

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**“FACTORES QUE PREDISPONEN LA FALTA DE ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO ODONTOLOGICO REFERIDOS POR LOS PACIENTES EN  
LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM - 2012**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Norma Hinojosa Ugarte**

Para obtener el Título Profesional de:

**Cirujano – Dentista**

**AREQUIPA 2013**

## **DEDICATORIA**

*A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más, A mi madre por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida. A mi padre quien han velado por mí durante este arduo camino y que con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional. A mis hermanas, por compartir momentos significativos conmigo y estar siempre dispuestas a escucharme y ayudarme en cualquier momento.*

*A mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.*

*FRASE*

*“Sigue tus sueños. Escucha a tu corazón. Digan lo que digan, no olvides que sólo vives una vez y que tus sueños, grandes o pequeños, son el mayor tesoro que guiarán tu vida hacia un destino único y maravilloso”*

### **AGRADECIMIENTO**

*En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.*

*Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.*

*A mi padre, que siempre lo he sentido presente en mi vida. Y sé que está orgulloso de la persona en la cual me he convertido.*

*A mis hermanas, que con sus consejos me ha ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida y por su apoyo incondicional en el transcurso de mi carrera universitaria, por compartir momentos de alegría, tristeza y demostrarme que siempre podré contar con ellas.*

*A mis tres jurados por toda la colaboración brindada, durante la elaboración de este proyecto.*

## INDICE GENERAL

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

**CAPITULO I**

**I. PLANTEAMIENTO TEORICO ..... 15**

**1. PROBLEMA DE INVESTIGACION ..... 15**

1.1 Determinación del Problema ..... 15

1.2. Enunciado ..... 16

1.3. Descripción del problema ..... 16

1.3.1. Área del Conocimiento ..... 16

1.3.2. Análisis u Operacionalización de variables ..... 17

1.3.3. Interrogantes básicas ..... 18

1.3.4 Taxonomía de la Investigación ..... 18

1.4. Justificación ..... 19

**2. OBJETIVOS ..... 21**

**3. MARCO TEORICO ..... 22**

**3. 1 ENFERMEDADES ODONTOLÓGICAS ..... 22**

3. 1.1. Definición ..... 22

3. 1.2. Principales Patologías Bucales en la Clínica Odontológica ..... 22

3.1.3. Síntomas ..... 23

3.1.4. Signos ..... 24

3. 2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	25
3. 2.1. Definición .....	25
3. 2.2. Momentos de la adhesión .....	28
1. Antes de iniciar el Tratamiento .....	28
2. Durante el Tratamiento .....	29
<b>CAPITULO II</b>	
<b>II.PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....</b>	<b>42</b>
1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación.....	42
1.1. Técnica.....	42
1.2. Instrumentos .....	43
1.2.1. Ficha de datos .....	43
1.2.2. Historia Clínica .....	43
1.3. Materiales de Verificación .....	43
2. Campo de Verificación.....	43
2.1. Ámbito General .....	43
2.2. Ámbito Específico .....	44
2.3. Temporalidad .....	46
3. Estrategia de Recolección.....	46
3.1. Organización .....	46
3.2. Consideraciones éticas .....	46
3.3. Recursos .....	46
4. Criterios para el manejo de resultados .....	48
4.1. A nivel de recolección .....	48
4.2. A nivel de estudio de datos .....	49
4.3. A nivel de conclusiones .....	50

4.4. A nivel de recomendaciones ..... 50

**CAPITULO III**

RESULTADOS..... 53

CONCLUSIONES ..... 63

RECOMENDACIONES ..... 64

BLIBLIOGRAFIA ..... 65

ANEXOS

Anexo1: Ficha de recolección de datos..... 70

Anexo 2: Matriz de datos..... 72



## RESUMEN

**Objetivos:** 1) Detectar los factores predisponentes de la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UCSM- 2012.

2) Identificar el factor de mayor predisposición a la falta de adherencia al tratamiento en la Clínica Odontológica de la UCSM – 2012.

**Método:** Se aplicó una entrevista estructurada durante el mes de abril del 2012 a una muestra de 97 pacientes (nivel de confianza del 95%). Los resultados se obtuvieron mediante estadística descriptiva se aplicó Chi – cuadrado: utilizando el paquete estadístico SPSS 20.0. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Del total de 97 pacientes, el 78.4% tiene como factor predeterminante para la falta de adherencia el excesivo tiempo de espera, el 77.3% de ellos tiene como factor el costo del tratamiento, el 67% tienen como factor frecuente el procedimiento prolongado del tratamiento, el 52.6% de los pacientes presentaron un nivel poco frecuente de transporte, el 99% de ellos tienen necesidad de trabajo poco frecuente, el 100% de ellos no tienen la distancia como factor predeterminante para la falta de adherencia. EL 83.5% de los pacientes mostraron un nivel poco frecuente de conflicto conyugal, el 96.9% de ellos tienen necesidad de trabajo poco frecuente, el 89.7% de ellos no tienen personas a su cuidado y el 90.7% de los pacientes presentaron un desaliento familiar poco frecuente. El 85.6% de los pacientes dio un nivel poco frecuente de motivo de viaje, el 97.9% de ellos presentaron un nivel poco frecuente de citas no concretadas y el 57.7% de los pacientes nunca presentaron como factor predeterminante la Ocupación.

Asimismo el 77.3% de ellos tienen molestias pos tratamiento con un nivel poco frecuente, el 87.6% de ellos tienen una poca frecuencia

de ineficacia del tratamiento y el 77.3% de los pacientes presentaron severidad del tratamiento poco frecuente. El 81.4% de los pacientes nunca presentaron maltrato, el 72.2% de ellos tienen como nivel poco frecuente la inexperiencia del operador y así como el 66% de ellos tienen un nivel de poca frecuencia en la infraestructura como factor predeterminante para la falta de adherencia al tratamiento.

**Conclusión:** Los factores que predeterminan la falta de adherencia al tratamiento con mayor frecuencia son el excesivo tiempo de espera, el costo del tratamiento y el procedimiento prolongado.

**Palabras Claves:** Falta de adherencia al tratamiento; factores predisponentes



## ABSTRACT

**OBJECTIVES:** 1) Identify the factors of non-adherence to treatment in patients attending the Dental Clinic UCSM-2012. 2) Identify the major factor predetermining the lack of adherence to treatment in UCSM Dental Clinic - 2012.

**METHOD:** A structured interview was applied during the month of April of 2012 to a sample of 97 patients (confidence level 95%). The results were obtained using descriptive statistics was applied Chi - square: using SPSS 20.0. Differences were considered statistically significant at  $p < 0.05$ .

**RESULTS:** Of the 97 patients, 78.4% has the predetermining factor for non-adherence excessive waiting time, 77.3% of them have as a factor the cost of treatment, 67% had frequent factor prolonged procedure treatment, 52.6% of patients had a rare level of transport, 99% of them are in need of rare work, 100% of them do not have the distance as predetermining factor for non-adherence. THE 83.5% of patients had a rare level of marital conflict, 96.9% have infrequent need of work, 89.7% of them do not have people in their care and 90.7% of patients had a little family discouragement frequent. The 85.6% of patients had a rare level because of travel, 97.9% of them had an uncommon level of unrealized appointments and 57.7% of patients never presented as predetermining the occupancy factor.

Also 77.3% have discomfort after treatment with a rare level, 87.6% of them have a low frequency of treatment failure and 77.3% of patients had infrequent treatment severity. The 81.4% of patients had never abuse, 72.2% of them have the level rare and operator inexperience and the 66% of them have a low-level infrastructure often as predetermining factor for non-adherence to treatment.

**CONCLUSION:** The factors that predetermine the lack of adherence to treatment most often are excessive waiting time, the cost of treatment and lengthy procedure.

**KEYWORDS:** Lack of adherence to treatment predetermining factors.



## INTRODUCCIÓN

La falta de adherencia al tratamiento prescrito y el incumplimiento terapéutico son uno de los grandes problemas con que los clínicos se encuentran en su actividad diaria, lo cual supone, de forma directa, una pérdida de la eficacia y de la efectividad de las actuaciones odontológicas y, de forma indirecta, problemas como la necesidad de nuevos tratamientos, la aparición de nuevas técnicas o la alteración de la relación odontólogo-paciente.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar los factores predeterminantes de la falta de Adherencia Terapéutica de pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UCSM.

Existen muchos factores que hacen que el paciente en algunos casos abandone el tratamiento odontológico y como es lógico pensar tendrá consecuencias graves en cuanto al progreso de su estado de salud bucal siendo esto en perjuicio del paciente y de la sociedad.

Diversos estudios han hallado que en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia el 50%. Se supone que la magnitud y repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud.

La Organización Mundial para la Salud (OMS), en un informe de 2003, indica textualmente que “aumentar la adherencia terapéutica puede tener un impacto más grande en la salud que cualquier avance en las terapias”.

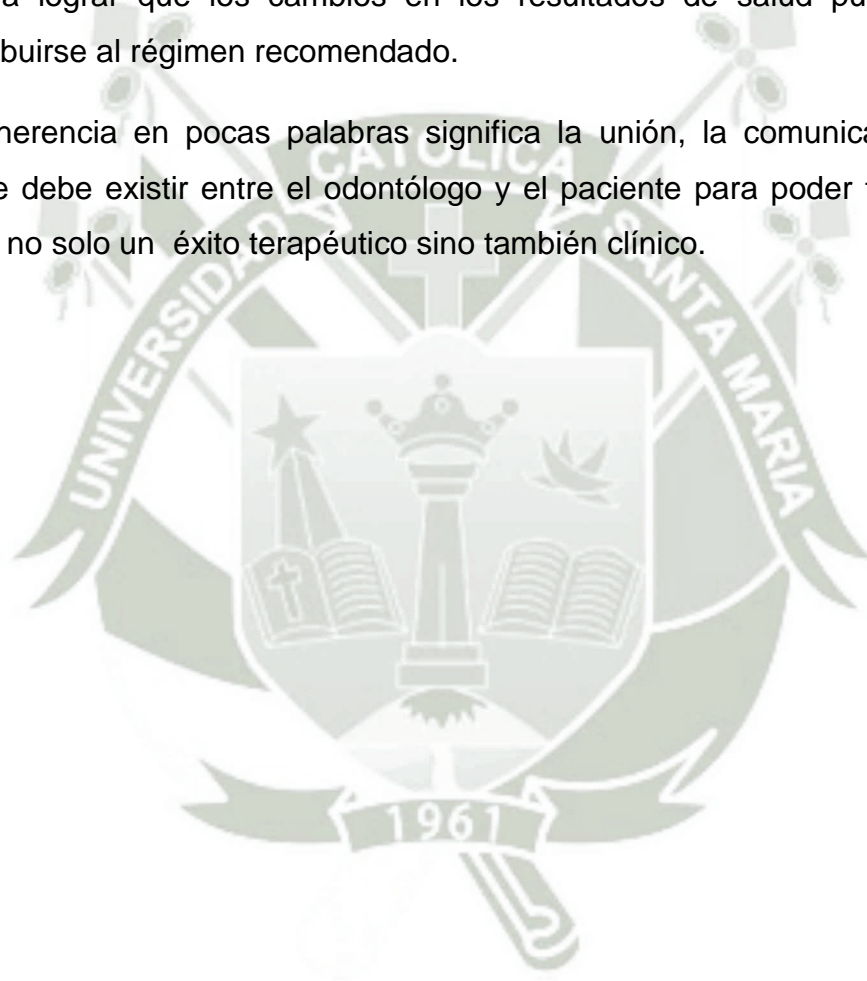
En la práctica odontológica, la mayoría de los tratamientos involucran más de una intervención, así los procedimientos más frecuentes involucran tres controles en promedio.

La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento de manera

que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de calidad de vida y economía. Las intervenciones encaminadas a mejorar la Adherencia Terapéutica proporcionarían un considerable rendimiento de la inversión mediante prevención primaria y prevención secundaria de los resultados de salud adversos.

La evaluación del comportamiento de la Adherencia Terapéutica es necesaria para la planificación de tratamiento efectivo y eficiente y para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado.

Adherencia en pocas palabras significa la unión, la comunicación que debe existir entre el odontólogo y el paciente para poder tener así no solo un éxito terapéutico sino también clínico.





## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO TEORICO**

## I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. Problema de investigación

#### 1.1. Determinación del problema

La falta de adherencia al tratamiento prescrito y el incumplimiento terapéutico son uno de los grandes problemas con que los clínicos se encuentran en su actividad diaria, alcanzando, según los distintos estudios, cifras superiores al 50 % tanto en tratamientos de corta duración como en terapias crónicas, lo cual supone, de forma directa, una pérdida de la eficacia y de la efectividad de las actuaciones odontológicas y, de forma indirecta, problemas como la necesidad de nuevos tratamientos, la aparición de nuevas técnicas o la alteración de la relación odontólogo-paciente.

La Organización Mundial para la Salud (OMS), en un informe de 2003, indica textualmente que “aumentar la adherencia terapéutica puede tener un impacto más grande en la salud que cualquier avance en las terapias”.

En la práctica odontológica, la mayoría de los tratamientos involucran más de una intervención, así los procedimientos más frecuentes involucran tres controles en promedio.

Nuestra realidad es que ni siquiera conocemos la frecuencia de pacientes que acuden a sus respectivas citas; por ello el presente estudio pretende detectar las causas de la falta de adherencia al tratamiento referidas por los pacientes en la Clínica Odontológica de la UCSM.

## 1.2. Enunciado del Problema

**“Factores que Predisponen la Falta De Adherencia al Tratamiento Odontológico Referidos por Los pacientes en la Clínica Odontológica de la UCSM – 2012”**

## 1.3. Descripción

### 1.3.1 Área del conocimiento

Campo : Ciencias de la Salud.  
Área : Odontología.  
Especialidad : Administración en Odontología  
Línea : Adherencia al tratamiento



### 1.3.2. Análisis u operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADOR
<b>Factores que predisponen la falta de adherencia al tratamiento</b>	Socio laborales	Transporte Necesidad de trabajo Distancia Costo del tratamiento
	Familiares	Conflicto conyugal Cuidado de los hijos Personas a su cuidado Desaliento familiar
	Disponibilidad de tiempo	Motivos de viaje Excesivo tiempo de espera Citas no concretadas Ocupación
	Aspecto Clínico	Procedimiento prolongado Molestias postratamiento Ineficacia del tratamiento Severidad del padecimiento
	Atención	Mal trato Inexperiencia del operador Desorientación Infraestructura

### **1.3.3 Interrogantes básicas**

- ¿Cuáles son los factores que predisponen a la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UCSM - 2012?
- ¿Cuál es el factor principal que predispone a la falta de adherencia al tratamiento en la Clínica Odontológica de la UCSM - 2012?

### **1.3.4 Tipo de Investigación**

El presente estudio es observacional, prospectivo, transversal y Descriptivo. Por la técnica de recolección de datos es comunicacional.

### **1.3.5 Nivel de investigación**

Descriptivo: porque busca identificar las causas de la falta de adherencia al tratamiento referida por los pacientes en la Clínica Odontológica de la UCSM.

## 1.4 Justificación

**Relevancia:** El presente trabajo es relevante, porque identificará los factores de la falta de adherencia al tratamiento referida por los pacientes que aún no ha sido medido previamente en nuestra práctica odontológica y porque además identificaremos cuales son los factores que lo modifican.

**Contribución con el conocimiento:** Los resultados del presente estudio constituirán una nueva línea de investigación en el estudio de la adherencia terapéutica; pues es importante para el éxito del manejo de toda patología, sin el cual todo esfuerzo profesional es inútil.

**Utilidad clínica:** El paciente como unidad de estudio, tampoco reconoce que la adherencia es importante; con los resultados del presente estudio podremos concientizar a los pacientes sobre la importancia de acudir a los controles designados por el odontólogo tratante.

**Factibilidad:** Se ha verificado previamente la disponibilidad de la información requerida para el presente estudio. En la clínica odontológica se ha planteado el presente trabajo obteniendo la autorización preliminar para la ejecución del presente trabajo, además se cuenta con los materiales para el desarrollo completo del trabajo.

**Importancia académica y profesional:** por la conveniencia del investigador y la concordancia del tema con las políticas de investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica Santa María.

**Relevancia personal:** El presente trabajo ha despertado mi interés personal ya que he observado empíricamente que la falta adherencia terapéutica es un problema grave que pone en riesgo el éxito del tratamiento odontológico en general y porque será realizado para optar el título de cirujano dentista.



## 2. OBJETIVOS

- Detectar los factores predisponentes a la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UCSM – 2012.
- Identificar el factor de mayor predisposición para la falta de adherencia al tratamiento en la Clínica Odontológica de la UCSM – 2012.



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. ENFERMEDADES ODONTOLÓGICAS

##### 3.1.1 Definición

El ser humano desde su nacimiento obtiene un conjunto de sistemas, dentro de ellos podemos encontrar al sistema estomatognático, más tarde nacen los dientes y se forma la cavidad bucal propiamente dicha; los dientes están propensos a sufrir una serie de enfermedades producidas por microorganismos, para lo cual se requiere de un cuidado especial ya que la sonrisa de las personas depende del estado de la dentadura. La boca es la puerta de entrada de una gran variedad de bacterias, ya que en ella según especialistas médicos, se pueden encontrar hasta 700 tipos de estos elementos, muchos de los cuales son nocivos para la salud general. Son aquellas que se dan tanto en dientes como en tejidos blandos y duros de la cavidad bucal.

##### 3.1.2 Principales patologías en la clínica odontológica

###### **Caries:**

Es una enfermedad multifactorial que conduce a la destrucción progresiva y localizada de los tejidos duros del diente. Es la patología con mayor prevalencia en la boca y la primera causa de consulta odontológica. Se considera enfermedad multifactorial ya que es consecuencia de la interacción de varios factores. Los factores involucrados en la aparición de la caries son el huésped, los microorganismos y la dieta, así como el tiempo que se interrelacionan los tres primeros.

La caries aparece cuando las condiciones de cada factor son favorables a la cariogenicidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caries dental se puede definir como un proceso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un

reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad.<sup>1</sup>

**Gingivitis:**<sup>2</sup> La gingivitis se define como la inflamación de la encía debida a los efectos de los depósitos de biofilm que la irritan e inflaman. Las bacterias y sus toxinas hacen que la encía se infecte, se inflame y se vuelva sensible. La gingivitis afecta a los tejidos blandos de la encía y es reversible y es una de las enfermedades más frecuentes del ser humano, siendo muy frecuente en todas las edades (en jóvenes 75 % de 20 a 25 años) La gingivitis es la respuesta inflamatoria como mecanismo defensivo, frente a una infección bacteriana dada por la proliferación o acumulación de bacterias provenientes de la placa bacteriana.

**Enfermedad periodontal:**<sup>3</sup> Los términos de enfermedad periodontal constituyen una denominación genérica que alude a una serie de formas clínicas patológicas caracterizadas por la destrucción progresiva y crónica de las estructuras periodontales de soporte, destrucción iniciada etiológicamente por las endotoxinas de la placa bacteriana y modificada por el trauma oclusal.

### 3.1.3 Síntomas

#### **Caries**

- Sensibilidad dental a lo caliente o frío
- Malestar dental después de comer
- Oscurecimiento de la superficie dental
- Mal aliento o mal sabor en la boca
- Dolor punzante y persistente en el diente

<sup>1</sup> Henostroza , Gilberto ; Caries Dental , Principios y procedimientos para el diagnóstico ibis pg. 21

<sup>2</sup> García Sixto, Enfermedad de las Encías , pg.- 88

<sup>3</sup> Carranza , Fermín ;” Periodontología Clínica “, pg. -110

### **Gingivitis:**

- Inflamación de las encías
- Retracción de las encías
- Encías que sangran fácilmente al cepillarse o usar hilo dental
- Cambio en el color de las encías de tono rosa a rojo oscuro
- Mal aliento
- Movilidad dentaria

### **Enfermedad Periodontal:**

- Mal aliento constante
- Encías rojas o inflamadas
- Encías muy sensibles o que sangran
- Dolor al masticar
- Dientes flojos
- Dientes sensibles
- Encías retraídas o dientes que se ven más largos de lo normal.

#### 3.1.4 Signos

### **Caries**

- Destrucción de la superficie localizada de tejidos duros.
- Aparición de una mancha de color blanco tiza en la superficie del diente.

### **Gingivitis**

- Encía inflamada, con un contorno gingival alargado debido a la existencia de edema o fibrosis
- coloración roja o azulada.
- Temperatura sulcular elevada,
- sangrado al sondaje

- incremento del sangrado gingival

### **Enfermedad Periodontal**

- Inflamación crónica de la encía.
- Formación de bolsas periodontales.
- Pérdida ósea alveolar.

## 3.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

### 3.2.3<sup>4</sup>Definiciones

Hipócrates, considerado el padre de la Medicina, ya observó que los pacientes a menudo mentían cuando decían haber tomado sus medicinas.

La idea de estudiar la adhesión al tratamiento implica retomar el término adhesión, ya que también se han manejado algunos términos paralelos para definir el cumplimiento o la obediencia que el paciente presenta frente al tratamiento planteado por su terapeuta, razón por la cual se hace la diferencia.

Según Martín, L. (2004) en la literatura anglosajona, por ejemplo, los más utilizados son el de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence), aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.

Por adherencia terapéutica entendemos, desde la definición clásica enunciada por Sackett y Haynes, el grado de

---

<sup>4</sup> OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS;2004

coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden . Así mismo,<sup>5</sup> Amigó, I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998) sugieren también este término el cual refiere a un comportamiento de la persona en cuanto a administración de medicamentos, dieta o cambio de estilo de vida, que coincide con lo aconsejado por un profesional de la salud; en cuanto a la adherencia, afirman que se trata de la decisión de la persona de cumplir con las instrucciones de los profesionales de la salud. Este término es preferido pues implica participación y compromiso del paciente en su cuidado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento.

Si buscamos el significado del término en nuestro idioma, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española vemos que se define como: “Acción y efecto de cumplir”, “ejecutar o llevar a efecto”.

En la literatura, se recoge la definición del término “adherence” dada por <sup>6</sup>DiMatteo y DiNicola como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado

---

<sup>5</sup> AMIGÓ I, FERNÁNDEZ C, PÉREZ M. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En Amigó I, ed. Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide; 1998: 229-70.

terapéutico deseado,” la que a nuestro juicio representa un considerable avance en la comprensión de la naturaleza psicológica del problema discutido.

Los autores interesados en este tema se adhieren a uno u otro término <sup>7</sup> Friedman y DiMatteo, prefieren hablar de “cooperación” para enfatizar la naturaleza bilateral de las interacciones profesional de la salud-enfermo.<sup>5</sup> Algunos se deciden por el término cumplimiento como Rodríguez Marin,<sup>6</sup> otros consideran que el cumplimiento es una parte de la adherencia terapéutica, entre ellos<sup>8</sup> Maciá y Méndez, y V. Ferrer emplea indistintamente los conceptos de “cumplimiento o adherencia terapéutica” Según Ferrer, en nuestro idioma ninguno de los términos parece recoger exactamente el sentido que se pretende en cuanto a ajuste a las prescripciones del profesional de la salud y simultáneamente, implicación activa del paciente a estas y parece necesario dedicar a este tema cierta reflexión con vistas a lograr una denominación de consenso que posteriormente sea empleada de forma habitual, evitando confusiones al respecto, desconocimiento e incompreensión.

Pero más allá de considerar la adhesión del tratamiento bajo directrices operacionales enmarcadas en conductas específicas, es necesario anticipar que lo que media dicho proceso de adherencia depende de una relación casi vincular que se genera entre los dos protagonistas (profesional y beneficiario), en donde cada uno carga con intereses propios e intenciones frente al compromiso del otro.

---

<sup>7</sup> DIMATTEO, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations A quantitative review of 50 years of research Medical Care.

<sup>8</sup> FERRER PÉREZ VA. "Adherencia" o "cumplimiento" de prescripciones terapéuticas y de salud: conceptos y factores psicosociales implicados. Rev. de Psicología de la Salud. 2000; 7(1): 35-61.

### 3.2.1 Momentos de la adherencia

#### 1. Antes de iniciar el tratamiento

La persona que inicia el régimen terapéutico debe estar preparada y totalmente convencida.

La selección del tratamiento farmacológico será uno de los factores claves que pueda influenciar la adhesión al mismo. Además de la información que se le ofrezca al paciente, el médico prescriptor (en base a su experiencia) conoce aquellos tratamientos que se toleran mejor, que son más cómodos para el paciente y que “a priori” tienen más posibilidades de cumplirse correctamente. Sin olvidar que el paciente como parte interesada en el asunto debería en lo posible manifestar sus preferencias.

Al inicio es conveniente ofrecer a los pacientes material escrito como elemento de apoyo a la información oral. Donde el paciente pueda encontrar respuestas a las posibles preguntas o situaciones que se le puedan presentar. También existen aplicaciones informáticas que de forma individualizada permiten editar una hoja informativa para cada paciente, en la que se planifica de forma gráfica la administración diaria del tratamiento: con el nombre del fármaco a través de la imagen del envase comercial, la dosis (representado por la imagen de una pastilla o de un inhalador) y la pauta (indicada a través de un calendario). Así como información complementaria sobre cada uno de los fármacos (como actúan, consideraciones de la toma y efectos adversos más notables). También son útiles cierto material de apoyo como: recordatorios (alarmas) y pastilleros adecuados individualizados.

Para el paciente es importante que su equipo asistencial esté disponible la mayor cantidad de tiempo posible y se tenga facilidad de acceso. No olvidemos que los pacientes tienen acceso al mundo de la información manifiesta a través de Internet. Lo que les permite conocer en todo momento la situación de los avances de su enfermedad a nivel mundial, no sólo del tratamiento sino incluso del estado de la investigación científica.

## **2. Durante el tratamiento**

Para el mantenimiento del régimen terapéutico es importante que se evalúe la adhesión del paciente en las sucesivas visitas, identificando los motivos que han causado el abandono para que cada profesional actúe en el nivel adecuado. Cuando la adhesión es adecuada, el paciente debe sentirse reforzado, destacando las mejoras obtenidas.

A largo plazo, pueden aparecer problemas más específicos como pueden ser el cansancio del tratamiento, la relativización del riesgo de una incorrecta adhesión o la aparición de efectos secundarios que hipotequen la adhesión. Todos ellos deberán abordarse abiertamente, proporcionando al paciente un espacio donde pueda expresar sus dudas y miedos, y respetando, si se plantea la situación, su decisión de abandonar el tratamiento.

A parte de estos principios y como se ha dicho ya anteriormente los distintos profesionales sanitarios tienen un papel muy específico en sus intervenciones, y deben sistematizarlas aprovechando los momentos claves de su actuación: prescripción, dispensación, cuidados y soporte.

### **C) Variables en la adherencia al tratamiento**

<sup>9</sup> Según Crespo, M. (1997), existen múltiples factores que influyen en la Adherencia terapéutica que han sido clasificados de la manera siguiente: Los relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la salud; El régimen terapéutico; Las características de la enfermedad y Los aspectos sociodemográficos y las creencias del paciente.

#### **c.1) Variables sociodemográficas**

Aunque las variables sociodemográficas no pueden dar cuenta de toda la adherencia, son variables que juegan un papel importante a la hora de explicar la adherencia y son las variables más registradas por los autores a la hora de estudiar la adherencia, Entre estas variables cabe citar: el sexo, la edad, la raza, el nivel de estudios, la ocupación, la convivencia y el número y edad de hijos u adultos a su cargo.

#### **c.2) Las creencias del paciente**

Las creencias de los pacientes, aunque no nos las exprese, pueden repercutir sobre su adherencia, por lo tanto se deberían explorar, tanto en el paciente como en las personas significativas de su vida. Es importante recordar que los pacientes no se incorporan al tratamiento con una visión de tabula rasa sino que, por el contrario, tienen sus propias representaciones de aquello que significa una amenaza para la salud y planifican y actúan según estas representaciones y los temores que las acompañan.

Estas representaciones y temores se construyen a partir de muchas fuentes, incluyendo amigos, familiares, medios de comunicación, los propios síntomas corporales y mentales y la

---

<sup>9</sup> CRESPO, M. (1997). Adherence to potent antiretroviral therapy. Journal Association of Nurses AIDS Care. Vol. 5, Pg. 43-54.

información ofrecida por el personal de salud , otro aspecto importante a tener en cuenta, relacionado con las creencias, es el hecho que estas no se mantienen constantes a lo largo del tratamiento, pudiendo cambiar por múltiples causas (al adquirir más información, por la evolución de la enfermedad...), por lo que resulta necesario evaluarlas en diferentes momentos.

En ocasiones, los pacientes no nos dicen o no saben cómo expresar sus preocupaciones, expectativas y temores. Atender a la comunicación verbal como a la no verbal puede ofrecernos muchas pistas. La comunicación no verbal es mucho más difícil de controlar que la verbal. Incongruencias entre comunicación verbal y no verbal, desviaciones de la mirada, manifestaciones no verbales de confusión y angustia, etc., nos pueden estar indicando que algo no marcha bien, aunque el paciente no haga alusión a ello. Entre las creencias que se deberían explorar, porque se ha comprobado que repercuten sobre la adherencia, están: las metas esperadas del tratamiento, la motivación, la severidad percibida, la vulnerabilidad percibida y la autoeficacia percibida.

### **c.3) Tipo de Enfermedad**

En general, los niveles más bajos de adhesión aparecen en pacientes con enfermedades crónicas, en las que no hay un malestar o riesgo evidente, en aquellas que requieren cambios en el estilo de vida y cuando la prevención en lugar de curar o aliviar los síntomas pretende instaurar un hábito de vida <sup>10</sup>(Meichenbaum & Turk, 1991). Así, por ejemplo se ha visto que la falta de adhesión resulta un problema muy serio entre los pacientes diabéticos insulino dependientes.

---

<sup>10</sup> MEICHENBAUM D, TURK DC. Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Bilbao: DDB; 1991.

Esta enfermedad crónica exige muchas demandas que requieren cambios en los estilos de vida lo cual dificulta la adherencia, los síntomas asociados a un padecimiento pueden servir como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. En cuanto claves para la acción, hay que tener en cuenta que la presencia de determinados síntomas (dolor, mareos, malestar) puede constituir un potente indicador para poner en práctica una prescripción terapéutica concreta. En cuanto reforzadores, aquel paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato de estos síntomas, al adherirse a las pautas de tratamiento ,tiene mayores probabilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia .Por el contrario, el paciente que presenta una enfermedad asintomática, no dispone de claves internas para la acción y, además, su conducta de seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo ( o si lo recibe no es inmediato ) con lo cual la probabilidad de que esta ocurra disminuye <sup>11</sup>(Rodríguez-Marin et al. ,1990 ) ( Rodríguez 2001 ).

Los factores socio culturales y en particular los relacionados con el medio familiar, juegan un rol central en las creencias, las actitudes y las representaciones de los sujetos, así el modelo representacional que se tiene sobre una enfermedad, brinda al individuo una explicación de las posibles causas, de su responsabilidad en la misma, y también de la interpretación de los síntomas, de su curso, y de su posible solución. (DiMatteo, M., 2004).

---

<sup>11</sup> RODRÍGUEZ -MARÍN, J. (1990). Motivación y psicología de la salud. In J. Mayor, &F. TORTOSA (EDS.), *Ambitos de aplicación de la psicología motivacional* (pp. 29--65). Bilbao: DDB

#### c.4) El tratamiento Farmacológico

Las características del tratamiento farmacológico que parecen modularla adherencia son : la dosificación , la vía de administración , la duración , los efectos secundarios , y la complejidad del régimen terapéutico<sup>12</sup> ( Richard & Cabrero, 1988 )<sup>13</sup> ( Meichenbaum & Turk , 1991 ) ( Rodriguez , 2001 ):

- **La dosificación:** el número de dosis ha sido relacionado con el nivel de adherencia. se ha comprobado que los regímenes de medicación monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis. Por ejemplo, el tratamiento del SIDA implica gran cantidad de medicación que además, debe ser tomada a distintas horas (hay pastillas que se toman en todas las comidas, otras una vez al día o cada seis horas...), es favorece el incumplimiento y los errores.
- **La vía de administración:** los niveles más altos de adhesión se dan en los tratamientos que requieren medicación directa (inyecciones), niveles elevados de supervisión y registro e inicio agudo.
- **La Duración:** un resultado que se mantiene constante a lo largo de los diferentes estudios es que las tasas de adhesión se deterioran con el tiempo. Así, los comportamientos de adhesión de regímenes de tratamiento asociados a enfermedades crónicas, que
- requieren la adopción de cambios permanentes en el estilo de vida, o conductas preventivas prolongadas,

---

<sup>12</sup> RICHART, M., & CABRERO, J. (1988). *La psicología en los centros de salud comunitaria. Programa de prevención y educación para la salud*.Valencia: Promolibro.

<sup>13</sup> MEICHENBAUM D, TURK DC. Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Bilbao: DDB; 1991.

disminuirán, casi con toda probabilidad, en el tiempo de no convertirse en automáticas y habituales.

- **Los efectos secundarios:** los efectos secundarios indeseados también favorecen el incumplimiento, especialmente, cuando el paciente se empieza a encontrar bien. Por ejemplo , algunos neurolépticos , utilizados en enfermedades mentales como la esquizofrenia ,para reducir la sintomatología psicótica ( las alucinaciones ) , favorecen la aparición de efectos secundarios como : retención de líquidos , enlentecimiento , o acatisia (movimiento continuo) por lo que muchos pacientes deciden abandonar o disminuir esta medicación , especialmente , cuando empiezan a encontrarse mejor , con el fin de evitar estos efectos secundarios que , además , son tan visibles.
- **La complejidad del régimen terapéutico:** se ha observado que la probabilidad de fallos o problemas en la adherencia se incrementan cuanto más cambio en las actividades habituales de la vida cotidiana del enfermo se exijan, cuanto más incompatibles sean las actividades diarias o los hábitos de la persona con la emisión de respuestas de adherencia y cuanto más complejo sea ese régimen (varios medicamentos, diversos horarios...). Por ejemplo, la adherencia a una determinada dieta, en personas diabéticas e hipertensas que viven solas, es muy probable que no la realice correctamente por la gran cantidad de demandas que exigen a este paciente.

Como afirma Giluun y Brasky , ya en el año 1974 , “ cualquier paciente sometido a un régimen complejo, o que requiera un cambio importante en sus hábitos o

estilos de vida , tiene muchas posibilidades de no adherirse al régimen terapéutico “. Por lo tanto, es importante que los profesionales de la salud, simplifiquen el tratamiento lo máximo posible y lo intenten adaptar al estilo de vida de las personas, porque si no la probabilidad de incumplimiento va a ser muy elevada.

### **c.5) la relación entre pacientes y los profesionales de la salud**

La importancia de la relación de los profesionales de la salud con los pacientes fue puesta ya de manifiesto por Hipócrates en el siglo IV a.C. “El paciente, aun consciente de la gravedad de su situación, puede recuperar la salud simplemente a través de la fe en el bien hacer de su médico”.

Como dice Gil et al.<sup>14</sup> (Gilf García, León & Jarana, 1992), estas deficiencias van a repercutir negativamente sobre el recuerdo y la comprensión de la información proporcionada, en la participación del paciente, en el grado de satisfacción de la atención recibida, en el mantenimiento de la relación y en la adherencia al tratamiento.

Es necesario que los profesionales de la salud cuenten con habilidades sociales destinadas a mejorar la relación en habilidades sociales, ya que aunque muchos profesionales son conscientes de las deficiencias en habilidades sociales que exhiben con sus pacientes son incapaces de reformular su estilo habitual y necesitan que otros profesionales entrenados les adiestren.

### **c.6) La información**

Comprender es el primer paso para recordar la información y adherirse a los tratamientos.

---

<sup>14</sup> GIL, F., GARCÍA, M., LEÓN, J. M., & JARANA, L. (1992). La formación de los profesionales de la salud. In F. Gil (Ed.), *Habilidades sociales y salud* (pp. 90--98). Madrid: Eudema.

De hecho, se ha observado que proporcionar información de modo que favorezca y garantice unos niveles mínimos de comprensión y recuerdo por parte de los enfermos contribuye a mejorar las tasas de adherencia. Además, muchas veces es la única estrategia que utilizan los profesionales de la salud para conseguir la adherencia a los tratamientos. Todo ello hace imprescindible que los profesionales de la salud adquieran habilidades destinadas a transmitir información.

En relación con la información proporcionada a los pacientes diversos estudios indican <sup>15</sup>(Godoy, Sánchez--Huete, & Muela, 1994) que:

Con frecuencia el paciente cree que no se le ha informado suficientemente, hay falta de comprensión de la información recibida por parte del paciente,

El paciente no hacer preguntas oportunas a pesar de considerarse poco informado y hay una pérdida de información por causa del olvido. Ciertamente estos factores no son dependientes totalmente del profesional de salud, aunque este debe tenerlos en cuenta a la hora de realizar sus venciones.

En el caso de mala comprensión, si el paciente no alude a ello, impide que el profesional obtenga a su vez información acerca de las dificultades del mensaje y pueda rectificar subsiguientes comunicaciones (Menéndez, 1980). Con el fin de evitar esto los profesionales de la salud deben emplear estrategias destinadas a verificar la comprensión

### **c.7) El apoyo social**

Varios estudios <sup>16</sup>(Buendía, 1991)<sup>17</sup> (Cortés & Cantón, 1999) han puesto de manifiesto que los lazos sociales no sólo como soporte

---

<sup>15</sup> GODOY, J., SANCHEZ---HUETE, R. L., & MUELA, J. (1994). Evaluación del nivel de comunicación médico-paciente en la consulta ambulatoria. *Psicología De La Salud*, 6(1), 103-122.

para mantener la salud, sino que también amortiguan los efectos negativos que sobre la salud pueden producir determinados acontecimientos de la vida.

A pesar de los beneficios demostrados para la salud y la adherencia, el apoyo social, en ocasiones, también puede inhibir la adhesión (Meichenbaum & Turk, 1991). Así, diversas investigaciones han demostrado que un familiar muy intrusivo o sumamente crítico; un cónyuge que genera culpabilidad; o unos padres excesivamente ansiosos, indulgentes, rígidos y controladores, pueden provocar un “efecto boomerang” que resuelve en un deterioro de la condición del paciente y en un aumento de la falta de adhesión terapéutica. Asimismo, la falta de interés y el rechazo manifestado por personas significativas, puede representar otro obstáculo.

Los “beneficios” que puede obtener el paciente de los cuidados dispensados por su familia, también se relacionan con la adherencia. En este sentido, el mejor predictor de quien permanecería en un tratamiento contra el dolor temporomandibular, era la actitud de la familia hacia el dolor del paciente. Estos autores demostraron que aquellos pacientes que percibían que su familia estaba irritada o disgustada con ellos, y que les brindaba menor apoyo, tenían más probabilidad de permanecer en el tratamiento, mientras que aquellos pacientes que señalaban que su familia era solícita, ante el dolor, tenían más probabilidad de abandonar el tratamiento. El dolor, en estos casos, parecía servir como fuente de ganancias secundarias. Incorporar simplemente a otros miembros familiares o “personas de apoyo”, por lo tanto, no garantiza que estas personas proporcionen un “buen” apoyo.

---

<sup>16</sup> BUENDÍA, J. (1991). Apoyo social y salud. In J. Buendía (Ed.), *Psicología clínica y salud* (pp. 189--210). Murcia: Universidad de Murcia.

<sup>17</sup> CORTÉS, M. T., & CANTÓN, E. (1999). Reflexiones desde un punto de vista psicológico, en torno al problema del incumplimiento de propósitos (recaídas) en el tratamiento. *Información Psicológica*, 70,9-16.

Es especialmente importante que la atención se dirija hacia la naturaleza del apoyo, en lugar de a su mera presencia. Los familiares pueden tener buenas intenciones, y pueden intentar ser un apoyo, pero tal vez no lo hagan adecuadamente.

Es importante tener en cuenta que los regímenes extensos de autocuidados, afectan no solo al paciente, sino también a su familia. Las familias muchas veces no sabe cómo abordar una situación, se sienten cansadas, tienen dudas sobre si lo que están haciendo es lo más adecuado. Además, los distintos miembros de la familia pueden tener criterios diferentes que ocasionan enfrentamientos. Para evitar o reducir esta situación lo mejor es proporcionar información, entrenamiento y ofrecer apoyo. Para evitar o reducir esta situación lo mejor es proporcionar información, entrenamiento y ofrecer apoyo. De hecho, las familias que han recibido algún tipo de entrenamiento o asesoramiento no solo mejoran su adaptación, sino que también favorecen la adherencia al tratamiento.

Otro tipo de apoyo social, que puede beneficiar a la adherencia al tratamiento, son los grupos de apoyo. Estos pueden ser utilizados tanto por el paciente como sus allegados. Existen numerosos grupos para una gran diversidad de poblaciones clínicas (diabéticos, alcohólicos, pacientes con dolor, con cáncer, etc.).

#### **c.8) Variables de la organización**

Hay variables relacionadas con la organización de los servicios de salud que se ha demostrado pueden favorecer o dificultar la adherencia a los tratamientos, como son: la continuidad en la atención prestada, la programación de citas y la posibilidad de supervisión de la conducta de adherencia.

Como tal vez cabría esperar, cuanto mayor sea la continuidad de la atención que se ofrece al paciente (ej.: que el paciente sea visto por el mismo profesional de salud en sucesivas consultas o sepa a qué

profesional acudir en caso de duda o un problema) mayor será su probabilidad de adhesión.

Otra variable de la organización importante a tener en cuenta son las citas. El cumplimiento con las citas programadas es una de las conductas incluida en la adherencia al tratamiento, como lo es tomar medicación o realizar correctamente un régimen dietético. Variables como la edad, el nivel cultural, el estado civil, la situación laboral o el diagnóstico del paciente no ejercieron una influencia significativa sobre el cumplimiento. Por otro lado, entre las razones argumentadas con mayor frecuencia por los pacientes con justificación de su incumplimiento fueron el olvido de la cita concertada y la negativa expresada a acudir por no considerar necesaria la consulta. La posibilidad de supervisión es otra variable de la organización relacionada con la adherencia.

Como se ha indicado anteriormente, la conducta de adherencia decae con el tiempo por lo que, en muchos casos, especialmente en tratamientos muy largos (ej.: enfermedades crónicas) se hará necesario intervenciones de seguimiento dirigidas a continuar la educación del paciente.

En muchas ocasiones los pacientes tienden a interrumpir los tratamientos en cuanto se encuentran mejor. Por eso es importante que el profesional de salud eduque al paciente y a su familia sobre la importancia del mantenimiento de la conducta de adherencia y la forma de conseguirlo.

Los programas educativos deben abordar que encontrarse mejor no significa necesariamente estar mejor. Debemos ayudar a los pacientes a comprender que el tratamiento debe ser continuado y que nunca debe ser interrumpido prematuramente sin la supervisión del profesional de la salud.

#### d) Estrategias recomendadas

Todos los profesionales de la salud deberían programar entrenamientos con sus pacientes, familiares, o allegados, destinados a aumentar la adherencia. Como se ha podido comprobar, son múltiples las variables implicadas en la adhesión, dedicar un tiempo a analizar las principales variables que pueden estar afectando, a la larga, va a reducir los costos y el tiempo empleado, va a redundar sobre la calidad de los cuidados prestados, sobre la satisfacción del paciente y del profesional y, también, sobre la adherencia.

- Creencias que se gatillan con el pedido de una consulta a un profesional
- Facilitar la visualización de los factores cognitivos que intervienen en el tratamiento que se está iniciando
- Exploración de las creencias del paciente respecto de su enfermedad, así como las expectativas de este respecto del tratamiento.
- Primeras ideas sobre el tratamiento (franja de vulnerabilidad en la adherencia).
- Modelado de roles menos asimétricos y más flexibles.
- Ideas del paciente sobre la relación terapéutica y el cumplimiento de los objetivos acordados.

## CAPITULO II

# PLANEAMIENTO OPERACIONAL



## II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

1.1. **Técnica:** Se utilizará la técnica de entrevista y documentación para recoger los datos necesarios de los siguientes indicadores

VARIABLE	INSTRUMENTO	TECNICA
Factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento	Cuestionario para identificar las causas de la falta de adherencia al tratamiento	Entrevista

La entrevista se realizará en las instalaciones de la clínica odontológica mientras el paciente se encuentra a la espera de su atención por parte del profesional.

## 1.2. Instrumentos:

### 1.2.1 Ficha de datos:

Registro de anotaciones sobre datos correspondientes a la salud odontobucal.

### 1.2.2. Historia clínica.

Consta de las evaluaciones posteriores al tratamiento; por lo tanto es ideal para evaluar adherencia terapéutica.

## 1.3. Materiales de Verificación

- Material de escritorio
- Sistema operativo Windows 7 ®
- Procesador de texto Word 2010 ®
- Soporte Estadístico SPSS 20.0 for Windows ®

## 2. Campo de Verificación

### 2.1. Ámbito general

La investigación se realizará en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María, Ubicada en el Campus universitario de la Universidad, Distrito de Umacollo de la Ciudad de Arequipa, Departamento de Arequipa – Perú.

## 2.2. **Ámbito específico**

Pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UCSM

### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes en general.
- Pacientes con tratamientos múltiples ( implican más de una sesión )

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes que se atienden por primera vez
- Pacientes que no quieren colaborar con nuestro estudio.

#### a. **Universo o población**

Está constituido por todos los pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa maría.

#### b. **Muestra**

##### **Cálculo del tamaño muestral**

Mediante el muestreo probabilístico, determinamos el tamaño una muestra para variables categóricas de tamaño desconocido.

Para lo cual utilizaremos la variable “adherencia terapéutica”

Aplicamos:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

$\alpha$  = Error tipo I

1-  $\alpha$  = Nivel de Confianza

$Z_{1-\alpha}$  = Valor tipificado

p = Prevalencia de caries en los estudiantes

q = 1-p

d = Precisión

Reemplazando

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.1)^2}$$

n = 96.04

Tenemos que:

n = ?

$\alpha$  = 5%

1-  $\alpha$  = 95%

$Z_{1-\alpha}$  = 1.96

P = 0.5

q = 0.5

d = 0.1

Por lo tanto, requerimos como mínimo 97 pacientes para un nivel de confianza del 95% con una precisión de 0.05.

### 2.3. Temporalidad

Se trata de una investigación prospectiva, debido a que se incluirán a los pacientes a partir de la aprobación del presente plan de tesis

## 3. Estrategia de Recolección de Datos

### 3.1. Organización

Planteamiento y permiso a la dirección de la Clínica Odontológica de la UCSM, contando con el proyecto de tesis.

### 3.2. Consideraciones éticas

Respeto a la autonomía de los pacientes mediante la solicitud oral del consentimiento informado; para incluirlos de manera anónima y voluntaria.

### 3.3. Recursos

#### a. Recursos humanos

- El Autor
- El Asesor : Dr. Enrique de los Ríos
- El Asesor Estadístico
- Grupo recolector de datos

#### b. Recursos Físicos

- Fichas de recolección de datos
- PC Pentium x
- Impresora

c. **Recursos Económicos**

- Autofinanciado por la autora.

d. **Recursos institucionales**

- Instalaciones de la Clínica odontológica



#### 4. Criterios para el manejo de los resultados

##### 4.1. A nivel de recolección

###### a. Tipo de procesamiento

Los datos recogidos serán almacenados en una base de datos realizada con el programa Microsoft Access 2010, y el análisis de los datos se realizará con el programa SPSS 20.0.

###### b. Plan de operaciones: Clasificación de datos Recuentos

Serán llevados a cabo en el editor de datos del SPSS

**Codificación.** Ejemplo.

Para el Nivel de instrucción:

Sin instrucción (0)

Primaria (1)

Secundaria (2)

Superior (3)

###### **Análisis descriptivo**

Se obtendrán las medias y desviación Standard de las variables numéricas. Para las variables nominales se evaluará su frecuencia absoluta y relativa.

### **Análisis del índice de adherencia terapéutica**

Se utilizará el índice de adherencia terapéutica para el primer control, segundo control y tercer control.

### **Tabulación**

Se desarrollarán tablas de doble entrada entre variables.

### **Graficación**

Las gráficas corresponderán a la comparación entre las variables.

## **4.2. A nivel de estudio de los datos**

### **a. Metodología de interpretación**

La interpretación se llevará a cabo a partir de la comparación de las medidas en los pacientes según sus propias características, con que cuenta la evaluación las unidades de estudio.

### **b. Modalidades interpretativas**

A través de la inferencia estadística.

### **c. Operaciones para interpretar los cuadros**

Búsqueda de distribuciones para establecer la frecuencia y prevalencia de antecedentes.

### **d. Niveles de interpretación**

Descripción de las unidades de estudio por grupos.

#### 4.3. A nivel de conclusiones

a. **Nivel de profundidad analítica con que serán formuladas**

Descripción e inferencia estadística.

b. **Nivel de logro de objetivos**

Categoría de valor

#### 4.4. A nivel de recomendaciones

##### 4.4.1. Forma: Sugerencias, programas, proyectos

Detección de la realidad clínica y del impacto de la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes con patologías diversas en la clínica odontológica.

##### 4.4.2. Orientación

a. **A nivel de formación profesional**

Medición de las prácticas y comparación con otras poblaciones; así como otras instituciones de salud.

b. **A nivel de ejercicio profesional**

Aplicación de los resultados obtenidos.

c. **A nivel de investigación**

Proponer nuevos estudio que promuevan la evaluación continuada del seguimiento a pacientes.

**d. A nivel de aplicación práctica**

Someter a consideración los resultados luego de la aplicación del instrumento.





TABLA N<sup>o</sup>. 1

**FACTORES QUE PREDISPONEN LA FALTA DE ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO SEGÚN LO SOCIO LABORAL  
EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA**

Socio laborales	Transporte		Necesidad de trabajo		Distancia		Costo del tratamiento	
	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%
Nunca	21	21.6	1	1.0	97	100	0	0.0
Poco frecuente	51	52.6	96	99.0	0	0.0	7	7.2
Frecuente	25	25.8	0	0.0	0	0.0	75	77.3
Muy frecuente	0	0.0	0	0.0	0	0.0	15	15.5
<b>TOTAL</b>	97	100	97	100	97	100	97	100

$X^2=561.33$        $P<0.05$

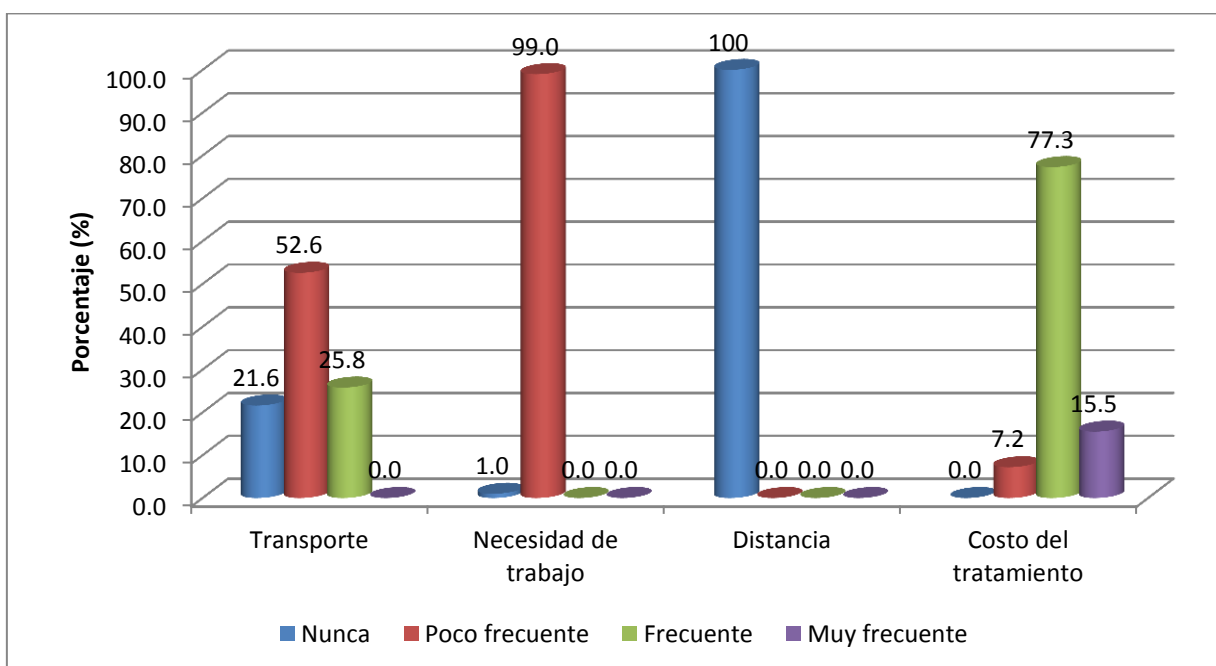
**Fuente: Elaboración propia.**

La tabla N<sup>o</sup>. 1, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=561.33$ ) se aprecia que las dimensiones de la adherencia al tratamiento en lo socio laboral presento diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

Se observa que los factores con menor predisposición para la falta de adherencia son transporte (52.6 %) y necesidad de trabajo (99.0 %) y el factor con mayor predisposición para la falta de adherencia es Costo de Tratamiento (77.3 %).

GRAFICO °. 1

**FACTORES QUE PREDISPONEN LA FALTA DE ADHERNCIA AL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO SEGÚN LO SOCIO LABORAL EN LOS PACIENTES DE LA CLINICA ODONTOLOGICA**



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N<sup>o</sup>. 2

**FACTORES QUE PREDISPONEN LA FALTA DE ADHERENCIA  
AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO SEGÚN LO FAMILIAR EN  
LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA**

Familiares	Conflicto conyugal		Cuidado con los hijos		Personas a su cuidado		Desaliento familiar	
	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%
Nunca	16	16.5	3	3.1	87	89.7	9	9.3
Poco frecuente	81	83.5	94	96.9	10	10.3	88	90.7
<b>TOTAL</b>	97	100	97	100	97	100	97	100

$$X^2=227.83 \quad P<0.05$$

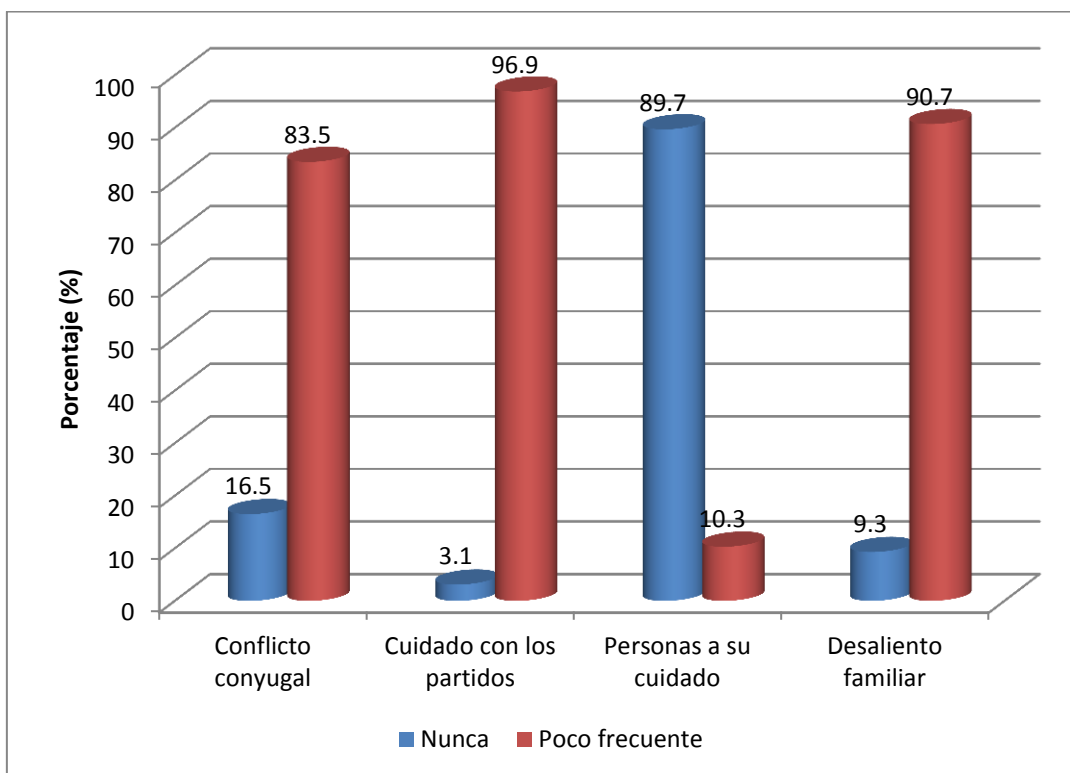
**Fuente: Elaboración propia.**

La tabla N<sup>o</sup>. 2, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=227.83$ ) se aprecia que las dimensiones de la adherencia al tratamiento en lo familiar presento diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

Se observa que los factores con menor predisposición para la falta de adherencia son conflicto conyugal (83.5%), cuidado de los hijos (96.9 %) y por último el desaliento familiar (90.7 %)

GRAFICO Nº. 2

**FACTORES QUE PREDISPONEN LA FALTA DE ADHERENCIA  
AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO SEGÚN LO FAMILIAR EN  
LOS PACIENTES DE LA CLINICA ODONTOLÓGICA**



Fuente: Elaboración propia.

TABLA Nº. 3

**FACTORES QUE PREDISPONEN LA FALTA DE ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE  
TIEMPO EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA**

Disponibilidad de tiempo	Motivo de viaje		Excesivo tiempo de espera		Citas no concretadas		Ocupación	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Nunca	9	9.3	0	0.0	0	0.0	56	57.7
Poco frecuente	83	85.6	3	3.1	95	97.9	41	42.3
Frecuente	5	5.2	76	78.4	2	2.1	0	0.0
Muy frecuente	0	0.0	18	18.6	0	0.0	0	0.0
<b>TOTAL</b>	97	100	97	100	97	100	97	100

$X^2=478.92$

$P<0.05$

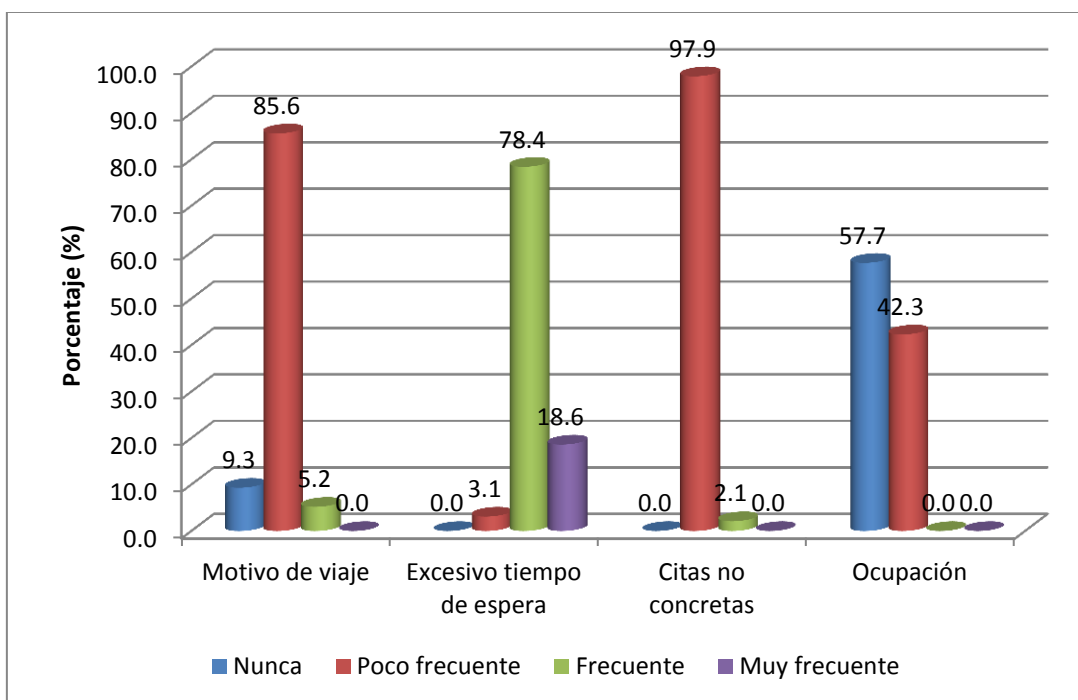
**Fuente: Elaboración propia.**

La tabla Nº. 3, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=478.92$ ) se aprecia que las dimensiones de la adherencia al tratamiento en la disponibilidad de tiempo presento diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

Se observa que los factores con menor predisposición para la falta de adherencia son motivo de viaje (85.6%), citas no concretadas (97.9 %) y el factor con mayor predisposición para la falta de adherencia es el excesivo tiempo de espera (78.4%).

GRAFICO Nº. 3

**FACTORES QUE PREDISPONEN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE TIEMPO EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA**



Fuente: Elaboración propia.

**TABLA N°. 4**

**FACTORES QUE PREDISPONEN LA FALTA DE ADHERENCIA  
AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO SEGÚN EL ASPECTO  
CLÍNICO EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA**

Aspecto Clínico	Procedimiento prolongado		Molestias post tratamiento		Ineficacia del tratamiento		Severidad del tratamiento	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Nunca	0	0.0	22	22.7	9	9.3	14	14.4
Poco frecuente	4	4.1	75	77.3	85	87.6	75	77.3
Frecuente	65	67.0	0	0.0	3	3.1	7	7.2
Muy Frecuente	27	27.8	0	0.0	0	0.0	1	1.0
Siempre	1	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>TOTAL</b>	97	100	97	100	97	100	97	100

$X^2=325.83$        $P<0.05$

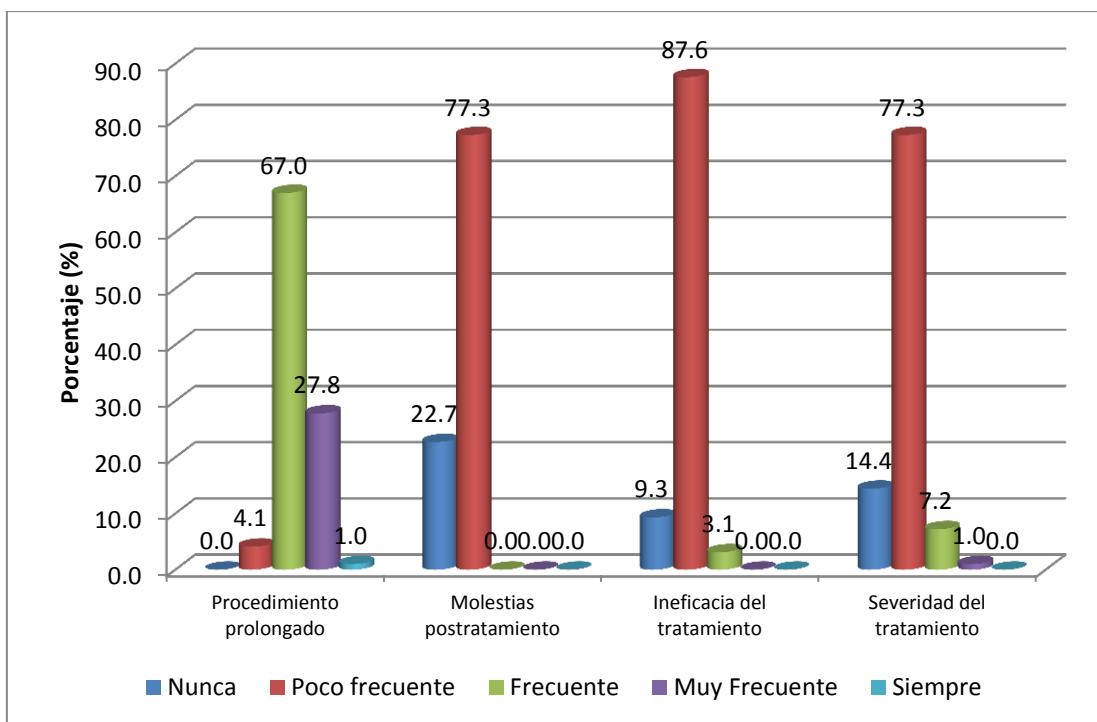
**Fuente: Elaboración propia.**

La tabla N°. 4, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=325.83$ ) se aprecia que las dimensiones de la adherencia al tratamiento en el Aspecto Clínico presento diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

Se observa que los factores con menor predisposición para la falta de adherencia son molestias post- tratamiento (77.3%), ineficacia en el tratamiento (87.6%), y por ultimo severidad del tratamiento (77.3%) y siendo el factor con mayor predisposición para la falta de adherencia al tratamiento es el procedimiento prolongado (67.0%)

GRAFICO Nº. 4

**FACTORES QUE PREDISPONEN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO SEGÚN EL ASPECTO CLÍNICO EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA**



Fuente: Elaboración propia.

**TABLA N° 5**

**FACTORES QUE PREDISPONEN LA FALTA DE ADHERENCIA  
AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO SEGÚN LA ATENCIÓN EN  
LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA**

Atención	Maltrato		Inexperiencia del operador		Infraestructura	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Nunca	79	81.4	17	17.5	11	11.3
Poco frecuente	13	13.4	70	72.2	64	66.0
Frecuente	3	3.1	10	10.3	12	12.4
Muy Frecuente	2	2.1	0	0.0	8	8.2
Siempre	0	0.0	0	0.0	2	2.1
<b>TOTAL</b>	97	100	97	100	97	100.0

$X^2=139.28$        $P<0.05$

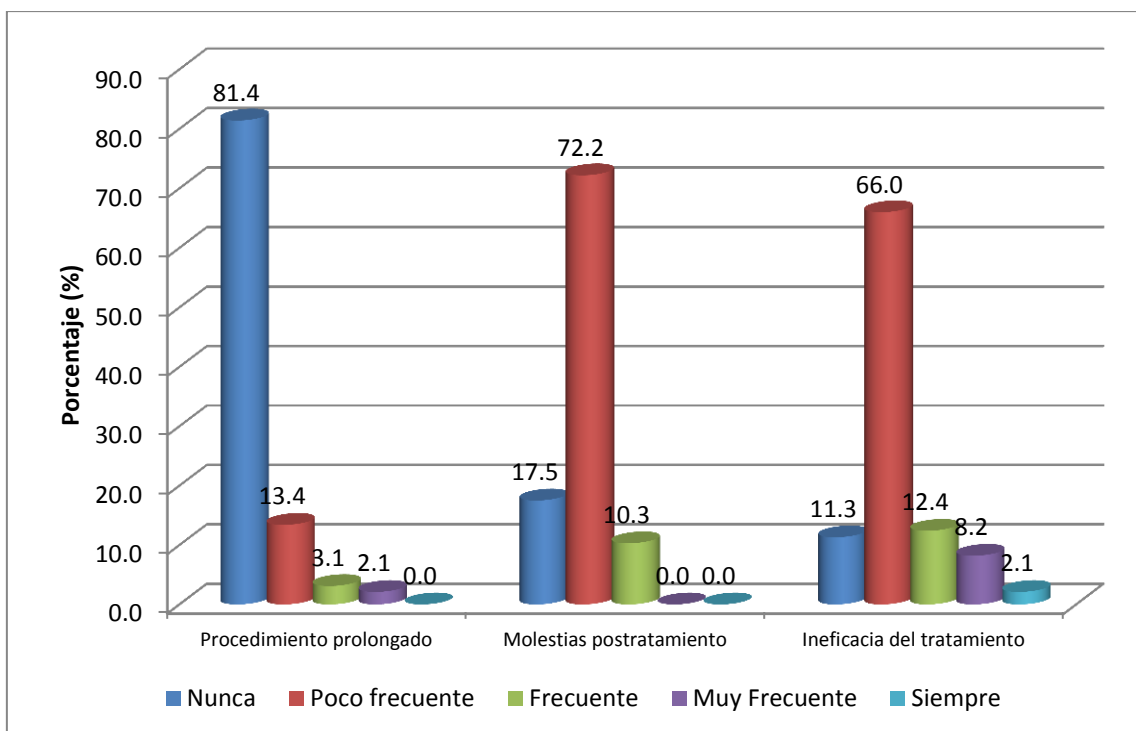
**Fuente: Elaboración propia.**

La tabla N° 5, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=139.28$ ) se aprecia que las dimensiones de la adherencia al tratamiento en lo referente a la Atención presento diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

Se observa que los factores con menor predisposición para la falta de adherencia son experiencia del operador (72.2. %), y por ultimo infraestructura (66.0%).

GRAFICO Nº. 5

**FACTORES QUE PREDISPONEN LA FALTA DE ADHERENCIA  
AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO SEGÚN LA ATENCIÓN EN  
LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA**



Fuente: Elaboración propia.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Los Factores con mayor predisposición para la falta de adherencia al tratamiento que se observaron son el excesivo tiempo de espera (78.4 %), el costo del tratamiento (77.3% %) y el procedimiento prolongado (67 %) y los factores con menor predisposición son transporte (52.6 %) , necesidad de trabajo ( 99 % ) Distancia ( 0 % ), conflicto conyugal ( 83.5 % ) , cuidado de los hijos ( 96.9 % ) , personas a su cuidado (89.7 % ) , desaliento familiar ( 90.7 % ) , , motivo de viaje ( 85.6 % ) , citas no concretadas ( 97.9 % ) , ocupación ( 57.7 % ) , molestias prolongadas (77.3 % ) , ineficacia del tratamiento ( 87.6 % ) , severidad del tratamiento ( 77.3 % ) , maltrato ( 81.4 % ) , inexperiencia del operador ( 72.2 % ) e infraestructura (66.0 % ).

**SEGUNDO:** El factor con mayor predeterminación para la falta de adherencia al tratamiento reportado por los pacientes de la Clínica Odontológica es el procedimiento prolongado (78.4 %) el cual influye de manera negativa, y por lo tanto puede ser un indicativo del abandono del tratamiento.

## RECOMENDACIONES

1. Recomendar a los docentes de la Facultad de Odontología de la UCSM despertar más interés en los alumnos en lo referente a la adherencia terapéutica que aborde simultáneamente tres temas, el conocimiento (información sobre la adherencia terapéutica), el razonamiento (el proceso clínico de toma de decisiones) y la acción (herramientas comportamentales para profesionales de la salud) promoviendo la mejora de la comunicación con el paciente , y conseguir una mejor rehabilitación del mismo.
2. Mejorar la relación odontólogo –paciente, usando un lenguaje claro y sencillo, permitiendo un mejor conocimiento del plan de tratamiento y que tome conciencia de la necesidad e importancia de su rehabilitación.
3. Se recomienda a las autoridades de la Facultad de Odontología de la UCSM, se mejore el servicio de caja y proveeduría de la Clínica Odontológica poniendo en dichos servicios más personal y para así hacer más rápida la atención con el objetivo de mejorar el tiempo de espera del paciente una vez ingresado este en sala para su respectiva atención odontológica
4. Se sugiere a las autoridades de la Facultad de Odontología de la UCSM, incluir dentro de su plan curricular el curso de asistencia dental e implementar dentro del desarrollo de los años clínicos la técnica de 4 manos con el objetivo de ser más efectivo y eficaz el tratamiento odontológico del paciente.

## BLIBLIOGRAFIA

1. AMIGÓ I, FERNÁNDEZ C, Pérez M. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En Amigó I, ed. Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide; 1998: 229-70.
2. Arias Y. La adherencia terapéutica. Rev. Cubana Med Gen Integral. Sep.-oct. 2001; 17(5):502-505.
3. BALDONI M. y col. "Evolución de la enfermedad periodontal en la persona diabética Importancia de control metabólico. Plan de tratamiento" Avances en periodoncia 8: 139-146, 1996
4. BAYÉS R. Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. En: Yubero S, Larrañaga E, eds. SIDA: una visión, multidisciplinar. La Mancha: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2000: 95-103.
5. BUENDÍA, J. (1991). Apoyo social y salud. In J. Buendía (Ed.), *Psicología clínica y salud* (pp. 189---210). Murcia: Universidad de Murcia.
6. CRESPO, M. (1997). Adherence to potent antirretrovira l therapy. *Journal Association of Nurses AIDS Care*. Vol. 5, Pg. 43-54.
7. CORTÉS, M. T., & CANTÓN, E. (1999). *Reflexiones desde un punto de vista psicológico, en torno al problema del incumplimiento de propósitos (recaídas) en el tratamiento. Información Psicológica,70,9-16.*
8. DAILEY G, KIMMS, LIAN JF. Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drug regimens: evaluation of a medicaid patient populationwith type 2 diabetes mellitus. *Clinical Therapeutics*. 2001; 23:1311-1320.
9. DIMATTEO, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care, 42(3)*.
10. FAJARDO B, CRUZ A. Adherencia terapéutica. En: Latorre JM (coord.), *Ciencias psicosociales aplicadas II*. Madrid: Síntesis; 1998: 150-162.
11. FERRER PÉREZ VA. "Adherencia" o "cumplimiento" de prescripciones terapéuticas y de salud: conceptos y factores psicosociales implicados. *Rev. de Psicología de la Salud*. 2000; 7(1): 35-61.

12. GIL, F., GARCÍA, M., LEÓN, J. M., & JARANA, L. (1992). La formación de los profesionales de la salud. In F. Gil (Ed.), *Habilidades sociales y salud* (pp. 90--98). Madrid: Eudema.
13. GODOY, J., SANCHEZ---HUETE, R. L., & MUELA, J. (1994). Evaluación del nivel de comunicación médico-paciente en la consulta ambulatoria. *Psicología De La Salud*, 6(1), 103-122.
14. HERREZUELO CABRERA J. Evaluación e intervención en adherencia a prescripciones médicas y de salud (1). *Análisis y Modificación de Conducta* 1990; 16(48): 193-208.
15. LAURA MARTÍNEZ, Hilda, Características de los Pacientes, los Terapeutas y la Relación que potencian las Fuerzas de Cambio en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* Vol. XI, Abril 2002.
16. LOURO BERNAL I. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2003;29(1):48-51
17. MACIÁ D, MÉNDEZ FX. Programa de intervención conductual para el cumplimiento de las prescripciones médicas. *Revista de Psicología General y Aplicada* 2001; 41(2): 369-377.
18. MACIÁ D, MÉNDEZ FX. Programa de intervención conductual para el cumplimiento de las prescripciones médicas. *Revista de Psicología General y Aplicada* 1986; 41(2): 369-377.
19. MEICHENBAUM D, TURK DC. *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Bilbao: DDB; 1991.
20. OMS. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Ginebra: OMS; 2004.
21. RICHART, M., & CABRERO, J. (1988). *La psicología en los centros de salud comunitaria. Programa de prevención y educación para la salud*. Valencia: Promolibro.
22. RODRÍGUEZ, J. (2001). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
23. RODRÍGUEZ -MARÍN, J. (1990). Motivación y psicología de la salud. In J. Mayor, & F. TORTOSA (EDS.), *Ambitos de aplicación de la psicología motivacional* (pp. 29--65). Bilbao: DDB

24. Silva S, Germán E. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia / Compliance with the treatment. Implications of non-compliance. Acta méd. colomb; 2005; 30(4):268-273
25. Zaldívar D. Adherencia terapéutica y modelos explicativos. Salud para la vida. 2003. (Consulta: 03 de Febrero de 2010). Disponible en: [www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu)



# ANEXOS



# ANEXO I

## FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



**Cuestionario para identificar las causas de la falta de adherencia al tratamiento**

- 1 Nunca
- 2 Poco frecuente
- 3 Frecuente
- 4 Muy frecuente
- 5 Siempre

Dimensiones	1	2	3	4	5
<b>Sociolaborales</b>					
Transporte					
Necesidad de trabajo					
Distancia					
Costo del tratamiento					
<b>Familiares</b>					
Conflicto conyugal					
Cuidado de los hijos					
Personas a su cuidado					
Desaliento familiar					
<b>Disponibilidad de tiempo</b>					
Motivos de viaje					
Excesivo tiempo de espera					
Citas no concretadas					
Ocupación					
<b>Aspecto Clínico</b>					
Procedimiento prolongado					
Molestias postratamiento					
Ineficacia del tratamiento					
Severidad del padecimiento					
<b>Atención</b>					
Mal trato					
Inexperiencia del operador					
Infraestructura					

# ANEXO II

## MATRIZ DE DATOS



ID	transporte	necesidad	distancia	costo del tratamiento	Conflicto conyugal	cuidado de los hijos	personas a su cuidado	desaliento familiar	Motivos de viaje	excesivo tiempo de espera	citas no concretadas	ocupacion	procedimiento prolongado	molestias postratamiento	ineficacia del tratamiento	severidad del tratamiento	maltrato	inexperiencia del operador	infraestructura
1	2	1	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	4	2	2	2	1	3	4
2	3	2	1	4	2	2	1	2	2	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2
3	2	2	1	3	1	2	1	1	2	3	2	2	3	2	2	2	1	2	1
4	2	2	1	3	2	2	1	2	1	3	2	1	3	1	2	2	1	2	2
5	3	2	1	2	1	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	4	1	2	2
6	1	2	1	3	2	2	1	2	3	3	2	1	4	2	2	2	1	2	2
7	3	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	3	1	2	1	1	1	4
8	2	2	1	3	1	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	2	2
9	2	2	1	3	2	2	1	2	1	4	2	1	3	2	1	2	1	2	2
10	1	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	4	1	2	1	1	2	2
11	2	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	3	2	1	2	1	2	3
12	2	2	1	3	2	2	1	2	2	4	3	1	3	2	2	3	4	3	2
13	3	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2
14	1	2	1	3	1	2	1	2	2	3	2	2	4	2	2	2	2	2	2
15	3	2	1	3	2	2	1	2	1	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2
16	2	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	1	3	2	2
17	3	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	3	2
18	1	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	1	4	2	2	2	1	2	2
19	2	2	1	3	2	2	1	2	3	4	2	1	3	1	2	2	1	2	1
20	3	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	3	1	3	2
21	2	2	1	3	2	2	2	2	2	3	2	1	3	2	2	2	1	2	2
22	2	2	1	4	2	4	1	2	2	4	2	2	4	2	2	2	4	2	4
23	3	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	1	2	2	1	2	2
24	2	2	1	3	2	2	1	2	1	4	2	2	3	2	2	2	1	3	2
25	1	2	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	4	2	2	2	1	2	3
26	2	2	1	3	2	2	1	2	2	4	3	1	3	2	2	1	1	2	2
27	2	2	1	3	2	2	2	2	3	4	2	2	3	1	2	2	1	1	2
28	2	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	4	2	2	2	1	2	2
29	3	2	1	3	2	2	1	2	2	4	2	2	3	2	2	3	1	2	1
30	1	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	4	1	2	1	1	2	2
31	2	2	1	4	2	2	2	2	1	3	2	1	2	2	2	2	1	3	2
32	2	2	1	3	2	1	1	1	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	5
33	1	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	4	2	2	2	1	1	2
34	2	2	1	4	2	2	1	2	2	3	2	1	3	1	2	2	1	2	2
35	1	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	3
36	2	2	1	3	2	2	1	2	2	4	2	1	3	2	2	2	1	2	2
37	2	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	4	2	2	2	3	2	2
38	2	2	1	3	1	2	2	2	3	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1
39	1	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2
40	3	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	3	1	2	2
41	2	2	1	4	2	2	2	2	2	4	2	2	3	1	2	2	1	2	2
42	2	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	3	2	2	2	1	2	3
43	2	2	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	4	2	2	2	2	2	2
44	1	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	1	1
45	2	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	1	2	2	1	2	2
46	2	2	1	3	2	2	1	2	2	4	2	2	3	2	2	2	1	2	4
47	2	2	1	3	2	2	1	2	2	2	2	1	5	2	2	2	1	2	2
48	3	2	1	4	2	2	1	1	2	3	2	2	3	2	2	2	1	1	1
49	2	2	1	3	1	2	1	2	2	3	2	2	3	1	2	2	1	1	2
50	3	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	4	2	2	1	1	2	2
51	1	2	1	4	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	1	3	1	2	2
52	2	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	3	1	2	2	1	2	3
53	3	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	3	2	3	2	1	2	2
54	2	2	1	3	1	2	1	2	3	2	2	2	3	2	2	2	1	1	2
55	2	2	1	3	2	2	1	1	2	3	2	1	4	2	2	2	2	2	2
56	3	2	1	4	2	2	1	2	2	4	2	1	3	2	2	1	1	2	3
57	1	2	1	2	2	2	1	2	2	3	2	1	3	1	1	2	1	2	2
58	2	2	1	3	2	2	1	2	3	2	2	1	3	2	2	2	1	2	1
59	2	2	1	3	2	2	1	2	1	3	2	2	4	2	2	2	1	2	2
60	3	2	1	3	2	2	1	2	2	4	2	1	3	2	2	3	1	1	2
61	1	2	1	4	2	2	1	2	2	3	2	1	4	1	2	2	1	2	3
62	3	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	3	2
63	1	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	3	2	2	2	1	2	1
64	2	2	1	3	1	2	1	2	2	3	2	2	4	2	2	3	1	2	2
65	2	2	1	3	2	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	1	1	2	3
66	3	2	1	3	2	1	1	2	2	3	2	1	3	2	2	2	1	2	2
67	2	2	1	3	2	2	1	2	3	3	2	1	4	2	3	2	1	3	2
68	1	2	1	3	2	2	1	2	2	4	2	2	3	1	2	2	1	2	4
69	3	2	1	2	2	2	1	2	2	3	2	1	3	2	2	2	1	2	3
70	2	2	1	4	1	2	1	2	4	2	2	1	4	2	2	1	1	2	3
71	2	2	1	3	1	2	1	2	2	3	2	2	3	1	2	2	1	1	1
72	3	2	1	4	2	2	1	1	4	3	2	1	3	2	2	2	1	2	4
73	2	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	4	2	2	2	2	2	2
74	1	2	1	3	2	2	1	2	3	2	2	2	3	2	1	2	1	2	2
75	2	2	1	2	2	2	1	2	2	3	2	1	3	1	2	2	1	2	3
76	2	2	1	4	2	2	1	2	2	3	2	1	3	2	2	2	1	1	2
77	2	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	4	1	2	2	2	2	2
78	3	2	1	3	1	2	1	1	2	4	2	2	3	2	1	1	1	2	2
79	2	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	3	2	1	2	1	2	1
80	2	2	1	2	2	2	1	2	2	3	2	1	4	2	2	2	1	2	4
81	1	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	3	2	2	1	1	1	2
82	3	2	1	3	2	2	1	2	1	3	2	1	3	2	2	2	1	2	3
83	1	2	1	3	2	2	1	1	2	3	2	2	4	2	2	2	1	2	2
84	1	2	1	3	2	2	1	2	3	2	2	1	3	2	3	2	1	2	1
85	3	2	1	2	2	2	1	2	2	3	2	1	3	2	2	2	1	2	2
86	2	2	1	4	1	2	1	2	4	3	2	1	3	2	2	1	1	1	2
87	2	2	1	3	1	2	1	2	3	4	2	1	4	2	2	2	1	2	2
88	3	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	3	2	1	2	1	2	4
89	2	2	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2
90	1	2	1	3	2	2	1	2	1	3	2	1	4	1	2	2	1	2	2
91	2	2	1	3	2	2	1	1	2	3	2	1	3	2	2	2	2	3	2
92	3	2	1	3	2	1	1	2	2	3	2	1	3	2	2	2	2	1	5
93	2	2	1	3	1	2	2	2	2	4	2	1	4	2	2	1	1	1	2
94	3	2	1	2	1	2	1	2	2	3	2	1	3	2	1	2	2	2	2
95	1	2	1	4	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	1	3
96	2	2	1	4	2	2	1	2	1	3	2	1	3	2	2	2	2	1	2
97	2	2	1	3	1	2													