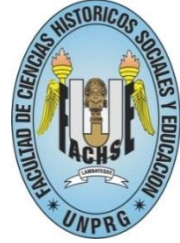




UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO



**FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN
UNIDAD DE POSGRADO – MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

**ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA REDUCIR EL INCUMPLIMIENTO
TERAPEUTICO EN SALUD BUCAL DE LOS PACIENTES
ODONTOLOGICOS ATENDIDOS EN EL P.S. PUESTO DE SALUD
MIRAFLORES ALTO, CHIMBOTE –REGION ANCASH.**

TESIS

**Presentada para obtener el Grado Académico de Maestro en Ciencias
de la Educación con mención en Investigación y Docencia.**

PRESENTADA POR:

AUTOR: Bach. Oscar Grández Ventura

LAMBAYEQUE- PERÚ

2018

**ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA REDUCIR EL INCUMPLIMIENTO
TERAPEUTICO EN SALUD BUCAL DE LOS PACIENTES
ODONTOLOGICOS ATENDIDOS EN EL P.S. PUESTO DE SALUD
MIRAFLORES ALTO, CHIMBOTE –REGION ANCASH.**

PRESENTADA POR

Bach. Oscar Grández Ventura
AUTOR

Dr. Jorge Castro Kikuchi
ASESOR

APROBADO POR:

MSc. Martha Ríos Rodríguez
PRESIDENTE DEL JURADO

MSc. Beder Bocanegra Vilcamango
SECRETARIO DEL JURADO

Dra. Laura Altamirano Delgado
VOCAL DEL JURADO

Lambayeque, 2018

DEDICATORIA



***A mi madre Silveria
Ventura Malqui.***


***Que desde el cielo me
fortalece y protege para
seguir avanzando en mi
vida profesional y
personal.***



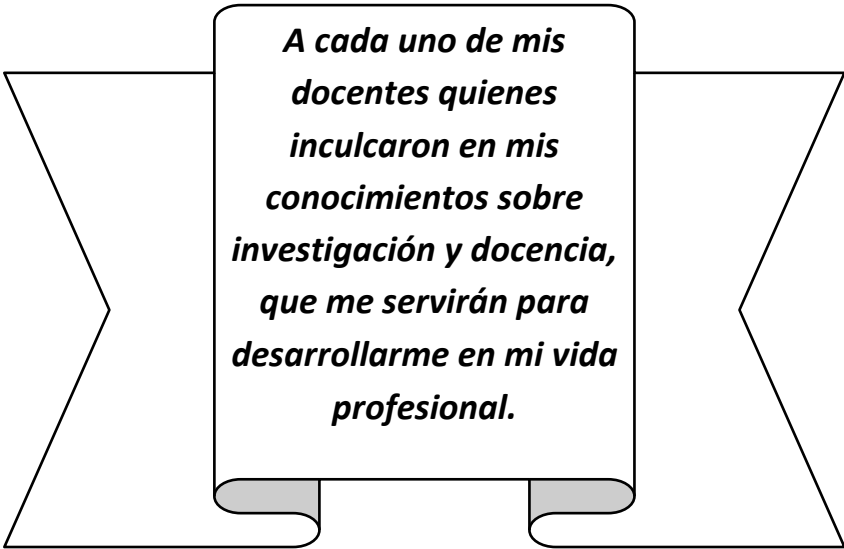
***A mi padre José Santos
Grández Cuipal.***

***Por incentivar mi vida
desde la niñez hasta la
actualidad, y ser el motor
para cumplir mis metas en
el día a día.***

AGRADECIMIENTO



De manera muy especial a la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, por brindarnos la oportunidad, descentralizando sus servicios académicos.



A cada uno de mis docentes quienes inculcaron en mis conocimientos sobre investigación y docencia, que me servirán para desarrollarme en mi vida profesional.

INDICE

CONTENIDO	PÁG.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii

CAPÍTULO I

CONTEXTO DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. Ubicación geográfica de la investigación.....	15
1.2. Caracterización del contexto de la investigación.....	19
1.3. Manifestaciones de la problemática de investigación.....	23
1.4. Metodología de la investigación.....	36
1.4.1 Diseño, problema e hipótesis	
1.4.2. Población y muestra	
1.4.3. Técnicas, procedimientos y análisis de datos	

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA LA INVESTIGACIÓN

2.1. Antecedentes del problema	
2.2. Bases teóricas y conceptuales: La Salud Humana	47
2.3. El tratamiento odontológico.....	51
2.4. Proceso terapéutico de los problemas dentales	57
2.5. Teorías Científicas.....	62
a) Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura.....	62
b) Teoría del Aprendizaje Significativo	67
c) Teoría de la Acción Razonada	69

d) Modelo de creencias en salud	70
e) Teoría de Etapas o Estado de Cambio	72
f) Modelo de Información, Motivación	73

CAPITULO III

RESULTADOS, MODELO TEÓRICO Y PROPUESTA

3.1. Análisis e interpretación de los resultados de la encuesta	76
3.2. Modelo Teórico.....	85
3.3. Propuesta	87

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo es dar a conocer una propuesta de estrategias educativas para reducir el incumplimiento terapéutico en salud bucal de los pacientes ODONTOLÓGICOS atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto de la ciudad de Chimbote - Ancash, del mes enero 2018.

El **problema:** se observa en el proceso de Atención que los pacientes ODONTOLÓGICOS atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Chimbote incumplen su tratamiento terapéutico. Esto se manifiesta en poco conocimiento acerca del cuidado de la Salud Bucal (SB): factores de riesgo, complicaciones, hábitos de vida saludable, uso de medicamentos; bajo grado de adherencia terapéutica y actitudes inapropiadas con su tratamiento. **Objeto de Estudio:** Proceso de Atención e Información y como **objetivo general:** Diseñar estrategias educativas sustentadas en las Teorías del Aprendizaje Social, para reducir el incumplimiento terapéutico en Salud Bucal de los pacientes ODONTOLÓGICOS.

El Campo **de Acción** está constituido por el Proceso de diseñar, y sustentar estrategias educativas para reducir el incumplimiento terapéutico de los pacientes ODONTOLÓGICOS atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto. La **hipótesis** formulada: Si se diseñan y sustentan estrategias educativas fundamentadas en las teorías del Aprendizaje Social, entonces se reduce el incumplimiento terapéutico en Salud Bucal de los pacientes odontológicos atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto de tal modo que eleven su conocimiento sobre la Salud Bucal y eliminen actitudes inapropiadas con su tratamiento.

EL AUTOR

ABSTRAC

The present work is to present a proposal of educational strategies to reduce the therapeutic noncompliance in oral health of the ODONTOLOGICAL patients attended at the Miraflores Alto Health Post in the city of Chimbote - Ancash, from January 2018.

The problem: it is observed in the process of Attention that the ODONTOLOGICOS patients attended in the Post of Health Miraflores Alto, Chimbote fail their therapeutic treatment. This is manifested in little knowledge about Oral Health care (SB): risk factors, complications, healthy lifestyle habits, use of medications; low degree of therapeutic adherence and inappropriate attitudes with their treatment. Object of Study: Attention and Information Process and as a general objective: Design educational strategies based on Social Learning Theories, to reduce the therapeutic noncompliance in Oral Health of ODONTOLOGICAL patients.

The Field of Action is constituted by the Process of designing and supporting educational strategies to reduce the therapeutic noncompliance of the ODONTOLOGICAL patients treated at the Miraflores Alto Health Post. The hypothesis formulated: If educational strategies based on the theories of Social Learning are designed and sustained, then the therapeutic noncompliance in Oral Health of the dental patients treated at the Miraflores Alto Health Post is reduced in such a way that they increase their knowledge about Health. Mouth and eliminate inappropriate attitudes with your treatment.

The author

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación da a conocer una propuesta de estrategias educativas para reducir el incumplimiento terapéutico sobre salud bucal de los pacientes ODONTOLÓGICOS atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto de la ciudad de Chimbote - Ancash, del mes enero 2018

Las causas de este escaso grado de control son variadas, principalmente el incumplimiento terapéutico de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. Esta realidad tiene como consecuencia el incumplimiento de las metas sanitarias, mayores costos en salud, mayor incidencia de las complicaciones propias de la enfermedad, y finalmente agudización de la enfermedad y muerte.

El perfil epidemiológico del Perú en los últimos 20 años ha venido modificándose y los esfuerzos sanitarios junto con el progreso económico y social de la población han mejorado los estándares de salud pública, y las enfermedades prevalentes de mayores índices de mortalidad son ahora aquellas relacionadas con enfermedades crónicas como las cardiovasculares.

En el caso de la salud bucal, existe un grupo de factores de riesgos conocidos, prevenibles y modificables, que requiere de los pacientes entender el impacto de dichos factores en su salud y la convicción personal de incorporar hábitos permanentes en su nuevo estilo de vida saludable, sin olvidar, que el objetivo final de las estrategias educativas será que el paciente realice una conducta concreta, es decir, use las capacidades adquiridas en su quehacer cotidiano para reducir el incumplimiento terapéutico de su tratamiento para mejorar su calidad de vida.

La Microred Miraflores Alto, pertenece a la Red Hospital de Apoyo La Caleta, está constituida por tres Puestos de Salud. San Juan, La Florida y Miraflores Alto. El P. S. Miraflores Alto tiene su ámbito de acción en salud comprende: PP.JJ. "III zona", PP.JJ. "Reubicación", PP.JJ. "Tres Estrellas", AA.HH.

“Miraflores Alto” (entre José Pardo y Enrique Meiggs). La población aproximada en el sector es de aproximadamente de 36460 habitantes.

De acuerdo al contexto sociocultural la población en riesgo y diagnosticada con problemas de salud bucal no asume con responsabilidad cumplir su tratamiento, principalmente por falta de información; además de llevar un estilo de vida inadecuado.

En este escenario surge la iniciativa de desarrollar la presente investigación que busca medir el nivel de conocimiento de las buenas prácticas de salud bucal, el grado de adherencia y que actitudes tienen los pacientes ODONTOLÓGICOS que incumplen su tratamiento, para luego en base a los resultados obtenidos diseñar estrategias educativas incorporando estrategias de atención y apoyo a los pacientes ODONTOLÓGICOS que no cumplen con lo indicador y que viven en el área de ingerencia del Puesto de Salud Miraflores Alto y que a futuro similares investigaciones apliquen estas estrategias y las incorporen en un Programa de salud del Ministerio.

De la realidad expuesta podemos extraer un problema de investigación que se define de la siguiente manera: **¿Cuáles son las estrategias educativas que pueden reducir el incumplimiento terapéutico en salud bucal de los pacientes ODONTOLÓGICOS atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto de la ciudad de Chimbote - Ancash, enero 2018?**

El **problema** queda determinado de la siguiente forma: se observa en el proceso de Atención que los pacientes ODONTOLÓGICOS atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Chimbote - Ancash durante enero 2018 incumplen su tratamiento de salud bucal. Esto se manifiesta en poco conocimiento sobre la salud bucal, complicaciones, hábitos de vida no saludable, uso de medicamentos; bajo grado de adherencia terapéutica y actitudes inapropiadas con su tratamiento. Es analizado en el **Objeto de Estudio** denominado: Proceso de Atención y se propuso como aspiración el siguiente **objetivo general**: Diseñar y sustentar estrategias educativas sustentadas en las Teorías del Aprendizaje Social, para reducir el incumplimiento terapéutico sobre salud bucal de los pacientes

ODONTOLOGICOS de tal modo que incrementen su conocimiento sobre cuidados de la salud bucal: factores de riesgo, complicaciones, hábitos de vida saludable, uso de medicamentos; además eleven el grado de adherencia terapéutica y eliminen actitudes inapropiadas para su tratamiento.

El Campo **de Acción** está constituido por el Proceso de diseñar, y sustentar estrategias educativas para reducir el incumplimiento terapéutico de los pacientes ODONTOLOGICOS. La **hipótesis**: Si se diseñan y sustentan estrategias educativas fundamentadas en las teorías del Aprendizaje Social, entonces se reduce el incumplimiento terapéutico de los pacientes odontológicos atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, de tal modo que eleven su conocimiento sobre el cuidado de la salud bucal: factores de riesgo, complicaciones, hábitos de vida saludable, uso de medicamentos; eleven el grado de adherencia terapéutica y eliminen actitudes inapropiadas con su tratamiento.

Para lograr los efectos del trabajo se realizaron las siguientes **tareas**: a) Analizar la situación real sobre el incumplimiento terapéutico de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud, a partir de los indicadores del problema b) Elaborar el marco teórico, basado en las teorías científicas del Aprendizaje Social, para explicar el problema, analizar e interpretar los resultados de la investigación y para diseñar estrategias educativas. c) Diseñar y sustentar la propuesta denominada: Estrategias Educativas para reducir el incumplimiento terapéutico de los pacientes odontológicos atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Chimbote - Ancash.

Los diseños de las estrategias educativas ayudarán a reducir el incumplimiento del tratamiento sobre salud bucal de los pacientes ODONTOLOGICOS se sustentan en las siguientes teorías científicas. Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura, Teoría del Aprendizaje Significativo de David Ausubel, Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Alzen, Teoría de Creencias en Salud de Hochbaum y Rosenstock, Teoría de Etapas o Estado de cambio de Prochaska y el Modelo de Información, motivación y habilidades. Las teorías explican los factores psicosociales que determinan el comportamiento de salud de las

personas en la toma de decisiones de su tratamiento terapéutico a lo largo de su vida al ser diagnosticados de alguna enfermedad crónica.

Las nuevas responsabilidades profesionales del Farmacéutico exigen una actitud proactiva, previsor y educativa del profesional que pueda ser percibida como una necesidad por parte de la comunidad. Es decir, la generación de un rol social que justifique la presencia del farmacéutico desde los primeros niveles de atención y sustente su participación en todas las actividades de salud asociadas con el uso de medicamentos. Para el desarrollo de las nuevas actividades los farmacéuticos necesitamos desarrollar estrategias propias que tomen en cuenta las diferencias particulares de nuestras poblaciones. En ese ámbito esta investigación contribuirá con un procedimiento de acercamiento hacia el paciente y el uso de herramientas que midan el cumplimiento de su medicación tomando en cuenta el nivel de conocimiento del paciente sobre su enfermedad y medicamentos, el grado de adherencia terapéutica y las actitudes y creencias que tienen los pacientes para cumplir su tratamiento antihipertensivo a través de los factores que influyen en el cumplimiento. Los resultados nos proporcionan datos precisos para elaborar estrategias educativas necesarias para comenzar a implementar un programa educativo para pacientes con esta patología en el Puesto de Salud Miraflores Alto.

El trabajo de investigación está conformado por tres capítulos: el primer capítulo explica el análisis de la problemática del incumplimiento del tratamiento (variable dependiente) comprende la ubicación geográfica del P.S. Miraflores Alto, origen, características y manifestaciones del incumplimiento del tratamiento y diseño metodológico de la investigación. El segundo capítulo se refiere al marco teórico de las estrategias educativas para reducir el incumplimiento del tratamiento, es decir desarrolla las teorías científicas que sustentan la propuesta. El tercer capítulo relata el análisis y discusión de los resultados de los instrumentos utilizados: para medir el nivel de conocimiento que tienen acerca de la salud bucal, medir el grado de adherencia al tratamiento y las actitudes que tienen los pacientes con relación al cumplimiento de su tratamiento. También se detalla la propuesta: Diseño de

Estrategias Educativas para reducir el incumplimiento del tratamiento de los pacientes ODONTOLÓGICOS del P.S. Miraflores Alto.

En este marco, la presente investigación sienta las bases para el desarrollo de estrategias educativas de intervención en salud dirigida a pacientes ODONTOLÓGICOS, partiendo del análisis de la problemática real del incumplimiento terapéutico sobre la salud bucal atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Chimbote – Ancash. Esperamos que la propuesta elaborada permita desarrollar y fortalecer el trabajo educativo del personal de salud especialmente la labor del farmacéutico en los servicios de salud.

CAPÍTULO I

ANÁLISIS DEL INCUMPLIMIENTO TERAPEUTICO DE LOS PACIENTES ODONTOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO DE LA CIUDAD DE CHIMBOTE – ANCASH, ENERO 2018

1.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

El Puesto de Salud Miraflores Alto se encuentra ubicado en el Asentamiento Humano Miraflores Alto, en la Mz 23, en el interior del local comunal, al costado derecho del monumento la madre campesina, en la Av. Haya de la Torre cuadra 28 s/n, en el Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Región Ancash, y en la costa norte del Perú. Su ámbito de acción en salud comprende: PP.JJ. “III Zona”, PP.JJ. “Reubicación”, PP.JJ. “Tres Estrellas”, AA.HH. “Miraflores Bajo” (entre José Pardo y Enrique Meiggs).

Geográficamente está ubicado en la Zona Urbano – Marginal: su casco urbano se ubica según las coordenadas geográficas a 9°05'00” de latitud sur y 78°37'00” de longitud occidental en el Meridiano de Greenwich. El P.S. Miraflores Alto tiene como nivel de referencia inmediato superior al Hospital de Apoyo “La Caleta” encontrándose este establecimiento a 3 Km y a 10 minutos en movilidad. El P.S. Miraflores Alto junto con el P. S. “La Florida” y el P. S. “San Juan” constituyen la Microred Miraflores Alto que pertenece a la Red Pacífico Norte de la ciudad de Chimbote!

El asentamiento humano “Miraflores Alto”, tiene una extensión territorial estimada de 3 Km.² (10% de la ciudad de Chimbote). Su ámbito territorial tiene por límites: por el Norte el Casco urbano (Jr. Santa Cruz); por el Sur Los Ferroles; por el Este PP. JJ. San Juan y por el Oeste PP.JJ. Florida Alta (Av. Enrique Meigs).

El asentamiento humano “Miraflores Alto”, se creó en el año de 1,954 fecha en que 10 familias se ubican en el lado izquierdo de la panamericana sur (Km 425) del puerto de Chimbote, posteriormente es invadido por 25 familias; después de verificar que éstas familias no poseían terrenos donde habitar les donaron 02 manzanas. Esta donación fue efectuada por intermedio del presidente de la comunidad

Sr. Juan Mendoza y de la vicepresidenta Sra. Isabel Morales, más adelante en el año 1,956 se pone a la venta 18 manzanas, con lo cual aumentó a 500 familias. Fue reconocido como pueblo joven el 23 de julio de 1,961 y en 1,993 como asentamiento humano. En 1,998 se sectorizó las manzanas por orden del Ministerio de salud para una mejor vigilancia de salud, consta de 35 sectores comprendiendo cada una 4 – 6 manzanas, dirigidos por el personal de salud del establecimiento, por promotoras y coordinadoras de salud. Desde la sectorización realizada en 1,998 se lleva a cabo cada año un censo local.

El Puesto de Salud Miraflores Alto, se inició como consultorio integral con servicios de la “Casa de la Mujer”, el 8 de mayo de 1,991 gestionado por el comité de salud.

El funcionamiento de servicios de salud estatales en la localidad de “Miraflores Alto” se dio en Setiembre de 1,991, cuando se apertura un consultorio médico a cargo de un médico SERUM en el Local Comunal, en un ambiente gestionado por el comité de salud. El 9 de febrero de 1,992 se apertura la farmacia cogestionaria como parte del proyecto de revitalización de servicios periféricos (PRORESEP), que luego fue el programa de Administración compartida de Farmacias (PACFARM) y que actualmente es el Sistema Integral de Suministro de Medicamentos e insumos medico-quirúrgicos (SISMED).

En diciembre de 1,992 el Puesto de Salud “Miraflores Alto” adquiere identidad propia al establecer los servicios en un ambiente remodelado y más grande dentro del local comunal y con el funcionamiento de los programas de salud del MINSA. En ese momento, el establecimiento contaba con 02 profesionales SERUMS; Médico, Enfermera y con un técnico sanitario destacado. Los ingresos son administrados por el Comité de Salud, en virtud a un convenio suscrito con la UTES “La Caleta” y la atención se extiende a 12 horas. En diciembre de 1,993, con la entrega de la obra FONCODES, se establece el Puesto de Salud en

un ambiente adecuado. Se realizan las primeras adquisiciones importantes con Recursos Directamente Recaudados (RDR). El 16 de Setiembre de 1,994 se suscribe el contrato de Administración Compartida por una parte la Dirección Regional de Salud representado por su director Dr. William Toro Cabrera y de otra parte, el comité local de administración de salud del Puesto de Salud Miraflores Alto representado por su presidenta Virginia Flores de Gonzáles. Es así que el Comité Local de Salud da paso al Comité Local de Administración de Salud (CLAS) actualmente Comunidad Local de Administración de Salud, encargado en adelante de administrar los recursos del establecimiento.

En agosto de 1,995 se apertura el consultorio dental adquirido principalmente con recursos directamente recaudados (RDR) y el Puesto de Salud Miraflores Alto se convierte en el establecimiento periférico con el servicio Dental más completo de la UTES, un mes después adquiere una computadora el gasto es asumido por la farmacia PACFARM y se convierte en el primer establecimiento periférico de la región, en ensayar el procesamiento descentralizado de la información estadística con apoyo a la gestión.

El 02 de marzo de 1,996 se firma el convenio de Cooperación entre la Sub-región de Educación “El Pacífico” representado por su Director, Jaime Enrique Marín Peralta y el Comité Local de Administración de Salud del Puesto de Salud “Miraflores Alto” representado por su presidenta la Sra. Flor Vargas de Medina, para la implantación del Programa de Intervención Temprana Especial (P.R.I.T.E) mejorando la calidad de vida de los niños especiales.

De acuerdo con los artículos 89 de la ley Orgánica de Municipalidades N° 23853 y cumpliendo con el acuerdo de consejo N° 058-97-MPS de fecha 15 de setiembre de 1,997, la municipalidad provincial del Santa, dona a favor de la Sub dirección Regional de Salud – Ministerio de Salud

UTES “La Caleta”, la integridad del lote de la Mz.“F”del PP. JJ.“Miraflores Alto”, de forma rectangular; 20 m de frontera por 25 m de fondo un total de 500 m², delimitándose por el frente con Av. Víctor Raúl Haya de la Torre; por la derecha con el local comunal, por la izquierda con el Jr. San Martín Y por el fondo con el Local Comunal, es donde actualmente se encuentra funcionando el Puesto de Salud Miraflores Alto.

El Título de propiedad fue expedido el 08 de abril de 1,998 y firmado por el Notario Ludovico Montañez Ángeles, el abogado Hugo Percy Álvarez Godoy y C.A.L. RGG N 12186 por Guzmán Aguirre Altamirano alcalde de la municipalidad Provincial del Santa, Dr. Segundo Carlos Zapatel Gordillo director de las Sub Dirección Regional de Salud – Ministerio de Salud – UTES “La Caleta”.La donación fue gratuita y comprende la integridad del lote descrito, con usos y costumbres, entradas y salidas, aires y suelos, agua desagüe y en general con todo aquello que toca y corresponde, sin reserva a limitación de ningún género y libre de gravámenes.

En junio de 1,998, el Ministerio de la Presidencia – INFES a través de la constitución de Ambientes Provinciales del Fenómeno el Niño, brindaron su servicio para la construcción de dos ambientes con dos divisiones una en la segunda planta del Puesto de Salud. La estructura de dichos ambientes está construida con material de tripley, madera y su cubierta techo de Fibraforte, mejorando así la infraestructura y una mejor atención a la población en general.

Su Índice de escolaridad de la gran parte de la población de esta comunidad ha sido afectado por la crisis económica teniendo como consecuencia la deserción escolar. El índice de analfabetismo en Miraflores Alto es de 30% correspondiendo al sexo femenino el 24% del total, de este grupo el índice de analfabetismo se encuentra en el rango de 15 a 60 años. El idioma en la comunidad perteneciente a la

jurisdicción del Puesto de Salud Miraflores Alto es el castellano. Con respecto a la religión se observa que existe un porcentaje mayor de la población practicantes de la religión católica.

El asentamiento humano cuenta con tres vías de comunicación, la avenida Víctor Raúl Haya de la Torre (ex avenida pardo). La avenida Enrique Meiggs, ambas ubicadas en la zona urbanizada del territorio. Gran parte de la población se moviliza a pie, sin embargo, se cuenta con 2 líneas de microbuses que conectan a los pueblos jóvenes como: Transporte línea San Antonio, comité 30 y otros, **así como** triciclos, bicicletas, carreteras rudimentarias.

Una forma local de difusión de mensajes son las radios de los mercados que transmiten mensajes publicitarios, difunden música y entrevistas, la televisión, teléfonos fijos y móviles son los principales medios de comunicación masiva en los hogares pobres. Los pobladores de Miraflores Alto y su amplia jurisdicción cuentan con los servicios como agua, desagüe y alumbrado eléctrico (agua potable, alcantarillado, alumbrado eléctrico, disposiciones de residuos sólidos).

La población de Miraflores Alto tiene una actividad económica centrada en ocupaciones pesqueras como: pescadores artesanales, obreros que se desempeñan en fábricas conserveras de harina de pescado y otras. Un gran porcentaje de mujeres se desempeñan como obreras en las fábricas de pescado como labor eventual.

Una minoría de la población se dedica a trabajos como: obreros de construcción de empresas productoras de bienes y servicios, comerciantes al por menor, vendedores ambulantes, agricultura, empleados públicos, etc. La población aproximada en el sector es de 36460 hab. Por sus características socio culturales, la población puede considerarse dentro del sector C y D de acuerdo a la categorización del INEI.

El establecimiento cuenta con servicios de: Medicina general, enfermería, Odontología, Farmacia, Psicología y Laboratorio. Los profesionales que laboran son: Médicos, Enfermeros, Químico Farmacéutico, Odontólogo, Obstetrickes, Técnicos en enfermería El servicio no cuenta con un programa sanitario para el seguimiento de pacientes ODONTOLOGICOS.

Generalmente las actividades que realiza el Servicio de Farmacia difieren de las actividades concernientes al trabajo de investigación presentadas en la propuesta. Estrategias educativas para mejorar el incumplimiento terapéutico sobre la salud bucal de los pacientes que acceden al establecimiento, habitan en un medio socio cultural al cual están acostumbrados a curar sus males cuando ya lo padecen sin preocuparse por la prevención ni menos por concientizarse por su salud con riesgo de adquirir enfermedades.

1.2. Caracterización y manifestación de la problemática de la salud bucal (incumplimiento terapéutico)

a) Los problemas de la salud bucal en América Latina

- México: En lo que respecta a la caries dental, algunos estudios epidemiológicos realizados en México indican que más del 90% de la población tienen lesiones cariosas, problema al que tendríamos que agregar las patologías periodontales, las maloclusiones y las anomalías congénitas. La ya alta prevalencia de caries en México, sigue con tendencia al aumento. La caries afecta al 48% de los menores de cinco años de edad y la sufre el 93% de los individuos a partir de los 15 años. En conjunto y según las estimaciones, el 99% de la población ha tenido caries dental, siendo esta enfermedad la causa más importante de perdida dental antes de los 35 años.

- En otros países de área centro y sudamericana, como es el caso de Honduras, en el año de 1988 se realizó un estudio en 4800 escolares y solo 2.01% mostró dientes sin caries. En las Antillas Francesas, Guadalupe, y la Guayana Francesa, entre 85% y 90% de los niños tienen problemas de salud bucal. En Colombia, según la encuesta nacional de salud entre 1977 y 1988 se encontró caries en 96% de la población.
- En Argentina, se estima que 8 de cada 10 niños de 12 años están o han estado afectados por caries o tienen ese antecedente, y apenas el 35% de los adolescentes de 18 años tienen la dentadura completa. A los 50 años de edad, de una de cada cinco personas ha perdido los dientes de la arcada superior.
- En Chile, se encontró 90% de caries entre la población general con un promedio 12.8 dientes perdidos por persona a la edad de 40 años. Asimismo, en Uruguay, en un estudio de 1983, la caries afectaba al 98% de la población.
- En contraste con los datos anteriores se encuentran los de los países de norte del continente. Es el caso de los Estados Unidos y de Canadá, dónde la incidencia de caries ha disminuido en los últimos años, desde 1985 hasta 1998, con un 50% de niños entre 5 y 17 años sin caries. En Europa, la prevalencia de caries dental es, en promedio, del 2%. Estos bajos porcentajes son el resultado de programas preventivos permanentes con aplicaciones de altas concentraciones de fluoruros.
- Al analizar las enfermedades periodontales, en México, presentan enfermedad periodontal el 9% de los niños en edad de 10 a 15 años; esta proporción aumenta hasta un 30% entre la población de 10 a 35 años y alcanza el 97% en las personas de más de 50 años. En Honduras se han observado signos de gingivitis en 84% de la

población y señales de periodontitis en 8.1% de la población. En Uruguay, los padecimientos periodontales afectan a 78% de la población. Por ello, un alto porcentaje de la población requiere atención odontológica preventiva o correctiva. Si no se satisfacen estas necesidades odontológicas aparecerán diversas consecuencias que van desde molestias, dolor e inclusive la pérdida de las piezas dentales; originándose dificultad en la masticación y estética, trascendiendo de esta manera social y económicamente en el individuo.

a) La adherencia terapéutica y su incumplimiento en pacientes odontológicos

Según la OMS, la adherencia a un tratamiento se define como el grado en que la conducta de una persona influye con respecto a: la toma de medicamentos, seguir un régimen de dieta adecuado, o implementar cambios en su estilo de vida recomendados por personal del área de la salud para poder lograr y mantener las condiciones de salud adecuadas. Dicha adherencia podría verse afectada por la percepción que el paciente tiene ante el tratamiento, la eficacia del medicamento factores económicos y socioculturales.

Por lo tanto, que el paciente cumpla con las indicaciones dadas de higiene oral, es necesario para lograr los objetivos de la terapia periodontal, y que esta sea mantenible por periodos de tiempo prolongados, conservando así los dientes dentro del proceso alveolar. Se ha demostrado que la adherencia del paciente a la fase del mantenimiento es necesaria para que el tratamiento sea efectivo y eficiente, y que los cambios logrados se puedan atribuir a la terapia periodontal. Diversos estudios longitudinales experimentales han demostrado que el mantenimiento periodontal juega un papel clave para el éxito de la terapia, permitiendo una estabilidad a largo plazo de los resultados obtenidos durante la fase de tratamiento relacionada con la causa

IMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS DE LA NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y ADHERENCIA DEFICIENTE

El incumplimiento terapéutico constituye un problema sanitario de primer orden que afecta directamente a los pacientes, independientemente de su edad y de su situación clínica.¹⁴ La conducta de no adherencia terapéutica o una adherencia deficiente tiene como resultado:

1. Aumento en los costos médicos.
2. El número de análisis de laboratorios innecesarios.
3. El cambio en las dosis o en los tipos de medicamentos.
4. Los cambios en los planes de servicio de rehabilitación o tratamiento que debe hacer el profesional.
5. Las visitas continuas del cliente a las salas de emergencia.
6. Las hospitalizaciones recurrentes.
7. El deterioro de la salud.
8. El surgimiento o la exacerbación de los problemas emocionales.
9. En casos severos la muerte del Paciente.

Los efectos de la no adherencia terapéutica repercuten en los aspectos clínicos, psicosociales y económicos de las personas que requieren tratamientos prolongados. El aspecto económico, se manifiesta en los gastos por concepto de pérdida económica por ausentismo laboral secundario a su condición con la consecuente repercusión en la productividad de su puesto de trabajo, pérdidas en la economía familiar y gastos adicionales que se representan en reingresos hospitalarios o interconsultas y exámenes adicionales.²³ Los pacientes con mala adherencia a la medicación presentan más enfermedades médicas concomitantes y mayor prevalencia de síntomas somáticos.

La importancia del mantenimiento periodontal se ha demostrado desde años anteriores. “El cuidado escaso o nulo en cuanto a la limpieza de los dientes suele ser la causa de todas las enfermedades que los destruyen” – Fauchard, 1746. Nyman en 1975 y 1977 demostró que las citas de

mantenimiento periodontal se deben realizar con periodos mínimos de cada 3 meses. En esta cita de mantenimiento se realiza un examen periodontal completo, detartraje e instrucciones en higiene oral, evitando la recaída de la enfermedad. Y así mismo, diferentes autores han demostrado la importancia de las terapias de mantenimiento a través de los años.

1.2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es de tipo socio crítica propositivo descriptivo prospectivo porque no sólo se plantea el estudio de la situación problemática dada, para generar un conocimiento, sino que se propone la solución social que genera. El universo de sujetos de estudio está conformado por pacientes atendidos en el Servicio de Medicina y/o Farmacia durante el mes de enero en el Puesto de Salud Miraflores Alto de la ciudad de Chimbote, con diagnóstico definitivo de hipertensión arterial mayores de 20 años.

Entre las técnicas que se utilizaron para este trabajo de investigación fueron:

a.-Técnicas de gabinete. Se utilizó la de Fichaje, para extraer información de las diferentes fuentes bibliográficas. Se realizó una revisión documental del tema por boletines, libros de texto, revistas y demás artículos publicados en impresos y en Internet, para la auto preparación del tema a investigar y para confrontar los resultados obtenidos en esta investigación con otros de similar contenido a nivel nacional e internacional.

b.- Técnicas de campo. Se recurrió al cuestionario, test y encuesta:

A.-Cuestionario para medir el nivel de conocimiento de cuidados y protección de salud bucal

Fue aplicado a los pacientes ODONTOLÓGICOS que acudieron al establecimiento durante el mes de enero.

B.-Test para medir la Adherencia terapéutica: Se aplicó a los pacientes ODONTOLÓGICOS atendidos en el establecimiento. El grado de la variable se determinó de manera indirecta utilizando el algoritmo de Morinsky, Green y Levine (anexo N° 03) denominado Medication Adherent Scale (MAS) el cual consiste en una escala de 5 ítems con SI y NO como opciones de respuesta. Sumando las respuestas de todos los ítems conduce a un escore total que puede ir desde 0 a 5. Cero representa un muy alto cumplimiento o baja no adherencia, mientras que 5 sugiere una no adherencia muy alta o bajo cumplimiento.

C.-Encuesta sobre actitudes y creencias de los pacientes mide los factores que influyen en el cumplimiento terapéutico (TFI)

El cuestionario consiste en 20 preguntas cerradas acerca de 5 dimensiones influyentes sobre la adherencia o cumplimiento: Factores relacionados con los pacientes, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el personal de salud y factores socio - económicos y demográficos.

El estudio se realizó de acuerdo a las siguientes fases:

A.- Selección de pacientes. - La estrategia para lograr el número mínimo de pacientes fue coordinar con el Servicio de Medicina que envió a los pacientes ODONTOLÓGICOS al Servicio de Farmacia luego de su consulta médica. En el Servicio de Farmacia se estableció una comunicación con el paciente haciendo uso de la Atención Farmacéutica aproximadamente 8 minutos, se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión de la investigación se le invitó a participar en el estudio previamente se le explicó el objetivo de la investigación el cual estaría orientado a identificar problemas en el cumplimiento de su tratamiento.

B.- Programación de vistas domiciliarias, se conformó un listado (base de datos) de pacientes previamente seleccionados, aquí se incluyó nombre y apellido, edad, dirección del paciente, necesario para

identificarlos en la visita. Estos datos fueron conocidos sólo por el investigador. La base de datos se conserva en el Servicio de Farmacia bajo responsabilidad exclusiva del Químico Farmacéutico investigador con la finalidad de realizar posteriores trabajos de investigación y sobre todo ser una herramienta de trabajo como parte de la Atención Farmacéutica para beneficio de la salud de los pacientes.

C.-Ejecución de la visita al paciente, Se contó con el apoyo de dos farmacéuticos serumistas para las visitas domiciliarias. Se hará uso del mapa de ubicación de las zonas de ingerencia del establecimiento. De acuerdo al horario pactado con el paciente se dio las visitas.

D.-Elaboración de la propuesta. En base a los resultados que se obtuvo se diseñaron las estrategias educativas dirigidas a reducir el incumplimiento terapéutico de pacientes ODONTOLÓGICOS atendidos en el establecimiento.

En cuanto a los métodos utilizados en la investigación, se utilizaron varios métodos, pero se tuvo en cuenta los siguientes: La **observación** permitió conocer la realidad mediante la observación directa de los objetos y fenómenos, se utilizó en distintos momentos de la investigación: en su etapa inicial, para la formulación de un problema que fue de gran utilidad en el diseño de la investigación así como durante el trabajo de campo al entrar en contacto con los pacientes para observar sus comportamientos y actitudes durante la entrevista que se realizó para el diagnóstico del problema aplicando los instrumentos de recolección de datos; el **método análisis histórico-tendencial**, en la contextualización y evolución histórica de la problemática, usada para el conocimiento de su evolución y desarrollo de las distintas etapas del objeto de estudio; el **método lógico**, permite comprender en el plano teórico lo más importante del fenómeno histórico del objeto de estudio en sus conexiones más esenciales, se da en todo el desarrollo del estudio investigativo; el **método experimental**, en la aplicación de los instrumentos para la recolección de datos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA LA INVESTIGACIÓN

2.1. Antecedentes del problema de estudio de incumplimiento terapéutico de los pacientes odontológicos

- En una investigación epidemiológica realizada en 2002 en España (133), se identificó el índice de caries de 1665 niños en edades de 6 a 14 años, la prevalencia de caries en el total de la población estudiada fue de 41%; el ceod es de 0.6 a la edad de 6 años, a los 12 años es de 1.52, a los 13 años es de 2.0 y a los 14 años se incrementa hasta 3.64 en dientes primarios. En relación a los dientes permanentes el CPO a los 6 años es de 19.0%, aumentando a los 12 en un 57.1% y a los 14 años de 71.25%. También se encuentra una alta prevalencia a los 11 años del 61.6% siendo más alta que las edades de 12 y 14 años. Estos datos indican que, en las edades tempranas, existe una mayor prevalencia y preocupación hacia la salud buco dental.
- En un estudio descriptivo realizado en Camaguey (Cuba), se determinó la morbilidad de caries dental asociada a factores de riesgo biológico. Se estudiaron 52 niños de 6 a 14 años de edad, siendo las variables de investigación, el índice de caries en dientes primarios y permanentes y el índice de higiene bucal. Los resultados que alcanzaron el índice ceod de dientes primarios, fue de 2.9 en los grupos de edades de 6 a 8 años y el CPOD fue mayor a la edad de 14 años en un 3.21 y a los 6 años en un 0.36, lo que indica la alta prevalencia en la población estudiada y en los factores de riesgo la mala higiene bucal llegando hasta 67.3%. Concluye, que la mala higiene bucal es una de las causas que se relaciona con la aparición y severidad de la caries dental.
- Otro trabajo realizado en Venezuela, estudia una muestra de 1214 niños de 7 a 14 años para identificar el índice de caries y las necesidades de tratamiento; adicionalmente se realizó una encuesta socioeconómica. Se encontró un 60% para los índices de caries y las necesidades de tratamiento. Hay un promedio de dientes afectados de 2.5, revelando diferencias significativas en la distribución de la caries en los diferentes grupos sociales (135).

- En Monterrey, en el año 2003 (136), se realizó un estudio parcial del municipio de San Pedro Garza García, con el objetivo de conocer el estado de la salud buco dental de escolares de 6 a 12 años. De los 52 escolares de la muestra, el 51,8% fueron del género femenino y el 23% de ellos eran niños de 6 años de edad. El CPO de la población estudiada fue de 3.9, el promedio va aumentando con la edad; a los 6 años es de 2.7, a los 12 años es de 6. El porcentaje de dientes cariados fue de 97.6% y el de piezas obturadas fue de 2.4% del total de la muestra estudiada.
- En Perú se realizó en el año 2000 un estudio comparativo en el que se examinaron 678 escolares de 6 a 12 años de edad, de zonas urbano y marginal. Los objetivos de este estudio fue determinar la prevalencia de caries, dientes afectados y libres de caries de las dos poblaciones. El porcentaje de población libre de caries era de un 5.5% en la zona urbana y del 2.3% en marginal. Estas poblaciones se clasifican como poblaciones de alta prevalencia de caries en la muestra, el promedio de dientes presentes en boca fue de 23.5, afectados por caries en un 25% a 30%, el promedio de caries fue de 3.25 en dientes primarios y el 2.81 en dientes permanentes en la zona urbana y en zona marginal en dientes primarios el promedio es de 4.06 y de dientes permanentes de 3.06.

Los autores concluyen que la población más afectada es la de la zona marginal; el CPO más alto se encontró en los niños de 6 años siendo el 6.17 y 7.64 para las dos zonas. En ambas poblaciones los dientes primarios están en alto porcentaje de cariados con un 88.7% y un 92.1%, el CPO más alto se encontró en los niños de 12 años en ambas zonas el 5.70 y 5.66. En ambas poblaciones los dientes permanentes están en condición de cariados con un 91.2% en la zona urbana y un 95.6% en la zona marginal, el género femenino presentó mayor nivel de afectación por caries.

2.2. Base teórica y conceptual: Salud humana y la salud bucal

a) La salud humana y la atención de la salud bucal

Desde tiempos inmemoriales es sabido que los conocimientos y las prácticas en relación con la salud de los individuos y de las comunidades, son de suma importancia para determinar su estado de salud. Ya en el primer código de higiene del siglo XV A.C. (Levítico), se describe una variedad de recomendaciones sobre conductas que conviene adoptar por los individuos y las diferentes colectividades. A través de los tiempos los gobiernos adoptan medidas y políticas para proteger la Salud Pública, como una de las acciones fundamentales en el fomento y la protección de la salud de la población.

El concepto de salud humana y su significado e implementación, deben ser de extrema importancia en cualquier sociedad. El acceso a la salud es un derecho inalienable del ser humano y su violación debería ser, en la práctica, fuertemente repudiada y penada. La salud de la población hace en su esencia, a la ética, a la calidad de vida, al grado de desarrollo y a la viabilidad de esa población. El estado de la salud individual y colectiva en una sociedad condiciona de manera profunda e inevitable su desarrollo intelectual, económico, productivo y social.

Histórica y clásicamente se definía salud como la ausencia de enfermedad en el "cuerpo". En la práctica, aun hoy para ciertos sectores sociales este criterio, lamentablemente, perdura. El concepto moderno de salud surge a partir de la concepción compleja y sistémica del ser humano como entidad psico-física y social y está representado por el estado en el cual el ser humano desempeña todas sus funciones, dentro de estos ámbitos, con normalidad. La salud se califica a partir del estado integral del cuerpo, la mente, las relaciones con los otros y la comunidad organizada y con el ambiente en su sentido más amplio. El desequilibrio funcional en una o varias de estas relaciones, en su intensidad y

persistencia provocan el deterioro de la salud en distintos grados y acarrea, siempre, consecuencias individuales y colectivas (enfermedad).

El estado de la salud es un importante indicador del nivel de satisfacción de las necesidades básicas, representadas por el estado/calidad de: la alimentación, la cobertura médica, la vivienda, el trabajo, la educación y el ambiente. La imposibilidad de acceder a las necesidades básicas es sinónimo de deterioro de la salud y pronóstico de peligro y daño. A partir de ello se desprende que la comunidad organizada debe, en forma ineludible e indelegable, generar los mecanismos a través de los cuales se brinden las posibilidades del acceso a la salud a todo ser humano.

Toda sociedad y a distintas escalas (barrial, regional, nacional e internacional), establece un fuerte vínculo con su ambiente y provoca en él impactos negativos de distinta magnitud, cuya incidencia en la salud adquiere diversas formas y consecuencias. De esta manera surgen las *patologías ambientales*, definidas como aquellas enfermedades provocadas por agentes externos, generados por las modificaciones ambientales producidas por el hombre a través de sus modelos socioeconómicos. Dentro de estas modificaciones, tal vez la más conspicua, sea la contaminación en todas sus formas y sus agentes contaminantes de naturaleza biológica, química y física.

Como referencia general de este tipo de enfermedades debemos citarlas enfermedades cardiovasculares como enfermedades cerebrovasculares. Las enfermedades del sistema respiratorio provocadas por gases y partículas contaminantes del aire, Las patologías gastrointestinales, sobre todo en la infancia, vinculadas a la contaminación química y biológica del agua.

Los efectos que los contaminantes producen sobre la salud generan cuadros de diversa gravedad, que incluyen: enfermedades agudas, muerte, enfermedades crónicas y/o discapacitantes, enfermedades

congénitas, dolencias temporales y cambios de comportamiento y/o emotivos permanentes y/o transitorios.

Algunas de estas patologías tienen alta incidencia en los sectores carenciados de la sociedad y constituyen las enfermedades de la pobreza, que en sí misma constituye una enfermedad porque discapacita al individuo, impidiéndole acceder a las necesidades básicas y a la integración social. Pero en mayor o menor grado, todos los sectores sociales se hallan expuestos directa o indirectamente a los contaminantes ambientales y sus efectos. También tienen un alto impacto sobre sectores más vulnerables que constituyen grupos de alto riesgo (mayor susceptibilidad) y dentro de los cuales se encuentran: lactantes, niños, ancianos, embarazadas, individuos desnutridos y/o físicamente debilitados.

La degradación de los ámbitos naturales y espacios verdes atenta contra la relación que el ser humano necesita y debe tener con ellos, para satisfacer necesidades primarias mentales, espirituales y emocionales que le permitan rescatar su sentido de pertenencia al mundo natural y su devenir. En este sentido las grandes ciudades, sus aglomeraciones urbanas y suburbanas producto de complejos procesos socioeconómicos deformantes, constituyen ámbitos donde el ambiente natural está ausente o altamente degradado y se desarrollan procesos de contaminación de todo tipo provocando efectos altamente nocivos en la salud individual y colectiva. Pensemos, en este sentido, en los efectos que sobre la salud mental provocan la alienación, el hacinamiento, la marginación, las conductas agresivas, la sobreestimulación de todo tipo, el ruido, y la casi ausencia de estructuras de contención y solidaridad.

Como vemos, la salud, bajo una concepción global depende de múltiples factores; admitir y adoptar este criterio permitiría replantear aspectos de nuestros modelos socioeconómicos y generar estrategias de vida comunitaria destinadas a lograr el acceso a las necesidades básicas.

La preocupación y ocupación de una sociedad por su salud, es decir, por la salud de cada uno de los seres humanos que la componen, debe ser un aspecto fundamental en cualquier política de gobierno, ya que su calidad y grado de desarrollo afectará el patrimonio más importante de una comunidad: sus seres humanos, su gente, las personas que la construyen, que la construirán y que son su razón de ser.

Según M. Lalonde (1974) el estado de salud de las poblaciones está determinado por el medio ambiente, la biología humana, el estilo de vida y la organización de la atención de salud, variables susceptibles de ser modificadas a excepción de la biología humana.

Las investigaciones y evidencias que se han dado a nivel mundial, lográndose un consenso para entender la salud de las personas y para contribuir al desarrollo de una vida saludable, no es posible ceñirse solamente a los factores clínicos relacionados con enfermedades específicas, y aun cuando los factores biológicos, genéticos y psicológicos juegan un papel importante, son mayoritariamente los aspectos sociales los que actúan como determinantes.

En este caso nos interesa resaltar uno de los determinantes sociales que por su acción singular resulta crucial y muy gravitante en la consecución de una vida saludable. Se trata de la educación, cuyos efectos en la salud de las poblaciones son de carácter directo e indirecto. Directamente, a través del desarrollo de la inteligencia, de las habilidades cognoscitivas y del incremento de conocimientos, hábitos y aptitudes para solucionar problemas, lo que otorga a las personas capacidades para actuar con eficiencia, eficacia y satisfacción sobre algún aspecto de su realidad individual, social, natural o simbólica, y permite la generación de comportamientos y estilos de vida saludables. Indirectamente, cuando actúa a través de otros determinantes sociales de la salud, puesto que aumenta la seguridad en materia laboral y de ingresos, permite un mejor aprovechamiento de los recursos que posibilitan construir un entorno adecuado, un hábitat que otorgue mayor

protección, y además genera condiciones para que surja una mayor conciencia de los derechos ciudadanos y un mejor conocimiento de la legislación así como de los recursos de protección que empoderen a las mujeres, proporcionan mayor equidad entre los géneros, etc.

En diversos estudios se ha resaltado cómo el aumento en los niveles educativos de las mujeres no sólo produce efectos altamente benéficos en el cuidado de su propia salud, sino que, dadas las mayores responsabilidades asignadas social y culturalmente a las madres en la crianza de los hijos, este hecho repercute de manera fundamental en la salud, en la vida o en la muerte de los niños.

La Salud Pública representa un campo de estudio sumamente complejo, al abordar el fenómeno salud-enfermedad como un hecho colectivo en su doble dimensión social-biológica, las interpretaciones sobre éste y las respuestas socialmente producidas para modificarlo. Esta complejidad ha conducido a la conformación de diversos modelos explicativos que interpretan tanto las condiciones de servicios de salud, y las prácticas orientadas a transformarlas. La aparición de estos modelos corresponde a distintos momentos del desarrollo de la salud pública, estrechamente ligados al desarrollo alcanzado por la sociedad y a la forma como ésta percibe el fenómeno salud enfermedad. En este proceso, los modelos "puros" prácticamente han desaparecido, dando lugar a formas de interpretación que intentan trascender el esquematismo y posibilitar el reconocimiento de la importancia de los procesos sociales en la producción de las condiciones colectivas del fenómeno de las interpretaciones y de las respuestas.

A pesar del avance en el terreno conceptual, las condiciones para concretar las formulaciones teórico-prácticas alrededor de la salud colectiva se han restringido con la consolidación de la política y la ideología que privilegia lo individual y lo privado con tratamientos encaminados a la corrección y no a la prevención, rechazando lo colectivo y lo público y plantea la resolución de las necesidades

humanas a través del mercado. Los modelos socio médicos explicativos, cuya interpretación tiene una clara base poblacional, una visión integradora y una perspectiva de equidad y de ciudadanía, enfrentan mayores dificultades para desarrollarse y conformar respuestas encaminadas a mejorar las condiciones colectivas de salud. Es en este contexto, que la identificación de las diferencias de los distintos modelos socio médico.

Si bien el reconocimiento de la importancia de lo social es lo que caracteriza a todos los modelos socio médicos, existen diferencias sustanciales por lo que se refiere a la forma como son interpretados los procesos sociales; el papel que se les asigna en la determinación de las condiciones, las interpretaciones y las respuestas en salud; el nivel de análisis que privilegian, la construcción de mediaciones para abordar el plano empírico y la forma de proceder en la investigación concreta.

La conformación de los sistemas de salud y su operación, como cualquier otro sistema, tiene su sustento en principios y valores fundamentales que comparten los individuos en sociedad. En esencia, su organización y administración buscan mantener ese núcleo de valores y cumplir los objetivos que cohesionan a la sociedad y permiten satisfacer sus necesidades y solucionar los conflictos, dada la diversidad de grupos, individuos e intereses específicos.

b) La Atención Primaria de Salud

En cuanto a la atención, por ejemplo, las personas se interrelacionan en la actualidad con los servicios de salud en busca de ayuda para un número de problemas y necesidades mucho mayor del concebible hace más de un siglo, cuando la atención de la salud estaba confinada en mayor medida al ámbito familiar. Sin embargo, la salud es, además, un bien fundamental del desarrollo y bienestar social, y un sector creciente de la economía.

Durante su evolución, los Servicios de salud han adoptado diversas formas y modos de operar; empero, el principio rector que los origina y guía es el de proteger, mejorar y restablecer la salud de los individuos; sin él dichos servicios no tendrían razón de ser. Su objetivo consiste, primero, en lograr el mayor nivel posible de salud entre la población y, segundo, en reducir las diferencias – desigualdades- de salud entre los grupos poblacionales, es decir, lograr la equidad de las condiciones de salud. Más aún, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen otros objetivos fundamentales que deben considerar los Servicios, como cualquier otro sistema social: responder a las expectativas legítimas de la población y lograr la equidad en la contribución financiera que los sistemas requieren para funcionar.

La capacidad de respuesta del sistema se refiere a la forma en que las instituciones y los actores del proceso se interrelacionan con la población para atender sus demandas y expectativas. Esto implica, por un lado, otorgar un trato adecuado que considere el respeto a las personas (trato digno, confidencialidad, comunicación y autonomía) y servicios orientados al usuario (atención pronta, acceso a redes sociales de apoyo, comodidades dentro de las unidades de atención y selección del proveedor) y, por el otro, disminuir las diferencias entre la población respecto de la atención. Por su parte, la equidad en la contribución financiera busca garantizar esquemas de financiamiento justos para que los hogares más pobres paguen menos que los más ricos, además de evitar que las familias se empobrezcan o paguen sumas excesivas por recibir atención de salud.

La definición y establecimiento de estos objetivos por parte de la OMS suscitó diversas consultas regionales en todo el mundo y un amplio debate. En todos los casos resultó unánime que mejorar la salud era el objetivo final e intrínseco de los servicios. No obstante, la pertinencia del trato adecuado y la protección financiera como objetivos finales no

obtuvieron el mismo consenso, ya que ambos pueden considerarse objetivos finales de los sistemas, pero también atributos deseables del sistema o metas intermedias. Tales consideraciones dejaron en claro la necesidad de generar mayor evidencia empírica, a partir del análisis de las preferencias de la población en contextos determinados. Con esa finalidad se desarrollaron encuestas poblacionales acerca de la importancia de los objetivos definidos por el sistema de salud en cada país.

El principio de atención primaria formulado en la conferencia internacional sobre atención primaria de salud, realizada en 1978 en Alma-Ata (Kazajstán), esta conferencia apadrinada por la OMS y la UNICEF contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales y decenas de organizaciones no gubernamentales y supuso un avance en los derechos sobre la salud. En dicha sesión de trabajo se adoptó un decálogo de consenso idealista mediante la cual la atención primaria de salud, se convertía en un concepto fundamental para poder alcanzar la meta social de la conferencia “salud para todos”. El principio de este lema es todo el mundo necesita disfrutar del nivel más alto posible y salud y tiene derecho a ello.

Los principios y valores acordados por la OMS, sobre la atención primaria a la salud son:

- Atención a la salud basada en métodos y tecnología práctica, científicamente probadas y socialmente aceptables.
- Cobertura y acceso universal a los servicios sanitarios basados en necesidades sanitarias
- Compromiso, participación, y autosuficiencia individual y comunitaria
- Acción sanitaria intersectorial
- Tecnología apropiada y coste-efectiva de acuerdo a los recursos disponibles recursos disponibles
- Provisión de servicios sanitarios y promoción a la salud

Asimismo, la OMS, ha detectado problemas en la aplicación de la atención primaria de salud. Entre ellos se encuentran:

- Recursos inadecuados y énfasis insuficiente en la sostenibilidad
- Expectativas no realistas sobre la atención primaria de la salud
- Falta de consejo práctico en su aplicación
- Falta de evidencia en la cual basar las políticas locales
- Falta de liderazgo e insuficiente compromiso político
- Incapacidad de respuesta frente a las demandas y necesidades de la población

c) Los programas de tratamiento y la función de los odontólogos:

El odontólogo, como profesional de la salud, debe ser capaz de cubrir estas necesidades teniendo como base su formación haciendo énfasis en el manejo adecuado de recursos humanos, materiales y tecnológicos; sin omitir la importancia de la investigación y la preparación constante, para poder brindar un mejor servicio a la comunidad.

Se han propuesto estrategias y técnicas preventivas que permitan que la población pueda lograr una mayor accesibilidad no sólo económica sino también dada por el reconocimiento de sus problemas bucales de salud. El salir a la comunidad, promover programas de educación higiénica y otros, constituyen una posibilidad que se está probando en algunas ciudades a través de sus instituciones y programas de salud bucal.

La prevención, por tanto, está ligada conceptualmente a la enfermedad. Su fin último es mantener la salud evitando la enfermedad, en ese sentido la prevención como concepto básico se aplicaría a todos los niveles de la odontología. No deberían existir, pues, dos formas de practicar la odontología: una preventiva y otra

curativa, sino una sola, la más adecuada en cada momento y condición, ya sea de salud o enfermedad.

Por ejemplo, en el caso de los programas preventivos encaminados hacia la caries dental son de especial importancia por diversas razones:

- Es una de las enfermedades crónicas que más afectan a la humanidad, En grados avanzados produce dolor muy intenso.
- Los dientes sanos son indispensables para la buena masticación y, por consiguiente; para buena digestión. La caries puede dificultar la masticación.
- La pérdida de dientes puede afectar la fonación.
- Altere la sonrisa y la morfología del rostro, pues la cara adquiere la facies típica de los ancianos desdentados.
- Puede originar procesos sistémicos, como la endocarditis bacteriana.

De igual forma, la prevención de la enfermedad periodontal constituye otro de los pilares de la salud bucodental, por ser una enfermedad que afecta a las encías y a las estructuras de soporte de los dientes. El dentista debe buscar los signos tempranos de enfermedad periodontal y tratarlos precozmente para evitar la progresión de la enfermedad. Entre estos signos destacan:

- Encías blandas, inflamadas o rojizas.
- Sangrado al cepillarse o al pasar el hilo dental.
- Encías que se desprenden de los dientes
- Dientes flojos o separados
- Pus entre la encía y el diente
- Mal aliento continuo
- Cambio en la forma en la que los dientes se encajan al morder
- Cambio en el ajuste de dentaduras parciales.

d) Grado de atención y satisfacción odontológica

La atención odontológica y el predominante de las insuficiencias de tratamientos en un país o región en un momento dado, está en función de un gran número de variables independientes que actúan durante todo el período anterior de la vida de la población en cuestión, más los que actúan en ese momento. Por lo tanto, se puede decir que este problema es bidimensional: la morbilidad y el grado de atención. En resumen, el grado de atención se concreta en cuatro componentes: intervalos entre los tratamientos, tipos de servicios prestados, práctica y materiales.

Para cualquier estudio de estos componentes, presentan la visión de conjunto de unas de sus dimensiones importantes, siendo con la morbilidad, entender mejor el problema, sobre todo si se analiza la historia natural de la enfermedad en los hallazgos del estudio. Existen una serie de factores que influyen directamente en la morbilidad. Entre ellos se encuentran:

La edad. Actuando en el grado de atención, cuanto mayor sea la edad más alta resulta la presencia de períodos largos de desatención o de deterioro de los trabajos de duración limitada, que exigen sustitución por otros más completos. Además, la edad es el factor universal para influir en las necesidades de tratamiento en la morbilidad; el período de gran actividad de la caries hasta los 20, 30 años, el de disminución de 50 años en adelante hasta pacientes considerados de la tercera edad (Termino usado con frecuencia en México en personas mayores de 60 años de edad), y el de periodontopatías de 35 años en adelante.

- **Sexo.** La influencia del género (femenino–masculino) en lo que se refiere a morbilidad, es reducida, por lo general el género femenino dedica un mayor cuidado a sus dientes.

- *Perfil sociodemográfico.* El perfil sociodemográfico ejerce influencia en el grado de atención en diferentes niveles:
 - a) Nivel socioeconómico o ingresos familiares, número de personas que la constituyen.
 - b) Nivel educativo, en relación al grado de educación para la salud, capacidad para seleccionar profesionales.
 - c) Clase social: presentación de un estado bucal esperable en el medio al cual el individuo pertenece, competencia para el logro de empleos en los que es importantes la apariencia
 - d) Cultura: conceptos del grupo sobre estética facial, valor atribuido a los dientes.

- *Factor socioeconómico.* Éste determinará si el individuo puede obtener servicios dentales -factor económico-, o si el individuo que puede y quiere obtener tratamiento, lo obtiene en efecto adecuadamente -factor profesional-. Este conjunto de factores comprende al paciente, al profesional y al ambiente, está íntimamente relacionado con el grado de desenvolvimiento socioeconómico de la comunidad.

- *Factores sociológico-culturales.* La familia es la institución natural y base de la sociedad humana que se funda en la unión voluntaria y comprometida de un hombre y una mujer de donde vienen los hijos - naturales o adoptados. En países latinoamericanos, la familia cumple con funciones de apoyo social y de protección frente a las crisis económicas, desempleo, enfermedad entre otros. La familia como capital social es un recurso estratégico de gran valor, puesto que la limitada cobertura social en algunos países, coloca la familia como única protección social frente al desempleo, enfermedad, migración entre otros eventos. Por lo anterior, resulta indispensable contar con la información actualizada de

su situación, ya que al adentrarse en las actividades y decisiones que toma la familia, esta se ubica como una unidad que propicia la intervención social y la acción pública debido a que en su interior se adaptan la mayoría de las necesidades sobre el cuidado de la salud de cada integrante.

e) Práctica odontológica

Para Williams y Guevara Niebla, la práctica odontológica debe evolucionar desde una práctica eminentemente mutilatoria hacia una oferta de servicios integrados en el concepto global de salud y enfocada fundamentalmente hacia la prevención. Las medidas irán encaminadas a la búsqueda del tratamiento ideal. El plan de tratamiento se organiza, generalmente, en acciones como: Urgencias: acciones que se relacionan, generalmente, con episodios de dolor. Urgentes: acciones que necesitan atención a un corto plazo y que, generalmente, incluyen la eliminación de focos infecciosos.

Rehabilitación simple: medidas que ameritan atención en un plazo entre corto y medio y que dependen de la capacidad de pago de la persona. Si la persona puede pagar por estos tratamientos (por ejemplo, restauraciones), la velocidad de éstos se determina también por la prontitud con la cual el paciente pueda hacer los pagos.

Adicionalmente, en los últimos años proliferan las empresas con ánimo de lucro que se están apropiando de la prestación de servicios de salud oral privada. Se observa una competencia de precios y servicios con los consultorios particulares. La “calidad” el “costo” son las variables utilizadas en las campañas de mercadeo y publicidad de las empresas, las cuales son generalmente suficientes para desterrar a los consultorios particulares de la región.

Como resultado de este nuevo tipo de práctica de empresas, los odontólogos han visto un cambio en su condición laboral de trabajadores independientes a trabajadores subcontratados, generalmente bajo la modalidad de porcentaje.

En este proceso de diferentes planes, en el que compiten los intereses de la industria de materiales dentales, las empresas privadas con ánimo de lucro y las diferentes capacidades de pago del paciente, las desigualdades sociales se perpetúan y aumentan. Este gran dilema moral del acceso a tratamientos adecuados no recibe la atención que se merece y, al parecer, la profesión satisface sus necesidades de responder a la población sin recursos con propuestas de salud pública que se enfocan en promoción y prevención en salud oral.

La prevalencia de enfermedades orales es mayor en personas que viven en la pobreza. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la pobreza y las desigualdades sociales juegan un papel fundamental en la presencia de enfermedades orales y en la posibilidad de recibir tratamientos. Por ejemplo, países en vías de desarrollo muestran una incidencia mucho mayor de cáncer bucofaríngeo, asociado a desnutrición, es casi exclusivo de África y el Sudeste asiático, las regiones más pobres del mundo.

En Occidente, la caries y la enfermedad periodontal parecen ser un buen predictor de la pobreza en los niños y adultos, ya que el alto consumo de azúcares refinados y medidas higiénicas deficientes son más comunes en la población pobre.

Un estudio realizado en Nueva Zelanda, y que siguió a un grupo de niños por 26 años, encontró que las enfermedades orales no sólo eran más prevalentes en los niños de sectores más pobres,

sino que, cuando adultos, ellos presentaban mayor presencia de enfermedades cardiovasculares y menor desarrollo físico y continuaban presentando mayor presencia de enfermedades orales (caries, enfermedad periodontal y sangrado gingival. Otro hallazgo interesante de este estudio fue que, inclusive, si en el transcurso de la vida las persona mejoran su situación socioeconómica, adultos que fueron pobres cuando niños continúan presentando una mayor prevalencia de enfermedad periodontal y caries comparados con aquellos que nunca fueron pobres, lo cual indica que la relación entre la pobreza, salud oral e infancia determina en gran parte la salud y calidad de vida de los adultos.

La práctica odontológica emergente es “aquella que es realizada no sólo como una cuestión de práctica inmediata, sino que depende fundamentalmente del descubrimiento de nuevas formas”, es decir, es propiciada por el avance científico del área, así como por el surgimiento de los modelos de atención odontológica innovadores. Por ello, la práctica de este tipo sucede por una serie de procedimientos prácticos, que son generados para la solución de problemas de manera inmediata, o bien, por el afán de profesionales al ir haciendo una práctica más fácil y menos traumática para el paciente.

La práctica dominante es la que se realiza con mayor frecuencia por los profesionistas, ante el reclamo de las personas que solicitan el servicio. La práctica dominante es “el rasgo distintivo y comparativo en todo orden social”, la práctica configurada, por un lado, por los requerimientos de salud bucal de la comunidad, y por otro, por la serie de productos existentes en el mercado para la realización de la demanda de servicios odontológicos.

Los servicios odontológicos en México son proporcionados por profesionales de alguna universidad practican en forma privada o como parte de alguna institución estatal o paraestatal, o bien por aquéllos que, no habiendo obtenido su grado universitario, se han formado empíricamente y practican como tales.

En cualquiera de los casos anteriores, la forma predominante de organización para el otorgamiento de los servicios está representada por el odontólogo (o empírico) que trabaja sólo junto al “sillón dental”, teniendo a veces una persona que sin preparación formal le auxilia en sus labores; utiliza equipo e instrumental tradicionales, sofisticados y de importación. Los servicios que se proporcionan son en la mayoría de las veces los que el paciente solicita, teniéndose con esto pocas posibilidades de llegar a un diagnóstico adecuado; entre los servicios que predominan en forma masiva son los de mutilación y reconstrucción, que son los que atacan las últimas etapas de las enfermedades bucales, es poco frecuente encontrar prácticas dirigidas a la protección específica o al diagnóstico y tratamiento precoz de esas enfermedades.

En México la práctica social dominante en los servicios odontológicos es la privada, el profesional trabaja en forma individual y atiende principalmente a las elites económicas. La práctica estatal y paraestatal trata de copiar el modelo de atención privada, atiende la demanda espontánea de la población que acude a la institución principalmente para el alivio de un dolor y concentra los servicios en la solución de etapas tardías de la enfermedad.

La práctica social dominante con su correspondiente modelo para la prestación de servicios odontológicos descrita para México, no ha sido privativa de este país, la situación con algunas variantes

se ha presentado en forma bastante precisa para la mayor parte de países de este continente. Esto ha originado un movimiento internacional que plantea diversas modalidades, siempre con el propósito de modificar los modelos de servicio dominante, que presentan características generales comunes.

En sus más amplios términos, las áreas en las, cuales se revisan conceptos son: en la ideología, las políticas, las estrategias, los objetivos, los recursos, los métodos y los instrumentos. Como denominador común se propone el que los servicios se fundamenten en la investigación de la realidad epidemiológica, en su más amplio concepto - proceso de salud-enfermedad y en la formación de nuevos recursos que se relacionen con el desarrollo de este proceso.

Con esto, tanto las instituciones de servicio como las formadoras de recursos humanos participan en este movimiento han tomado como pilares para sus programas a la investigación, al servicio y a la docencia. Los cambios más concretos tendientes a la modificación de la práctica dominante, se están dando en las áreas de los recursos humanos, físicos, técnicos y administrativos.

En los recursos humanos se intentan cambios en todos sus diferentes tipos, en el nivel de Licenciatura se propone que ésta se encargue de organizar equipos de diferentes tipos de personal que trabajando en conjunto lleven a cabo las acciones que hasta ahora han sido encomendadas al profesional solo, así como que incluyan una buena parte de las que han sido delegadas, por abandono al especialista.

Se propone la inclusión de nuevos tipos de personal: auxiliar y técnico que faciliten y apoyen al profesionalista de la salud. En el área de los recursos se proponen cambios en los equipos, el

instrumental y material, simplificando el equipo, eliminando instrumental y encontrando el de múltiples usos, en material se estudia la posibilidad de eliminar los muy caros, utilizando otros u otras técnicas.

Odontología preventiva y comunitaria

En dicha área de recursos se puede mencionar la búsqueda y utilización de técnicas de protección específica contra la caries dental, la enfermedad periodontal avanzada, la utilización de selladores de fosetas y fisuras, la fluoración del agua o el consumo de sal con fluoruro, cuyos resultados en la prevención de la caries han sido demostrados.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha participado en actividades preventivas de salud oral en diversas comunidades, principalmente impulsando el programa de fluoración de la sal, las cuales han reducido de forma importante la morbilidad oral en los países que lo han implementado.

La fluoración del agua ha sido reconocida como una de las medidas de salud pública más importantes en la historia, no sólo porque ha conseguido disminuir de forma importante la presencia de caries en Recientemente se reconocen causas ambientales, económicas y sociales en la presencia de enfermedades orales; sin embargo, el flúor y los aspectos conductuales se siguen considerando como los más importantes cuando se habla de promoción y prevención en salud oral. El enfoque en los comportamientos individuales hace que el complejo biosocial que determina la presencia de caries y enfermedad periodontal en las poblaciones se vea reducido de forma inapropiada a actividades educativas sobre higiene y dieta, desconociendo que higiene y dieta son dos procesos profundamente sociales. Sin restar

importancia a la educación como estrategia en prevención, la literatura odontológica carece de definiciones sobre cómo los factores sociales influyen en el comportamiento humano, en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud, o sobre cuáles son los límites de la educación y de otras actividades y programas preventivos.

El nivel de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno que acarrea un cambio de conducta de la profesión para no esperar al paciente que acude para recibir un tratamiento, sino buscar a la población para detectar sus problemas, en estados tempranos, antes de que las enfermedades se presenten.

En el área de recursos administrativos existen una gran cantidad de proposiciones para cambios que mejoren el otorgamiento de los servicios. Entre ellos y ya con gran aceptación esta la llamada odontología a cuatro manos, la interdisciplinariedad que se organiza para aprovechar la diversidad de capacidades en el abordaje de la solución de problemas de salud, tomados en forma conjunta.

El modelo hipotético de las patologías bucales en la salud pública, así como los procesos biológicos que ocurren constantemente en el organismo humano, no son el resultado de un conglomerado casual de fenómenos desligados y aislados unos de otros y sin ninguna relación de dependencia entre sí, sino que son un todo articulado y único, en el que los procesos se hallan orgánicamente vinculados a otros, dependen unos de otros y se condicionan unos a otros.

2.2.2 Educación en salud y buenas prácticas de higiene oral

La educación para la salud es un proceso de desarrollo del fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Tal proceso ayuda a los individuos y a los grupos a tomar conciencia de los problemas que pueden constituir una amenaza a su calidad de vida y los incita a crear y a reivindicar condiciones favorables a su salud. Además “la educación para la salud es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo”.

Se hace posible la integración en la educación para la salud de los aspectos cognitivos (conocimientos), los afectivos (actitudes y valores), los psicomotores (habilidades personales) y los sociales (capacidades de relación), del comportamiento que se pretende poner en práctica. En este contexto la Educación para la Salud es una estrategia fundamental para la promoción de la salud y específicamente para promover comportamientos y por ende estilos de vida saludables en la población.

La educación para la salud puede interpretarse como un elemento de la promoción de la salud. El concepto de la promoción de la salud se basa en la interpretación social y cultural de la salud y la enfermedad. La promoción de la salud es el proceso de capacitar a la gente para que adquiera mayor control sobre su salud; se lleva a cabo a través de la acción intersectorial. La promoción de la salud es un concepto dinámico y evolutivo que involucra a la gente en el contexto de sus vidas diarias, por ejemplo, en la casa, la escuela, el lugar de trabajo, etc., y que promueve que se alcance el máximo nivel de bienestar físico, mental y social para todos.

La educación de personas adultas juega un papel importante en las estrategias actuales de promoción de la salud. Entre las personas adultas hay un creciente interés por aprender más acerca de asuntos

relacionados con la salud, y esta tendencia se refleja en el gran número de programas que se ofrecen en esta área.

La educación para la salud ha progresado; ha dejado de dedicarse únicamente a la transmisión de información y a tratar de cambiar los estilos de vida individuales, para dedicarse a la promoción de la salud, concentrándose más en factores sociales, económicos y ambientales propicios para un estilo de vida sano y para la autodependencia. Con el surgimiento de esta nueva interpretación social de la salud, la educación para la salud adquirió una creciente importancia en las políticas para la salud. Hoy en día, los profesionistas en el campo de la salud reconocen la relevancia y el uso de los métodos y estrategias desarrollados por los pedagogos dedicados a la educación de personas adultas.

Uno de los componentes de los servicios de salud es la educación para la salud, la cual puede ser realizada tanto a nivel individual como grupal; esta última generalmente es ofrecida por las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud a sus usuarios; de otro lado, para que las personas puedan cumplir el deber constitucional de cuidar su salud y la de aquellos que integran su comunidad. Esta educación es aplicable a través de la utilización de diversas estrategias educativas para lo cual el personal debe estar capacitado.

La naturaleza del hombre indica que puede continuar aprendiendo durante toda su vida, por lo tanto, con base en esta consideración la educación para la salud que se desarrolla para los grupos de ODONTOLÓGICOS debe estar enmarcada en el modelo educativo conocido como andragogía, definida por Malcolm Knowles como "el arte y la ciencia de ayudar a los adultos a aprender".

Entre los principios de este modelo se encuentran: 1) Reconocer la existencia de los saberes previos, en este caso los pacientes odontológicos que poseen una serie de conocimientos y experiencias propias, relacionadas con la enfermedad. 2) La pertinencia, lo que implica que los aprendizajes deben estar orientados hacia los intereses y

motivaciones de la persona y relacionados con su contexto sociocultural, lo que implica la importancia de conocer sus condiciones de vida y necesidades. 3) La utilidad, porque el adulto ante una experiencia educativa, normalmente se pregunta ¿esto para qué me sirve?, en consecuencia, tanto los contenidos y las actividades que se programen, deben estar planeadas y desarrolladas bajo este principio. Las personas del equipo de salud han sido formadas para prestar servicios asistenciales y, en algunos casos, han recibido elementos para realizar actividades relacionadas con la EpS, por lo tanto, el P.S. Miraflores Alto debe incluir en el plan de capacitación de su talento humano sobre educación para la salud apacientes ODONTOLÓGICOS con el fin de que ésta sea de calidad.

Para garantizar el logro de los propósitos de la educación para la salud se debe partir del diagnóstico de la realidad problemática y necesidades que tienen los pacientes ODONTOLÓGICOS, el cual es la base para planificar estrategias educativas. Dichas estrategias en el contexto de la hipertensión arterial, deben estar enfocada tanto al ejercicio de los deberes y derechos respecto a la salud, a la promoción de estilos de vida saludables y como complemento del tratamiento farmacológico, lo que implica desarrollar actividades como entrevistas, diálogos y encuestas a los pacientes ODONTOLÓGICOS del P.S. Miraflores Alto; observación y análisis del incumplimiento de su tratamiento terapéutico antihipertensivo (farmacológico y no farmacológico), con el fin de identificar las necesidades educativas que sirvan de base para el desarrollo las estrategias educativas y desarrollar una adecuada educación para la salud.

Con base en el diagnóstico de necesidades y orientados por la andrología y sobre todo fundamentándose en Teorías científicas del Aprendizaje Social, se diseñan las estrategias educativas y se elabora la unidad didáctica que es un "plan de enseñanza organizado, planteado con base en una meta, compuesto por actividades educativas"; la estructuración de las estrategias constan de: objetivo general, objetivos

específicos, temas y subtemas, método, técnica y ayudas educativas, evaluación, duración, cronograma y responsables. Igualmente, también se debe prever tanto el lugar donde se llevarán a cabo las sesiones educativas, como la forma de convocar a los pacientes ODONTOLÓGICOS.

Los **objetivos** planteados deben referirse a los conocimientos que los participantes han de adquirir, a las actitudes que deberán adoptar y a las habilidades y comportamientos que serán capaces de realizar; los objetivos se deben dar a conocer a los asistentes, al iniciar cada actividad educativa y tenerse en cuenta durante su ejecución y evaluación.

Los **contenidos** de la unidad didáctica deben estar relacionados con los objetivos propuestos, se expresan en forma de temas y subtemas, deben incluir los conceptos a desarrollar y la secuencia de los mismos. La unidad didáctica debe especificar cuánto tiempo durará la sesión educativa, número de sesiones educativas, el cronograma y los responsables de la orientación de cada una de las actividades educativas planeadas.

Con fin de facilitar el logro de los objetivos específicos, es necesario tener claro **el método** a seguir, el cual puede ser: 1) Según la forma de razonamiento: de lo deductivo a lo inductivo, de lo general a lo particular, de lo complejo a lo simple y de lo abstracto a lo concreto. 2) Según la forma de participación de los pacientes ODONTOLÓGICOS participantes: pasiva o activa, individual o grupal". Los métodos se hacen operativos por medio de **las técnicas** de enseñanza, entre las cuales se encuentran: la charla, la demostración, el sociodrama, la lluvia de ideas, el taller, entre otras. Las ayudas educativas son recursos que facilitan el proceso enseñanza-aprendizaje y se clasifican en: visuales, audiovisuales, auditivas y de simulación.

La **evaluación** es un proceso permanente cuyo objetivo es retroalimentar y perfeccionar cada sesión educativa; tiene el carácter de ser transversal en la medida en que se realiza desde la iniciación del mismo e incluye tanto los procesos como los componentes y resultados; por medio de ella se puede identificar la relevancia, el progreso, la efectividad y el impacto de éste.

La evaluación se debe realizar en 4 momentos, así: La **evaluación diagnóstica**: se realiza al iniciar cada actividad educativa, tiene el propósito de identificar conocimientos, actitudes y experiencias de los participantes respecto al tema que se desarrollará. Se puede llevar a cabo por medio de talleres que permitan a los participantes poner en común sus conocimientos y vivencias respecto al tema.

La **evaluación intermedia**: se realiza de manera permanente durante el desarrollo de la sesión educativa por medio de preguntas y la observación de la actitud y participación de los asistentes. Permite determinar el interés, los logros, las dudas o vacíos en el desarrollo del tema, por lo tanto, sirve de base para establecer correctivos en el transcurso de la actividad.

La **evaluación final**: como su nombre lo indica se realiza al final del encuentro educativo; permite identificar el logro de los objetivos propuestos y la satisfacción de los participantes. Igualmente, el educador debe autoevaluarse y ser evaluado, en caso de que hayan estado presentes en el trabajo realizado con el fin de identificar aquellos aspectos que deben mejorarse a futuro.

La **evaluación de impacto**: es aquella que se realiza a mediano o largo plazo, con el fin de identificar el logro de los propósitos de las sesiones educativas. Se puede hacer en la consulta; por medio de visitas familiares en las cuales se pueden verificar situaciones que sirvan de indicadores del impacto de las estrategias educativas; del análisis del comportamiento del perfil epidemiológico de la comunidad, entre otras formas, según el caso. Es importante resaltar que en la visita familiar se

hace énfasis en las personas que integran la familia y las necesidades por ellas percibidas, es una oportunidad para reforzar aprendizajes, corregir errores y establecer compromisos relacionados con el cuidado del paciente.

2.2.3. TEORÍAS DEL APRENDIZAJE SOCIAL Y PERSONAL

a) TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

La presente Teoría tiene como máximo exponente a Albert Bandura, nació en Alberta, Canadá, en 1925. Bandura postula una teoría general del aprendizaje por observación que se ha extendido gradualmente hasta cubrir la adquisición y la ejecución de diversas habilidades, estrategias y comportamientos.

La Teoría supone que las personas existen en entornos donde los pensamientos, consejos, ejemplos, ayuda y apoyo emocional de otras personas influyen en sus propios sentimientos, comportamiento y salud. Es decir, las personas se ven influidas por sus entornos sociales y al mismo tiempo ejercen influencias en éstos. Esta teoría supone, además, que las personas y sus entornos interactúan continuamente, aborda y explica claramente los factores psicosociales que determinan el comportamiento de salud y sirve para diseñar las estrategias para promover el cambio de comportamiento. En esta teoría el comportamiento humano se explica en términos de una teoría dinámica, recíproca y de tres vías, en la cual los factores personales, las influencias ambientales y el comportamiento interactúan continuamente.

El aprendizaje social, se enfoca a determinar en que medida aprenden los individuos no solo de la experiencia directa sino también de observar lo que les ocurre a otros. En términos generales el Aprendizaje Social se entiende como un cambio constante en las estructuras cognitivas y comportamientos de los sujetos a partir de la interacción con el entorno y donde el conocimiento no corresponde a una realidad externa a los

sujetos, sino que a un proceso de *construcción* llevado a cabo por ellos mismos.

Esta teoría señala que los individuos adquieren conocimientos, modifican sus estructuras cognitivas y conductas, a través de la socialización e interacción que mantienen con otros individuos en un determinado contexto sociocultural y físico. Este tipo de aprendizaje se centra, más que en el individuo, en los procesos de interacción social a partir de los cuales las personas adquieren y construyen conocimientos.

En este sentido, consideramos que el aprendizaje es *social* en tres dimensiones: a) Contextual: El aprendizaje transcurre en determinados contextos sociales, los cuales pueden determinar, facilitar u obstaculizar los procesos de aprendizaje emprendidos por parte los individuos o grupos.

b) Comunitario-práctico: No es un individuo recibiendo información externa para modificar su conducta posterior. Son personas que en conjunto llevan a cabo determinadas acciones para el logro de las metas definidas comunitariamente. En este proceso se generan “lecciones aprendidas”, es decir, conocimiento obtenido desde la práctica y reflexión misma de los actores del proceso.

c) Colectivizadora: Esta dimensión se refiere a los procesos de socialización y difusión del conocimiento generado entre diversos actores involucrados en el desarrollo rural, ayudando a iniciar procesos de aprendizaje *en* otras y *con* otras comunidades.

Bandura y otros autores como Julian Rotter, Albert Ellis, Walter Mischel y Mineka, han demostrado por medio de sus teorías (aprendizaje social) y experimentos que gran parte del aprendizaje de los organismos se adquiere en el medio social, observando a los otros, los sujetos aprenden conocimientos, reglas, habilidades, estrategias entre otras.

Una vez que el observador aprende una nueva conducta queda en libertad de manifestarla o no, es decir adoptar conductualmente el

comportamiento de acuerdo a sus expectativas e intereses. Pero en todo el caso la actividad de aprender como proceso es transmitida por vía del ejemplo de modelos cuya acción es indispensable para acceder al aprendizaje. Los acontecimientos modelados (entradas), transcurren por un conjunto de sucesiones que determinan el aprendizaje y lo llevan a desembocar en comportamientos imitativos de carácter simple y complejo (salidas). Los fenómenos involucrados en el proceso de modelado son los procesos relacionados con la atención, retención reproducción y motivación. En cada uno de ellos se cumplen componentes básicos en forma de respuestas inconscientes y automáticas tanto en modelos como en receptores.

Durante el proceso de **atención**, el observador recibe diversos tipos de estímulo que lo impactan conforme a sus características y de acuerdo a la fuerza y transparencia del incentivo modelar. En vista de que la observación por sí sola es insuficiente para el aprendizaje el observador, necesita representar de manera simbólica toda la experiencia útil de su vida. El individuo requerirá entonces atributos que permitan el desarrollo de habilidades y estructuras para conocer, interpretar y dominar situaciones. Así a través del entrenamiento simbólico y motor, la **Retención** se convierte en un proceso donde la vivencia del comportamiento modelar es sistematizada y organizada de manera emblemática y cognitiva.

La conversión simbólica facilita el aprendizaje social porque permite la observación a través de imágenes, e incentiva su ejecución a través de estímulos verbales. La imagen es una representación del comportamiento, la simbolización verbal es una forma de expresar o estimular con palabras una conducta determinada. Por vía de mensajes, el código verbal simplifica a la imagen visual del comportamiento e incita a su realización.

El proceso de producción o de **reproducción motriz** es la fase en la cual el individuo convierte la diversidad de representaciones simbólicas

en acciones bien concretas. con fines analíticos. El cuarto proceso de **Motivación** (o motivacional) se sustenta en los incentivos extremos vicarios y el auto refuerzo. En el desarrollo de estas propiedades, la teoría del aprendizaje social distingue entre adquisición y ejecución, así el observador no ejecuta todo cuanto aprende, sino que imita el comportamiento de modelos, solo en sus consecuencias favorables, mientras descarta las conductas con efectos amenazantes y de castigo.

El modelado puede ser verbal o conductual. Es verbal cuando por intermedio de las palabras se intenta influir o modificar una conducta ajena, y es conductual cuando se pretende el mismo objetivo, pero con la observación del comportamiento fortuito o intencional de las personas. De esta relación se desprende una variedad de conductas y comportamientos que se transmiten de inmediato y pueden evolucionar generacionalmente.

Es así como observando a los demás y ejecutando, pueden obtenerse habilidades cognitivas y nuevos patrones de conducta de los cuales antes carecíamos, pero una vez que son aprendidos, comienzan a emitirse con frecuencia.

Este modelo es uno de los más reconocidos en Estados Unidos. Las ideas vertidas en este modelo tienen gran influencia en grandes proyectos de intervención comunitaria a nivel de medios de comunicación.

Pero, tal vez, la mayor aportación de este autor ha sido debida a la caracterización de la segunda variable: *autoeficacia*. La autoeficacia podría definirse como la percepción que uno tiene de si va a ser capaz o no de realizar esa acción. No solamente es importante que uno piense que, si realizar una conducta le va a reportar beneficios, sino que también, y casi mas determinante, es si la persona se cree capaz o no de hacerlo. Ya hay suficiente evidencia que establece el valor de la autoeficacia como uno de los mayores determinantes de la conducta. Se ha estudiado en relación con la decisión de cesación del uso del tabaco,

en temas de anticoncepción, obesidad, inicio o no de una dieta, ejercicio físico. No solamente es importante que las personas a las que estamos hablando piensen que si dejan de fumar eso va a reportarle unos beneficios, eso es importante, pero el otro factor que puede condicionar a que una persona decida dejar o no de fumar, es si se siente capaz de conseguirlo o no.

La autoeficacia es la creencia de que es posible tener éxito al adoptar un nuevo comportamiento, lo cual a su vez es un pronóstico de la probabilidad de mantenerlo. Por ejemplo, una paciente podría sentir que le es imposible adelgazar. En este caso, usted podría dirigir sus comentarios hacia mejorar la autoeficacia de la paciente para que sienta que puede triunfar, por ejemplo, señalándole las cosas que surtieron efecto para adelgazar en el pasado. Armados de autoeficacia, los pacientes estarán más dispuestos a tratar de adoptar un nuevo hábito de salud y a mantenerlo con el tiempo.

Para trabajar sobre la “decisión” que influye en la conducta de los individuos existe tres mecanismos: fundamentales: trabajar sobre éxitos (performance), persuasión verbal y modelaje. Al trabajar sobre éxitos, el profesional busca situaciones en las que el grupo realiza conductas sencillas en las que se garantice el éxito. El aumento paulatino de la complejidad de los encargos hace que la autoeficacia vaya aumentando. El profesional se encarga de hacer consciente a la persona/s de sus logros. Referente al modelaje, el modelamiento es un componente crucial de la teoría cognoscitiva social. Se trata de un término general que se refiere a los cambios conductuales, cognoscitivas y afectivo que derivan de observar a uno o más modelos (Schunk, 1997, p.110. Cuando uno ve que alguien de condiciones parecidas a las que uno tiene ha sido capaz de hacer aquello que uno se está planteando hacer, ello aumenta la confianza de uno mismo. Y además tiene una justificación pedagógica pues la mayoría del aprendizaje se produce entre iguales.

b) TEORIA DEL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

David Ausubel, Joseph Novak y Helen Hanesian especialistas de la psicología educativa de la Universidad de Cornell, que tienen como precedente a Vigoski, han diseñado la Teoría del Aprendizaje Significativo, aprendizaje a largo plazo, teoría constructivista según la cual para aprender es necesario relacionar los nuevos aprendizajes a partir de las ideas previas de la persona. Es una teoría psicológica porque se ocupa de los procesos mismos que el individuo pone en juego para aprender. Se trata de una teoría constructivista, ya que es el propio individuo-organismo el que genera y construye su aprendizaje.

Según Ausubel, Novak y Hanesian “el mismo proceso de adquirir una información produce una modificación tanto en la información adquirida como en el aspecto específico de la estructura cognoscitiva con la cual aquella está vinculada”.

Podemos decir por tanto que el aprendizaje es construcción de conocimiento donde unas piezas encajan con las otras en un todo coherente. Por tanto, para que se produzca un auténtico aprendizaje es decir un aprendizaje a largo plazo y que no sea fácilmente sometido al olvido, es necesario conectar la estrategia didáctica del facilitador con las ideas previas del individuo y presentar la información de manera coherente “construyendo” de manera sólida, los conceptos interconectando los unos con los otros en forma de red de conocimiento.

Los seres humanos tenemos un gran potencial de aprendizaje, que perdura sin desarrollarse y el aprendizaje significativo facilita la expansión de este potencial. Este aprendizaje permite aumentar la autoestima, potencia el enriquecimiento personal y se mantiene alta la motivación para aprender. Novak y colaboradores nos muestran como el aprendizaje basado en la repetición tiende a inhibir un nuevo aprendizaje, mientras que el aprendizaje significativo facilita el nuevo aprendizaje relacionado.

La Teoría del Aprendizaje Significativo aborda todos y cada uno de los elementos, factores, condiciones y tipos que garantizan la adquisición, la asimilación y la retención del contenido que el facilitador ofrece a los participantes, de modo que adquiera significado para el mismo. También se comenta sobre el cambio de estilo de vida de los pacientes, los beneficios que mejorarán su salud y vida cotidiana. El método que emplearon es el aprendizaje significativo, que será un facilitador en el proceso de asimilación del conocimiento impartido, una vez asociado a la experiencia individual.

c) TEORIA DE LA ACCION RAZONADA

Fishbein y Ajzen (1975), han desarrollado una teoría general del comportamiento, que integra un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual. Estos autores entienden al ser humano como un animal racional que procesa la información o la utiliza sistemáticamente, por lo que ha sido llamada Teoría de la Acción Razonada. Proponen un modelo (Fishbein y Azjen. 1975, 1988) para entender la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamientos de los individuos. La teoría permite mostrar cómo esta información puede ser empleada para el desarrollo de programas educativos o de otro tipo cuyo objetivo sea determinado en términos específicos.

Para estos autores las actitudes hacia un comportamiento determinado son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos del individuo, sean de tipo positivo o negativo con respecto a la ejecución de una conducta en cuestión. Sostienen que muchos de los comportamientos de los seres humanos se encuentran bajo control voluntario, por lo que la mejor manera de predecir un comportamiento dado es la intención que se tenga de realizar o no realizar dicho comportamiento. Esta intención estará en función de dos determinantes: uno de naturaleza personal (actitudes) y otro que es reflejo de la

influencia social, la cual se define como la percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no realizar un determinado comportamiento (norma subjetiva). Los autores destacan también que los individuos realizan un comportamiento cuando tienen una actitud positiva hacia su ejecución y cuando creen que es importante lo que los otros piensan acerca de lo que él debe realizar.

Las nuevas tecnologías y tratamientos farmacológicos han posibilitado contar cada día con mejores y más variadas prescripciones médicas. Esto, a su vez, debiera significar un aumento tanto en la efectividad de los tratamientos, así como también incidir directamente en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, para que esto ocurra debieran existir al menos dos condiciones: una adecuada prescripción por parte del equipo médico y un correcto cumplimiento de la misma. En primer lugar, gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por un agente externo al paciente y, al contrario, quedan bajo su directa responsabilidad, entonces, es el paciente quien en definitiva decide si cumplir o no.

d) TEORIA DE CREENCIAS EN SALUD

Este modelo de creencias en salud (Hochbaum, Rosenstock) aborda las percepciones que tiene una persona de la amenaza de un problema de salud y de la evaluación de un comportamiento recomendado para prevenir o manejar un problema. Este modelo resulta útil para analizar la falta de acción o de incumplimiento de las personas, identificando las razones para ello. El modelo de creencias en salud tiene un buen ajuste cuando el comportamiento o la afección que constituye un problema suscitan una motivación de salud, ya que precisamente es su punto central o de partida de todo proceso.

Integran teorías cognitivas y conductuales para explicar porqué la gente falla en adherir a conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta.

Específicamente, la probabilidad que una persona adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad dependerá de: (a) grado de motivación e información que tenga sobre su salud, (b) autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad, (c) percibir la condición como amenazante, (d) estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz y (e) percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud. Apoyo empírico a esta teoría ha sido reportado por varios autores. McCord y Brandenburg, informaron que aquellos diabéticos que toman en serio su enfermedad, tienen más probabilidad de adherir a su tratamiento. También se ha señalado que aquellos pacientes no adherentes, creen que la enfermedad no afectará sus vidas. Estos pacientes presentaron al mismo tiempo menor intención de cumplir las instrucciones del médico.

La transmisión de información tendría su papel sobre el cumplimiento a través del proceso de aprendizaje orientado para que el individuo adopte voluntariamente la conducta más beneficiosa ofreciéndole los medios adecuados, apoyándose en que los pacientes desean recibir información y principalmente desean recibirla de los profesionales que les atienden habitualmente. En este sentido, las intervenciones incluidas en este grupo tienen como objetivo la mejora del cumplimiento a través del aumento de conocimientos sobre su enfermedad, las posibles complicaciones, el tratamiento prescrito, etc.

Son múltiples las investigaciones que evalúan estos tipos de intervenciones. Desde la entrega de información escrita hasta las sesiones educativas grupales pasando por la información individualizada por médicos, enfermeras, farmacéuticos, etc., están dirigidas a procesos tan diversos como hipertensión arterial, asma, artritis reumatoide o patología mental. En conjunto puede decirse, salvo excepciones, que fueron estrategias no eficaces para la mejora de la adherencia terapéutica y del control del proceso, aunque si se aprecian mejoras en el conocimiento de la enfermedad. No obstante, si pueden extraerse conclusiones positivas de las mismas; la transmisión de información

parece necesaria, aunque no suficiente, para modificar el comportamiento en la adherencia y por lo tanto se debe continuar informando al paciente y esta se debería de realizar, preferiblemente, en términos de los beneficios del seguimiento del tratamiento más que en términos de riesgo del proceso.

El modelo de creencias de salud se centra alrededor de una “amenaza percibida” por el paciente sobre lo que le puede pasar si sigue manteniendo determinado hábito perjudicial. El paciente, ¿cree que mantener un estilo de vida sedentario le empeorará la diabetes? En caso negativo, se debe esmerar en explicarle a este paciente cómo el ejercicio puede disminuir sus niveles de glucosa sanguínea, con miras a hacerle entender que su estilo de vida cotidiano sí afecta su salud.

e) TEORIA DE ETAPAS O ESTADO DEL CAMBIO

Esta teoría (Di Clemente, Prochaska) tiene que ver con la disposición de los individuos al cambio o al intento de cambiar hacia comportamientos saludables. Su premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto. Como parte de este proceso se identifican cinco etapas diferentes: precontemplación, contemplación, decisión/determinación, acción y mantenimiento. También se señala que este proceso no es lineal, sino más bien circular; es decir, las personas no pasan por estas etapas y las superan, sino que pueden entrar y salir en cualquier momento del proceso, y con frecuencia reanudarlo.

La Teoría propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo. Para comunicarse eficazmente con el paciente, se debe conocer su postura respecto a adoptar un nuevo hábito de salud; esto le permitirá orientar la conversación según corresponda.

- Precontemplación. En esta etapa, el paciente no tiene intención alguna de hacer un cambio, como por ejemplo tomar medicamentos para controlar la hipertensión.

- Contemplación. El paciente se propone tomar la medida o cambiar de comportamiento en los próximos 6 meses.
- Preparación. El paciente se propone hacer el cambio en los próximos 30 días y ya ha emprendido unos cuantos pasos a ese efecto.
- Acción. El paciente acaba de iniciar el cambio o adoptó el nuevo comportamiento hace menos de 6 meses.
- Mantenimiento. El paciente ha cumplido con el cambio durante 6 meses o más.

f) MODELO DE INFORMACIÓN- MOTIVACIÓN- HABILIDADES CONDUCTUALES.

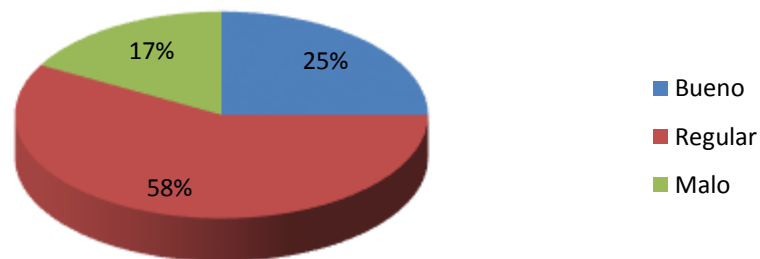
Sometido a rigurosa investigación empírica, tanto en estudios prospectivos como correlacionales, este modelo demuestra que en conjunto la información, la motivación y las habilidades conductuales explican 33% de la varianza del cambio conductual. Específicamente, demuestra que la información es un prerequisite, pero por sí sola no es suficiente para alterar la conducta. Además, provee evidencia que la motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes del cambio conductual.

La información y la motivación afectarían la conducta por medio de las habilidades conductuales. Sin embargo, cuando las habilidades conductuales son familiares o no complicadas, la información y la motivación pueden actuar directamente sobre la conducta. En este caso, un paciente puede seguir una prescripción basado en la información entregada por el médico. En el modelo, la relación entre motivación e información es débil. Sin embargo, la presencia de ambos aumenta el poder predictivo del modelo.

CAPITULO III
RESULTADOS, MODELO TEÓRICO Y
PROPUESTA

3.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, TEST DE MORINSKI Y CUESTIONARIO DE ACTITUDES APLICADOS A LOS PACIENTES ODONTOLÓGICOS

GRAFICO N°01
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA SALUD
BUCAL DE LOS PACIENTES ODONTOLÓGICOS
ATENDIDOS EN EL P.S. MIRAFLORES ALTO -
CHIMBOTE - ENERO 2018



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes ODONTOLÓGICOS del PS Miraflores Alto – 2018

Interpretación

En el Gráfico 01 se observa que de un total de 12 pacientes ODONTOLÓGICOS (100%) 7 pacientes (58%) tienen un regular nivel de conocimiento sobre buenas prácticas de higiene oral, 2 pacientes (17%) tienen un bajo nivel de conocimiento y sólo 3 pacientes (25%) tienen un buen nivel de conocimiento acerca de su salud bucal al responder la encuesta. Esto indica que las tres cuartas partes de los pacientes encuestados no saben que es el cuidado de la salud bucal.

GRAFICO N°02
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
FACTORES DE RIESGO EN SALUD
BUCAL DE LOS PACIENTES...

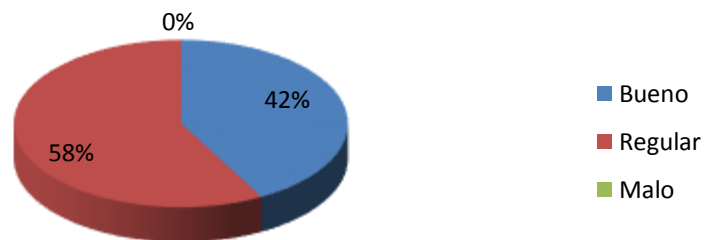


Fuente: Encuesta aplicada a pacientes ODONTOLÓGICOS del PS Miraflores Alto -
2018

Interpretación

En el Gráfico 02 se observa que de un total de 12 pacientes ODONTOLÓGICOS (100%) 9 pacientes (75%) tienen un regular nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y sólo 3 pacientes (25%) tienen un buen nivel de conocimiento acerca del tema. Esto indica que las tres cuartas partes de los pacientes no tienen conocimientos claros sobre los factores de riesgo asociados al cuidado de la salud bucal.

GRAFICO N°03
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
COMPLICACIONES DE LA SALUD BUCAL DE LOS
PACIENTES ODONTOLOGICOS DEL P.S.
MIRAFLORES ALTO - CHIMBOTE - ENERO 2018

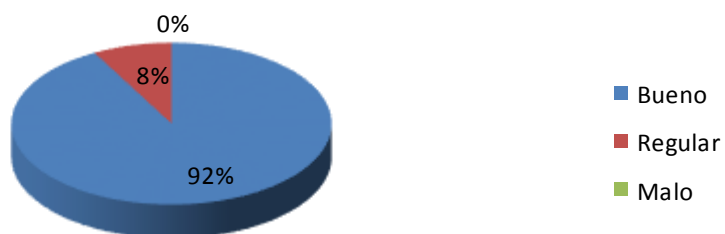


Fuente: Encuesta aplicada a pacientes ODONTOLOGICOS del PS Miraflores Alto - 2018

Interpretación

En el Gráfico 03 se observa que de un total de 12 pacientes ODONTOLOGICOS (100%) 7 pacientes (58%) tienen un regular nivel de conocimiento sobre las complicaciones o riesgos y 5 pacientes (42%) tienen un buen nivel de conocimiento acerca de complicaciones referidas a la salud bucal.

GRAFICO N°04
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HABITOS DE
SALUD BUCAL DE LOS PACIENTES
ODONTOLOGICOS DEL P.S. MIRAFLORES ALTO -
CHIMBOTE - ENERO 2018

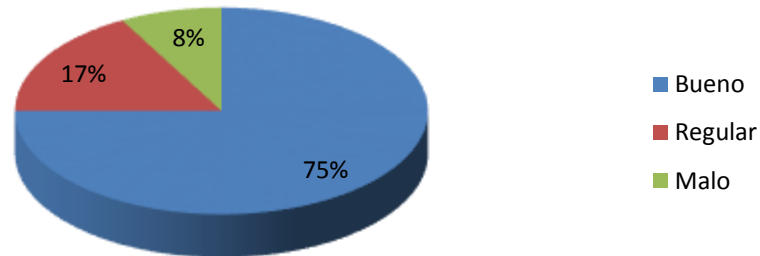


Fuente: Encuesta aplicada a pacientes ODONTOLOGICOS del PS Miraflores Alto -
2018

Interpretación

En el Gráfico 04 se observa que de un total de 12 pacientes ODONTOLOGICOS (100%) 711 pacientes (92%) tienen un buen nivel de conocimiento sobre la dieta o hábitos alimenticios relacionados a la salud bucal y sólo 1 paciente (5%) tiene un regular nivel de conocimiento sobre el tema.

GRAFICO N°05
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
MEDICAMENTOS DE SALUD BUCAL DE LOS
PACIENTES ODONTOLOGICOS DEL P.S.
MIRAFLORES ALTO - CHIMBOTE - ENERO 2018



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes ODONTOLOGICOS del PS Miraflores Alto - 2018

Interpretación

En el Gráfico 05 se observa que de un total de 12 pacientes ODONTOLOGICOS (100%) 2 pacientes (17%) tienen un regular nivel de conocimiento sobre la medicación que usan, 1 paciente (8%) tiene un bajo nivel de conocimiento mientras que 9 pacientes (75%) tienen un buen nivel de conocimiento acerca del uso de medicamentos al responder la encuesta. Las tres cuartas partes de los pacientes reconocen que la medicación es muy importante.

.

CUADRO N° 01. PACIENTES ODONTOLOGICOS CUMPLIDORES Y NO CUMPLIDORES SEGÚN TEST DE MORINSKI GREEN LAVINE) NGL= ATENDIDOS EN EL P.S. MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE. ENERO - 2018

N	PACIENTES	N	%
1	CUMPLIDORES	3	25
2	NO CUMPLIDORES	9	75
	TOTAL	12	100

Fuente: Test de MGL aplicado a pacientes ODONTOLOGICOS del PS Miraflores Alto - 2013

CUADRO N° 02. CALIFICACIÓN DE LOS PACIENTES ODONTOLOGICOS POR INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO SEGÚN EL TEST DE MORINSKI GREEN LAVINE, ATENDIDOS EN EL P.S. MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE ENERO – 2018

N°	TIPO DE PACIENTES SEGÚN INCUMPLIMIENTO	CANRIDAD
1	PACIENTE INCUMPLIDOR	2
2	PACIENTE POTENCIAL CUMPLIDOR	5
3	PACIENTE MUY CUMPLIDOR	2
4	PACIENTE CUMPLIDOR	3
	TOTAL DE PACIENTES	12

FUENTE: Test de Morinski Green Lavine aplicados a los pacientes ODONTOLOGICOS del P.S. Miraflores Alto.

Leyenda:

- **PACIENTE INCUMPLIDOR:** Siempre incumplidor. No adhiere la medicación, alto riesgo de incumplimiento. Deja de adherir al tratamiento por cualquier causa
- **PACIENTE POTENCIAL CUMPLIDO:** Paciente regularmente no adherente. Aunque mantiene la preocupación por tomar sus medicamentos.
- **PACIENTE MUY CUMPLIDOR:** Paciente regularmente cumplidor. Deja de adherir las indicaciones de forma infrecuente.
- **PACIENTE CUMPLIDOR:** Paciente cumplidor. No Deja de tomar los medicamentos sin antes no consultar con el médico

**CUADRO N° 03. PREGUNTAS QUE GENERAN MAYORES RESPUESTAS
DE INCUMPLIMIENTO SEGÚN EL TEST DE MORINSKI GREEN LAVINE EN
LOS PACIENTES ODONTOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL P.S.
MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE ENERO - 2018**

PREG	PREGUNTA	PACIENTES QUE RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE*	% RELATIVO DE PACIENTES QUE RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE.
1	¿Con que frecuencia se olvida usted de tomar su medicación? Olvido \geq a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	5	42
2	¿Puede decirme cómo se llaman los medicamentos que toma? No menciona todos = 1, menciona todos = 0	5	42
3	¿Cuántas veces a la semana se olvida de tomar sus medicamentos la hora indicada? eventos \geq a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	7	58
4	¿Con que frecuencia deja de tomar su medicación Cuando se encuentra bien? eventos \geq a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	6	50
5	¿Cuantas veces ha dejado de tomar sus medicamentos por que ha sentido que le caen mal? eventos \geq a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	3	25
6	¿Estuvo usted fuera de casa tarde en la noche en los últimos tres meses y se olvidó de llevar su medicación? Olvido \geq a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	2	17

FUENTE: Test de Morinski Green Lavine aplicados a los pacientes ODONTOLÓGICOS del
P.S. Miraflores Alto. 2018

**CUADRO N° 04. FACTORES INFLUYENTES EN LAS ACTITUDES QUE TIENEN LOS PACIENTES ODONTOLÓGICOS CUADRO INCUMPLEN SU TRATAMIENTO, ATENDIDOS EN EL P.S. MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE
ENERO - 2018**

FACTORES INFLUYENTES SEGÚN OMS	Puntaje prom. de las resp. en cada factor.*	Puntaje total por factor.**	% relativo del efecto de cada factor sobre la adherencia. ***
Del paciente	14.8	178	74
La enfermedad	15.5	186	77.5
Tratamiento Farmacológico	14.3	171	71.5
Los Servicios de Salud	16.6	199	83
Condiciones sociales y económicas	15.6	187	78

FUENTE: Test de Morinski Green Lavine aplicados a los pacientes ODONTOLÓGICOS del P.S.

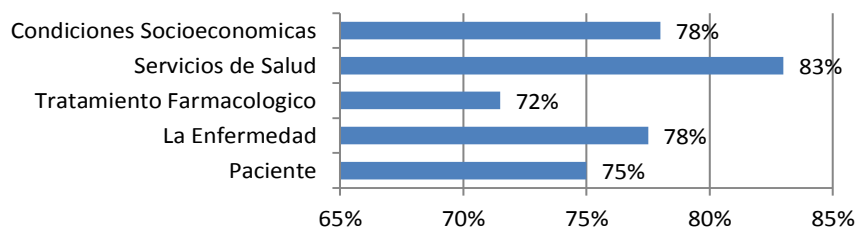
Leyenda:

* El puntaje promedio de las respuestas en cada factor representa el valor promedio alcanzado por los pacientes en cada factor de un máximo de 20. El mayor promedio está asociado con los factores que no afectan la adherencia o cumplimiento al tratamiento. Lo inverso sucede con el factor que alcanzó el menor valor.

** El puntaje total por factor representa el puntaje total alcanzado por los 12 pacientes en cada factor de un máximo posible de 240.

*** El porcentaje relativo del efecto de cada factor sobre la adherencia representa el porcentaje de puntos alcanzado por los pacientes en cada factor. El mayor porcentaje representa menor efecto negativo sobre la adherencia. Mientras que lo contrario, menor porcentaje, significa mayor efecto sobre la adherencia.

GRAFICO N°07
FACTORES INFLUYENTES SOBRE ACTITUDES DE
LOS PACIENTES ODONTOLOGICOS PARA
CUMPLIR SU TRATAMEINTO, ATENDIDOS EN EL
P.S. MIRAFLORES ALTO - CHIMBOTE - ENERO -
2018



Fuente: Cuestionario de factores influyentes aplicados a pacientes ODONTOLOGICOS del P.S.

Leyenda:

* El puntaje promedio de las respuestas en cada factor representa el valor promedio alcanzado por los pacientes en cada factor de un máximo de 20. El mayor promedio está asociado con los factores que no afectan la adherencia al tratamiento. Lo inverso sucede con el factor que alcanzó el menor valor.

** El puntaje total por factor representa el puntaje total alcanzado por los 12 pacientes en cada factor de un máximo posible de 240.

*** El porcentaje relativo del efecto de cada factor sobre la adherencia representa el porcentaje de puntos alcanzado por los pacientes en cada factor. El mayor porcentaje representa menor efecto negativo sobre la adherencia. Mientras que lo contrario, menor porcentaje, significa mayor efecto sobre la adherencia.

3.2 MODELO TEÓRICO

La atención de las personas con hipertensión arterial, se debe enfatizar especialmente promover estilos de vida saludables con el fin de evitar el avance de la enfermedad y como complemento del tratamiento farmacológico, con miras tanto a mejorar su calidad de vida, como a evitar las complicaciones.

La naturaleza del hombre indica que puede continuar aprendiendo durante toda su vida, por lo tanto, con base en esta consideración las estrategias educativas propuestas que se desarrolla para los grupos de ODONTOLOGICOS debe estar enmarcada en el modelo educativo conocido como andragogía, definida por Malcolm Knowles como "el arte y la ciencia de ayudar a los adultos a aprender").

Entre los principios de este modelo se encuentran: 1) Reconocer la existencia de los saberes previos, 2) La pertinencia, lo que implica que los aprendizajes deben estar orientados hacia los intereses y motivaciones de la persona y relacionados con su contexto sociocultural, lo que implica la importancia de conocer sus condiciones de vida y necesidades. 3) La utilidad, porque el adulto ante una experiencia educativa, normalmente se pregunta ¿esto para qué me sirve?, en consecuencia, tanto los contenidos y las actividades que se programen, deben estar planeadas y desarrolladas bajo este principio

MODELO TEÓRICO DE ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO



TEORÍA COGNITIVA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

SE FUNDAMENTA

EXPERIENCIAS
DIRECTAS

OBSERVACIÓN DE
CONDUCTAS

APRENDE DEL



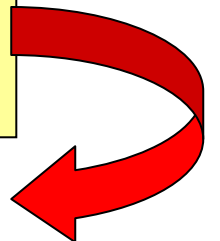
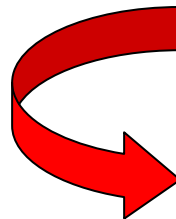
**MEDIO SOCIAL
DE LA PERSONA**

**CONOCIMIENTOS,
HABILIDADES,
COMPORTAMIENTOS**

Naturaleza de la
enfermedad

**MEJORA CALIDAD DE
VIDA**

Uso apropiado de
información y consejos
de salud bucal



ADOPTA NUEVAS CONDUCTAS

76

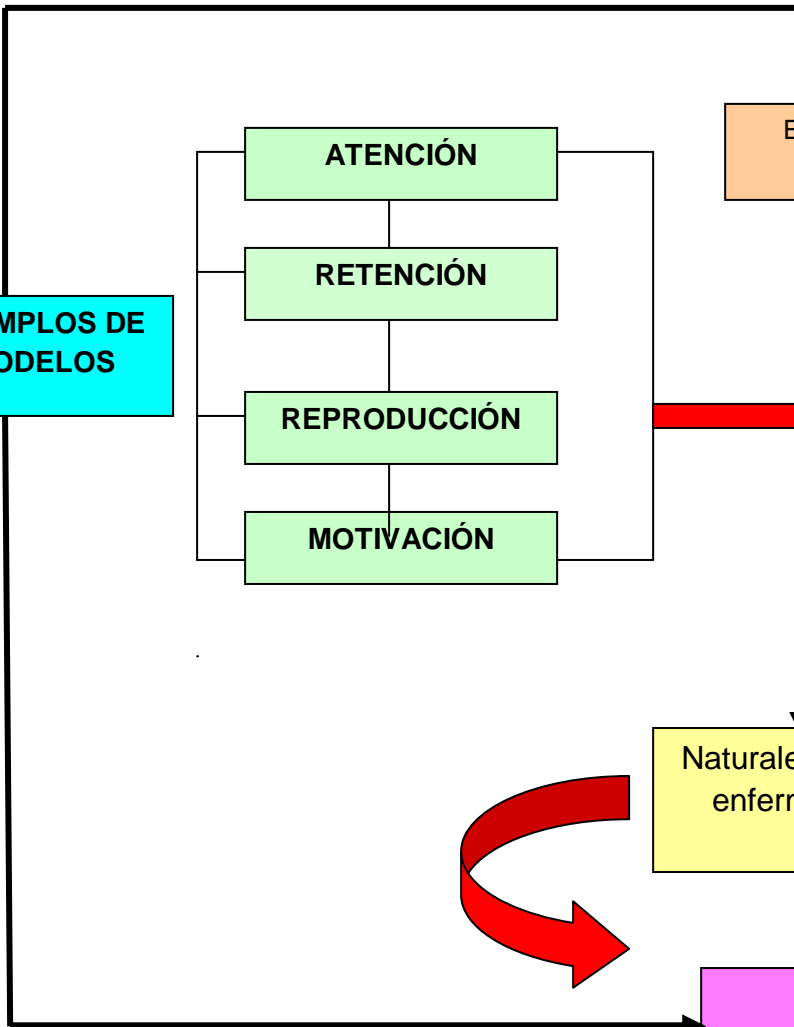
**EJEMPLOS DE
MODELOS**

ATENCIÓN

RETENCIÓN

REPRODUCCIÓN

MOTIVACIÓN



3.3 PROPUESTA

PROCESO DE DISEÑAR ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA REDUCIR EL INCUMPLIMIENTO TERAPEUTICO DE LOS PACIENTES ODONTOLOGICOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO DE LA CIUDAD DE CHIMBOTE – ANCASH, ENERO 2018.

3.3.1. INTRODUCCIÓN:

La educación integral del hombre implica la contemplación de todas aquellas variables que de forma directa inciden en el desarrollo de su personalidad, de todos aquellos valores que le permitan llegar a la responsabilidad y autonomía personal y le capaciten para vivir y disfrutar en una sociedad libre. En este sentido, alcanza especial relevancia la educación para la salud como soporte necesario en la adquisición y desarrollo de actitudes positivas hacia la vida, circunstancias que redundará en beneficio del nivel cultural, social y sanitario

Resulta evidente el papel de responsabilidad de las Instituciones formadoras de la salud en el adiestramiento de actitudes positivas hacia la salud y la vida, considerando esta cuestión como prioritaria y abandonando una cuestión restringida de la educación, posibilitando una formación integral de la persona, donde la salud es una condición indispensable (ESCAMEZ Y GARCIA, 1990).

Un aspecto importante dentro del Programa Pedagógico, lo constituye el Conocimiento sobre el cumplimiento que deben poseer los pacientes de sus problemas de salud bucal, y también las personas quien brinda los cuidados. Teniendo en cuenta dicha necesidad, mediante el adiestramiento en aspectos preventivos, podemos lograr cambios positivos en la estructura cognitiva de los pacientes.

3.3.2. OBJETIVOS

A. GENERAL

Contribuir a mejorar el cumplimiento del tratamiento terapéutico con estrategias educativas en pacientes que acuden a consulta externa del Puesto de Salud Miraflores Alto, para disminuir la morbilidad por enfermedades infectocontagiosas.

B. ESPECIFICOS:

- Conocer y aplicar correctamente las medidas del tratamiento
- Comprender el riesgo de no cumplir con el tratamiento.
- Modificar las actitudes para mejorar la calidad de vida de pacientes ODONTOLÓGICOS

3.3.3 FUNDAMENTACIÓN:

Con las tasas de cumplimiento tan pobres que tienen los pacientes de hipertensión, no es de extrañar que, en efecto, el mal control sea un factor determinante. Los pacientes con problemas de salud bucal toman su medicación solamente el 50% de las veces. Son numerosos los estudios que confirman que las tasas de incumplimiento son bajas, aunque con un rango muy amplio (del 15 al 65%), debido a diferencias en la población estudiada, en las formas y en las medidas utilizadas. Así pues, es evidente que el bajo cumplimiento del régimen prescrito durante la práctica clínica limita el éxito del cuidado médico. Los profesionales, ante el fracaso terapéutico, suelen tomar caminos fáciles, pero casi siempre erróneos, como aumentar la dosis, añadir más fármacos o cambiar las pautas terapéuticas, soluciones que evidentemente no conducen al éxito, ya que la causa más frecuente del fracaso terapéutico es el incumplimiento.

Se recurre a estas prácticas porque muchos profesionales sanitarios creen que el incumplimiento del paciente no es un problema suyo y,

por tanto, no actúan sobre él. Un cambio de actitud de los profesionales a este respecto tendrá mucha importancia sobre la decisión terapéutica, ya que, aunque ésta depende sobre todo del paciente, está ligada a la conducta del médico y a su propósito de producir cambios en el enfermo con sus recomendaciones. Los profesionales tienen que utilizar estrategias para fomentar el cumplimiento.

Haciendo un análisis de este planteamiento, veamos a continuación cada uno de los niveles o componentes del proceso:

- a) Componente Cognitivo: se busca capacitar intelectualmente a los pacientes proporcionándoles informaciones y construyendo conocimientos acerca del cumplimiento del tratamiento, en base a debates y consensos en torno a los contenidos y elementos del mismo. Este componente se relaciona con la Teoría de Albert Bandura. Esta teoría señala que los individuos adquieren conocimientos, modifican sus estructuras cognitivas y conductas, a través de la socialización e interacción que mantienen con otros individuos en un determinado contexto sociocultural y físico. Este tipo de aprendizaje se centra, más que en el individuo, en los procesos de interacción social a partir de los cuales las personas adquieren y construyen conocimientos.
- b) Componente Afectivo: se busca desarrollar en el estudiante un sentimiento del cuidado de su salud, es decir, indicar su afecto y voluntad mediante la sensibilización y concientización, a fin de predisponerlo más para asumir un compromiso con la aplicación de dichas medidas. El trabajo educativo en este componente se orienta a desarrollar la sensibilidad de los pacientes y sus convicciones, interiorizando los conceptos e ideales que le concibe (componente Cognitivo) y cree, despertando su atracción, motivación y compromiso con ellos en vista de expresarlos en su vida práctica. En este aspecto se relaciona con la Teoría de la

acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975). Para estos autores las actitudes hacia un comportamiento determinado son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos del individuo, sean de tipo positivo o negativo con respecto a la ejecución de una conducta en cuestión. Sostienen que muchos de los comportamientos de los seres humanos se encuentran bajo control voluntario, por lo que la mejor manera de predecir un comportamiento dado es la intención que se tenga de realizar o no realizar dicho comportamiento.

- c) Componente Comportamental: busca ejercitar intencionalmente al paciente en la práctica del cumplimiento del tratamiento en forma real, individual y colectiva. En este proceso culminante del proceso de formación en el cuidado de su salud que el paciente realice mediante la práctica de actitudes y acciones valiosas, al principio, encaminados por el, docente, pero luego lo realizará en forma autónoma y habitual, puesto que, a lo largo del proceso, él mismo va vislumbrando y elaborando sus concepciones en torno a su salud. David Ausubel y Novack. Podemos decir por tanto que el aprendizaje es construcción de conocimiento donde unas piezas encajan con las otras en un todo coherente. Por tanto, para que se produzca un auténtico aprendizaje es decir un aprendizaje a largo plazo y que no sea fácilmente sometido al olvido, es necesario conectar la estrategia didáctica del facilitador con las ideas previas del individuo y presentar la información de manera coherente “construyendo” de manera sólida, los conceptos interconectando los unos con los otros en forma de red de conocimiento

3.3.4. DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO

Las intervenciones sobre el cumplimiento terapéutico deben centrarse en conseguir un mejor conocimiento de cómo y por qué los pacientes deciden no tomar unos tratamientos y sí otros, y en conocer los

factores que influyen en la probabilidad de que un paciente cambie un comportamiento. Según un modelo desarrollado por Tousman et al²⁷, el cambio de comportamiento se explica por diferentes variables de 3 factores generales: características del paciente, técnicas usadas en la propia intervención y estructura de los programas.

Es fundamental tener en cuenta estos factores en la elaboración y desarrollo de programas educativos cuyo objetivo fundamental sea la promoción de la adhesión terapéutica.

3.3.5. CONTENIDOS BASICOS DEL PROGRAMA:

Los contenidos de la propuesta del Programa Pedagógico sobre Estrategias educativas, comprenderán las siguientes unidades

UNIDAD I: CUMPLIMIENTO ERRATICO

- El paciente sabe cómo tomar el tratamiento, pero no lo hace bien porque se olvida.

UNIDAD II: INCUMPLIMIENTO INCONSCIENTE

- El paciente no sabe que no lo hace correctamente, por mala interpretación, técnicas incorrectas, demencia, etc.

UNIDAD III: INCUMPLIMIENTO INTENCIONAL

- Deja de tomar la medicación por decisión personal, cree que son ineficaces, innecesarios o peligrosos.

3.3.6. METODOLOGÍA:

Las estrategias educativas a utilizar en el Programa Pedagógico serán:

- Jornadas de estudio y reflexión sobre la Importancia de la medicación.
- Análisis de casos reales.

- Participación y debates.
- Trabajo grupal.

3.3.7. VARIABLES DEL PACIENTE

Los factores del paciente que más influyen en el cumplimiento son los conocimientos que tiene el paciente hipertenso, la motivación para cambiar, las características de la personalidad y el estado de salud.

Conocimientos básicos

Según la psicología cognitiva, los humanos organizamos el conocimiento en esquemas que frecuentemente guían el comportamiento. Un enfermo puede tener una información inadecuada en su esquema, lo cual puede determinar no sólo sus creencias, sino también sus decisiones y comportamientos. Es frecuente que el esquema de los pacientes les dé razones para no tomar medicamentos para controlar su enfermedad (el hecho de tener que usarlos diariamente, los efectos indeseables) y sí para tratar su asma con medicamentos broncodilatadores (dado el alivio inmediato que producen). De hecho, algunos asmáticos no saben que los corticoides inhalados y los orales son diferentes, y por tanto tienden a creer que tienen los mismos efectos indeseables.

Motivación para cambiar

Una variable clave para modificar el comportamiento es la propia disposición del paciente para cambiarla. Se entiende por motivación la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se adhiera a una estrategia de cambio específica. Esta definición refleja que los cambios de comportamiento no son normalmente instantáneos, sino que necesitan pasar por varios escalones en un período de tiempo, y esto ocurre tanto en los cambios

espontáneos como en los provocados, como son las recomendaciones terapéuticas. Estos escalones están definidos en el modelo transteórico del cambio de conducta, que describe las fases del cambio y las explica de una forma progresiva a lo largo de un proceso que se inicia con una etapa de precontemplación, continúa con una de contemplación y después una de preparación, para terminar con las etapas de acción (cambio) y mantenimiento. Este modelo es muy utilizado en las consultas de tabaquismo dentro de las estrategias para dejar de fumar y para motivar a hacer ejercicio³⁶, pero puede aplicarse también al asma³⁷ y otras enfermedades crónicas. De hecho, Miller y Rollnick³⁸ publicaron unas recomendaciones basadas en este modelo.

En la fase de precontemplación los pacientes se rebelan, rechazan o se resignan a la enfermedad, y por tanto es poco probable que se adhieran a ningún tratamiento. Por consiguiente, en esta etapa hay que concienciarlos con información, ofrecerles opciones, esperanzas, y fomentar la reflexión. En la fase de contemplación están abiertos a la información, aunque de forma ambivalente, así que también es poco probable que sigan los consejos médicos. Por lo tanto, en esta etapa, además de dar información, hay que ayudarles a analizar los pros y los contras y a que aumente su autoeficacia. En la etapa de preparación los pacientes están decididos, es el momento de buscar y consensuar objetivos, proporcionarles estrategias para el cambio y utilizar refuerzos para estimularlos. En la de acción los pacientes ya están cambiando activamente y haciendo autoevaluaciones; por tanto, es el momento de enseñarles habilidades de autocuidado y seguir reforzándolas. En la fase de mantenimiento existe siempre el riesgo de fracaso por el abandono de las pautas terapéuticas, por lo que hay que

enseñarles estrategias preventivas para evitar el incumplimiento, ayudar a redefinir objetivos y continuar utilizando refuerzos.

Con todo, es evidente que la probabilidad de que un paciente se adhiera a un tratamiento aumenta si el profesional sanitario oportunamente le ofrece las estrategias específicas en los diferentes estadios del cambio en que se encuentre.

Características de la personalidad

Algunos fenómenos relacionados con la personalidad influyen en el cumplimiento terapéutico. La autoeficacia es la capacidad que percibe uno mismo para llevar a cabo una conducta o una acción concreta (p. ej., una habilidad). Así, personas con la misma capacidad objetiva para realizar una tarea presentan rendimientos diferentes en función de que se juzguen capaces o no de llevarla a cabo. En los pacientes que se consideran incapaces, no intentan realizarla o, si lo hacen, no aplican el esfuerzo adecuado y abandonan las posibilidades de fracaso son bastante altas.

La indefensión aprendida es la pérdida percibida de control del entorno, de tal forma que una persona tiene la percepción de que lo que le ocurre es algo independiente de su conducta, y esto es fruto de una historia de fracasos en la forma de hacer frente a las situaciones. Algunos adolescentes con asma ven problemas irresolubles y muestran síntomas de indefensión aprendida, de tal manera que perciben que no pueden hacer nada para controlar la situación.

Varios estudios también muestran una relación entre la depresión, el mal control de la enfermedad y el cumplimiento terapéutico. Bosley en un estudio con 102 pacientes ODONTOLÓGICOS, vieron que las puntuaciones de depresión, medida por la Hospital Anxiety and Depression Scale, eran más

altas en el grupo de pacientes incumplidores que entre los que se adherían al tratamiento. Así pues, preocuparse también por la depresión parece importante en el manejo de algunos pacientes principalmente en los incumplidores.

Estado de salud

Parece lógico pensar que la gravedad de la enfermedad tenga impacto en el cumplimiento terapéutico, ya que las personas con muchos síntomas cumplirían mejor que aquellas que se sienten sanas. Los estudios que han analizado esta cuestión encuentran una asociación muy débil entre gravedad de la enfermedad y cumplimiento terapéutico, aunque éste puede mejorar después de un episodio que pone en peligro la vida, como ocurre tras un infarto de miocardio o tras un rechazo de un trasplante. Por consiguiente, es posible que las visitas a urgencias y las hospitalizaciones por crisis asmáticas sean momentos oportunos para iniciar una intervención educativa dirigida a mejorar el cumplimiento

3.3.8 TÉCNICAS CONDUCTUALES QUE DEBEN USARSE EN ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

No puede esperarse que las intervenciones que no ayudan a los pacientes a modular los factores que influyen en el comportamiento, y que por tanto no facilitan el cambio, generen resultados relacionados con el uso de medicamentos, de medidas preventivas o de recursos sanitarios. Es necesario que el personal sanitario emplee estrategias (técnicas) para cambiar el comportamiento de los pacientes. Las técnicas de cambio del comportamiento pueden clasificarse en 2 categorías a) indirectas, llamadas así porque no conducen específicamente a un cambio de comportamiento pero sí llevan a que aumente la probabilidad del cambio, como la entrevista clínica y la mejora de los

conocimientos del paciente, y *b*) directas, que están enfocadas específicamente a modificar el comportamiento, como ofrecer recomendaciones terapéuticas y preventivas, tomar las decisiones en colaboración con el paciente y determinar objetivos y enseñar habilidades.

Técnicas indirectas

Entrevista médica. La primera oportunidad del personal sanitario para influir en un cambio de comportamiento es la visita médica. La entrevista es un método excelente para analizar a los pacientes y conseguir que cambien el comportamiento. Una entrevista eficaz debe incluir una buena comunicación (que proporcione empatía y apoyo psicosocial) para establecer una buena relación con el paciente y preguntar sobre los conocimientos, emociones, creencias, expectativas y objetivos del paciente. Para una buena comunicación con los pacientes se precisa de 2 medidas previas. La primera es la adquisición de habilidades de comunicación, ya que éstas no son innatas ni mejoran con la experiencia si no hay un aprendizaje previo. Por otro lado, el modelo de médico paternalista, en el que él decide lo que tiene que hacer el paciente, no lleva a una buena comunicación; por tanto, cambiar el modelo puede ser una buena segunda medida.

El médico que se esfuerza por crear una comunicación interactiva establece una mejor relación de confianza con el paciente y éste tiende a tener una mayor adherencia. Parece lógico (y está demostrado) que una entrevista médica eficaz hace que el paciente experimente un alto grado de satisfacción. La satisfacción del paciente, producto de una buena comunicación y empatía, y la continuidad de la ayuda incrementan la probabilidad de cumplimiento terapéutico. Se puede afirmar que la relación médico-paciente es el método más poderoso de cambio de

comportamiento y que los pacientes no revelan sus creencias acerca de la enfermedad si el médico está enfadado, desinteresado o impaciente. La adhesión mejora cuando se explican todas las recomendaciones con lenguaje entendible, se elogia el cumplimiento, se resuelven problemas, el médico se muestra dispuesto a modificar el plan de tratamiento dependiendo de las creencias expresadas por el paciente o incluso por comunicación no verbal, y muestra interés por lo que el paciente dice.

Incremento del conocimiento del paciente. Otro procedimiento indirecto de cambio de conducta es incrementar el conocimiento del paciente sobre la enfermedad y su tratamiento. De acuerdo con la teoría psicológica cognitiva, la información se traslada de la memoria a corto plazo (inmediata y transitoria, dura como muchos minutos) a la memoria de largo plazo, donde se guarda la información durante días, semanas, meses o años y se almacena en el esquema del individuo de manera que pueda recuperarse fácilmente. El modo de transmitir la información tiene importancia en su eficacia. Así, cuando se hace de una forma activa, con discusión interactiva, es más probable que se procesen los conocimientos, mientras que cuando se hace de una forma pasiva (el paciente se limita a escuchar o mirar) la retención de conocimiento es pobre porque esa información tiene pocas probabilidades de pasar de la memoria de corto tiempo a la de largo tiempo, lo que hace muy improbable el cambio de comportamiento.

Las técnicas de discusión interactiva que comprometen al paciente a una participación activa en la intervención educativa son mucho más eficaces para mejorar el conocimiento y cambiar el comportamiento. Escuchando al paciente asmático e intercambiando con él información, el médico puede conocer mejor sus creencias y su esquema, así como añadir nuevos

conocimientos que sean relevantes para sus necesidades o bien modificar conocimientos inadecuados.

Deben seguirse unas recomendaciones básicas a la hora de dar la información: a) ésta debe ser individualizada, basada en las expectativas y objetivos del paciente concreto, o sea, en lo que quiere el enfermo; b) informar e instruir sólo lo necesario para el paciente concreto, y c) la información básica se centrará en enseñar que es una enfermedad crónica que necesita tratamiento a largo plazo (aunque no se tengan molestias), y en que reconozca los síntomas de la enfermedad y los efectos indeseables de los fármacos.

Para informar al paciente conviene seguir un guión. Lo importante se dirá al principio y al final (ya que son las cosas que mejor se recuerdan), la información será breve y sencilla, con comunicación interactiva, y el médico se cerciorará de que el paciente la entiende. Se emplearán analogías y ejemplos, y se recurrirá al apoyo de material escrito. La información se repetirá y reforzará en las diferentes visitas.

Técnicas directas

Recomendaciones médicas. El método directo que usan todos los médicos para cambiar el comportamiento de los pacientes consiste en recomendarles directamente un cambio específico de comportamiento, a través de una pauta terapéutica y/o unos consejos con medidas preventivas o de evitación. El grado de cumplimiento en pacientes ODONTOLOGICOS es muy bajo, por lo que esta técnica de modificación de conducta tiene claras limitaciones. Con este método el médico no accede al esquema del paciente y, además, éste puede tener conocimientos o creencias erróneas respecto a la enfermedad. Hay que tener en cuenta que los conocimientos y las creencias inadecuadas guían

al paciente mucho más en la toma de decisiones que una recomendación del médico para usar medicinas. Por otra parte, si es sólo el médico el que dicta las pautas, está usando un modelo de relación con el paciente paternalista, que por sí mismo invita a no adherirse. Para que sea eficaz, la relación médico-paciente debe estar basada en la confianza, el respeto, el intercambio de información y la cooperación, de tal forma que las pautas se elaboren de forma conjunta.

Tomar decisiones en colaboración con el paciente. Tomar decisiones conjuntamente puede ser mucho más eficaz a la hora de cambiar el comportamiento del paciente que las recomendaciones médicas directas. Los pacientes quieren estar implicados en las pautas terapéuticas y en los cambios de tratamiento. En un estudio se demostró que la mitad de los pacientes estaban insatisfechos cuando sus médicos no les implicaban en las decisiones terapéuticas, y precisamente este grupo de pacientes era el que tenía un grado de adherencia más bajo.

CONCLUSIONES

1. El estudio permitió verificar que un 58% del paciente con problemas de salud bucal presentan un nivel regular de conocimiento sobre las complicaciones o riesgos mientras que el 42% de los pacientes tienen un buen nivel de conocimiento acerca de las complicaciones. 9 pacientes (75%) tienen un regular nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y sólo 3 pacientes (25%) tienen un buen nivel de conocimiento acerca del tema.
2. Los trabajos de investigación sobre aplicación de Estrategias Educativas para el cumplimiento del tratamiento de salud bucal a pacientes del Puesto de Salud Miraflores Alto mejoran significativamente los conocimientos y a la vez implican garantizar las correctas prácticas llevar un adecuado estilo de vida y toma de sus medicamentos, ya que el conocimiento orienta y realimenta la práctica.
3. A través del diseño de estrategias educativas sustentadas en las teorías científicas de la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura, Teoría del Aprendizaje Significativo de David Ausubel, Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Alzen, contribuirá a reducir el incumplimiento del tratamiento de los pacientes ODONTOLÓGICOS. Las teorías explican los factores psicosociales que determinan el comportamiento de salud de las personas en la toma de decisiones de su tratamiento terapéutico a lo largo de su vida al ser diagnosticados de alguna enfermedad bucal.
4. Cabe destacar que la presente Propuesta Pedagógica, muestra tres componentes importantes para mejorar los conocimientos y reducir el incumplimiento terapéutico de los pacientes ODONTOLÓGICOS, y son: el componente cognitivo, el componente afectivo y el componente comportamental.

RECOMENDACIONES

1. Someter a una reflexión crítica por otros investigadores en la temática en el Modelo Teórico desarrollado, pues se considera una guía posible de implementar y generalizar en el diseño y aplicación de diversos programas de capacitación continua en el Perú.
2. Comunicar los resultados del presente estudio a las autoridades del Ministerio de Salud, de manera que tomen conocimientos y aseguren medidas correctivas a la problemática planteada.
3. Rediseñar el modelo de la Propuesta Pedagógica de acuerdo a las normas nacionales e internacionales sobre conocimientos del tratamiento hipertensivo, seleccionando una o más corrientes educativas que se adapten mejor a las características del paciente.
4. Aplicar el Programa Pedagógico para su validación total y posterior generalización a otras instituciones de salud.
5. Profundizar y sistematizar las investigaciones de esta naturaleza que permitan aportar al desarrollo profesional, a la pedagogía como esencia del mismo, trabajo en equipo y reflexión sobre la práctica, haciendo extensivo a todos los docentes de la educación peruana.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. **ÁCOME A.** (1999) *Medidas de resultados en atención farmacéutica*. [on line]. España. *Boletín de Atención Farmacéutica Comunitaria*. Vol 3 N°3. Disponible: <http://www.ugr.es/~atencfar/bofac33.htm>
2. **ARANA G, CILLIANI B, ABANTO D.** (2001). *Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray - EsSALUD, Trujillo*. Lima – Perú. *Revista Medica Herediana* vol.12 (4) 1018-130X.
3. **BANDURA, A.** (1986). *Modelo de reciprocidad triádica*. [on line]. Social Foundations of Thought and Action, Englewood Cliffs, N. Disponible: <http://www.html.rincónelvago.com/aprendizajesocial.html>
4. **BM MEHOS, JJ SASEEN, EJ MACLAUGHLIN.** (2000). *Effect of Pharmacist Intervention and Initiation of Home Blood Pressure Monitoring in Patients with Uncontrolled Hypertension*. [on line]. *Pharmacotherapy* Vol 20(11):1384-1389 pp, Pharmacotherapy Publications. Disponible: <http://www.medscape.com/viewarticle/409647>
5. **BARRY L, CARTER W, ELLIOTT J.** (2000). *The Role of Pharmacists in the Detection, Management, and Control of Hypertension: A National Call To Action*. *Pharmacotherapy* 20(2):119-122pp.
6. **BARRÓN, M., TORREBLANCA, F.** (1998). *Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso* [on line]. México. *Rev. Salud Pública* .vol.40, N°.6, Disponible: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n6/Y0400607.pdf>
7. **CARTER BL, BARNETTE DJ, CHRISCHILLES E, MAZZOTTI GJ, ASALI ZJ.** (1997). *Evaluation hypertensive patients after care provided by community pharmacists in a rural setting*. *Pharmacotherapy*. Vol 17:1274-85 pp.
8. **CONTRERAS, A.** (2001). *Presentación Modelos Teóricos: La Teoría del Aprendizaje Social*. [on line]. Disponible: www.comminit.com/la/modelosdeplaneacion/lapm/lasld-578.html

9. **DÍAZ . C.** (2004). *Un farmacéutico asturiano utiliza este sistema en su farmacia de gijón para ayudar a comprender lo que es y la importancia del margen terapéutico* [on line].Boletines Fármacos . Vol 7(4). Disponible:<http://eee.boletínfármacos.org/092004/Recomiendan...htm> .(2007, Enero 06)
10. **GARÇÃO JA, CABRITA J.** (2002) *Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal.* USA American Pharmaceutical Association..42(6):858-864 pp.
11. **GAMBOA R.** (1993) *La Hipertensión Arterial en el Perú.* Revista Peruana de Cardiología; 12:92-99pp.
12. **Gestión Médica.** 24 de cada 100 personas sufren hipertensión arterial en el Perú. <http://www.gestion.com.pe/GM/archivo/edicion/2actu.htm> obtenida el 19 May 2005 05:26:26 GMT
13. **GONZÁLEZ, J.** (sin año). *Calidad de vida relacionada con la salud.* [diapositiva].Santiago de Chile. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. 18 diapositivas. Col.
14. **HEPLER CD. STRAND LM.** (1999) *Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica.* Pharm Care España; Vol 1:35-47pp.
15. **IÑESTA A. J.** (1999) *Investigación en Atención Farmacéutica.* [on line]. España. *Boletín De Atención Farmaceutica Comunitaria* .Vol 3 Nº10,. Disponible: <http://www.ugr.es/~atencfar/bofac310.htm#ART1>
16. **JANO.** (2003). *El incumplimiento terapéutico es una de las principales barreras para controlar la hipertensión arterial* [on line].Boletines Fármacos . Vol 7(4). Disponible: <http://eee.boletínfármacos.org/092004/Recomiendan...htm> . (2007, Enero 06)
17. **LOPES A.** *Intervención Farmacéutica.* En: Bonal J. et al. Ed. Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Disponible: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1.4pdf
18. **MANGUM SA, (2003). KRAENOW KR, NARDUCCI WA.** *Identifying At-Risk Patients Through Community Pharmacy-Based Hypertension*

- and Stroke Prevention Screening Projects. American Pharmaceutical Association. Vol 43(1):50-55 pp.*
19. **MCKENNEY JM, BROWN ED, NECSARY R, REAVIS HL.** (1978). *Effect of pharmacist drug monitoring and patient education on hypertensive patients. Contemp Pharm Pract Vol 1:50-6pp..*
 20. **MARQUEZ, E.** (Actualización sept 2003). Estrategias para cumplir el tratamiento terapéutico en la hipertensión arterial. España. [en línea]. Centro de Salud la Orden, Huelva, España: <http://www.fac.org.ar/tcvc/luez.PDF> (Acceso 2007, Mayo 10)
 21. **OPS.** (2004). *Atención Farmacéutica de pacientes con hipertensión arterial en las Farmacias (AF/HTA). Proyecto de intervención farmacéutica. Foro Farmacéutico de las Américas y OPS/OMS.* Washington DC.
 22. **PARK JJ, KELLY P, CARTER BL, BURGESS PP.** (1996). *Comprehensive pharmaceutical care in the chain setting: drug therapy monitoring and counseling by pharmacists contributed to improved blood pressure control in study patients. J Am Pharm Assoc Vol 36:443-51 pp.*
 23. **PINO, R.** (2005). *Grupo Chorlavi: Proyectos de Aprendizaje Social y Desarrollo Rural.* [on line]. Rimisp –Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural. Disponible: [http://www.grupochorlavi.org/erbchorlavi/docs/Aprendizaje-grupo chorlavi.pdf](http://www.grupochorlavi.org/erbchorlavi/docs/Aprendizaje-grupo%20chorlavi.pdf)
 24. **PUJOL, M. PEÑA MACHADO, I.** (1995.) Evaluación del control de pacientes ODONTOLÓGICOS dispensarizados en dos municipios de Ciudad de La Habana. [Scientific Electronic Lybrary online] Rev Cubana Med Gen Integr v.11 N°.4 Ciudad de La Habana.. Disponible : <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864->
 25. **RUBIÑOS, A.** (2005). *Evaluación del Impacto de Atención Farmacéutica a pacientes ODONTOLÓGICOS no controlados del Hospital III ESSALUD – Chimbote. Noviembre – Diciembre 2004.* Para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. Universidad Privada “San Pedro”.

26. **SABINO, C.** (1992). *Proceso de Investigación: El Diseño de Investigación*. . [on line]. Caracas. Ed. Panapo.216 – 1 pp
Disponible: <http://www.paginas.ufm.edu/Sabino/PI.htm>
27. **STACY A. MANGUM, KIM R. KRAENOW, WARREN A.** (2003) *Narducci. Identifying At-Risk Patients Through Community Pharmacy-Based Hypertension and Stroke Prevention Screening Projects*. [en línea] American Pharmaceutical Association. Desde: <http://www.medscape.com/viewarticle/449897>. (Acceso 2007, Junio, 01)
28. **SOSA J.** (1995) *Programa Nacional de Hipertensión Arterial en el IPSS. Hipertensión Perú*; 1(3): 138-40 pp.
29. **SOLOMON DK, PORTNER TS, BASS GE, GOURLEY DR, GOURLEY GA, HOLT JM et al.** (1998). *Part 2. Clinical and economic outcomes in the hypertension and COPD arms of a multicenter outcomes study. J Am Pharm Assoc*, Vol 38:574-85 pp.
30. **SOLOMON DK, PORTNER TS, BASS GE, GOURLEY DR, GOURLEY GA, Holt JM et al.** (1998.) *Part 2. Clinical and economic outcomes in the hypertension and COPD arms of a multicenter outcomes study. J Am Pharm Assoc*. Vol 38:574-85 pp.
31. **WORLD HEALTH ORGANIZATION. EUROPE:** *Pharmacy-Based Hypertension Management Model: Protocol and Guidelines*. A joint CINDI/EuroPharm Forum project 2005. EUR/04/5049481. ISBN WHOLIS number: E85730 Original: English.

ANEXOS

ANEXO 01

**FICHA PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE
ATENDIDO EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO.**

Chimbote,.....2018

Declaración del paciente:

1.- Acepto libremente participar de la intervención farmacéutica desarrollado por el Puesto de Salud de..... y que forma parte de una estrategia para reducir el incumplimiento terapéutico de mi tratamiento antihipertensivo y así mejorar mi estado integral de salud.

2.- Estoy en conocimiento que la intervención no contempla la donación ni venta de ningún tipo de medicamento. Las acciones son solo de tipo educativo e investigativo.

3.- Me comprometo a que toda la información entregada por mí sea fidedigna, y entiendo que ésta es confidencial y no podrá ser entregada a terceros sin mi autorización.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD° _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

FIRMA: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

ANEXO 03

ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACION (MAS) DE MORINSKY- GREEN – LEVINE

Atención Farmacéutica para paciente Del Puesto de Salud Miraflores Alto, enero 2018

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD° _____

FIRMA: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

PREGUNTA	VALOR DE LA RESPUESTA	
	SI	NO
¿Con que frecuencia se olvida usted de tomar su medicación? Olvidos >/= a una vez por semana.	1	0
¿Puede decirme como se llaman los medicamentos que toma? No menciona todos = 1, menciona = 0	1	0
¿Cuántas veces a la semana se olvida de tomar sus medicamentos la hora indicada? eventos >/= a una vez por semana.	1	0
¿Con que frecuencia deja de tomar su medicación Cuando se encuentra bien? eventos >/= a una vez por semana.	1	0
¿Cuántas veces ha dejado de tomar sus medicamentos por que ha sentido que le caen mal? eventos >/= a una vez por semana.	1	0
¿Cuántas veces a dejado de tomar su medicación por que cree que le caen mal? eventos >/= a una vez por semana.	1	0
¿Estuvo usted fuera de casa tarde en la noche en los últimos tres meses y se olvido de llevar su medicación? eventos >/= a una vez por semana.	1	0

OBSERVACIONES:

ANEXO 03

7.4 ENCUESTA SOBRE ACTITUDES Y CREENCIAS DE LOS PACIENTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS. ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES ODONTOLOGICOS DEL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO ENERO 2018

NOMBRE DEL PACIENTE: -----

COD: -----

FECHA: -----

Factores relacionados con los pacientes:

1.-Los problemas del hogar le afectan para cumplir con la toma de sus medicamentos

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

2.-Sus familiares y amigos le ayudan y motivan tomar sus medicamentos.

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

3.-¿Guarda de manera especial sus medicamentos?

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

4.-Tiene ganas de cumplir con su medicación tal como le han indicado.

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

Factores relacionados con la enfermedad:

5.-Piensa que su enfermedad es fruto de algún daño, maldad o castigo de alguien o algo.

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

6.-Piensa que la presión alta es una enfermedad pasajera?

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

7. Cuando se siente mejor deja de cumplir las indicaciones medicas?

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

8. Conoce de las complicaciones que puede traer la presión alta?

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

Factores relacionados con el tratamiento:

9. Deja de tomar sus medicamentos por que siente que le caen mal?

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca.

10. Alguna vez a tomado usted otro medicamento que le hayan recomendado para la salud bucal, sin las consulta con su medico?

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

11. Es cansado y aburrido todos los días los mismos medicamentos a la misma hora?

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

12. ¿Cuándo sale de vista o viaja a otra parte lleva su medicación?

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

Factores relacionados con el personal de Salud:

13. Asiste puntualmente a sus citas con el medico?

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

14. Confía Usted en lo que el medico o el personal de salud le dice y le recomienda tomar?

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

15. Siente que el medico o el personal de salud se preocupa por su salud?

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

16. Entiende las indicaciones del medico o el personal de salud sobre los medicamentos que toma para su hipertensión?

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

Factores socioeconómicos y demográficos:

17. Le alcanza el dinero para comprar su medicación?

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

18. Cree que su trabajo le permite cumplir con su medicación?

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

19. Cree Usted que es difícil conseguir los medicamentos por donde vive?

a. Siempre b. Muchas veces c. Algunas veces d. Casi nunca e. Nunca

