciente.

Falta de Adherencia intencional: la consecuencia de una decisión consciente del paciente.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Falta de Adherencia no intencional: como consecuencia del olvido o la falta de habilidades para seguir el tratamiento, las personas eligen desestimar las recomendaciones de tratamiento por completo o modificar sus regímenes prescritos.

Falta de adherencia o no adherencia al tratamiento: como cualquier desviación del tratamiento.

G

Guía de entrevista: es un documento que contiene los temas, las preguntas sugeridas y los aspectos a analizar en una entrevista.

H

Higiene bucal: Parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades bucales.

I

Indicaciones farmacológicas: Es el procedimiento a través del cual se proporciona un fármaco a un paciente para conseguir determinado efecto, el cual puede administrarse a través de diferentes vías.

Información: Forma en la que se comunica efectivamente la información a los pacientes, se busca generar confianza y alentar a los pacientes a participar en la toma de decisiones y a ser partícipes de su propio cuidado de la salud bucal. Incluye que los pacientes compartan por qué y cómo deben llevar a cabo sus recomendaciones de tratamiento, la escucha de las inquietudes o las preocupaciones y brindarles atención plena. (DiMatteo et al., 2011).

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Informe médico: es un documento ético legal en el cual el especialista a cargo mantiene informado al paciente o a la familia sobre el estado de salud, evolución de la enfermedad, el cual debe ser claro y comprensible, adecuarse a las características de cada paciente y/o familiar y evitar el lenguaje excesivamente técnico y críptico.

Instrumento de Evaluación personal de transiciones en el tratamiento: El instrumento *Evaluation of Transitions in Treatment (PETiT)* está diseñado para capturar los aspectos de las respuestas subjetivas y la tolerancia de los fármacos antipsicóticos, la adherencia al tratamiento y el impacto de la terapia con fármacos antipsicóticos en la calidad de vida de las personas tratadas con esquizofrenia.

Intervención directa: destacan la vinculación de la toma del medicamento o las actividades cotidianas, los refuerzos positivos o los recordatorios como llamadas telefónicas y alarmas.

Intervención indirecta: no conduce a un cambio de comportamiento, pero influye positivamente; como ejemplo está la entrevista motivacional.

Inventario de Actitud de Drogas (Hogan et al., 1983): Por sus siglas en inglés el Drug Attitud Inventory (DAI) consiste en un cuestionario que es completado por el paciente que incluye una serie de preguntas, cada una con respuestas verdaderas / falsas, relacionadas con diversos aspectos, percepciones y experiencias de tratamiento de los pacientes.

J

Juicio de expertos: expertos en la realización de juicios y las decisiones basadas en la evidencia o la experticia, son imparciales y cuentan con la reputación en la comunidad, la disponibilidad y la motivación para participar.

M

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Métodos directos u objetivos: Se basan en la utilización de técnicas de laboratorio para medir los niveles de fármacos o metabolitos en la sangre, la orina u otros fluidos, incluso en el cabello.

Métodos indirectos o subjetivos: reflejan la conducta del paciente, aunque pueden sobreestimar el cumplimiento y han dependido de la información brindada por el paciente, quien muchas veces, por falta de confianza, olvido u omisión, puede transmitir información parcial o distorsionada.

Modelo de Creencias en Salud HBM (Rosenstock, 1974; Baker & Mainman, 1975): Integra las teorías cognitivas y conductuales para explicar por qué la gente falla en adherirse a las conductas saludables, este modelo considera el impacto de las consecuencias y las expectativas relacionadas con la conducta, además del comportamiento como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada.

Modelo de cumplimiento en Salud: Plantea abordar la naturaleza multivariada, dinámica e idiosincrásica de predecir la adherencia a los comportamientos de salud, con énfasis en las variables causales emocionales indicadas por un marco de comportamiento psicológico.

Modelo de Información-Motivación-Estrategia: El IMS (*Information- Motivation- Strategy Model*) fue desarrollado por DiMatteo y DiNicola (1982) y se sustenta en modelos clásicos de comportamiento en salud: el de Creencias en Salud por Rosenstock (1974) y el Modelo del Comportamiento Planeado por Ajzen (1991). Este modelo refleja la realidad de la práctica médica y ofrece recomendaciones útiles para los médicos quienes deseen ayudar a sus pacientes a ser más adherentes a los tratamientos sugeridos (DiMatteo *et al.*, 2012).

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Modelo de la Acción Razonada (Martin Fishbein e Icek Ajzen, 1967): En este modelo se priorizan los determinantes de la conducta y la intención como el determinante más inmediato, por lo que se trabaja con aquellos factores que la determinan.

Modelo de Predicción de Comportamientos de Salud (Pender, 1975): El MPSC (por sus siglas en inglés) se consideran cinco factores: socio- demográficos y relacionados con las prácticas y las creencias socioculturales; los relativos a las percepciones individuales sobre la salud, la enfermedad y los beneficios del tratamiento; los de percepción sobre problemas y los obstáculos en el cambio de estilo de vida; los desencadenantes o alertadores de malestar del paciente como fatiga y otros signos o síntomas corporales y los de probabilidad de adopción de comportamientos de salud.

Modelo del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991): Este modelo constituye una variante del Modelo de la Acción Razonada. Se considera que pueden existir limitaciones reales o percibidas para realizar una determinada conducta. Esta teoría agrega un tercer elemento a la determinación de la intención conductual llamado control conductual percibido, refleja las creencias personales acerca del grado de dificultad que tendría para realizar la conducta, y puede referirse tanto a los factores externos (ej. disponibilidad de tiempo o dinero, apoyo social, etc.) como a los internos (ej. información, habilidades, competencias, etc.).

Modelo HAPA (*Health Action Progress Approach*): propone distinguir entre: (a) los procesos motivacionales preintencionales que conducen a las intenciones comportamentales y (b) los procesos volitivos postintencionales que conducen al comportamiento de salud como tal.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Modelo Sistémico de Cuidados Preventivos (Walsh & McPhee, 1992): El MSSP (por sus siglas en inglés) es un modelo integrador, que incluye tanto al médico o cuidador, como al paciente y considera tres tipos de factores predisponentes como las características socio-demográficas, las creencias culturales, las religiosas y las motivaciones entre otros; los factores facilitadores o capacitadores como los conocimientos, las habilidades del paciente, las capacidades y competencias que posee el médico y por último los factores reforzadores como los efectos positivos del tratamiento para el paciente, el apoyo recibido de su entorno social, y la satisfacción por los beneficios percibidos con su tratamiento.

Modelo Transteórico (Prochaska & DiClemente, 1984): En este modelo, existen etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo (Luna & García, 2014). El modelo sostiene que las diferencias en la adherencia a las recomendaciones de los profesionales de la salud se pueden atribuir a las diferencias en la preparación de las personas para recibir asesoramiento sobre atención médica.

Modelos biomédicos: hacen referencia a una serie de características del paciente, de la enfermedad y de la relación terapéutica como parámetros predictores del incumplimiento terapéutico.

Modelos conductuales: se presentan en tres categorías: Los modelos operantes, los de comunicación y los cognitivos.

Motivación: Consiste en ayudar a los pacientes a creer en la eficacia del tratamiento; escuchar y discutir cualquier actitud negativa hacia tratamiento; determinar el rol del paciente en su sistema. También ayuda al paciente a construir el compromiso de adherirse y creer en

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

su capacidad de hacerlo. Esta dimensión se debe observar cíclicamente y revisarse de manera continua, ya que es susceptible de cambiar por diversos factores. DiMatteo et al., 2012).

N

Normas subjetivas: es un razonamiento normativo que pone de manifiesto la presión social percibida por la persona que va a realizar la conducta hacia la ejecución o no de dicha conducta (Guzmán et al., 2013)

O

Observancia: las creencias, percepciones, hábitos y comportamientos respecto a las recomendaciones y las órdenes médicas.

Obstáculos: Impedimento, dificultad, inconveniente para el logro de la adherencia.

P

Participación en la toma de decisiones del tratamiento: Compartir la resolución que se toma en el tratamiento.

Percepción de la salud bucal. Es la apreciación de sí mismo como sujeto físicamente existente, además del sistema de atributos físicos que caracterizan al individuo de manera relativamente estable. Incluye la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física de la persona (Rodríguez et al., 2016).

PHRP: protección de participantes en investigación humana

Preocupación por el paciente: expresan todas las conductas que ayudan a un mejor entendimiento del tratamiento como la importancia de asistir a las visitas programadas,

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

verificación de la información e inclusión de materiales audiovisuales para la explicación del tratamiento.

Primera sesión: encuentro inicial entre el estomatólogo y el paciente que incluye la información sobre la actitud, la información recibida, la relación con el especialista, las instalaciones y el aspecto clínico en estomatología.

Psicología de la Salud: se define como la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención, tratamiento de la enfermedad y la disfunción asociada (causas conductuales y sociales dentro de las que se incluyen hábitos como el consumo de alcohol, el tabaco, el ejercicio físico o el afrontamiento a situaciones de estrés), además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud y proporciona un cuerpo de teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia.

R

Red de apoyo: Mediante la cual las personas crean lazos entre sí para brindarse ayuda para lograr una meta.

Relación médico paciente: es el contrato, generalmente no escrito, establecido por personas autónomas libres de iniciar, continuar o romper esta relación.

Relevancia: El reactivo es esencial o importante, es decir, deber ser incluido.

S

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

Salud bucodental: la ausencia de dolor bucofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

Satisfacción en la atención estomatológica: Es la medida en que la atención estomatológica y el estado de salud bucal resultante cumplen con las expectativas del paciente.

Suficiencia: Los reactivos que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.

T

Test de la comprobación fingida: consiste en solicitar al paciente una muestra de orina, en la que se indica que esta sirve para calcular en ella la cantidad del medicamento tomado.

Test de Batalla: consiste en hacer preguntas generales al paciente sobre el conocimiento de su enfermedad y el tratamiento mediante preguntas sencillas, en las que se analiza el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, asumiendo que un conocimiento mayor de la enfermedad por su parte representa un grado mayor de adherencia

Test de Haynes-Sacket (HST): También se le conoce como test de cumplimiento auto comunicado (HST), se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento al tratamiento.

Test de Herrera Carranza. Propone 4 preguntas, dirigidas a los pacientes, que pueden contribuir a mejorar la vigilancia del cumplimiento terapéutico: sobre la prescripción de los medicamentos, el sentimiento al terminar por completo el tratamiento, la forma de tomar su

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESTOMATOLOGÍA

medicación, el aviso al médico al terminar el tratamiento. Dar respuestas acertadas a estas interrogantes sitúa al paciente como cumplido.

Test de Morisky-Green-Levine: prueba se ha utilizado para conocer si el paciente adopta actitudes correctas hacia su tratamiento.

Test de Prochaska & Diclemente (1982): De acuerdo con este modelo, en esta prueba consideran no adherentes aquellos individuos que se encuentran en las fases de pre-contemplación, contemplación y preparación, mientras que son adherentes quienes se encuentran en las fases de acción y mantenimiento.

Tratamiento a corto plazo: cuando el tratamiento en estomatología es igual o menor a cuatro semanas.

Tratamiento a largo plazo: cuando el tratamiento en estomatología requiere más de cuatro semanas.

V

Valores: La significación positiva (tendente al progreso social) de los objetos, fenómenos y situaciones con que el hombre se relaciona en el marco de su vida social, que es expresión de sus necesidades e intereses tanto a nivel individual como social y que orientan y regulan su conducta (Martínez, 2001).