



Universidad de  
Valparaíso  
CHILE

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES QUE  
PADECEN DE TRASTORNOS TÉMPOROMANDIBULARES  
ATENDIDOS EN LA CENTRAL ODONTOLÓGICA 1ERA ZONA  
NAVAL, SU RELACIÓN CON EL MODELO DE WALLSTON Y  
ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS**

Trabajo de Investigación  
Requisito para optar al  
Título de Cirujano Dentista

Alumnos: Martina Jácome H.  
Gianfranco Marcotti A.

Docente Guía: Dr. Rodrigo Padilla L de G.  
Cátedra de Oclusión y Fisiología Oral

Valparaíso-Chile  
2013

## **DEDICATORIA**

**A mis padres, Marta Beatriz y Enrique por ser la guía que siempre ha iluminado mi camino, por enseñarme que la responsabilidad y el sentido del deber son valores y no obligaciones. En los momentos más complejos y difíciles siempre pensé en Ud.  
Les debo todos mis logros y todo lo que soy.**

**A mis hermanos, Liliana y Rodrigo por mostrarme la vida en sus diferentes facetas recordándome que la felicidad siempre está al alcance y que todo es más simple cuando se sabe mirar las situaciones con fortaleza e integridad.**

**A mi abuelita, donde sea que estés, sé que siempre has estado conmigo.**

**A mi colega y amigo Gianfranco, por anteponer la amistad por sobre el trabajo, lo logramos finalmente.**

**Martina Jácome Hidalgo**

**A mi madre, Rosa Alarcón Flores artífice, apoyo ejemplo y auspiciadora, por hacerme sentir siempre que el esfuerzo tiene sus logros, las caídas nos hacen levantarnos y correr mas fuerte y que nada esta perdido hasta que se termina.**

**A los que ya no están conmigo que seguro estarán felices con este nuevo logro.**

**A mis amigos/colegas doy gracias por haberlos encontrado y por haber recorrido parte de este camino con Uds., especialmente a mi amiga y co-autora Martina Jácome por sus consejos, opiniones y trabajo.**

**Gianfranco Marcotti Alarcón**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A la Armada de Chile por permitirnos efectuar nuestra tesis en sus instalaciones, en especial al Dr. Carlos Torres por sus gestiones.**

**A la Dra. Claudia Corro por amablemente facilitarnos su ayuda cuando lo requerimos.**

<b>Índice</b>	
I.- INTRODUCCIÓN .....	6
II.-MARCO TEÓRICO .....	8
2.1 Trastornos Témporomandibulares .....	8
<b>2.1.1 Definición</b> .....	<b>8</b>
<b>2.1.2 Etiología</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1.3 Factores asociados a los TTM</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1.4 Tratamiento TTM</b> .....	<b>10</b>
2.2 Adherencia al tratamiento .....	12
<b>2.2.1 Definición</b> .....	<b>12</b>
<b>2.2.2 Factores relacionados con Adherencia al Tratamiento</b> .....	<b>12</b>
<b>2.2.3 Importancia de la Adherencia al Tratamiento en TTM</b> .....	<b>18</b>
<b>2.2.4 Medición de Adherencia al Tratamiento</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2.5 Métodos de medición de adherencia al tratamiento</b> .....	<b>20</b>
<b>2.2.6 Modelo de Wallston <i>Multidimensional Health Locus of Control Scale</i></b> <b>(MHLCS)</b> .....	<b>20</b>
<b>2.2.7 Locus de control (LC)</b> .....	<b>20</b>
<b>2.2.8 Factores relacionados</b> .....	<b>21</b>
<b>2.2.9 Escala de Dolor</b> .....	<b>22</b>
<b>2.2.10 Escala de impotencia funcional</b> .....	<b>24</b>
<b>2.2.11 Asistencia a Citas Programadas como medida de Adherencia a</b> <b>Tratamiento</b> .....	<b>24</b>
III.- JUSTIFICACIÓN .....	25
<b>3.1 Definición del problema</b> .....	<b>25</b>
<b>3.2 Justificación del problema.</b> .....	<b>25</b>
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
<b>4.1 Pregunta de Investigación</b> .....	<b>26</b>
<b>4.2 Objetivos</b> .....	<b>26</b>
<b>4.2.1 Objetivo General:</b> .....	<b>26</b>
<b>4.2.2 Objetivos Específicos:</b> .....	<b>26</b>
V.- MATERIALES Y METODOS.....	26
<b>5.1 Tipo de diseño</b> .....	<b>26</b>

<b>5.2 Universo</b> .....	27
<b>5.3 Muestra</b> .....	27
<b>5.3.1 Determinación de la muestra</b> .....	27
<b>5.4 Criterios de Inclusión</b> .....	28
<b>5.5 Criterios de exclusión</b> .....	28
<b>5.6 Definición de las variables</b> .....	28
<b>5.6.1 Locus de control en salud:</b> .....	28
<b>5.6.2 Asistencia a Citas Programadas:</b> .....	29
<b>5.6.3 Trastornos Téporomandibulares (TTM):</b> .....	29
<b>5.6.4 Escala Numérica de Dolor</b> .....	30
<b>5.6.5 Escala numérica de Impotencia Funcional</b> .....	30
<b>5.6.6 Pago por prestación de Salud.</b> .....	30
<b>5.6.7 Conformidad con la atención</b> .....	31
<b>5.7 Métodos e Instrumentos Utilizados:</b> .....	31
<b>5.7.1 Escala de Medición Locus de Control</b> .....	31
<b>5.7.2 Asistencia a citas programadas</b> .....	31
<b>5.7.3 Factores Relacionados</b> .....	31
<b>VI. RESULTADOS</b> .....	31
<b>6.1 Validación estadística del instrumento</b> .....	31
<b>6.2. Análisis resultados de la muestra</b> .....	35
<b>6.3 Correlaciones</b> .....	46
<b>VII.-DISCUSIÓN</b> .....	50
<b>VIII.-CONCLUSION</b> .....	56
<b>X.- RESUMEN</b> .....	59
<b>XI .- BIBLIOGRAFÍA</b> .....	60
<b>ANEXOS</b> .....	64

## I.- INTRODUCCIÓN

Trastornos temporomandibulares es un término usado para definir los desórdenes funcionales y estructurales asociados con las articulaciones temporomandibulares, músculos de la masticación o ambos (Okeson 2012) Estudios epidemiológicos han demostrado que sobre el 50% de la población general puede experimentar signos o síntomas, aunque sólo el 3-7% de esta población busca tratamiento (Meeder, 2007)

Hallazgos de investigaciones epidemiológicas y experimentales indican que los TTM son una condición de dolor crónico que comparte muchas características de otras condiciones comunes de dolor crónico, como el dolor de cabeza y de espalda. Como estas condiciones están asociadas a factores psicológicos, conductuales y sociales además de la patología física, estos últimos deben ser considerados si se quiere hacer un análisis detallado de la etiología y curso de la enfermedad (Yap, 2004)

Desde 1950 se ha acumulado evidencia de que los factores psicológicos son de importancia en ciertos subgrupos de pacientes con TTM (Sipila y Cols, 2006)

Existen diferentes métodos de examen de los TTM, en la actualidad el más usado a nivel mundial es el RDC/ TMD (Research Diagnostic Criteria/ Temporomandibular Disorders) de Dworkin. Este método es útil en la recolección de signos y síntomas que involucran al Eje I (Componente fisiopatológico) y el Eje II (componente biopsicosocial). Es aceptado en el campo de la medicina del dolor, que ciertos factores principalmente psicológicos o psicosociales, podrían ser importantes en determinar la tolerancia del paciente a los síntomas, la necesidad de tratamiento y su adhesión a éste.

A su vez los TTM se consideran una *patología crónica*, ya que son permanentes, dejan incapacidad residual, son causadas por una alteración patológica temporomandibular irreversible, requieren un entrenamiento especial del paciente para su rehabilitación o podría esperarse que requiera un período largo de supervisión, observación o cuidado (Sabaté, 2003)

Los TTM, como trastornos músculoesqueléticos son de etiología multifactorial, y corresponden a un grupo de patologías, en la que sus síntomas se originan al ser superada la capacidad de tolerancia fisiológica del sistema estomatognático ante una alteración de éste (Bumann & Lotzmann, 2000). Cuando se *sobrepasa* este nivel crítico, la transformación a nivel tisular da lugar a una falla en la función del sistema, que solo puede ser superada por una remodelación guiada de las estructuras en busca de una adaptación funcional del sistema a las nuevas condiciones, la cual lleva condicionado un plan de tratamiento que involucra distintos tipos de terapias (físicas y farmacológicas) en un período de tiempo extenso de supervisión y control, que va a permitir la reevaluación y retroalimentación necesaria para un adecuado ajuste de las indicaciones del caso

(Okeson, 2012)

Siendo múltiples las acepciones que existen para definición de adherencia, Haynes (1976) considera la *adherencia a la terapia*, como la medida en que la conducta de una persona-en términos del consumo de fármacos y cambios en el estilo de vida- coincide con los consejos del médico o del personal sanitario. A su vez Wallston (1992) considera que los usuarios independiente de los factores que mantienen su salud están más interesados en saber y en contribuir al por qué se mantienen sanos y más aún al por qué enferman estimando gran relevancia a los tratamientos a los que adhieren.

De acuerdo a la OMS es perentorio distinguir el término compliance de adhesión, ya que el primero sugiere una actitud de pasividad, en un paciente que sigue fielmente las indicaciones del personal de salud, mientras que adhesión implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud e incorpora las creencias y actitudes del paciente como factores relevantes a ser tomados en cuenta.

Wallston (1992) considerando la proposición de Rotter (1954) plantea que potencialmente una persona adherirá a un tratamiento basándose en la creencia de que un cambio de conducta puede llevar a un fin favorable beneficiándose como resultado de lo anterior.

Según la OMS la adherencia comprende varios aspectos tales como la planificación y mantenimiento de un tratamiento, la concurrencia a las citas de control, el uso correcto de la medicación prescrita, la concreción de los cambios de estilos de vida requeridos y la evitación de conductas contraindicadas.

No obstante, existen muchas formas de medir la adherencia al tratamiento, Wallston (1976) a través de Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) plantea un modelo que será predictivo con respecto a la adherencia midiendo Locus de control. Levenson, H. 1979; Rotter, J. B. 1986; Chaplin W. F., Davidson, K., Sparrow, V., Stuhr, J., van Roosmalen, E., & Wallston, K. A. 2001 Christensen, A. J., Turner, C. W., Smith, T. W., Holman, J. M. & Gregory. M. C. 1991). Sin embargo muchas investigaciones emplea otros métodos la mayoría de las cuales considera el factor "asistencia a citas" en forma aislada (Hershberger et al., 1999; McEvoy et al., 2003; Cashman et al., 2004; Karter et al., 2004; Turner & Dworkin, 2004; Schectman et al., 2008), o acompañada de otros rasgos (Leickly et al., 1998; Farley et al., 2003; Coly A 2004; Wagner et al., 2004; Garcia Popa-Lisseanu et al., 2005; Rhee et al., 2005; Lawrence et al., 2008; Dietz et al., 2010; Stilley et al., 2010) propios del tratamiento a considerar .

Dadas las características de este estudio, en un centro asistencial público, y en TTM, que implica una patología con múltiples recursos de tratamiento, se usará el Modelo de Wallston (MHLC) en cuanto a establecer el Locus de control que

influiría según Wallston en la adherencia al tratamiento así como la Asistencia a Citaciones para toda la muestra.

De este modo, se intenta asociar factores psicosociales, que se han correlacionado anteriormente a TTM con las asistencia a citas para evaluar su correlación con características del paciente (Oliveira et al.,2008)

## **II.-MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Trastornos Témporomandibulares**

#### **2.1.1 Definición**

Los Trastornos Temporomandibulares (TTM) son definidos por la Academia Americana de Dolor Orofacial como un grupo de variados problemas clínicos que involucran la musculatura masticatoria, las articulaciones témporomandibulares, y las estructuras asociadas. Su etiología, vista desde un modelo biomédico, es multifactorial



estimando causas locales y generales, siendo considerado un *desorden psicofisiológico* debido al aparente rol de la interface psicológica-física, ya que factores psicosociales como estrés, ansiedad y depresión influyen sobre la presentación, síntomas y severidad de la patología (Epker & Gatchel, 2000) A su vez es posible considerarlos como una *patología crónica*, extrapolando a los TTM la definición de Sabaté (2003), quien define *cronicidad* en cuanto a poseer como patología alguna de las siguientes características: “son permanentes, dejan incapacidad residual, son causadas por una alteración patológica irreversible, requieren un entrenamiento especial del paciente para su rehabilitación o podría esperarse que requiera un período largo de supervisión, observación o cuidado”.

### **2.1.2 Etiología**

La etiología de los TTM es multifactorial. Clásicamente se han descrito causas locales (ej. maloclusión, tratamiento ortodóncico, desarmonías oclusales) o generales (ej. enfermedades reumatológicas, estrés emocional, etc). En la actualidad, el conocimiento de la etiopatogenia de los TTM ha ido evolucionando desde un modelo dental y mecanicista hasta un modelo más biológico y médico. Los factores psicológicos ej. Ansiedad y depresión, pueden jugar un significativo papel en la etiología y mantenimiento de los TTM. En este sentido los factores biopsicosociales han sido relacionados con la aparición de los síntomas de TTM, como origen de tensión muscular masticatoria y dolor orofacial crónico. Puede sugerirse que los TTM constituyen una manifestación psicológica del estrés, ya que los pacientes que sufren de TTM presentan con más frecuencia y severidad síntomas psicológicos, somáticos y conductuales relacionados con el estrés (Velasco et al., 2005).

Dentro de los trastornos témporomandibulares, cuadros como trastornos de los músculos de la masticación, trastornos de la articulación témporomandibular, hipomovilidad mandibular crónica y trastornos del crecimiento, los que no solo tienen un origen somático, sino que además incluyen aspectos psicosociales, que generalmente son gravitantes en su génesis y desarrollo (Okeson, 2012) Idealmente es necesario identificar y registrar en el instrumento de evaluación aquellos factores de riesgo que pudiendo jugar un rol predisponente (aquellos que aumentan el riesgo de desarrollar un TTM) , desencadenante (aquellos que lo gatillan) o perpetuante (aquellos que impiden la recuperación y favorecen su avance) ya que dependiendo del paciente, un mismo factor puede tener uno o todos los efectos, y se ha comprobado que el éxito del tratamiento depende de la identificación correcta de cada de cada uno de los factores en juego y su rol específico en cada caso.

### **2.1.3 Factores asociados a los TTM**

La revisión de la literatura y la práctica revela la existencia de 8 factores esenciales asociados a los TTM, repitiéndose sostenidamente entre todos los pacientes y manifestándose en mayor o menor medida. Estos factores a su vez

pueden corresponder a condiciones generales orgánicas o a factores fisiopatológicos propiamente tales:

- A.-Edad
- B.-Género
- C.- Factor psicosocial
- D.-Hábitos parafuncionales
- E.- Condiciones oclusales
- F.- Posturas
- G.-Alteraciones del sueño
- H.- Laxitud Ligamentaria

### **A) EDAD.**

Diversos estudios señalan que la prevalencia de signos y síntomas varía de acuerdo a la edad de los pacientes.

En el caso de los adolescentes Wahlund (2003) señala la gran importancia del uso de terapia psicosomática como apoyo para la disminución de la sintomatología en presencia de TTM, teniendo en cuenta que este grupo de personas está constantemente sometido a alteraciones emocionales importantes.

Los TTM son bastante frecuentes y su cronicidad tiende a aumentar con la edad, partiendo por prevalencias muy bajas en la niñez, aumentando en la adolescencia para alcanzar su mayor pick en los adultos entre 30 y 45 años, los estudios concluyen que existe una disminución y cambio de alteraciones luego de los 50 años de edad (GouletJP, 1995).

### **B) GÉNERO**

La mayoría de los estudios reportan que la frecuencia de TTM es mayor en mujeres, sin embargo esto no es específico para TTM, ya que en general las mujeres sufren con mayor frecuencia de dolor crónico y relatan dolor con mayor intensidad y duración que los hombres (Unruh, 1996). Laresche (2006) concluye que la asociación entre género y dolor es muy compleja y que sólo recientemente se han podido aclarar los mecanismos de muchas enfermedades que pueden diferir en cuando a la edad y el sexo, planteándose que los estados anatómicos, fisiológicos y hormonales de hombres y mujeres difieren sustancialmente.

En general, la prevalencia de TTM tanto de origen muscular como articular en mujeres es casi dos veces superior a la de los hombres (LeResche, 1997)

Para explicar esta importante asociación entre TTM y sexo femenino, se ha propuesto que existiría una asociación entre factores hormonales y diferencia en cuando a la modulación del dolor.

### **C) ASPECTO PSICOSOCIAL**

Investigadores, usando herramientas de evaluación psicológica y conductual han reportado hallazgos de depresión, ansiedad y dolor crónico en un gran porcentaje de pacientes con TTM (Rugh y cols, 1993)

La ansiedad por ejemplo, ha sido propuesta como un factor etiológico a través

de hábitos orales y tensión muscular aumentada. La ansiedad puede ser también un resultado de dolor, facilitando umbrales dolorosos más bajos y pacientes menos tolerantes al dolor (Melzack, 1986)

Por su parte la depresión también provoca disminución de umbrales y menos tolerancia al dolor, ha sido reportada comúnmente, en un estudio de 368 pacientes Gerschman y cols. En 1987, encontraron que en 18% de los pacientes tenían depresión severa.

Si bien se ha reconocido que la ansiedad y la depresión pueden actuar como factores etiológicos en algunos casos (Harness, Romme., 1989) en otros casos éstos pueden ser el resultado de un desorden temporomandibular (Gamsa, 1990). Finalmente en otros casos, ansiedad y/o depresión pueden existir independiente del trastorno y no estar relacionados. En todos los casos anteriores, cuando las condiciones sean clínicamente significantes, requieren ser adecuadamente reconocidas y manejadas.

Además de esta comorbilidad entre ansiedad y depresión con TTM, se ha descubierto que el inicio y la exacerbación de sus síntomas están relacionados con la ocurrencia de estresantes (Korszun y cols, 2002) Así, los TTM son considerados como uno de los desórdenes relacionados con el estrés que incluyen la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica (Korszun y cols, 1998)

Han sido postulados mecanismos centrales y periféricos a través de los cuales los factores psicológicos podrían operar para aumentar la probabilidad de un TTM, se ha demostrado que el estrés aumenta la tensión muscular del masétero en los pacientes con dolor miofascial (Flor y cols, 1991). El mismo rol ha sido asignado a la somatización como factor de riesgo significativo para el inicio de dolor miofascial (Rammelsberg, 2003) Es aceptado en el campo de la medicina del dolor, que ciertos factores, principalmente psicológicos o psicosociales, podrían ser importantes en determinar la tolerancia del paciente a los síntomas, la necesidad de tratamiento, el riesgo a desarrollar desórdenes crónicos y la resolución de los síntomas.

#### **D) HÁBITOS PARAFUNCIONALES**

Los hábitos parafuncionales han sido sugeridos como factores etiológicos importantes de los desórdenes temporomandibulares (Watanabe y cols, 2003) y aunque existen dudas sobre la existencia de una relación causa-efecto, es siempre necesario, además del examen clínico detallado, recolectar información del paciente como el reporte de parafunciones orales. La parafunción consiste en una activación normal fisiológica de los músculos esqueléticos voluntarios que ocasiona comportamientos que no tienen propósito específico y que son potencialmente lesivos. Cuando aparecen de forma ocasional estos comportamientos no se consideran anormales, pero la repetición crónica de los mismos provocan alteraciones y llevan al diagnóstico de parafunción.

El nexo biológico , demuestra que en una simulación de la parafunción con intensidad de baja a fuerte, pero por un largo tiempo (> 15 minutos) provoca dolor muscular junto a otros síntomas como fatiga muscular, odontalgia, dolor en la región de la ATM, cefaleas y ruidos articulares (Watanabe y cols, 2003)

Son comportamientos parafuncionales el bruxismo, diurno o nocturno, la onicofagia, la bricomanía, el morder labios o mejillas, el posicionamiento

mandibular anormal, entre otros.

Estudios epidemiológicos han documentado que la prevalencia de la parafunción en la población adulta varía entre el 5%-20%, mientras que la prevalencia de parafunción en los niños se sitúa alrededor del 20%, alcanza el máximo entre los 20 y 50 años para luego disminuir con la edad (Van der Meulen y cols, 2006)

## **E) FACTORES DENTOCLSALES**

En la investigación odontológica se han indicado muchas características oclusales como factores etiológicos de TTM, se han estudiado el over jet y over bite (Hirsch y cols, 2005), la mordida abierta bilateral (Gesch y cols, 2004) interferencias en protrusión (Sipila y cols, 2002) deslizamiento entre RCP y PIC, desviación en protrusión, asimetría en oclusión cuspídea (Raustia y cols, 1995), falta de soporte oclusal posterior y mordida abierta anterior (Bales y cols, 1994) y otras como mordida cruzada unilateral y falta de más de 6 piezas en sectores posteriores (Pullinger y cols, 1993)

Así, muchos autores trataron de establecer, mediante estudios epidemiológicos, una correlación entre factores oclusales y TMM usando correlaciones lineales múltiples, las asociaciones fueron encontradas.

Se ha destacado que la mayor variación en cada enfermedad no se explica por parámetros oclusales, por consiguiente la oclusión no puede ser considerada el factor único o dominante en definir poblaciones con TTM y que ciertas condiciones como mordida abierta en osteoartrosis es considerado más una consecuencia que una causa del desorden.

Los mismos autores asocian ciertas características oclusales a alguna patología particular, por ejemplo, pacientes con desplazamiento discal estuvieron principalmente caracterizados por mordida cruzada posterior unilateral y mayores deslizamientos entre RCP y PIC. Por su parte pacientes con osteoartrosis estuvieron más caracterizados por deslizamientos mayores entre RCP y PIC y por over jet mayores.

Destacando que los factores oclusales pueden ser cofactores en la identificación de pacientes con TT, pero su rol no ha de sobreestimarse pudiendo otorgársele un rol más bien secundario a la etiología.

## **F) POSTURA**

Varios autores han sugerido que la postura adelantada de la cabeza está estrechamente relacionada con ciertos síntomas de TTM (Nicolakis y cols, 2000; Watson y cols, 1993; Huggare y cols, 1992; Braun y cols, 1991 Rocabado, 1983) Algunos estudios han reportado que la posición de la cabeza afecta a la posición de reposo mandibular (González y Manns, 1996; Goldstein y cols, 1984; Yamabe y cols, 1999), aumenta la actividad muscular (Funakoshi y cols, 1976) y altera la disposición de las estructuras internas de la ATM (Visscher y cols, 2000)

Olivo y cols. (2006) en una revisión sistemática tras un estudio exhaustivo de las publicaciones al respecto hasta esa fecha concluye que la mayoría de las investigaciones son pobres en calidad metodológica, por lo que sus hallazgos y conclusiones deben ser interpretadas con precaución y que bajo estas circunstancias no está aún claro la asociación entre la postura de la cabeza y

cuello y desórdenes musculares y articulares, sugiriendo que futuras investigaciones deben contemplar diagnósticos más claros de TTM, mayores tamaños de las muestras y evaluaciones más objetivas de la postura.

### **G) ALTERACIONES DEL SUEÑO**

Personas que experimenten largos períodos de privación de sueño poseen mayor riesgo de sufrir desórdenes mentales, cardiovasculares y reportes de dolor. Los disturbios de sueño son potentes desreguladores de los procesos homeostáticos del cuerpo.

Autores manifiestan que el dolor y el sueño de baja calidad están asociados en los pacientes con ciertas condiciones patológicas como dolor miofascial (en un 50%) fibromialgia (en un 90%) artritis reumatoide y dolor lumbar crónico. Estudios demuestran que la pérdida de 4 horas de sueño REM produce estados hiperalgésicos al día siguiente (Roehrs T. 2006) Otro estudio muestra que la insuficiencia crónica del sueño puede contribuir al inicio y amplificación del dolor, además de afectar el bienestar emocional (Haack y cols, 2005) También se ha demostrado que pacientes con TTM especialmente aquéllos con dolor crónico manifiestan con frecuencia disturbios del sueño (Carlson CR, 1998; Harness, 1990). Un estudio reciente que empleó el PSQI (Pittsburg Sleep Quality Inventory) reportó que un grupo de pacientes con TTM presentó significativamente baja calidad de sueño comparado a controles sanos (De Leew y cols, 2005). Sin embargo no existe evidencia real de la relación entre disturbios de sueño y hallazgos clínicos en cada paciente.

### **H) LAXITUD LIGAMENTARIA**

Se ha encontrado que la laxitud ligamentaria sistémica es significativamente más prevalente en pacientes con desplazamientos discales de la ATM que en otros pacientes con otros tipos de TTM o en sujetos asintomáticos sanos (Westling y cols, 1992). El metabolismo alterado del colágeno podría jugar un rol importante en la laxitud articular y se ha observado una composición distinta del colágeno en ATMs con desplazamiento discal doloroso comparada a articulaciones asintomáticas (Pereira, 1996). Dijkstra y cols (1993 y 1994) no encontró una asociación significativa entre movilidad de las ATM y movilidad de las articulaciones periféricas. Otro estudio similar realizado por Conti y cols (2000) no halló asociación entre hiper movilidad articular sistémica y desórdenes internos de la ATM, así como tampoco encontró una relación significativa entre hiper movilidad sistémica e hiper movilidad de la ATM.

#### **2.1.4 Tratamiento TTM**

Dentro de los tratamientos para TTM encontramos descritas terapias de carácter definitivo y sintomáticas (Okeson, 2012). El autor describe tratamientos definitivos para los factores oclusales, en relación al estrés emocional, traumatismos, estímulos dolorosos profundos y actividad parafuncional. Los tratamientos de apoyo mencionados son farmacológicos y físicos.

Los tratamientos definitivos para los factores oclusales incluyen terapias reversibles, como uso de planos, e irreversibles, a través de ajustes oclusales, técnicas restauradoras, ortodoncia e intervenciones quirúrgicas.

En los tratamientos para controlar el estrés emocional se encuentra el hacer consciente al paciente de la patología que afecta su sistema estomatognático y el empleo de técnicas de relajación.

Dentro de tratamientos para traumatismos, es fundamental destacar la presencia de macrotraumatismos, donde se aplican medidas preventivas, y microtraumatismos, en los que se busca disminuir las actividades parafuncionales.

También se aplican tratamientos para estímulos dolorosos profundos, depende de la capacidad del clínico para detectar una fuente distinta a los TTM como origen de estímulos dolorosos, para lo cual es fundamental efectuar una concienzuda anamnesis y examen clínico.

El tratamiento de la actividad parafuncional, requiere la identificación del tipo de parafunción para seleccionar el tratamiento más adecuado.

Los tratamientos de apoyo farmacológico citados incluyen el uso de AINES, corticoesteroides, ansiolíticos, relajantes musculares, antidepresivos y anestésicos locales. Dentro de las terapias físicas se encuentra termoterapia, crioterapia, tratamientos con ultrasonido, iontoforesis, tratamiento de estimulación electrogalvánica, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, acupuntura y láser frío (Okeson, 2012).

Las terapias más avaladas por la literatura son

- **Terapia ortopédica** (Greene, 2001; Forssell & Kalso, 2004; Al-Ani et al., 2005; Michelotti et al., 2005; Friction, 2006; McNeely et al., 2006; Truelove et al., 2006; Türp et al., 2007; Alencar & Becker, 2009; Schmid-Schwap et al., 2009; Friction et al., 2010; Friction JR et al., 2010; List & Axelsson, 2010; Service, 2010).
- **Terapia cognitiva conductual** (Forssell & Kalso, 2004; Michelotti et al., 2004; Michelotti et al., 2005; Friction, 2006; Truelove et al., 2006; Stowell et al., 2007; Türp et al., 2007; Aggarwal et al., 2010; Friction JR et al., 2010; List y Axelsson, 2010; Service, 2010).
- **Terapia física** (Carlson et al., 2001; Greene, 2001; Forssell & Kalso, 2004; Michelotti et al., 2004; Al-Ani et al., 2005; Michelotti et al., 2005; Friction, 2006; Medlicott & Harris, 2006; McNeely et al., 2006; Truelove et al., 2006; Türp et al., 2007; Schmid-Schwap et al., 2009; Friction JR et al., 2010; List & Axelsson, 2010; Service, 2010).
- **Farmacoterapia** (Greene, 2001; Forssell & Kalso, 2004; Al-Ani et al., 2005; Michelotti et al., 2005; Friction, 2006; Türp et al., 2007; Cairns, 2010;

Fricton JR et al., 2010; List & Axelsson, 2010; Mujakperuo et al., 2010; Service, 2010).

- **Tratamiento electrofísico** (McNeely et al., 2006; List & Axelsson, 2010; Neira & Olaya 2010; Service, 2010).
- **Intervenciones quirúrgicas** (Forssell & Kalso, 2004; Fricton JR et al., 2010; List & Axelsson, 2010; Service, 2010).
- **Tratamientos oclusales** (Forssell & Kalso, 2004; Fricton, 2006; McNeely et al., 2006; Truelove et al., 2006; Fricton JR et al., 2010; List & Axelsson, 2010; Service, 2010).

## **2.2 Adherencia al tratamiento**

### **2.2.1 Definición**

La adhesión al tratamiento es un concepto que hasta el día de hoy no es llevada a un consenso único y universal. Es muy prevalente encontrar en la literatura conceptos sinónimos o que hacen referencia indistintamente al concepto de adhesión al tratamiento como cumplimiento, adherencia, cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión y concordancia (Ortiz & Ortiz 2007; Basterra M 1999). Al avanzar en su estudio nos encontramos con una versión o definición de adherencia utilizada mayormente en las publicaciones donde adherencia terapéutica se define como “la medida en la cual la conducta de una persona (en términos del consumo de fármacos y cambios del estilo de vida) coincide con los consejos del médico o del personal sanitario. (Sackett y Haynes, 1976). Esta visión ha sido cuestionada a lo largo de los años, ya que, posee un rol paternalista del equipo médico hacia el paciente, frenando la participación activa del usuario sobre su salud. Bajo este concepto de rol activo del paciente se encuentra otra definición donde se describe como un proceso activo, intencional y responsable de cuidado, en el cual el sujeto trabaja para mantener su salud en una estrecha colaboración con el personal de salud (Hetinen y Kyngäs, 1992). Otra definición ampliamente aceptada hace referencia a que la adherencia es una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptable de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado (Di Mateo y Di Nicola, 1985). Frente a estas definiciones se dificulta el proceso de operacionalización y medición, debido a demás a que la adherencia es una conducta del paciente y que puede no ser directamente observable.

### **2.2.2 Factores relacionados con Adherencia al Tratamiento.**

Según Sabaté (2003), y refiriéndose a las enfermedades crónicas en general, la posibilidad de que un paciente siga de una manera óptima su plan de tratamiento se ve influido por elementos relacionados con distintos aspectos del problema, que incluyen (a) factores económicos y sociales, (b) acceso del paciente a sistemas prestadores de salud, (c) relacionados con la condición patológica, (d) terapia, y (e) factores relacionados con el paciente.

Por ejemplo, llevando esto al campo de las TTM, y sin considerar que las prestaciones que se ofrecen a nivel de la Facultad de Odontología UV se podrían considerar dentro del ámbito asistencial, y por ende a un costo más

accesible para los pacientes, la **cronicidad** y el difícil diagnóstico y manejo de la enfermedad, constituyen factores estresores para el individuo afectado por la patología, donde el estrés afecta la actitud y compromiso del paciente hacia su tratamiento, lo que combinado con factores intrínsecos de su personalidad determinan la **adhesión** que el paciente adscribe a su imprescindible rol de colaborador dentro de su terapia.

**a) Factores económicos y sociales:** Según Sabaté (2003), si bien el estatus socioeconómico no ha sido validado consistentemente como un predictor independiente de adherencia, en países en desarrollo, un bajo estatus socioeconómico puede llevar a los pacientes a posponer sus prioridades de salud en beneficio de sus hijos u otras personas a su cuidado. Entre los factores que aparentan tener un efecto significativo sobre la adherencia están: mala situación socioeconómica, pobreza, analfabetismo, bajo nivel de educación, desempleo, falta de eficaces redes de apoyo social, condiciones de vida inestables, larga distancia al centro de tratamiento, alto costo del transporte, alto costo de la medicación, situaciones del medio ambiente cambiantes, cultura y creencias sobre la enfermedad y tratamiento, y disfunción familiar.

No obstante, algunos estudios, como el de Albaz (1997) han informado que factores que tienen que ver con la prestación de salud (tiempo que pasa con el tratante, continuidad de la atención por el médico, estilo de comunicación y estilo interpersonal del clínico) están más relacionados con la adhesión que las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, edad, nivel educativo y estado de salud), si bien esto podría variar de un lugar a otro.

Según los reportes revisados por Sabaté (2003), la edad parecería afectando a la adhesión, mas en forma inconsistente. Debiendo ser evaluada por separado para cada condición, y si es posible, por las características del paciente y por grupo de edad de desarrollo (niños dependiendo de sus padres, adolescentes, adultos y ancianos). La adherencia al tratamiento en niños y adolescentes varía de 43 a 100%, con un promedio de 58% en países desarrollados. Donde varios estudios han sugerido que los adolescentes son menos adherentes que los niños más pequeños (Fotheringham 1995 citado por Sabaté 2003). La adhesión de los lactantes y niños pequeños a los regímenes de tratamiento recomendado estaría en gran medida determinada por la capacidad de los padres o tutores de entender y seguir adelante con la administración recomendada.

Los adolescentes, si bien capaces de una mayor autonomía para seguir las recomendaciones de tratamiento, se ven enfrentados a una continua lucha con su autoestima, imagen corporal, definición de roles sociales y conflictos relacionados con sus congéneres. La mala adherencia en los adolescentes puede reflejar una rebelión contra el régimen de control que sienten sobre sus vidas. La mayoría de los estudios indican que los niños y adolescentes que asumen temprano la responsabilidad exclusiva de su régimen de tratamiento son menos adherentes y muestran un peor control del manejo de la enfermedad.



Mantener la participación de los padres y reducir al mínimo el conflicto entre los adolescentes y sus padres son elementos valiosos para fomentar la adherencia al tratamiento, donde el informar a la familia la relevancia de la formación de una alianza entre padres y adolescentes es de gran importancia para la promoción de adherencia al tratamiento en este grupo etéreo.

Por otra parte, las personas mayores representan el 6,4% de la población del mundo y su número y proporción van en aumento. Esta transición demográfica ha dado lugar a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, que son particularmente comunes en las personas de mayor edad, siendo responsables del 60% de los costos asociados a medicación en el mundo (Sabaté, 2003). Por tanto en las personas de edad avanzada, la adherencia al tratamiento es esencial para su bienestar, siendo esta crítica para sus cuidados.

La adherencia al tratamiento afecta a todos los grupos etarios, sin embargo, la presencia de defectos cognitivos y funcionales en las personas de mayor edad, aumenta el riesgo de pobre adherencia, lo que se suma a múltiples comorbilidades y complejos regímenes terapéuticos y su mayor vulnerabilidad ante las alteraciones en la farmacocinética y farmacodinamia de esta población.

***b) Acceso del paciente a sistemas prestadores de salud:***

Estos factores dicen relación tanto con el sistema proveedor de salud, como con los cuidados otorgados por el equipo de salud. Si bien una buena relación paciente-profesional puede mejorar la adherencia, hay muchos factores que tienen un efecto negativo, tales como escaso desarrollo de los servicios de salud con reembolso insuficiente o inexistente en los planes de seguro de salud, débil sistema de distribución de medicamentos, la falta de conocimiento y de formación para profesionales de la salud sobre el manejo de enfermedades crónicas, falta de incentivos y retroalimentación, sobrecarga de trabajo en profesionales de la salud, la falta de incentivos y retroalimentación para el desempeño, programación de consultas muy cortas, escasa capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad de establecer soporte y capacidad de autogestión en la comunidad, la falta de conocimiento sobre la adherencia y la posibilidad de realizar intervenciones para su mejora.

***c) Factores relacionados con la condición patológica:***

Representan las demandas relacionadas con la enfermedad que presenta el paciente. Algunos fuertes determinantes de la adherencia son los relacionados con la severidad de los síntomas, el nivel de discapacidad (física, psicológico, social y profesional), tasa de progresión y gravedad de la enfermedad, y la disponibilidad tratamiento efectivo.

Su importancia depende de la forma en que estos elementos influyen en la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia de seguir el tratamiento, y la prioridad que se le otorga a la adherencia.

**d) Factores relacionados con la terapia:**

De los factores relacionados con el tratamiento que afectan la adherencia, los más relevantes son los concernientes con la complejidad del régimen terapéutico, la duración del tratamiento, los fracasos en tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inmediatez de los efectos beneficiosos, efectos secundarios, y la disponibilidad de apoyo clínico para hacer frente a estos.

**e) Factores relacionados con el paciente:**

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, conocimientos, actitudes, creencias, percepciones y expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias sobre su enfermedad, la motivación para su gestión en salud, la confianza (autoeficacia) en su capacidad de involucrarse en conductas de manejo de la enfermedad, y las expectativas sobre el resultado de tratamiento y las consecuencias de la falta de adherencia, interactúan en formas aún no completamente comprendidas para influir sobre el comportamiento del paciente en relación a la adherencia (Sabaté 2003, Citado por Lovera y Meeder, 2011)

Factores relacionados con la no adhesión a los tratamientos:

Variables relacionados con el paciente:

Características individuales

Tipo y severidad del diagnóstico psiquiátrico (en particular, diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar, paranoia, o trastorno de personalidad)

Discapacidades sensoriales

Falta de comprensión

Creencias acerca de la salud inapropiada o conflictiva (por ej. conceptos erróneos: la medicina sólo es necesaria cuando hay síntomas presentes)

Expectativas no adecuadas acerca del tratamiento

Concepciones socioculturales o populares acerca de la enfermedad y el tratamiento

Modelos implícitos de enfermedad

Historia actual o anterior de no cumplimiento de otros tratamientos

Características de la situación social del paciente.

Falta de soporte social

Situación familiar inestable o disarmónica

Entorno que no facilita la adhesión (por ej.: cambios frecuentes de domicilio)

Situaciones estresantes (por ej.: pobreza o desempleo)

Falta de recursos (por ej.: transporte, dinero, falta de ayuda para el cuidado de los niños)

Variables relacionadas con el tratamiento

Complejidad del tratamiento (por ej.: medicación múltiple)

Tratamiento de larga duración

Profundidad de los cambios requeridos (por ej.: interferencia con pautas habituales de conducta o alteraciones importantes en el estilo de vida)

Efectos secundarios de la medicación o medicación que altera la vigilia (por ej.: sedación, extrapiramidalismo)

Costo

Variables relacionadas con la atención médica

Falta de continuidad en el cuidado

Esperas prolongadas

Períodos de tiempo demasiado prolongados entre una y otra consulta.

Falta de individualización de la hora acordada (por ej.: consulta masificada, atención por orden de llegada)

Inconvenientes asociados al funcionamiento y localización del centro de atención: (por ej.: horarios, distancia del transporte público, dificultades de estacionamiento, etc.)

Falta de prestigio del lugar de tratamiento

Supervisión profesional inadecuada

Costo

Variables relacionadas con la interacción profesional de la salud- paciente

Mala comunicación

Fallas en la actitud o en la conducta (verbales y no verbales) por parte del paciente y/o de quien le atiende

Fracaso del médico en detectar las preocupaciones y sentimientos negativos del paciente.

Insatisfacción del paciente.

Mala relación médico paciente. (por ej. manejo inadecuado de la información, falta de empatía, supervisión inadecuada del tratamiento, etc.)

**Tabla I** (Adaptado de Turk y Meichenbaum: Adherence to Self-Care Regimens: The

patients perspective. Plenum Press, NY. 1991)

Lograr identificar Indicadores de pobre adherencia, por ejemplo a la medicación, es útil para reconocer aquellos pacientes que necesitan algún modo de intervención para mejorar ésta.

En la Tabla II se observa un listado de predictores que podrían indicar una pobre adherencia (Adaptado de Osterberg & Blaschke, 2005).

PREDICTOR	ESTUDIO
Presencia de problemas psicológicos, particularmente depresión	van Servellen et al. (2002), Ammassari et al. (2002), Stilley et al (2004).
Presencia de defecto cognitivo	Stilley et al. (2004), Okuno et al. (2001).
Tratamiento de enfermedad asintomática	Sewitch et al. (2003)
Inadecuado seguimiento o planificación de alta	Sewitch et al. (2003), Lacro et al. (2002).
Efectos colaterales de la medicación	van Servellen et al.
Paciente no cree en el beneficio del tratamiento	Okuno et al. (2001), Lacro et al. (2002).
Paciente no comprende la enfermedad	Lacro et al. (2002), Perkins (2002)
Deficiente relación paciente/profesional	Okuno et al. (2001), Lacro et al. (2002).
Presencia de barreras a cuidados o indicaciones	van Servellen et al. (2004), Perkins (2002).
Citas perdidas	van Servellen et al. (2002), Farley et al.(2003).
Complejidad del tratamiento	Ammassari et al. (2002).
Costo de medicación, copago o ambos	Balkrishnan (1998), Ellis et al. (2004).

**Tabla II:** Principales Predictores de Pobre Adherencia a Medicación (En base a estudios de predictores). Adaptado de Osterberg & Blaschke, 2005

Al considerar los TTM desde la visión de Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD), que implica evaluar por un lado signos y síntomas (Eje I) y el dominio bioconductual (Eje II), en una manera consistente con el modelo Biopsicosocial, se podría inferir que los constructos medidos a través de instrumentos en este último eje (depresión, somatización, y discapacidad) guardan relación con los recursos, actitudes, creencias, percepciones y expectativas del paciente en relación a su tratamiento, y por ende, la medición de estos factores psicosociales podría ser de ayuda para, en el diagnóstico, tener una noción de la adherencia al tratamiento que podría presentar el paciente en cuestión, y por ende programar alguna forma de intervención que permita hacer las predicable su adherencia y con ésta, el resultado del tratamiento.

Desórdenes psiquiátricos como depresión y ansiedad generalizada, así como distrés psicológico, son comunes entre pacientes que buscan tratamiento por dolor crónico asociado a TTM, lo cual puede interferir en la respuesta a las terapias. Los trastornos de este tipo tienen el potencial de afectar los problemas relacionados con el dolor del paciente, y la respuesta al tratamiento para muchos tipos de dolor crónico.

Por otra parte, si bien un trastorno psiquiátrico en el momento de la consulta, estaría más directamente relacionado con TTM en un paciente, una historia de trastorno psiquiátrico puede ser asociada a una mayor vulnerabilidad a una respuesta al dolor cognitiva, afectiva y conductualmente mal adaptada (Ohrbach, 2005).

### **2.2.3 Importancia de la Adherencia al Tratamiento en TTM**

TTM es considerado un desorden psicofisiológico debido al aparente rol de la interface psicológica-física, donde factores psicosociales como estrés, ansiedad y depresión influyen sobre la presentación, síntomas y severidad de la patología (Epker & Gatchel, 2000).

Considerando que la adherencia al tratamiento se hace crítica en el caso de patologías crónicas, y extrapolando a los TTM la definición de Sabaté (2003), quien define cronicidad en base a descriptores como su permanencia en el tiempo, dejar incapacidad residual, ser causadas por una alteración patológica irreversible, demandar entrenamiento especial del paciente para su rehabilitación o necesitar un período largo de supervisión, observación o cuidado, podrían definirse los TTM como una patología crónica, ya que los Trastornos Témporomandibulares, como trastornos músculoesqueléticos de etiología multifactorial, corresponden a un grupo de patologías, en la que sus síntomas se originan al ser superada la capacidad de tolerancia fisiológica del sistema estomatognático ante una alteración de éste.

Cuando se sobrepasa el nivel crítico de tolerancia del sistema, la transformación a nivel tisular a nivel de éste resulta en una falla en su función, que solo puede ser superada por una remodelación guiada de las estructuras en busca de una adaptación funcional del sistema a las nuevas condiciones, la cual lleva condicionado un plan de tratamiento que involucra distintos tipos de terapias en un período de tiempo extenso de supervisión y control, que va a permitir la reevaluación y retroalimentación necesaria para un adecuado ajuste de las indicaciones del caso.

Esto adquiere relevancia en el caso de afecciones crónicas que involucran una serie de intervenciones terapéuticas tanto etiológicas como sintomáticas. Específicamente en el caso de TTM, donde el paciente no es solo un receptor pasivo de instrucciones sino que debe asumir un **rol de colaborador** activo en su proceso de tratamiento, donde la adhesión a cualquiera sea el régimen de éste, se ve reflejada en un determinado tipo de comportamiento.

Según Sabaté (2003) la relación entre el paciente y el proveedor de la salud debe ser una asociación que se base en las capacidades y posibilidades de aporte de cada uno, donde la calidad de la relación terapéutica se convierte en un determinante importante de la adhesión. Relaciones eficaces de tratamiento se caracterizan por una atmósfera en la que los medios terapéuticos son estudiados y explorados, el régimen se negocia, la adhesión es discutida, y el seguimiento es planificado.

Desde este punto de vista la OMS define la adherencia a la terapia a largo plazo, como la medida en que la conducta de una persona -de tomar la medicación, seguir una dieta, o ejecutar cambios de los estilos de vida-, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un proveedor de salud.

Como resultado de problemas de adherencia, fundamentalmente en el caso de las enfermedades crónicas, un número considerable de pacientes no reciben el máximo beneficio de su tratamiento, afectando su salud, calidad de vida y viendo aumentados sus costos de atención (Burke 2001, Einarson 1993, citados por van Dulmen et al., 2007).

#### **2.2.4 Medición de Adherencia al Tratamiento**

Los Factores determinantes en la adherencia al tratamiento se han clasificado en categorías, estas son: los relativos a la calidad de la relación médico-paciente, las características del tratamiento o régimen terapéutico, las características de la enfermedad o trastornos y las variables relacionadas con el propio paciente y su entorno social ( Ortiz y Ortega,2011; Amigo, Fernández y Pérez,2011; Maciá y Mendez, 1999; Martin y Grau,2004; Rodriguez-Marin, 2008; Vargas y Robles, 1996) .El mantenimiento del tratamiento se ha visto como crítico a la hora de adherir a algún tipo de terapia, ya que, mayor es la predictibilidad al tratamiento frente a la característica y complejidad que requiera la terapia.

Desde el estudio de la psicología de la salud y teoría del aprendizaje es que nos es posible predecir qué adherencia presenta un paciente frente a una terapia y para este objetivo se han creado diversos modelos que enfocan diferentes aristas de la forma en que las personas piensan respecto a su salud y a partir de esto predicen el cumplimiento y adherencia terapéutica.

Los modelos más utilizados para predecir conductas sanitarias es el Modelo de creencia en Salud (Becker,1974; Janz y Becker,1984; Sheeran y Abraham, 2001), el Modelo de Locus de control en salud(Norman y Bennett,2001; Seeman y Seeman,1983; Wallston,Wallston y Devellis, 1978) Modelo de teoría de protección motivación( Maddux y Rogers,1983;Rogers,1975) Teoría de acción razonada (Ajzen,1988; Ajzen y Fishbein,1980; Fishbein y Ajzen,1975) Teoría de auto eficacia percibida (Bandura 1977,1986)

Estos modelos asumen que la conducta y las decisiones que toma una persona se basan en un análisis de costo-beneficio de los posibles resultados de la acción, esto ocasiona que los individuos busquen que su conducta los lleve a las

máximas recompensas al menor costo. Ehrenzweig Y. Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer.( Avances en Psicología Latinoam. 25(1). Universidad del Rosario. P. 7 a 21,2009)

### **2.2.5 Métodos de medición de adherencia al tratamiento**

Para el objetivo de la presente tesis se utilizará el modelo de Wallston basado en sus orígenes conceptuales en teorías cognitivas de salud donde las conductas en salud son el “resultado de un proceso racional de toma de decisiones basado en un procesamiento reflexivo y sistemático de la información disponible”. Conformando así un aspecto de predictibilidad que es el locus de control, éste por sí solo ha dado valores predictivos aceptables para la realización de las conductas de salud, por lo que, estos valores deberían tener una fuerza predictiva admisible.

Además, como método predictivo al tratamiento se utilizara la asistencia a citas programadas como medida de adherencia a tratamiento.

### **2.2.6 Modelo de Wallston *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (MHLCS)**

El modelo de Wallston es uno de los modelos que se han desarrollado en el campo de la promoción de la salud para explicar el comportamiento saludable de las personas y los métodos que a partir de ahí se proponen para la intervención. Esta propuesta surge a partir de un meta análisis realizado por Wallston, para explicar la conducta de la población y posteriormente en salud: Locus de Control. Wallston considera que la evaluación y análisis de este elemento puede explicar y predecir los comportamientos saludables y no saludables que adoptan las personas y en resumen si son capaces de adherir a un tratamiento o terapia sea cual sea su tipo.

### **2.2.7 Locus de control (LC)**

El estudio de locus de control en salud nació al aplicar el constructo de locus de control de Rotter al campo de la salud.

Este concepto se inicia con Rotter en 1954. Él hace la diferencia entre locus de control interno y externo; el primero se refiere a la creencia de que los eventos son resultado de las propias acciones del individuo y por tanto, se encuentran bajo su control. El segundo concibe que las acciones del sujeto y la ocurrencia de los eventos no se relacionan, entonces, están fuera del control personal. Las creencias del locus de control son expectativas de eventos futuros.

El locus de control hace referencia a la creencia de las personas sobre qué o quién es responsable de lo que les ocurre, esto quiere decir de si es uno mismo (locus de control interno) o fuerzas externas las que controlan los resultados de la conducta (locus de control externo). Se considera que aquéllos que creen que tiene el control sobre su salud realizarán más a menudo comportamientos que la promuevan y, como resultado tendrán una mejor salud (Marshall, 1991;

Norman y Bennett, 2001; citado en Ortiz y Ortega, 2011). Lo opuesto ocurrirá con los que carecen de dicho control.

El modelo de locus de control es ampliamente avalado, ya que la OMS (1986) define los programas de salud como “el proceso de capacitar a la gente a incrementar el control sobre su salud y así mejorarla”.

El modelo incluye tres dimensiones: la primera mide la creencia de las personas de que su salud es el resultado de sus propias acciones (HLC interno), la segunda mide la creencia de que su salud está bajo el control de los llamados “otros poderosos” (HLC otros poderosos), y la tercera evalúa la medida en la cual creen que su estado de salud depende de la suerte, el destino o el azar (HLC azar). (Ortega y Ortiz, 2011)

La hipótesis desde este concepto era que las personas que crean que su salud depende de ellas mismas tendrán mejor salud que las que consideren que las causas de las enfermedades son ajenas al control de la persona.

### **2.2.8 Factores relacionados**

**Dolor:** De acuerdo a la Asociación mundial para el estudio del dolor (IASP) El dolor es una sensación desencadenada por el sistema nervioso. De acuerdo a múltiples definiciones, la más usada es aquélla que puede acotar que el dolor es una experiencia sensorial y emocional (subjetiva), generalmente desagradable asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera. Muchos estudios concuerdan que la presencia o ausencia de éste puede ser decisivo en cuanto a la adherencia que el individuo tiene con su tratamiento (López Timoneda, 1996)

**Impotencia Funcional:** Según al MD Health Resource Es la incapacidad de realizar actividades que por sí mismo en un estado de plena facultad es apto, en los trastornos temporomandibulares esta discapacidad puede manifestarse como dificultad al abrir o cerrar la boca, dificultad al comer o hablar. Lo anterior con todas las complicaciones que eso conlleva puede condicionar las citas que el paciente tiene para optimizar su tratamiento así como para obtener una mejoría lo más rápido posible.

**Satisfacción con la atención:** La satisfacción del usuario es un tema de debate para las instituciones del servicio de salud , en odontología es base para la recomendación del servicio profesional y posterior reingreso del paciente (Duazary, 2009) El concepto de Rapport en odontología cada vez es más relevante, donde se espera que la atención sea fluida entre tratante y paciente, puedan expresarse dudas y sentimientos respecto al tratamiento y la comunicación por sobre todo sea óptima. Cuando no existe satisfacción ante la atención puede ser que el paciente cambie de tratante lo que implicaría un retroceso en el avance del tratamiento y su seguimiento o que incluso, abandone el tratamiento por completo.

**Sistema de pago del tratamiento:** En revisiones sistemáticas se ha comparado la efectividad de las intervenciones realizadas sobre pacientes, proveedores,



sistemas y de las intervenciones en políticas sanitarias para mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos de pacientes con enfermedades crónicas en los Estados Unidos. Si bien nuestra población es muy distinta con respecto a sistemas prestadores de salud, podemos considerar el factor pago de tratamientos como influyente en la adherencia en enfermedades crónicas.

### **2.2.9 Escala de Dolor**

Dentro del estudio del Dolor las escalas de Dolor han sido ampliamente utilizadas desde hace ya un tiempo, en un principio estas se basaban en un aspecto unidimensional del dolor que era su intensidad, con el avance y estudio de las escalas se han ido sumando otras variables del dolor, tales como, su calidad y efecto emocional.

Dentro de las ventajas de las escalas unidimensionales están el que estadísticamente son fáciles de ordenar, fáciles para el operador y paciente de identificar y de una confiabilidad aceptable.

Dentro de las escalas unidimensionales tenemos la Escala de categoría numérica (ECN), utilizada en el presente estudio, la escala de valoración verbal (EVV), Escala verbal simple, Escala visual analógica (EVA).

Al analizar las cuatro escalas, la correlación de cada una se mantuvo al separarlas por preguntas y por examen físico. Existe una buena evidencia que las 4 escalas identifican la misma variabilidad de dolor subyacente. También existe evidencia que una escala de 11 puntos(0-10) tiene una mejor performance que una escala simple de cuatro puntos(EVV) o una escala de tipo continua (EVA) (Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA, 1978)

La “Escala Numérica”, introducida por Downie en 1978 (Downie Wn, et al. Studies with pain rating scales. Ann Rheum Dis 1979; 37: 378-81.), es una de las más comúnmente empleadas. El paciente debe asignar al dolor un valor numérico entre dos puntos extremos (0 a 10). Aunque al sujeto se le pide que utilice valores numéricos para indicar el nivel de su dolor, la utilización de palabras claves, así como unas instrucciones previas, son necesarias si esperamos que el paciente conceptualice su dolor en términos numéricos. Con este tipo de escala el dolor se considera un concepto unidimensional simple y se mide sólo según su intensidad. La escala es discreta, no continua, pero para realizar análisis estadísticos pueden asumirse intervalos iguales entre categorías. Es útil como instrumento de medida para valorar la respuesta a un tratamiento seleccionado ( Wall PD, Melzack R, 1999.)

La “Escala Descriptiva Simple” (EDS) o de valoración verbal, fue descrita por Keele en 1948. Representa el abordaje más básico para medir el dolor, y generalmente es útil para el investigador, debido a lo fácil de su aplicación. También considera el dolor de un modo unidimensional (p.ej., no dolor / leve-moderado/ intenso). A cada uno de estos términos asigna una puntuación entre 0: no dolor, y 4: dolor intenso, de cara al tratamiento estadístico de los

resultados y a la valoración práctica del mismo. El paciente medio no suele encontrar gran dificultad en utilizar esta escala para indicar el nivel de su dolor, pero plantea el problema de que una misma palabra puede tener diferente significado para distintos pacientes. Las palabras utilizadas son descripciones relativas y no tienen aceptación universal, son conceptos que varían de una persona a otra, así como de tiempo en tiempo, incluso para un mismo paciente. Aunque cada palabra tiene asignado un valor numérico en la escala, no podemos asumir intervalos iguales entre los diferentes puntos. Los números ayudan a determinar niveles relativos de dolor, pero el investigador no debe olvidar estas limitaciones a la hora de realizar análisis estadísticos. Aunque se emplea en numerosos ensayos clínicos sobre dolor, es inespecífica, no muy sensible y no siempre reproducible.

La “Escala Visual Analógica” (VAS), ideada por Scott Huskinson en 1976, es el método de medición empleado con más frecuencia en muchos centros de evaluación del dolor. Consiste en una línea de 10 cm que representa el espectro continuo de la experiencia dolorosa. La línea puede ser vertical u horizontal y termina en ángulo recto en sus extremos. Sólo en los extremos aparecen descripciones, “no dolor” en un extremo y “el peor dolor imaginable” en el otro, sin ninguna otra descripción a lo largo de la línea. Su principal ventaja estriba en el hecho de que no contienen números o palabras descriptivas. Al paciente no se le pide que describa su dolor con palabras específicas, sino que es libre de indicarnos sobre una línea continua la intensidad de su sensación dolorosa en relación con los dos extremos de la misma. La VAS es un instrumento simple, sólido, sensible y reproducible, siendo útil para reevaluar el dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones. Su validez para la medición del dolor experimental ha sido demostrada en numerosos estudios y su fiabilidad también ha sido recientemente evaluada, encontrándose satisfactoria.

Al estudiar tres de las escalas antes mencionadas, se encontró que las tres eran válidas, confiables y apropiadas para su uso en la práctica clínica, sin embargo, la Escala Visual Análoga tiene dificultades prácticas mayores que La Escala Verbal o la Escala Numérica. Para propósitos generales la Escala Numérica tiene una buena sensibilidad y genera datos que pueden ser analizados estadísticamente para procesos de investigación y probablemente pacientes que buscan sensibilidad frente a su dolor elijan ésta. Y si diferenciamos por simplicidad probablemente los pacientes preferirían la Escala Verbal, pero le falta sensibilidad estadística y los datos recolectados pueden llevar a error. (Williamson A, Hoggart B. 2005)

### **2.2.10 Escala de impotencia funcional**

Con el fin de considerar el grado de impotencia funcional presente en cada uno de los pacientes se modificó una escala numérica del 0 al 10 con el fin de analizar posteriormente el nivel de impotencia manifestado por los usuarios, explicando el concepto de impotencia funcional como la dificultad para realizar acciones cotidianas tales como abrir o cerrar la boca, dificultad para hablar o fatiga muscular orofacial.

### **2.2.11 Asistencia a Citas Programadas como medida de Adherencia a Tratamiento**

En la Tabla II, se observa como Osterberg & Blaschke (2005) consideran a la inasistencia a citas un predictor de pobre adherencia a medicación. Esto no parece extraño al considerar que de hecho, existen numerosos estudios que muestran que en distintas patologías crónicas la asistencia a citas programadas se ha usado en forma aislada (Hershberger et al., 1999; McEvoy et al., 2003; Cashman et al., 2004; Karter et al., 2004; Turner & Dworkin, 2004; Schectman et al., 2008) o en compañía a otros rasgos (Leickly et al., 1998; Farley et al., 2003; Coly & Morisky, 2004; Wagner et al., 2004; Garcia Popa-Lisseanu et al., 2005; Rhee et al., 2005; Lawrence et al., 2008; Dietz et al., 2010; Stilley et al., 2010) como indicadores de adherencia al tratamiento.

El uso de la asistencia a citas programadas como un correlato simplificado de adherencia al tratamiento, ha sido validado por diversos autores, por ejemplo Stilley et al. (2010), proponen el uso de la asistencia a citas en conjunto a otros indicadores, como una forma de determinar los candidatos idóneos para trasplante, y Cashman et al., (2004) afirman que la asistencia a citas es una característica predecible, definible y medible de los pacientes, que puede contribuir a la fijación de prioridades para la personalización de las intervenciones. Del mismo modo, Wagner et al., (2004) plantean que si bien no es suficiente como base para la toma de decisiones de tratamiento, el examen del registro de citas puede ofrecer a los médicos un método simple y rentable para la predicción de la adherencia al tratamiento en curso, así como para evaluar la disposición de adherencia, lo que permitiría tomar la decisión de prescribir o aplazar el tratamiento.

Por otra parte, tal como se ha visto que la falta de adherencia al tratamiento influye negativamente en los resultados de éste: por ejemplo en el control metabólico de diabéticos (Liebl et al., 2001; Liebl et al., 2002), y en casos de hipertensión (Morisky et al., 1983; Waeber et al., 2000). El mismo efecto puede observarse con la falla de asistencia a citas programadas, que se observa en los estudios en diabéticos de Schectman et al. (2008) en 4.253 pacientes, Rhee et al. en 1.560 pacientes y Karter et al., (2004) en 84.040 pacientes, donde la adherencia regular a citas se asocia a mejoras en los niveles de hemoglobina glicosilada.

En base a estos antecedentes, y considerando que en todas las patologías crónicas la asistencia a controles constituye un elemento imprescindible de la

terapia, la asistencia a citas puede postularse como una fiable manera de medir adherencia a tratamiento en TTM.

Esto junto a un modelo estandarizado de adherencia al tratamiento como es el modelo de Wallston llamado *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (MHLCS) y que actualmente es una de las más utilizadas para predecir las conductas de salud.

### **III.- JUSTIFICACIÓN**

#### **3.1 Definición del problema**

La dificultad de los pacientes para cumplir con las indicaciones médicas es un problema de enorme magnitud en todas las áreas y niveles de la atención médica. Se acepta que el cumplimiento de las prescripciones médicas es fundamental para la recuperación y el mantenimiento de la salud del paciente, aún cuando la relación entre adherencia al tratamiento y evolución del estado de salud es extremadamente compleja. El no cumplimiento de los tratamientos tiene un elevado costo social, tanto económico como laboral, por consiguiente la deducción de los motivos que llevan a un paciente a no adherir a un tratamiento es de gran relevancia para poder posteriormente corregir aquellos aspectos deficientes que son concluyentes en las decisiones del usuario con respecto a su salud.

#### **3.2 Justificación del problema.**

En la actualidad Chile carece de mediciones epidemiológicas con respecto a la adherencia al tratamiento de personas que padecen de TTM, por lo que la realización de esta Tesis servirá de alguna medida para cuantificar el problema en un sector de la población en particular DENTAPRIM y luego extrapolarlos a la población en general para estimar los problemas más recurrentes a solucionar así como las sugerencias a adoptar por parte del servicio de salud para mejorar la adherencia al tratamiento.

De acuerdo a la OMS cuando la consulta es solicitada por el paciente el porcentaje de cumplimiento puede ser elevado, llegando al 75%, a su vez las tasas más altas de adhesión se encuentran en los tratamientos que actúan directamente sobre los síntomas de la enfermedad, en los que tienen un alto grado de supervisión y control y en los cuadros clínicos de comienzo agudo.

El denominador común de la mayoría de las intervenciones que mejoran la adhesión al tratamiento es la observación de que el paciente debe ser estimulado a tomar parte activamente en el cuidado de su salud. El usuario debe participar en la planificación del tratamiento y en la definición de las metas a lograr a fin de que sus prioridades, estilos de vida, recursos y posibles obstáculos cooperen en los resultados esperados.

A pesar de que los Trastornos Témporomandibulares han sido objeto de diferentes investigaciones, quedan aún muchas interrogantes por responder lo

cual suscita que el reto actual para la estomatología es, en primer lugar, evitar el daño y eliminar la causa. Una vez rehabilitado el paciente, mantener la salud y la función en una población creciente de personas con esperanza de vida cada vez más larga y mejor.

Teniendo en cuenta la prevalencia de los Trastornos Témporomandibulares, se hace necesario llevar a cabo otros estudios que investiguen acerca de los principales factores de riesgo que propician la incidencia o perpetuación de los mismos para la puesta en práctica de un plan de acción y ejecución basado en la prevención, diagnóstico temprano e intervención oportuna de esta entidad nosológica.

## **IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **4.1 Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la adherencia a los tratamiento propuestos por los especialistas en TTM Y dolor orofacial por parte de los pacientes en DENTAPRIM de la V región y su relación con el modelo de Wallston?

### **4.2 Objetivos**

#### **4.2.1 Objetivo General:**

Evaluar adherencia al tratamiento, locus de control predominante y factores psicosociales relacionados en pacientes con TTM y, entre Enero y Junio del 2013, en DENTAPRIM Viña del Mar.

#### **4.2.2 Objetivos Específicos:**

- Categorizar a los pacientes con TTM según modelo de Wallston y su relación con el porcentaje de asistencia a citas programadas
- Asociar los factores relacionados con la adherencia al tratamiento y locus de control.
- Asociar los factores relacionados con la adherencia al tratamiento y asistencia a citas programadas.
- Asociar los factores relacionados a la adhesión al tratamiento entre sí.

## **V.- MATERIALES Y METODOS**

### **5.1 Tipo de diseño**

El presente estudio es de tipo Descriptivo correlacional prospectivo mediante la clasificación de los pacientes en base a el modelo de Wallston el *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (MHLCS), en todos los pacientes tratados en la especialidad de Trastornos Témporomandibulares y Dolor Orofacial de DENTAPRIM Viña del Mar. La unidad de análisis es individual a través de un formulario encuesta.

## 5.2 Universo

El Universo del presente estudio está conformado por los pacientes que asistan a la especialidad de Trastornos Témporomandibulares y Dolor Orofacial de DENTAPRIM Viña del Mar.

## 5.3 Muestra

Pacientes ingresados y en tratamiento de la especialidad de Trastornos Témporomandibulares y Dolor Orofacial de DENTAPRIM Viña del Mar, en el periodo Enero-Julio 2013.

### 5.3.1 Determinación de la muestra

Para la estimación del tamaño de la muestra se utilizó un cálculo muestral para determinar el tamaño de una muestra para comparar dos proporciones o porcentajes en dos poblaciones independientes, en este caso, población 1 = pacientes TTM con puntaje alto en el modelo de Wallston con alta adherencia (LI) y población 2 = pacientes con TTM con puntaje bajo en modelo de Wallston con alta adherencia (LE), esta metodología busca un tamaño de muestra mínimo para la detección de diferencias de dos proporciones según un error de estimación ( $\delta$ ) y un intervalo de confianza aproximado del  $[1-\alpha] \cdot 100\%$  por medio de una aproximación bajo la distribución normal.

La ventaja de esta metodología es que cuando no existen antecedentes históricos o de referencia en un estudio de las proporciones o prevalencias poblacionales ( $p_i$ ) de la variable en estudio, se suele reemplazar por " $p_i = 0,5$ ", puesto que este valor maximiza la expresión (función matemática):  $p_i \cdot (1 - p_i) = 0,25$ .

Para la determinación del tamaño mínimo de la muestra se basa en el intervalo de confianza para la diferencia de dos proporciones poblacionales para población infinita utilizando una aproximación por la distribución normal, el tamaño de muestra por grupo está dado por:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2}{2 \cdot \delta^2}$$

Donde:

$n$ : Es el tamaño de la muestra por cada grupo.

$\delta$ : Es el error de estimación de la diferencia entre las proporciones en las poblaciones.

$z_{1-\alpha/2}$ : Es un valor teórico obtenido de la distribución normal estándar. (Percentil de la distribución que acumula el  $(1-\alpha/2)100\%$  de la población). Cuando el nivel

de confianza es del 95% el percentil de la distribución es 1,960, si es 99% el valor del percentil es de 2,575.

A partir de este intervalo, se supone que el error de estimación ( $\delta$ ) es la diferencia entre el valor del parámetro de la población y la estimación de dicho parámetro.

En este estudio el error de estimación es para el valor de la diferencia de dos proporciones poblacionales (la diferencia poblacional entre las proporciones de alta adherencia en pacientes con TTM con locus interno y externo).

Por lo tanto, el tamaño mínimo de la muestra con un  $ee=30\%$  y un nivel de significancia del 5%, se necesita por lo menos 22 personas por grupo. Se establece así 22 personas para pacientes TTM con locus de control interno con alta adherencia y 22 pacientes con TTM con locus de control externo con alta adherencia.

Dando un  $n$  total de 44 sujetos de estudio. En el presente estudio se obtuvo una muestra de  $n= 48$  individuos.

#### **5.4 Criterios de Inclusión**

Pacientes derivados al CRSO de DENTAPRIM Viña del Mar a la especialidad de TTM y DOF, provenientes de Fuerzas Armadas de la correspondiente red y sistema asistencial, durante los meses de enero a julio del 2013 en tratamiento al momento de realizar la encuesta.

#### **5.5 Criterios de exclusión**

- Pacientes con caries o patología periodontal que requieren eliminar proceso infeccioso previo al tratamiento.
- Pacientes con mesenquimopatías y/o patologías psiquiátricas (depresión, crisis de pánico, ansiedad) que estén diagnosticadas o en tratamiento.
- Pacientes que no firmen consentimiento informado.
- Pacientes menores de 14 años de edad.
- Pacientes analfabetos.
- Pacientes que presenten déficit cognitivo.

La información se recolectará a través de encuestas y de la verificación de asistencia de los pacientes a su sesión de tratamiento respectivo de acuerdo lo escrito por el clínico en la ficha de cada paciente.

#### **5.6 Definición de las variables**

##### **5.6.1 Locus de control en salud:**

**Definición Conceptual:** Es la clasificación (con base en el puntaje obtenido en el instrumento de MHLIC) en locus de control interno vs otros poderosos y azar de acuerdo.

**Tipo variable:** Cuantitativo

**Definición Operacional:** *Wallston*

Suma de los ítems de cada dimensión (1 a 6 puntos):

Locus de control interno: 1, 6, 8, 12, 13 y 17

Otros poderosos: 3, 5, 7, 10, 14 y 18

Azar: 2, 4, 9, 11, 15 y 16

**Tipo Variable:** Cualitativo

*Wallston*

LCS interno

LCS Otros poderosos

LCS Azar

### 5.6.2 Asistencia a Citas Programadas:

**Definición conceptual:**

Presentarse a citación programada con el clínico para recibir tratamiento.

**Tipo de variable:** variable cualitativa dicotómica

**Definición operacional**

Porcentaje de asistencia a citaciones a terapia, considerando un mínimo de 3 sesiones de tratamiento. Expresada en porcentaje y categorizada como *buena* (> a 75% de asistencia al tratamiento) o *mala* (porcentaje inferior o igual a <75%).

### 5.6.3 Trastornos Témporomandibulares (TTM):

**Definición Conceptual:**

Grupo de variados problemas clínicos que involucran la musculatura masticatoria, las articulaciones témporomandibulares, y las estructuras asociadas (Michelotti et al., 2004; Michelotti et al., 2005; Medlicott y Harris, 2006; McNeely et al., 2006; Stowell et al., 2007; Türp et al., 2007; Meeder et al., 2010).

**Tipo de Variable:** Variable cualitativa nominal.

**Definición Operacional:**

Pacientes con sintomatología de dolor orofacial que puede o no estar acompañado de dolor cervical, espontáneo o provocado, agudo o crónico, de origen no dentario, sino muscular o articular que involucran la musculatura



masticatoria, las articulaciones temporomandibulares, y las estructuras asociadas, y/o sintomatología de impotencia funcional del mismo origen.

#### **5.6.4 Escala Numérica de Dolor**

**Definición conceptual:** Escala de dolor unidimensional creada por Downie, que consiste en una escala separada del 0 al 10 donde el paciente debe calificar el dolor que presenta en la escala desde “sin dolor” o 0 y “Dolor Insoportable” o 10.

**Tipo de variable:** Variable cuantitativa discreta.

**Definición Operacional:**

Pacientes que presenten dolor al momento de ser derivados al servicio de TTM asociado o no a impotencia funcional, percibido en dos tiempos, al inicio del tratamiento y al momento de la realización de la encuesta, posterior a una cuarta sesión. Divididos del 0 al 10.

#### **5.6.5 Escala numérica de Impotencia Funcional**

**Definición conceptual:** Escala numérica adaptada de la escala numérica de Dolor que va del 0 al 10 identificando el grado de impotencia que presenta el paciente al momento inicial del tratamiento y al momento de realización de la encuesta.

**Tipo de Variable:** Variable cuantitativa discreta.

**Definición Operacional:**

Pacientes que presenten impotencia funcional al momento de ser derivados al servicio de TTM asociado o no a dolor, percibido en dos tiempos, al inicio del tratamiento y al momento de la realización de la encuesta, posterior a una cuarta sesión. Divididos del 0 al 10.

#### **5.6.6 Pago por prestación de Salud.**

**Definición Conceptual:** Alternativas específicas para el formulario encuesta de estas tesis, correspondientes a 3 ítem: Gratuidad, pago de porcentaje de la prestación, pago en totalidad de la prestación.

**Tipo de variable:** Variable Cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Pacientes marcan una alternativa de las tres para manifestar el pago que realizan por la prestación. Siendo 1.-Gratuitamente. 2.- pagando un porcentaje y 3.- Pagando la totalidad del tratamiento.

### **5.6.7 Conformidad con la atención**

**Definición Conceptual:** Pacientes pueden mostrar conformidad o disconformidad con el tratamiento recibido por parte de los clínicos.

**Tipo de Variable:** Cualitativa dicotómica

**Definición Operacional:** Pacientes marcan entre dos alternativas SI o NO con respecto a la conformidad con el tratamiento recibido.

### **5.7 Métodos e Instrumentos Utilizados:**

Para la presente tesis se utilizarán 3 instrumentos para medir las variables sociocognitivas detallando su validación a continuación, y además el uso de la ficha clínica de cada paciente para evaluar la asistencia las citas programadas por su Especialista. Detallados en Anexos 1, 2 y 3.

#### **5.7.1 Escala de Medición Locus de Control**

Para calificar éste instrumento, se sumaran, para el locus de control en salud interno los incisos 1, 6, 8, 12, 13 y 17. Para otros poderosos, 3, 5, 7, 10, 14 y 18. Finalmente, la dimensión de azar será determinada por la sumatoria de los ítems 2, 4, 9, 11, 15 y 16. En cada dimensión, los puntajes varían de 6 a 30 puntos, a mayor valor, es menor la creencia de que cada factor controle la salud del sujeto.

#### **5.7.2 Asistencia a citas programadas**

Utilización de las fichas clínicas de cada paciente para evaluar la asistencia a la consulta con el odontólogo tratante, cumpliendo con el plan de tratamiento y estipulando en una base de datos por los investigadores mediante porcentajes de acuerdo al número de sesiones citadas versus las asistidas. Indexando a una tabla Excel para su posterior análisis.

#### **5.7.3 Factores Relacionados.**

Utilización de un formulario tipo encuesta consistente en 9 preguntas que los pacientes contestarán al momento de realizar la encuesta de Locus de Control Que describirán el comportamiento en cuanto a: Conformidad con el tratamiento, EVA de dolor al inicio del tratamiento y otra al momento actual, EVA de impotencia funcional, pago o costeo del tratamiento, Tipo de tratamiento recibido y Nivel de escolaridad. Indexando posteriormente los resultados a una tabla Excel para su posterior análisis.

## **VI. RESULTADOS**

### **6.1 Validación estadística del instrumento**

Escala de Locus de Control en Salud. Desarrollado por Wallston (1987), mide creencias de expectativas generalizadas respecto a la salud en tres dimensiones: locus de control interno, otros poderosos y azar. Cada una de estas escalas tiene seis ítems que miden la fuerza de diferentes creencias de control mediante una escala Likert de seis puntos, que van desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”.

Luego de aplicado el análisis de confiabilidad a cada una de las escalas obtenemos para locus de control en salud que corresponde a los ítems 1, 6, 8, 12, 13, y 17, el valor de indicador es 0,613 que corresponde a un nivel aceptable, para la escala otros poderosos que corresponde a los ítems 3, 5, 7, 10, 14, y 18, el valor de indicador es 0,702 que corresponde a un nivel aceptable y finalmente para la escala azar que corresponde a los ítems 2, 4, 9, 11, 15 y 16, el valor del indicador es de 0,425, que es un nivel no aceptable.

Los ítems de locus control en salud tienen una correlación elemento total-correctada (discriminación), entre 0,234 y 0,446 ; Los ítems de otros poderosos tienen una correlación (discriminación) entre 0,364 y 0,514 ; Los ítems de azar tienen una correlación (discriminación) entre -0,013 y 0,385, la pregunta número 4 mide lo contrario a lo que miden las pregunta restantes.

### Locus de Control en Salud

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,607	6

Estadísticos de los elementos			
Ítems	Media	Desviación típica	N
1.Si enfermo , es mi propia conducta la que determina qué tan pronto me alivie	4,88	1,282	10
6. Yo tengo el control de mi salud.	4,06	1,535	10
8. Si me enfermo, yo tengo la Culpa.	3,27	1,484	10
12. Lo que más afecta a mi salud es lo que yo mismo hago.	4,40	1,673	10
13. Si me cuido, puedo evitar enfermarme.	5,29	1,304	10
17. Si hago las cosas adecuadas, puedo conservar mi salud.	5,17	1,173	10

<b>Estadísticos de la escala</b>			
Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
27,06	24,443	4,944	6

**Tabla III: Tabla de Validación para el constructo Locus Interno.**

<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,702	6

<b>Estadísticos de los elementos</b>			
Ítems	Media	Desviación típica	N
3. La mejor forma de evitar enfermarme es consultar con frecuencia a mi médico	4,23	1,741	10
5. Cuando no me siento bien debo consultar a un buen médico.	4,56	1,529	10
7. Mi familia tiene mucho que ver con mi estado de salud, ya sea si me enfermo o si estoy sano.	3,88	1,734	10
10. Mi salud se debe a la acción de médicos y Enfermeras.	3,17	1,506	10
14. Cuando me recupero de una enfermedad se debe casi siempre a que otras personas me han estado cuidando bien.	3,92	1,285	10
18. Con respecto a mi salud, yo sólo puedo hacer lo que mi doctor me indique.	4,10	1,341	10

<b>Estadísticos de la escala</b>			
Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
23,85	33,957	5,827	6

**Tabla IV: Tabla de Validación para el constructo Locus Otros Poderosos.**

<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,425	6

<b>Estadísticos de los elementos</b>			
	Media	Desviación típica	N
2.Sin importar lo que yo haga, si me he de enfermar me enfermaré	3,40	1,685	10
4. La mayoría de las cosas que afectan mi salud me ocurren por accidente.	2,65	1,376	10
9. La suerte tiene mucho que ver en qué tan pronto me recuperaré de una enfermedad.	1,92	1,127	10
11. Mi buena salud es en gran parte producto de la buena suerte.	1,69	0,971	10
15. Sin importar lo que haga, es probable que me Enferme.	3,42	1,686	10
16. Si así está en mi destino, seguiré estando sano.	3,31	1,764	10

<b>Estadísticos de la escala</b>			
Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos

Estadísticos de la escala			
Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
16,38	19,984	4,470	6

**Tabla V: Tabla de Validación para el constructo Locus Azar.**

## 6.2. Análisis resultados de la muestra

### Locus predominante

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Azar	2	4,2	4,2	4,2
Interno y Otros P	1	2,1	2,1	6,3
Válidos Locus interno	29	60,4	60,4	66,7
Otros poderosos	16	33,3	33,3	100,0
Total	48	100,0	100,0	

**Tabla VI:** Del total de la muestra un 60,4 % presentan un locus predominante de Locus interno, Otros poderosos un 33,3 % y Azar un 4,2 %.

Se aplicó el test estadístico Chi-Cuadrado, para evidenciar la relación/independencia existentes entre la hipótesis nula: Hay independencia entre las variables, contrastando con la hipótesis alternativa: No existe independencia entre las variables, con un 95% de confiabilidad.

Tabla de contingencia Locus predominante * Porcentaje a citas programadas										
Recuento										
		Porcentaje a citas programadas x (100)								Total
		0,63	0,70	0,71	0,75	0,80	0,85	0,88	1,00	
Locus predominante	Azar	1	0	0	1	0	0	0	0	2
	Interno y Otros P	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	Locus interno	0	0	1	5	3	0	0	20	29

	Otros poderosos	0	1	3	0	2	1	1	8	16
Total		1	1	4	7	5	1	1	28	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,243 <sup>a</sup>	21	0,002
Razón de verosimilitudes	28,956	21	0,115
N de casos válidos	48		
a. 30 casillas (93,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.			

**Tabla VII: Tabla de contingencia Locus predominante versus Porcentaje a citas programadas y prueba de Chi-cuadrado para las variables.**

En este caso se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto existe relación entre las variables Locus predominante y Porcentaje a citas programadas. El nivel significancia es de 0,002, muy inferior a 0,05 que corresponde al área de rechazo de la hipótesis.

	Porcentaje a citas Programadas x (100%)	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0,63	1	2,1%	2,1%
	0,70	1	2,1%	4,2%
	0,71	4	8,3%	12,5%
	0,75	7	14,6%	27,1%
	0,80	5	10,4%	37,5%
	0,85	1	2,1%	39,6%
	0,88	1	2,1%	41,7%
	1,00	28	58,3%	100,0%
	Total	48	100,0%	

**Tabla VIII:** El porcentaje a citas de los pacientes que no asisten regularmente y que están bajo el 75% de citas programas incluyéndose éstas, corresponde al 27,1%.

Tabla de contingencia Tipo de tratamiento * Costeo del tratamiento					
Recuento					
		Costeo del tratamiento			Total
		Gratuitamente	paga total	paga un porcentaje	
Tipo de tratamiento	Farmacológico	0	0	1	1
	Farmacológico y Ortopédico	2	1	9	12
	Ortopédico	2	2	31	35
Total		4	3	41	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,751 <sup>a</sup>	4	0,781
Razón de verosimilitudes	1,703	4	0,790
N de casos válidos	48		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

**Tabla IX:** Tabla de contingencia tipo de tratamiento versus costeo del tratamiento y prueba de Chi-cuadrado.

En este caso no se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto existe independencia entre las variables tipo de tratamiento y costeo del tratamiento. El nivel significancia es de 0,781, muy superior a 0,05 que corresponde al área de rechazo de la hipótesis.



<b>Tabla de contingencia Tipo de tratamiento * Locus predominante</b>						
Recuento						
		Locus predominante				Total
		Azar	Interno y Otros P	Locus interno	Otros poderosos	
Tipo de tratamiento	Farmacológico	0	0	1	0	1
	Farmacológico y Ortopédico	0	1	8	3	12
	Ortopédico	2	0	20	13	35
Total		2	1	29	16	48

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,878 <sup>a</sup>	6	,560
Razón de verosimilitudes	5,478	6	,484
N de casos válidos	48		
a. 9 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.			

**Tabla X:** Tabla de contingencia tipo de tratamiento versus locus predominante y prueba de Chi-cuadrado.

Al relacionar tipo de tratamiento versus Locus predominante, la mayoría (35) lo hace con tratamiento ortopédico 12 lo hicieron de forma combinada y solo un apersona recibió exclusivamente tratamiento farmacológico.

<b>Tabla de contingencia Porcentaje de citas programadas * Costeo del tratamiento</b>					
Recuento					
		Costeo del tratamiento			Total
		Gratuitamente	paga total	paga un porcentaje	

Porcentaje a citas programadas	,63	0	0	1	1
	,70	0	0	1	1
	,71	0	0	4	4
	,75	1	0	6	7
	,80	0	0	5	5
	,85	0	0	1	1
	,88	0	0	1	1
	1,00	3	3	22	28
Total		4	3	41	48

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,192 <sup>a</sup>	14	,994
Razón de verosimilitudes	6,284	14	,959
N de casos válidos	48		
a. 22 casillas (91,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.			

**Tabla XI:** Tabla de contingencia porcentaje de citas programadas versus costeo del tratamiento y prueba de Chi-cuadrado.

Para los porcentajes a citas programadas y su relación respecto al costo del tratamiento, se encuentra que 13 personas tiene asistencia inferior al 75 % todos tienen un costo del tratamiento pagando solo un porcentaje de este.

Tabla de contingencia Porcentaje de citas programadas * Nivel de escolaridad					
Recuento					
	Nivel de escolaridad				Total
	Básica completa	Media completa	Técnica completa	Universitaria completa	

Porcentaje a citas programadas	,63	0	0	1	0	1
	,70	0	1	0	0	1
	,71	2	1	0	1	4
	,75	1	5	1	0	7
	,80	0	2	1	2	5
	,85	0	0	0	1	1
	,88	0	0	0	1	1
	1,00	6	10	6	6	28
Total		9	19	9	11	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,115	21	,452
Razón de verosimilitudes	21,829	21	,409
N de casos válidos	48		

- a. 28 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,19.

**Tabla XII:** Tabla de contingencia porcentaje de citas programadas versus nivel de escolaridad y prueba de Chi-cuadrado.

El mayor número de baja asistencia a las citas programadas corresponde a personas con un nivel de escolaridad de educación media completa con un total de 7, después 3 individuos con educación básica completa y 2 técnica completa y 1 Universitaria completa en orden decreciente respectivamente.

Tabla de contingencia Sexo * Porcentaje a citas programadas										
Recuento										
		Porcentaje a citas programadas							Total	
		,63	,70	,71	,75	,80	,85	,88		1,00
Sexo	F	1	1	4	5	3	1	1	21	37
	M	0	0	0	2	2	0	0	7	11
Total		1	1	4	7	5	1	1	28	48

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,400 <sup>a</sup>	7	,846
Razón de verosimilitudes	5,077	7	,651
N de casos válidos	48		

**Tabla XIII:** Del total de pacientes con porcentaje inferior o igual al 75 %, 11 personas eran de sexo femenino, representando un 29,7 % de las mujeres con baja asistencia. Y 2 personas con baja asistencia eran hombres representando un 18,1 %

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Farmacológico	1	2,1	2,1	2,1
	Farmacológico y Ortopédico	12	25,0	25,0	27,1
	Ortopédico	35	72,9	72,9	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

**Tabla XIV:** Tipo de tratamiento.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	71%	1	7,7%	7,7%
	75%	3	23,1%	30,8%
	80%	1	7,7%	38,5%
	100%	8	61,5%	100,0%
	Total	13	100,0%	

**Tabla XV:** Frecuencias Dolor por Asistencia a citas.

Las personas derivadas por dolor, los que asistieron a menos del 75% de las citas, corresponden a un 30,8%.

Porcentaje a citas programadas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
70%	1	6,7%	6,7%
75%	3	20,0%	26,7%
Válidos 100%	11	73,3%	100,0%
Total	15	100,0%	

**Tabla XVI:** Frecuencias Dolor e IF por Asistencia a citas.

Las personas derivadas por dolor e Impotencia Funcional, los que asistieron a menos del 75% de las citas, corresponden a un 26,7%.

Porcentaje a citas programadas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
63%	1	5,3%	5,3%
71%	3	15,8%	21,1%
75%	1	5,3%	26,3%
80%	4	21,1%	47,4%
85%	1	5,3%	52,6%
88%	1	5,3%	57,9%
Válidos 100%	8	42,1%	100,0%
Total	19	100,0%	

**Tabla XVII:** Frecuencias Impotencia Funcional por Asistencia a citas.

Las personas derivadas por Impotencia Funcional, los que asistieron a menos del 75% de las citas, corresponden a un 26,3%.

Hay una derivación al tratamiento que no aplica.

	Porcentaje a citas programadas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	63%	1	2,9%	2,9%
		4	11,4%	14,3%
	71%			
	75%	4	11,4%	25,7%
	80%	4	11,4%	37,1%
	85%	1	2,9%	40,0%
	88%	1	2,9%	42,9%
	100%	20	57,1%	100,0%
	Total	35	100,0%	

**Tabla XVII:** Frecuencias tratamiento ortopédico por Asistencia a citas.

Las personas que reciben tipo de tratamiento ortopédico, los que asistieron a menos del 75% de las citas, corresponden a un 25,7%.

	Porcentaje a citas programadas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	70%	1	8,3%	8,3%
	75%	3	25,0%	33,3%
	100%	8	66,7%	100,0%
		Total	12	100,0%

**Tabla XIX:** Frecuencias Farmacológico y ortopédico por Asistencia a citas.

Las personas que reciben tipo de tratamiento farmacológico y ortopédico, los que asistieron a menos del 75% de las citas, corresponden a un 33,3%.

Existe sólo un tratamiento farmacológico.

Porcentaje a citas programadas		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	63%	1	50,0%	50,0%
	75%	1	50,0%	100,0%
	Total	2	100,0%	

**Tabla XX: Frecuencias de Locus Azar por Asistencia a citas.**

Las personas que poseen el Locus Azar, los que asistieron a menos del 75% de las citas, corresponden a un 50,0%.

Porcentaje a citas programadas		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	71%	1	3,4%	3,4%
	75%	5	17,2%	20,7%
	80%	3	10,3%	31,0%
	100%	20	69,0%	100,0%
	Total	29	100,0%	

**Tabla XXI: Frecuencias de Locus Interno por Asistencia a citas.**

Las personas que poseen Locus Interno, los que asistieron a menos del 75% de las citas, corresponden a un 20,7%.

Porcentaje a citas programadas		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	70%	1	6,3%	6,3%



s	71%	3	18,8%	25,0%
	80%	2	12,5%	37,5%
	85%	1	6,3%	43,8%
	88%	1	6,3%	50,0%
	100 %	8	50,0%	100,0%
	Tota l	16	100,0%	

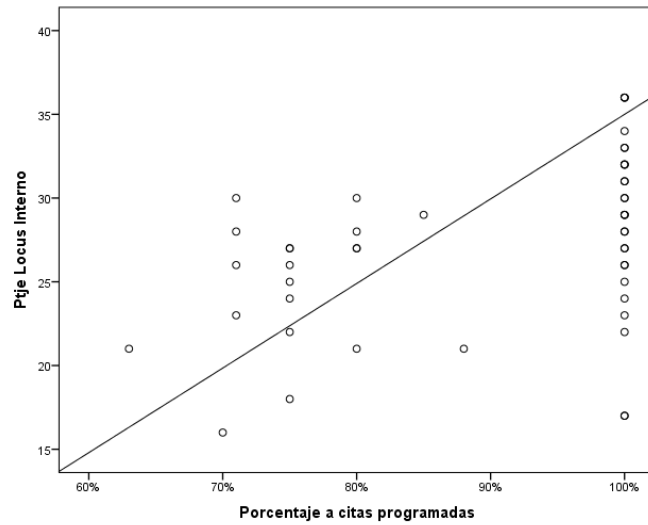
**Tabla XXII: Frecuencias de locus Otros Poderosos por Asistencia a citas**

Las personas que poseen Locus Otros Poderosos, los que asistieron a menos del 75% de las citas, corresponden a un 25,0%.

### 6.3 Correlaciones

Correlaciones			
		Ptje Locus Interno	Porcentaje a citas programadas
Ptje Locus Interno	Correlación de Pearson	1	0,407**
	Sig. (bilateral)		0,004
	N	48	48
Porcentaje a citas programadas	Correlación de Pearson	0,407**	1
	Sig. (bilateral)	0,004	
	N	48	48
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).			

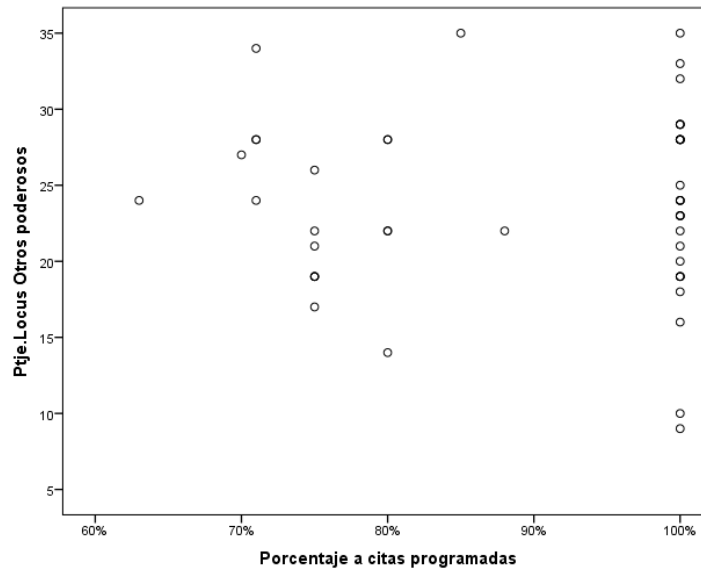
**Tabla XXIII:** Existe una correlación estadísticamente significativa entre Puntaje de locus interno y Porcentaje a citas programadas.



**Figura I,** Grafico que representa la tendencia de puntaje de Locus Interno y porcentaje a asistencia programada. En el gráfico podemos observar que a mayor porcentaje de asistencia a citas programadas, aumenta el puntaje de locus interno, teniendo una correlación de 0,407.

<b>Correlaciones</b>			
		Ptje.Locus Otros poderosos	Porcentaje a citas programadas
Ptje.Locus Otros poderosos	Correlación de Pearson	1	-0,023
	Sig. (bilateral)		0,878
	N	48	48
Porcentaje a citas programadas	Correlación de Pearson	-,0023	1
	Sig. (bilateral)	0,878	
	N	48	48

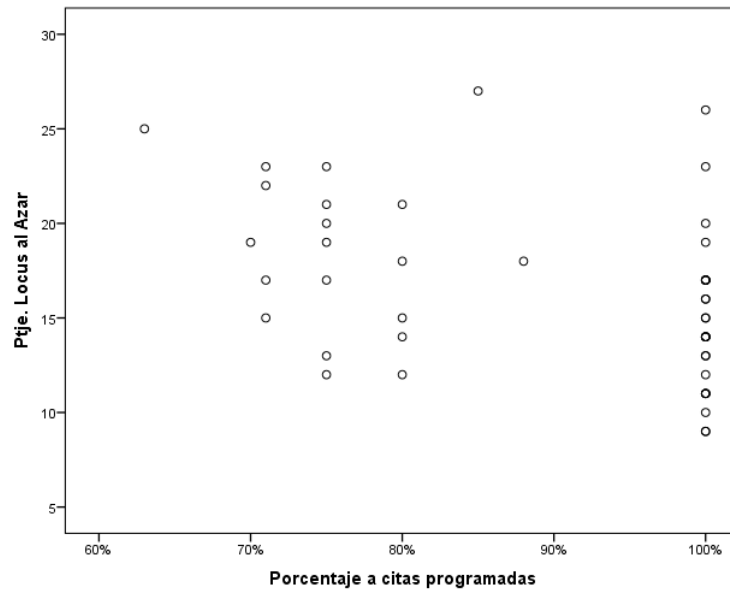
**Tabla XXIV:** Existe una correlación estadísticamente significativa entre Puntaje de locus otros poderosos y Porcentaje a citas programadas.



**Figura II**, Gráfico que representa la tendencia de puntajes altos en locus Otros Poderosos y porcentaje de asistencia programada.

<b>Correlaciones</b>			
		Ptje. Locus al Azar	Porcentaje a citas programadas
Ptje. Locus al Azar	Correlación de Pearson	1	-0,427**
	Sig. (bilateral)		,002
	N	48	48
Porcentaje a citas programadas	Correlación de Pearson	-0,427**	1
	Sig. (bilateral)	0,002	
	N	48	48
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).			

**Tabla XXV**: Existe una correlación estadísticamente significativa entre Puntaje de locus al azar y Porcentaje a citas programadas.



**Figura III**, Gráfico que representa puntajes altos en Locus azar y su relación con porcentaje a citas programadas.

## VII.-DISCUSIÓN

La muestra seleccionada para este estudio se compuso de 48 individuos mayores de 14 años pertenecientes a la Central Odontológica de la 1° zona naval, sede Viña del Mar, atendidos en la especialidad de Trastornos Temporo Mandibulares y Dolor orofacial donde se evaluó a los pacientes mediante una encuesta para medir asistencia a citas programadas y locus de control (MHCL) según el modelo propuesto por Wallston.

Considerando que distintas patologías crónicas miden su adherencia al tratamiento según la asistencia a citas programadas (Hershberger et al.,1999; McEvoy et al.,2003;Cashman et al.,2004;Karter et al.,2004;Turner y Dworkin.,2004;Schechtman et al.,2008) es que se ha utilizado como un correlato simplificado de adherencia al tratamiento.

La adherencia al tratamiento es significativa al evaluar patologías crónicas como asma, cáncer, depresión, diabetes, epilepsia, SIDA, hipertensión y tuberculosis (Sabaté,2003) e incluye acciones como buscar atención médica , adquirir las recetas, tomar los medicamentos de forma adecuada, asistir a citas de seguimiento y llevar a cabo autotratamiento (Sabaté,2003).

Una pobre adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas constituye un problema a grandes escalas. Enfermedades crónicas como obesidad, hipertensión y depresión presentan comorbilidades que hacen difícil cumplir los tratamientos (Sabaté,2003)lo que se ve retroalimentado con el hecho de que pobres niveles de adherencia aumentan la probabilidad de malos resultados terapéuticos (Lustman et al.,1997;Ciechanowski et al., 2000).

De esta forma y validando la correlación entre la adherencia al tratamiento y asistencia a citas una pobre asistencia al tratamiento también constituye un efecto sobre los resultados de la patología controlada, de este modo Schechtman et al., (2008), en un estudio de 4253 pacientes concluye que la adherencia a las citas independientes de la frecuencia de la visita, es un fuerte predictor de control metabólico de la diabetes, proponiendo además que el comportamiento del paciente en cuanto a citas perdidas puede servir como un indicador de conductas de adherencia en diabetes y de las barreras asociadas que sirven para minar al autocuidado en esta enfermedad.

En este estudio para medir la adherencia, se categorizó la adherencia como buena o mala, reconociendo como buena a aquella donde el paciente tuviese un porcentaje mayor al 75% de asistencia de las citas, con un mínimo de 4 citas asistidas, eligiéndose este sistema en base al tiempo disponible para el estudio y la periodicidad de las citas que se asignan en el servicio en el que se realizó la investigación que en algunas ocasiones exceden el mes.

En el presente Seminario de Tesis se considera la medición de asistencia a citas programadas como una forma directa de medir adherencia al tratamiento. Al medir asistencia en pacientes con trastornos temporomandibulares, un 72,9 % de los pacientes demostró una buena adherencia demostrada por una asistencia > al 75%.

Un 27,1 % de los pacientes se considera con mala asistencia (< o = a 75%)(Tabla VII) Esto cae dentro del rango descrito por (Dunbar-Jacob et al.,2000) quien en un estudio de adherencia a enfermedades crónicas que las tasas de inasistencia a las citas de control fluctúan entre un 8% a un 63%.

El valor más bajo de asistencia fue un 63%. Siendo un total de 13 pacientes que se encontraron con un porcentaje inferior o igual al 75% de asistencia a citas programadas(Tabla VIII)

En la literatura, puede apreciarse un amplio rango en la medición de adherencia, lo que tiene relación tanto como el tipo de enfermedad considerada como con la forma de medir adherencia, por ejemplo, las tasas de adherencia son ampliamente elevadas en pacientes con condiciones agudas en relación a aquellos con patologías crónicas. La persistencia de los pacientes con condiciones crónicas es francamente baja cayendo abruptamente después de los 6 meses de terapia (Osterberg y Blaschke,2005).

De esta forma se estima que al adherencia a terapias a largo plazo para patologías crónicas en países desarrollados es en promedio un 50%, mientras que en países en desarrollo las tasas son aún más bajas (Sabaté,2003).

Independiente de la forma de medición de adherencia, la asistencia a citas forma parte de todos los tratamientos impartidos en enfermedades crónicas, por lo que en mayor o menor escala las cifras de los estudios de adherencia pueden correlacionarse con este indicador.

Independiente de la técnica usada para medir adherencia los umbrales que la definen como “buena” y “mala” son ampliamente utilizados. En la practica según Sabaté, 2003, en estudio de adherencia a la medicación, el cumplimiento categorizado en umbrales “bueno” y “malo” no podría existir porque el fenómeno de respuesta a la dosis es una función continua (Sabate, 2003).

La adherencia es frecuentemente reportada como variable dicotómica (adherencia v/s no adherencia) y puede variar entre un 0 a un 100%, ya que los pacientes ingieren a veces más que la cantidad prescrita de los medicamentos (Osterberg y Blashcke,2005).

De acuerdo a Sabaté (2003)se dice que la adherencia es un modificador importante de la eficacia del sistema de salud. Los resultados en salud predichos por los datos de la eficacia al tratamiento no pueden ser logrados, a menos que se empleen las tasas de adherencia para planificar los proyectos de evaluación. Aumentar al efectividad de las intervenciones de adherencia podría tener un

importante impacto sobre la salud e la población, efecto que podría superar cualquier otra mejora en los tratamientos médicos específicos (Sabaté,2003).

Al medir adherencia existen muchos factores que la modulan y que dependen tanto del paciente como del clínico. Se encuentran así factores socioeconómicos del sistema de salud, características relacionadas con las enfermedades en curso, eventos de la vida cotidiana tanto familiares como laborales y factores culturales y sicosociales propios del paciente.

Siendo la adherencia un proceso dinámico es fundamental que exista una disposición del paciente a colaborar con el clínico y seguir indicaciones que pueden variar desde tomar medicamentos, cambiar estilos de vida, seguir **instrucciones** como usar un plano de relajación o hacer terapias físicas( Sabaté 2003).

En el estudio se hizo evidente que las características propias del sistema de atención tenían gran importancia en la adherencia de los pacientes. La central odontológica de la 1° zona Naval, sede Viña del Mar, es un servicio público de atención secundaria para los pacientes pertenecientes a las fuerzas armadas y cargas, lo que implica una alta demanda de atención y listas de esperas y periodos entre citaciones que no sobrepasan los 30 días.

Además se encontró que casi la totalidad de la muestra financiaba el tratamiento pagando solo un porcentaje de este (41 pacientes) o de forma gratuita (4 pacientes) y pagando al totalidad 3 pacientes. (Tabla IX y XI). Siendo un elemento no relevante a la hora de involucrarse con el tipo de tratamiento recibido, la asistencia a citas programas (tablas XI ) además del hecho de que el paciente puede no participar directamente en el pago del tratamiento, lo que crea una perspectiva diferente en cuanto a cuanto realmente cuesta el tratamiento en el servicio dental.

En cuanto a estrategia para mejorar la adherencia a medicamentos Osterberg y Blashke (2005) creen en la importancia de educar al paciente y una mejor comunicación entre médicos y usuarios.

Rains et al (2006) para mejorar la adherencia al tratamiento plantea medidas de carácter administrativo como recordar citas perdidas y orientación clínica. Además señala un enfoque sicoeducacional que implica educar al paciente e involucrarlo en la planificación de su tratamiento sumado a la entrega de material impreso.

Al evaluar el porcentaje a citas programadas con respecto al nivel de escolaridad (Tabla XII) nos encontramos que al evaluar estadísticamente no existiría relación entre las variables para la muestra evaluada, aun así el mayor número de pacientes con baja asistencia a las citas programadas corresponden a usuarios con un nivel de escolaridad media completa.

Al evaluar Sexo de los pacientes versus porcentaje de asistencia a citas programadas, no se encuentra asociación estadística. Además se debe señalar que un mayor número de pacientes era de sexo femenino.(Tabla XIII)

Dentro del estudio se evaluó los motivos de derivación al servicio, considerando tres: Sólo dolor, sólo impotencia Funcional o ambos. De los cuales 13 fueron derivados sólo por dolor; por dolor e Impotencia funcional 15, y sólo por impotencia funcional 19. De los derivados por dolor los que presentaron baja asistencia citas fueron 4 pacientes, mientras que por Dolor e Impotencia funcional fueron 4 y derivadas sólo por Impotencia funcional fueron 5 pacientes con una baja asistencia. (Tablas XV, XVI y XVII)

### **Locus Predominante**

Tras medir la asistencia a citas se evaluó el Locus de control de acuerdo al modelo de Wallston (MHLC).

El modelo ha sido ampliamente validado a lo largo del tiempo El Multidimensional Health Locus of Control fue desarrollado por Ken Wallston et al., at Vanderbilt University y consiste en tres escalas (A, B, and C). Formas A y B son las "generales" escalas de control en salud que han sido usadas desde mediados de 1970's y que fue por primera vez descrita por Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978.

Para la validación del instrumento aplicado a la muestra, esta fue puesta a prueba en una muestra piloto de 15 personas, Luego de aplicado el análisis de confiabilidad a cada una de las escalas se obtuvo que para locus de control en salud que corresponde a los ítems 1, 6, 8, 12, 13, y 17, el valor de indicador es 0,613 que corresponde a un nivel aceptable, para la escala otros poderosos que corresponde a los ítems 3, 5, 7, 10, 14, y 18, el valor de indicador es 0,702 que corresponde a un nivel aceptable y finalmente para la escala azar que corresponde a los ítems 2, 4, 9, 11, 15 y 16, el valor del indicador es de 0,425, que es un nivel no aceptable. Probablemente por la cantidad mínima de la muestra.

Los ítems de locus control en salud tienen una correlación elemento total-corregida (discriminación), entre 0,234 y 0,446 ; Los ítems de otros poderosos tienen una correlación (discriminación) entre 0,364 y 0,514. Por lo que el instrumento cuenta con la validación estadística así como el entendimiento a cabalidad de las preguntas por parte de los encuestados.(Tablas III, IV, V)

Por el anexo referente a otras variables se validó con respecto a la opinión de un experto especialista, en la especialidad de Tm y Dolor Orofacial.

Aya Kuwahara, Yoshikazu Nishino, Takayoshi Ohkubo, Ichiro Tsuji, Shigeru Hisamichi and Toru en 2004 estudiaron la validación del instrumento, este fue puesto a prueba en 2388 hombres y 2454 mujeres entre 40-79 años en Japón,



que relacionaron el modelo de MHLC con variables socio demográficas , comportamiento en salud así como el hábito de fumar y beber alcohol. El valor Cronbach alpha para la escala MHLC estuvo en el rango de 0.62-0.76.

Así además los hombres y mujeres mayores y los sujetos con menor nivel educacional mostraban más un comportamiento de tipo “externo” que se relaciona con otros reportes frente al tema, los sujetos con malos hábitos como fumar y beber también presentaron un mayor comportamiento de tipo “externo”.

Del total de la muestra un 60,4 % presentan un locus predominante de Locus interno, Otros poderosos un 33,3 % y Azar un 4,2 %. (Tabla VI)

El objetivo fue buscar la forma de poder correlacionar este modelo con la asistencia a citas de modo de encontrar posibles puntos de intervención que permitan mejorar la adherencia y con ello los resultados del tratamiento. Para esto se usaron cuestionarios entregados a los pacientes en el momento de la citación.

Con respecto a Locus de Control un 60,4 % de los pacientes presenta un Locus predominante de tipo Interno un 33,3% Otros poderosos y 4,2% de Locus de azar para la muestra total de n=48 individuos.

Al asociar Locus de Control con la asistencia a las citas para esta investigación se encontró que en este caso se rechaza la hipótesis nula de independencia entre las variables, por lo tanto existe relación entre las variables Locus predominante y Porcentaje a citas programadas. El nivel de significancia es de 0,002, muy inferior a 0,05 que corresponde al área de rechazo de la hipótesis.(Tabla VII)

En el Gráfico 1, podemos observar que a mayor porcentaje de asistencia a citas programadas, aumenta el puntaje de locus interno, teniendo una correlación de 0,407.(Tabla XXIII)

A su vez existe una correlación estadísticamente significativa entre puntaje de locus interno y porcentaje de citas programadas , siendo que a un mayor puntaje de locus interno existe una tendencia a un mayor porcentaje de citas programadas.(Tabla XXIII)

En el gráfico 2, la tendencia es de que a un mayor puntaje para el constructo Locus Otros poderosos, la inclinación es de un menor porcentaje de citas programadas. Esta relación es estadísticamente significativa.(Tabla XXIV)

En el gráfico 3, se observa una tendencia similar a la del constructo Locus de azar, siendo que a mayor puntaje para este ítem la asistencia a las citas programadas disminuye. Esto se relaciona debido a que ambos constructos, Otros poderosos y Azar, corresponden a un constructo mayor de Locus Externo. Esta relación también es estadísticamente significativa.(Tabla XXV)

Por otra parte Lewis et al (1978) encontraron una asociación significativa entre Locus de Control interno y asistencia, esta última fue medida a través de autoreporte.

Omeje y Nebo(2011) al determinar si existía relación entre adherencia al tratamiento y locus de control en pacientes hipertensos encontraron una correlación positiva entre Locus interno y Adherencia al tratamiento, así los pacientes con este tipo de Locus Adhieren en mayor medida que aquellos con Locus Otros poderosos o Azar.

Estos resultados mostraron que la escala de MHLC tienen suficiente consistencia y validez en la población de la muestra. Como se señala también en un estudio japonés de validez del instrumento usado en la presente tesis.(Hosokawwa,2004

El uso de la escala de MHLC debiese ayudar a un mejor entendimiento en el comportamiento de salud de la población así como su desarrollo y confección de programas de salud

## VIII.-CONCLUSION

En base a los resultados obtenidos en este estudio realizado en la central Odontologica de la 1° zona Naval, sede Viña del Mar, podemos concluir que:

1. Un 27,1 % del total de pacientes presentaron una baja asistencia.
2. Del total de pacientes de la muestra; 29 corresponden a locus predominante de Locus interno (60,4 %) , 16 corresponden a Locus Otros poderosos( 33,3 %) y 2 corresponden a Locus Azar( 4,2 %).
3. Del total de pacientes con Locus interno predominante 6 personas presentaron baja asistencia, Del total de pacientes con Locus Otros poderosos 4 presentaron baja asistencia, y del total de pacientes con Locus Azar 2 presentaron baja asistencia.
4. Existe relación estadísticamente significativa entre las variables Locus de Control y Asistencia a citas programadas.
5. Existe una relación estadísticamente significativa entre puntaje alto en Locus Interno y mayor porcentaje a citas programadas.
6. Al asociar Locus de Control con variables psicosociales, no existe asociación estadísticamente significativa.
7. Al asociar Asistencia a citas programas con variables psicosociales , no existe una asociación estadísticamente significativa.

## **IX.- SUGERENCIAS**

Debido al tamaño de la muestra y realizada en un solo centro asistencial, donde la casuística no admite multidimensionalidad con respecto a los factores sexo, nivel sociocultural y socioeconómico, no es posible extrapolar los resultados obtenidos a un nivel global, por lo que sería necesario hacer un estudio multicéntrico con un muestra aumentada para analizar debidamente todos los factores involucrados en la evaluación de adherencia al tratamiento.

A su vez, debido a la proxemia entre citas no fue posible hacer un seguimiento durante un prolongado período de tiempo al disponer de pocos meses para evaluar la muestra, por lo que sería imperioso contar con más tiempo para el acucioso análisis respectivo.

Por otra parte, existe diversidad con respecto al tipo de tratamiento recibido, por lo que se sugiere obtener dentro de la muestra cantidades similares para cada tipo de terapia y así acotar los resultados obtenidos.

Analizar distintos factores que influyen en la adherencia al tratamiento, como relación paciente/clínico, evaluar mediante autoreporte seguimiento de instrucciones.



## X.- RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar adherencia al tratamiento de pacientes que padecen trastornos témporomandibulares , mediante asistencia a citas programadas y su relación con Locus de Control predominante según modelo de Wallston de Locus de Control en Salud y análisis de factores relacionados en la central odontológica de la 1° Zona Naval sede Viña del Mar.

**Metodología:** En una muestra de 48 pacientes, se evaluó asistencia a tratamiento en la especialidad de TTM y DOF mediante la revisión de ficha clínica previa firma de consentimiento informado. A su vez se les realizó una encuesta para analizar Locus de Control predominante según MHLC y análisis de factores relacionados.

**Resultados:** Del total de la muestra un 27, 1% de pacientes presentaron baja asistencia. 29 pacientes corresponden a locus predominante de Lucus interno (60,4 %), 16 corresponden a Locus Otros poderosos( 33,3 %) y 2 corresponden a Locus Azar( 4,2 %). Existe una relación estadísticamente significativa entre puntaje alto en Locus Interno y mayor porcentaje a citas programadas. Al asociar Locus de Control con variables psicosociales, no existe asociación estadísticamente significativa.

**Conclusión:** Existe una relación estadísticamente significativa entre puntaje alto en Locus Interno y mayor porcentaje a citas programadas. Al asociar Locus de Control con variables psicosociales, no existe asociación estadísticamente significativa. Al asociar Asistencia a citas programas con variables psicosociales, no existe una asociación estadísticamente significativa.

**Palabras claves:** Trastornos Témporomandibulares, Asistencia a citas programadas, Locus de Control, Wallston.

## XI .- BIBLIOGRAFÍA

1. Alcorta , A., Ancer, J., Saldívar, D., Guzmán, S.,Bermúdez, MV,., Montes, J., González, JF, Tavitás, S., Rodríguez, FJ,. (2008) Medición de la salud psicosocial en estudiantes de medicina: Validación del cuestionario de Jefferson. *Interdisciplina*, 25(1) 1001-119.
2. Alencar F Jr, Becker A. (2009): Evaluation of different occlusal splints and counselling in the management of myofascial pain dysfunction." *J Oral Rehabil.* 36(2): 79-85.
3. Anderson, C. R. (1977). Locus of control, coping behaviours and performance in a stress setting: a longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 62 (4), 446-451.
4. Bandura, A (1977b) Social learning theory.Englewood Cliffs.NJ:Prentice -Hall.
5. Bandura, A (1986) Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory.Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
6. Bandura, A (1991)Self-efficacy conception of anxiety. En R. Schwarzer y R.A.Wicklund (Eds): Anxiety and self-focused attention (pp.89-110) New York:Hartwood.
7. Bumann A. Lotzmann U.(2000). Atlas de diagnóstico funcional y principios terapéuticos en odontología. España, Masson
8. Cairns BE. (2010). Pathophysiology of TMD pain-basic mechanisms and their implications for pharmacotherapy. *J Oral Rehabil.* 37(6): 391-410.
9. Corro C, Rodríguez G, Valenzuela V, Meeder W (2007): Estudio en un grupo de pacientes chilenos con trastornos temporomandibulares basado en un método de examen sistemático.
10. DiMatteo, M. R. y Robin, M. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology*, 23 (2), 207-218.
11. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA, *Ann Rheum Dis.* 1978 August; 37(4): 378–381
12. Harrison, JA., Mullen, PD., Y Green, LW (2002) A meta-analysis of studies of the health belief model with adults.*Health education research*, 7, 107-116.

13. Herch, P. y Shiebe, B. (1967). Reliability and validity of internal external control as personality dimension. *Journal Consulting Psychology*, 31, 609-613.
14. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. (2002). Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *J Am Med Assoc.* 11; 288(22): 2880-2883.
15. Hosokawa. Reliability and Validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scale in Japan: Relationship with Demographic Factors and Health-Related Behavior. *Tohoku J. Exp. Med.*, 2004, 203(1)
16. Lau, R.R, Hartman, K.A y Ware, J.E (1986) Health as a value: methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, 5, 25-43.
17. Martín A., L y Grau A, J.A (2004) La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 14 (1), 89-99.
18. Marshall, G. N., Collins, B. E. y Crooks, V. C. (1990). A comparison of two multidimensional health locus of control instruments. *Journal of Personality Assessment*, 54 (1 y 2), 181-190.
19. Meeder W, Weiss F, Maulén M, Lira D, Padilla R, Hormazábal F, Guerrero L (2010). Trastornos temporomandibulares: Perfil clínico, comorbilidad, asociaciones etiológicas y orientaciones terapéuticas. *Avances en Odontoestomatología* 26(4): 209-216.
20. Meeder W, Lovera M. (2011). Adhesión al tratamiento de pacientes que padecen de Trastornos Temporomandibulares, atendidos en el Centro de Referencia de Salud Odontológico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (C.R.S.O.) y análisis de factores de relacionados . Universidad de Valparaíso, Facultad de Odontología
21. Norman P, Bennet P, Smith C, Simon M. Locus de control en salud y el comportamiento de la salud: una investigación sobre el papel del valor asignado a la salud y las creencias de autoeficacia. *Personality and Individual Differences* 18 (2). 1995, 213-21.
22. Ortiz M., (2007) Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica, *Revista Médica de Chile* 2007; 135: 647-652



23. Ortiz G. y Ortega E.(2011), Predictive capability of treatment adherence in the socio-cognitive health beliefs models. *Psicología y Salud*, Vol. 21, Núm. 1: 79-90, enero-junio de 2011
24. OkesonJP (2012): Diagnóstico de los trastornos temporomandibulares.Tratamiento de la oclusión y afecciones temporomandibulares, p 331-361. Editorial Mosby. Madrid, España.
25. Rocabado M.(1983) Biomechanical relationship of the cranial, cervical, and hyoid regions (1983).*J craniomanbicular pract.*1983 Jun-Aug; 1:61-6
26. Rotter, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45, 489-493.
27. Sabaté (2003). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva, Switzerland: WHO.
28. Van der Meulen y cols, (2006). Self reported oral parafunctions and pain intensity in temporomandibular disorder patients. *Journal of orofacial pain*; 20: 31-35.
29. Wallston.B.S.. Wallston.K.A.. Kaplan.G.D. and haides.S.A. (1976) Development and validation of the health low of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*..44. 580-585.
30. Wallston, K. A. Wallston, B. S. y Devellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6 (2), 160-170.
31. Wallston,K.A, and Wallston.B.S. (1982) Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. InSanders,G.S. and Su1s.J. (eds). *Social Psychology of Health and Illness*. Erlbaum, Hillsdale. NJ.
32. Wallston.K.A.. Wallston.B.S. and DeVel1is.R. (1978) Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monograph*. 6. 160- 170.
33. Wallston,K.A.(1992), Hocus-Pocus, the Focus Isn't Strictly on Locus: Rotter's Social Learning Theory Modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, VoL 16. NO. 2 1992 pp. 183-199
34. Wallston, K. A. Wallston, B. S. (1981). *Health Locus of Control Scale*. En Lefcourt, H. M. (Ed.), Research with the locus of control construct (Vol 1, pp. 189-243). New York: Academic Press.

35. Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978, *Health Education Monographs*, 6, 160-170
36. Williamson A, Hoggart B. (2005) Pain: a review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs. Aug; 14(7):798-804
37. Wall PD, Melzack R (1999), eds. *Textbook of Pain* 4<sup>a</sup> ed., New York: Churchill-Livingstone.

## ANEXOS

No. de folio: \_\_\_\_\_

No. de ficha: \_\_\_\_\_

**Universidad de Valparaíso**  
**Facultad de Odontología**  
**Escuela de Odontología**

### Escala multidimensional de locus de control en salud

A continuación se presenta una lista de afirmaciones ante las que esperamos que usted responda, marcando con una "X" la opción que considere que más se acerque a lo que usted piensa. La numeración marcada del 1 al 6 indica el grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación, dependiendo lo que usted piense. Por favor ponga la "X" sobre el número, tomando en cuenta lo siguiente:

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 1. Significa "totalmente en desacuerdo" | 4. Significa "un poco de acuerdo"    |
| 2. Significa "en desacuerdo"            | 5. Significa "de acuerdo"            |
| 3. Significa "un poco en desacuerdo"    | 6. Significa "totalmente de acuerdo" |

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Si enfermo, es mi propia conducta la que determina qué tan pronto me alivie.	1	2	3	4	5	6
2. Sin importar lo que yo haga, si me he de enfermar, me enfermaré.		2	3	4	5	6
3. La mejor forma de evitar enfermarme, es consultar con frecuencia a mi médico.	1	2	3	4	5	6

4. La mayoría de las cosas que afectan mi salud me ocurren por accidente.	1	2	3	4	5	6
5. Cuando no me siento bien debo consultar a un buen médico.	1	2	3	4	5	6
6. Yo tengo el control de mi salud.	1	2	3	4	5	6
7. Mi familia tiene mucho que ver con mi estado de salud, ya sea si	1	2	3	4	5	6
8. Si me enfermo, yo tengo la Culpa.	1	2	3	4	5	6
9. La suerte tiene mucho que ver en qué tan pronto me recuperaré de una Enfermedad.	1	2	3	4	5	6
10. Mi salud se debe a la acción de médicos y Enfermeras.	1	2	3	4	5	6
11. Mi buena salud es en gran parte producto de la buena Suerte.	1	2	3	4	5	6
12. Lo que más afecta a mi salud es lo que yo mismo Hago.	1	2	3	4	5	6
13. Si me cuido, puedo evitar Enfermarme.	1	2	3	4	5	6

14. Cuando me recupero de una enfermedad se debe casi siempre a que otras personas me han estado cuidando bien.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
15. Sin importar lo que haga, es probable que me Enferme.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
16. Si así está en mi destino, seguiré estando sano.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
17. Si hago las cosas adecuadas, puedo conservar mi salud.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
18. Con respecto a mi salud, yo sólo puedo hacer lo que mi doctor me indique.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

Escala original. Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978, *Health Education Monographs*, 6, 160-170.)

No. de folio: \_\_\_ No.de ficha: \_\_\_\_\_

## ANEXO

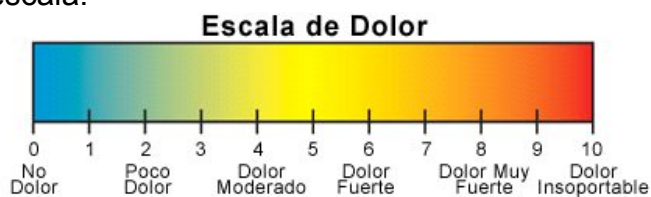
Las siguientes preguntas están referidas al tratamiento recibido en la especialidad de Trastornos témporomandibulares, responda al respecto:

1.-Ud. fue derivado a este servicio por:

A.-Dolor.

B.-Impotencia funcional (dificultad para abrir o cerrar la boca, comer, hablar, etc)

2.-Si presentaba dolor al momento de la derivación, caracterícelo en la siguiente escala.

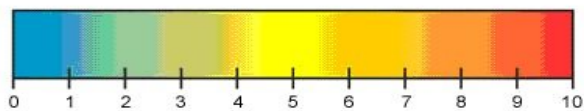


3.-Si presenta dolor actualmente, caracterícelo en la siguiente escala. (Responda esta pregunta solo si ha tenido con su tratante 4 citas o mas)



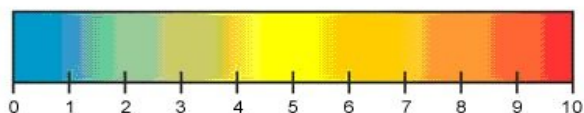
4.-Si presentaba impotencia funcional al momento de la derivación, caracterícelo en la siguiente escala.

### **Escala de Impotencia Funcional**



5.- Si presenta impotencia funcional actualmente, caracterícelo en la siguiente escala. (Responda esta pregunta solo si ha tenido con su tratante 4 citas o mas)

### **Escala de Impotencia Funcional**



6.- ¿Se encuentra Ud. hasta el momento satisfecho con el tratamiento recibido?

A.-Sí.

B.-No.

7.- Su sistema de salud, le permite acudir al tratamiento:

A.- Gratuitamente.

B.-Pagando Ud. un porcentaje.

C.-Pagando Ud. la totalidad del tratamiento.

8.- Ud. ha recibido con respecto a escolaridad:

A.-Básica completa.

B.- Media completa.

C.- Técnica Completa.

D.- Universitaria Completa.

E.- Post grado completo.

9.- Ud. está recibiendo tratamiento, por parte de su odontólogo tratante:

A.- Farmacológico (medicamento)

B.-Ortopédico (placa)

C.- Farmacológico y ortopédico.



Universidad de Valparaíso  
Facultad de Odontología  
Escuela de Odontología

### Consentimiento Informado

¡Saludos! Se está realizando un estudio sobre adherencia al tratamiento en los pacientes con **Trastornos temporo-mandibulares** que asisten a esta clínica por parte de alumnos de la UNIVERSIDAD DE VALPARAISO. Su ayuda y colaboración es muy importante, pues dará pie a mejoras en la atención del paciente con TTM y conservar su salud. La información que nos proporcione es **CONFIDENCIAL**, de manera que puede contestar con la mayor confianza. Su ayuda será llenar un formulario encuesta que será analizado posteriormente. Garantizamos que ningún resultado de este estudio hará referencia a personas en particular.

Fecha: \_\_\_\_\_

Acepto participar: \_\_\_\_\_ No Acepto participar: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Último grado escolar aprobado: \_\_\_\_\_

Turno de atención: Mañana  Tarde

Nombre de consultorio o clínica que lo atiende: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre:

RUT: