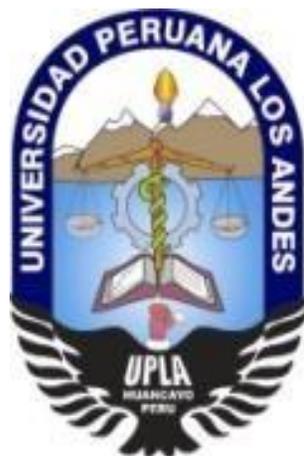


**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

Relación Médico-Paciente como factor de riesgo para adherencia al  
tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**  
**MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORES:** Rodríguez Galarza, Patricia Jesenia  
Rodríguez Paredes, Almendra Génesis

**ASESOR:** Mg. Cortez Orellana, Santiago

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL:** Salud y Gestión de la  
Salud.

**FECHA DE INICIO Y CULMINACIÓN:** 1/10/18 al 30/11/18.

HUANCAYO – PERU  
ENERO, 2019

## **DEDICATORIA**

Con afecto, aprecio y gratitud a nuestros padres por el apoyo constante en nuestra educación y formación como ser humano.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Peruana Los Andes por brindarnos todo lo necesario para realizar nuestros estudios en Medicina Humana.

A nuestro Asesor; Mg. Cortez Orellana, Santiago por brindarnos sus conocimientos y su amplia experiencia en investigación.

Al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, por haber contribuido en nuestra formación profesional como médico.

**Las autoras**

## **PRESENTACIÓN**

Ponemos este estudio titulado: Relación Médico-Paciente como factor de riesgo para adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos; a consideración de la población investigadora ya que es un aporte al avance y a la educación continua de nuestra realidad regional en el sector salud; con el fin de proponer mejoras en nuestro sector, principalmente en el Servicio de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión.

El médico tratante, es pieza fundamental en el cumplimiento del tratamiento por parte de un paciente y es por ello que la relación existente entre el Médico y este debe ser de calidad es el propio paciente quien debe sentirlo como tal con un grado de satisfacción adecuado; sin embargo, conforme avance una enfermedad habrá una cronicidad en el tratamiento siendo necesaria la comunicación con nuestros pacientes.

Los tratamientos antihipertensivos se otorgan al paciente precisamente para reducir los eventos cardiovasculares por ello al no tener una adecuada comunicación con nuestro paciente corremos el riesgo de que ellos no perciban frente al tipo de problema que se encuentren, por eso nuestra relación debe ser correcta y con mucha empatía. El paciente hipertenso siempre requerirá una psicología educativa constante y ser reforzado frecuentemente y así mejorar su calidad de vida, ya que como ser humano libre, enseñemos a ser auto-responsables de su salud informándoles adecuadamente para coadyuvar también en la adherencia terapéutica.

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Contenido	v
Contenido de tablas	viii
Resumen	x
Abstract	xi

### CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática	12
1.2. Delimitación del problema	15
1.3. Formulación del problema	16
1.3.1 Problema General	16
1.3.2 Problemas Específicos	16
1.4. Justificación	17
1.4.1. Social	17
1.4.2. Teórica	17
1.4.3 Metodológica	18
1.5. Objetivos	18

1.5.1 Objetivo General	19
1.5.2 Objetivos Específicos	19
<b>CAPÍTULO II MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes (internacionales, nacionales y regionales)	20
2.2. Bases teóricas	28
2.3. Marco Conceptual (de las variables y dimensiones)	30
<b>CAPÍTULO III HIPOTESIS</b>	
3.1. Hipótesis general	33
3.2. Variables (definición conceptual y operacional)	34
<b>CAPÍTULO IV METODOLOGIA</b>	
4.1. Método de investigación	37
4.2. Tipo de investigación	37
4.3. Nivel de Investigación	37
4.4. Diseño de la investigación	38
4.5. Población y Muestra	38
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
4.7. Técnica y procesamiento y análisis de datos	43
4.8. Aspectos éticos de la investigación	44
<b>CAPÍTULO V RESULTADOS</b>	

5.1 Descripción de resultados	45
5.2 Contrastación de Hipótesis	48
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	51
<b>CONCLUSIONES</b>	54
<b>RECOMENDACIONES</b>	55
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	56
<b>ANEXOS</b>	
Matriz de Consistencia	64
Matriz de operacionalización de variables	65
Matriz de operacionalización de instrumento	66
Instrumento de investigación constancia de su aplicación	67
Confiabilidad valida del instrumento	68
La data de procesamiento de datos	69
Consentimiento informado	74
Fotos de la aplicación del instrumento	75

## CONTENIDO DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla N° 1</b>	
Características sociodemográficas de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del HRDCQ-DAC, 2018.	45
<b>Tabla N° 2</b>	
Relación Médico–Paciente de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del HRDCQ-DAC, 2018.	47
<b>Tabla N° 3</b>	
Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina del HRDCQ-DAC, 2018.	47
<b>Tabla N° 4</b>	
Comparación de la frecuencia relación médico paciente con y sin adherencia al tratamiento farmacológico, en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina del HRDCQ-DAC, 2018.	48

**Tabla N° 5**

Asociación entre relación médico-paciente y no adherencia al tratamiento farmacológico, en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina del HRDCQ-DAC, 2018.

50

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar si la relación médico-paciente es un factor de riesgo para la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico de tipo Caso-Control; a todos los pacientes diagnosticados como hipertensos y con tratamiento farmacológico antihipertensivo no menor de 6 meses. Los resultados se procesaron en el software estadístico IBM (SPSS versión 23.0). Para la valoración a la adherencia terapéutica se usó el Test de Morisky. **Resultados** De 124 pacientes evaluados, la edad promedio fue 69.5 años; 65.3% en mujeres; 45,9% en edad de 71 a 80 años, estado civil casado, con educación primaria y con más de 2 años de tratamiento farmacológico. La frecuencia de no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo fue de 33,1%. La inadecuada Relación Médico-Paciente incrementa en casi cuatro veces la probabilidad de no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo ( $p < 0,05$ ;  $OR = 4,47$ ). **Conclusión.** la inadecuada relación médico-paciente, es factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

**Palabra clave:** Relación médico paciente, test de Morisky-Green-Levine, adherencia al tratamiento farmacológico, cumplimiento, adherencia terapéutica.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine if the doctor-patient relationship is a risk factor for adherence to pharmacological treatment in hypertensive patients who attend the external cardiology and internal medicine office of the Daniel Alcides Carrión Regional Clinical Teaching Regional Hospital, between October and November of the year 2018.

**Material and methods:** An observational, cross-sectional, analytical study of Case-Control type was carried out; to all patients diagnosed as hypertensive and with antihypertensive drug treatment not less than 6 months. The results were processed in the IBM statistical software (SPSS version 23.0). The Morisky Test **Results** were used to assess therapeutic adherence. Of 124 patients evaluated, the average age was 69.5 years; 65.3% in women; 45.9% aged 71 to 80 years, married marital status, with primary education and with more than 2 years of drug treatment. The frequency of non-adherence to antihypertensive drug treatment was 33.1%. The inadequate doctor-patient relationship increases the probability of non-adherence to antihypertensive drug treatment by almost four times ( $p < 0.05$ ; OR = 4.47). **Conclusion.** the inadequate doctor-patient relationship is a risk factor for non-adherence to antihypertensive drug treatment.

**Key word:** patient medical relation, Morisky-Green-Levine test, adherence to drug treatment, compliance, therapeutic adherence.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la realidad problemática:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), manifiesta que la hipertensión arterial (HTA) es la causa principal de muerte de los pacientes con cardiopatías; es una enfermedad crónica cuya prevalencia es a causa del incremento de la esperanza de vida; asimismo la dieta no saludable (1,2).

En nuestro país, en mayo del 2019 el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018 (ENDES 2018); informó que (18,5%) de los hombre fueron afectados frente a (11,4%) de las mujeres. Acerca de la terapia farmacológica antihipertensiva; el sexo femenino tiene un inicio rápido de cambio de conducta al tomar el medicamento, seguir una dieta y/o ejecutar cambios en el estilo de vida que el masculino; representando un 67,2% (3); Se corresponde con las recomendaciones acordadas con un profesional de la salud.

La OMS el año 2013, en su afán de mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos, ha propuesto como estrategia de acción la adherencia al tratamiento y sus cinco dimensiones; la adherencia al tratamiento farmacológico en un proceso complicado ya que depende fundamentalmente de la interrelación de diferentes factores y además que corresponde a todos los participantes del sistema de salud (1). La relación médico-paciente es uno de los factores primordiales y el de mayor significancia en el proceso de adherencia al tratamiento, asimismo existen otros como:

- “La calidad de la comunicación médico-paciente”.
- “La empatía o capacidad del médico de reconocer que su paciente sufría”.
- “La capacidad para motivar al paciente a cumplir las pautas terapéuticas”.
- “La receptividad del médico para compartir con el paciente la responsabilidad del tratamiento”.

La presencia de una buena relación entre el médico y el paciente, consigue corregir la adherencia al tratamiento, pero hay componentes que realizan un efecto negativo: servicios de salud desprovistos, inadecuados planes de seguro de salud, incorrecta comercialización de medicamentos, personal altamente capacitado en enfermedades crónicas no transmisibles, insuficiente personal lo cual conlleva a un exceso de trabajo, consultas médicas rápidas por la gran afluencia de pacientes en busca de especialistas, incapacidad para fomentar el autocuidado por el sector salud , falta de conocimiento sobre la adherencia (4).

La mejora de la adherencia al tratamiento demanda un proceso duradero y sostenible. El vínculo comunicativo entre el médico y su paciente siempre será pertinente para coadyuvar en la mejora de la adherencia al tratamiento, asimismo ese vínculo adecuado de relación médico-paciente ayuda en el diagnóstico adecuado, así como en su tratamiento médico farmacológico y seguimiento oportuno del paciente, teniendo en cuenta sus actividades cotidianas y velando siempre un equilibrio de riesgo-beneficio (2).

Muchos hipertensos dejan de consumir sus medicamentos después del primer año según la OMS (2013), aduciendo que la terapia que siguen no es lo adecuado para su salud, otro por el costo económico ya que no poseen seguro alguno, también manifiestan que con o sin medicamento se sienten bien; sin embargo, de los hipertensos que permanecen en terapia antihipertensiva solo el 50% de ellos toma su tratamiento, aunque discontinuo (1).

Si deseamos mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico es necesario y oportuno realizar intervenciones educativas con los pacientes hablando de su enfermedad y las dudas que tenga de ella con una información comprensible y sencilla; en esa interrelación médico-paciente es necesario acotar sobre los riesgos, la gravedad, la dosis exacta, sus horarios adecuados y el tiempo de duración del tratamiento; sin embargo es oportuno siempre dar un espacio de tiempo al propio paciente para que ellos expresen sus dudas, preguntas e inquietudes sobre su enfermedad y el tratamiento el cual deben de llevar (5).

## 1.2. Delimitación del problema

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica dispersada a nivel mundial; el presente estudio fue realizado en pacientes hipertensos que acudieron al consultorio externo del servicio de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel A. Carrión; entre octubre y noviembre del año 2018.

Un artículo publicado el año 2018 por American Journal of Hypertension afirma que los pacientes que preguntan y participan sus dudas con su médico tratante, además de ello acuden frecuentemente a sus controles llegan a optimizar su presión arterial en un 30% (5).

Muchas veces nos preocupamos como médicos que la atención del paciente sea de calidad, refiriéndonos con ello a los conocimientos y destrezas técnicas que debe tener el médico tratante sin embargo se desmantela algo importante que es transmitir lo trascendental de un tratamiento farmacológico de largo tiempo además de un adecuado seguimiento; y para ello la comunicación asertiva es lo indicado, y desarrollar esta habilidad de comunicarnos mejor con nuestros pacientes ayudará a ellos para responsabilizarse de su propia salud; esto debido a que los pacientes necesitan escuchar de su médico qué cosas tienen que realizar y qué no; pero de acuerdo a su realidad social y cultural (6).

### **1.3. Formulación del problema**

#### **1.3.1 Problema General**

¿La relación médico-paciente es factor de riesgo para la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018?

#### **1.3.2 Problemas Específicos:**

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna?
2. ¿Cuáles con las características de la relación médico – paciente de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna?
3. ¿Cuáles son las características de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna?

## **1.4. Justificación:**

### **1.4.1. Social**

La hipertensión arterial es causa de una alta morbi-mortalidad en el mundo, razón importante para la prevención, así como el mantenimiento correcto de su tratamiento médico para disminuir la probabilidad de sufrir accidentes cerebrovasculares tal como lo reporta la Organización Panamericana de Salud (1,2). Con los resultados hallados, se podrán hacer sugerencias que tendrán por objetivo prevenir los factores relacionados de mayor impacto, así como plantear estrategias de acción frente a la relación médico-paciente.

### **1.4.2. Teórica:**

Existen limitados estudios en nuestro país que evalúen los factores relacionados a la adherencia farmacológica de la hipertensión arterial, la investigación aportará datos nuevos sobre él porque no se logra un adecuado control de la hipertensión arterial. La falta de adherencia es un problema del que es preciso conocer su prevalencia real con la finalidad, de combatirlo y mejorar el nivel de salud del paciente (1). “La falta de adherencia al tratamiento quita al paciente de obtener los beneficios que proporcionan los tratamientos médicos y por eso su determinación constituye una herramienta que permite hacer un pronóstico favorable o no de los resultados a esperar” (2).

### **1.4.3 Metodológica**

Esta investigación analítica de tipo caso-control, fue factible realizarla porque se tenía la disponibilidad de recursos humanos y económicos, así como los permisos y accesos a la información por parte de la oficina de Estadística e Informática del Hospital; asimismo, se contó con la cooperación de los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial que acudieron al Servicio de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; finalmente fue importante también la colaboración y la disponibilidad del personal de salud quienes nos facilitaron el trabajo de investigación.

## **1.5. Objetivos:**

### **1.5.1 Objetivo General**

Determinar si la relación médico-paciente es un factor de riesgo para la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018

### **1.5.2 Objetivos Específicos:**

- 1) Identificar las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.
  
- 2) Identificar las características de la relación médico – paciente de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.
  
- 3) Describir las características de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1. Antecedentes:**

##### **Internacionales**

Jaramillo C. et al, (2011) demostraron que la relación médico paciente, es un “modelo paternalista donde predomina una forma autoritaria del médico que dirige las acciones mostrando los procedimientos diagnósticos y tratamientos”, “mientras que el paciente acata las indicaciones, sin su opinión, dudas o temores”. “El segundo modelo es el dominante donde el paciente de acuerdo con sus conocimientos o información obtenida, pide que, de acuerdo con el diagnóstico establecido, se realicen determinados procedimientos diagnóstico-terapéuticos” (6).

Lifshitz A y Arrubarrena V, (2015) concertaron en manifestar que la confianza que el paciente deposita en su médico tratante es una pieza fundamental en una adecuada relación médico paciente. No obstante, existen distintas circunstancias que perturban la confianza, como los cupos (7,8).

Del mismo modo, la institución solicita al médico atender mayor cantidad de pacientes, reduciendo el tiempo de la entrevista con el paciente, incrementándose a ello la espera entre la nueva cita medica, generando ello mayor desconfianza en los usuarios (7,8).

Pérez et al. en Cuba (2012), identificaron una inadecuada relación médico-paciente en el 69.4% ( $p < 0,001$ ); y un OR=4,8. Afirmando que la no adherencia terapéutica antihipertensiva está asociada a una inadecuada relación médico paciente, siendo esta un factor de riesgo importante (9).

Obando C, et al. en Ecuador (2016) manifiestan que el horario del personal médico en la atención de un paciente con hipertensión arterial se asocia en la adherencia del tratamiento, sin embargo, la empatía médica, no tiene ninguna inferencia en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos ( $\alpha=0.183$ ), concluyendo que relación médico paciente no tiene relación en la adherencia terapéutica ( $\alpha=0.911$ ) (10).

Sandoval et al. en Chile (2014), establecieron que la no existencia de adherencia terapéutica se asoció con la incorrecta relación médico-paciente OR=1.56, los pacientes que llegaron ser adherentes terapéuticos presentaron una incorrecta relación médico paciente del 18.2% y en los pacientes no adherentes la frecuencia de mala relación médico paciente logró el 29.9% (11).

Azcarate E, et al. en México (2014) indican que 49% de pacientes hipertensos con PA controlado refirieron tener una buena relación con su médico y estar satisfechos con la atención recibida; sin embargo, los pacientes con PA no controlado se encontraban satisfechos en 4%. La calidad de la relación médico-paciente influyó de manera positiva en el control de la PA (12).

Arroyo R. en México (2014) menciona que, de una población de 125, 33.6% (42) tuvieron adecuada relación médico – paciente con buena adherencia terapéutica, lo que significa que a mejor relación médico – paciente existe mayor adherencia al tratamiento (13).

Moreno J, en Ecuador (2017) concluye que la HTA afecta predominantemente al grupo etario de 30 a 40 años; además que la modificación de hábitos saludables y un seguimiento adecuado de la adherencia terapéutica disminuyen notablemente la mortalidad del paciente hipertenso (14).

Guaman S, en Ecuador (2016) determinó que de los pacientes diagnosticados con HTA predominó el sexo masculino con un 53%, 83% de los pacientes se encuentran sin tratamiento antihipertensivo debido a la falta de recursos económicos y presentan baja adherencia al tratamiento (15).

Alfonso L, en Cuba (2015); manifiesta en su estudio que la adherencia al tratamiento farmacológico es insuficiente con respecto a lo que se esperaba, asimismo halló que el 50% de los usuarios no realizan adecuada actividad física y ello conlleva a que en la investigación resulte como la recomendación con peor efecto; asimismo manifiesta que la relación entre el personal sanitario y “los pacientes en el proceso de adherencia debe ser mucho más directa para así poder coadyuvar en la mejora del paciente” (16).

Cófreces P, en Argentina (2010); detalla sobre la relación médico-paciente donde destaca la asociación que se da en el proceso comunicativo entre el médico y el paciente, asimismo la satisfacción del mismo para el cumplimiento del tratamiento; del mismo modo encontró un mayor riesgo al abandono del tratamiento médico en pacientes que desconocen de su enfermedad (bajo conocimiento); sin embargo la adherencia se relaciona con modelos de salud donde consideran a las preferencias y creencias del paciente con el fin de buscar una negociación con el paciente para así llegar a un acuerdo para su bienestar del paciente (17).

López S, et al. en Cuba (2016) hallaron un nivel bajo de adherencia terapéutica 58.3%, asimismo la baja adherencia está relacionada con la omisión de la toma del medicamento y el desconocimiento de la enfermedad y sus riesgos de las complicaciones (18).

Chacón J, et al. en Chile (2015) determinaron bajo nivel de adherencia terapéutica 37,3%; la no adherencia terapéutica en la inadecuada relación médico-paciente, represento 32 %, mientras que en la adherencia terapéutica fue del 19 %, hallándose un  $OR=2.17, p<0.05$ . (19).

Solórzano M. en España (2015); obtiene bajo nivel de adherencia terapéutica 35%; el factor concluyente hallado fue el olvido del tratamiento con un 72,7%; asimismo muestra que no existe una cultura de adherencia hacia el tratamiento farmacológico (20).

Zurera I, et al. en España (2014); explicaron que la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo se debe a la falta de voluntad; y al consumo de varios medicamentos; además se relaciona con la desinformación sobre de su enfermedad; y la buena adherencia se asoció a la factibilidad de conseguir los medicamentos (21).

Luna U, et al. en México (2017); reportó una adherencia terapéutica adecuada del 52.01%, además sugieren que uno de los factores primordiales de la adecuada adherencia es la comunicación frecuente con el paciente sobre el consumo de medicamentos por parte del personal sanitario (22).

Ozamiz A. en España (2015); obtuvo una adherencia terapéutica del 74,1%, con predominancia en las mujeres; recomienda realizar con frecuencia intervenciones educativas paulatinas y sostenibles con el fin de mejorar el tratamiento y prevenir complicaciones de la misma (23).

Arias A, et al. en Ecuador (2014); reportaron que de los encuestados el 4,7% presentaron buena adherencia terapéutica; asimismo la mala adherencia se debía a la falta de información sobre su enfermedad (24).

Bravo B. en Ecuador (2016); luego de realizar una intervención educativa y demostraciones los pacientes hipertensos mejoraron hasta un 8% (25).

Arévalo M, et al. en Ecuador (2016); determinaron baja adherencia al tratamiento 63,6%, aseverando que se encontraba asociada a personas solas o divorciadas, además de poseer bajo nivel educativo, poco apoyo por parte de los familiares, asimismo algunos recibían terapia múltiple, los cuales les imposibilitaba quizá recordar la hora y las pastillas que deberían consumir (26).

Chiluiza M. en Ecuador (2016); detalló un 45 % que correspondía a un bajo nivel de adherencia hacia el tratamiento antihipertensivo y que se encontraba asociado a la poca información proporcionada por el médico o enfermera que se encontraba a cargo, el cual hace detallar la poca empatía que existe entre el personal de salud y el paciente (27).

## Nacionales

Vela R, et al. en Lima (2016) demostraron que los factores psicosociales como la “relación médico- paciente, fue el más prevalente y significativo, seguido por el factor motivación del paciente por su salud y percepción de las redes de apoyo”. “Afirman que tener una buena relación y un trato cordial con el paciente, es un punto a favor para seguir el régimen terapéutico” (28).

Alza J. en Trujillo (2016); halló 61,05% tenía adecuada adherencia al tratamiento, como factores de riesgo fue la falta de apoyo familiar; sin embargo, el tratamiento múltiple, el nivel educativo y el número de años en tratamiento no fueron factores de riesgo para la buena adherencia (29).

Limaylla M. en Lima (2016); realizó una intervención educativa la cual fue provechosa ya que se incrementó en 35% del conocimiento que tenían de la enfermedad; además de ello se logró mejorar el grado de adherencia al tratamiento (30).

Rodríguez J, et al. en Lima (2015); manifiesta que la baja adherencia al tratamiento se halla asociada a la poca información de la enfermedad proporcionado por el médico, asimismo se relacionó al costo del medicamento; finalmente se encontró una asociación a la baja adherencia a pacientes que llevan más de 10 años de tratamiento (31).

Apaza G. en Tacna (2013); determinó que un 68% de los pacientes hipertensos tuvieron mala adherencia terapéutica, asimismo se asoció la mala adherencia al control inadecuado de la presión arterial y a la deficiente relación médico-paciente; del mismo modo manifiesta que conforme avanza los años con la enfermedad se asocia a una disminución, pero progresiva de la adherencia al tratamiento hipertensivo (32).

Sotelo C, en Trujillo (2017) determinó que la mayoría de los pacientes que presentaron “deficiente relación médico-paciente, fueron usuarios que no tuvieron adherencia al tratamiento antihipertensivo ( $p= 0.018$ )”. “Tener mala relación médico-paciente incrementa dos veces la probabilidad de no adherencia al tratamiento farmacológico  $OR= 2.26$ ” (33).

Rosado, J. en Trujillo (2018); determinó que los pacientes hipertensos presentaron mala adherencia del tratamiento del 60%, la percepción de la probabilidad de presentar efectos adversos de los fármacos antihipertensivos fue 13.3%; asimismo recomienda que el paciente logre una adecuada comunicación verbal entre el médico y el paciente (34).

## **2.2 Bases teóricas**

### **Adherencia Terapéutica**

Según la OMS (2018) “existen mecanismos conductuales que explican la adherencia, donde plantean que la adherencia terapéutica es un proceso conductual complejo donde confluyen diferentes factores como: interacción y comunicación con los pacientes, disponibilidad y accesibilidad de los servicios para los pacientes; aunado a ello otros factores como: raza, sexo, edad, educación, ocupación, ingreso, situación marital, religión, presencia de problemas de salud mental como ansiedad, depresión y finalmente conocimientos sobre la enfermedad; si bien es cierto la adherencia es un problema que va adquiriendo importancia en la actualidad” (35).

### **Relación Médico-Paciente**

“La relación médico-paciente es algo implícito en todo quehacer médico. Para comprender una relación es preciso conocer a las dos personas y los intercambios producidos entre ellas. La relación médico-paciente, pues, dependerá” (36):

- “Del enfermo, su estructura psicológica y la afección que sufre”.

- “Del médico, su estructura psicológica y el objetivo que quiere alcanzar con su tratamiento”.
- De las instituciones:
  - “Primaria: Los familiares que acuden con el enfermo”.
  - “Secundaria: Incluye desde el equipo de trabajo hasta la macroestructura”

En la relación médico-paciente “entran en juego muchos factores y todos presentan una distorsión subjetiva que se manifiesta, por ejemplo: el mismo médico, al recibir de la misma manera a dos enfermos diferentes, podrá ser descrito por uno como acogedor y por otro como frío”. “Se ha demostrado que «cada médico crea, voluntariamente o no, una atmósfera única mediante sus formas individuales de practicar la medicina y, como consecuencia, intenta llevar a sus pacientes a aceptarlas” (36).

“La personalidad del médico determina el estilo de su ejercicio, que se manifestará no sólo en las decisiones terapéuticas, sino en todos los aspectos de sus relaciones con el enfermo. Otro aspecto importante en relación con la personalidad del médico es la angustia que crea toda relación” (5).

Constantemente que una “persona tiene que enfrentarse con algo novedoso, como es cualquier tipo de paciente para el médico, debe sentir una cierta angustia, pero una angustia normal, creadora, lo que llaman los conductistas americanos una tensión o angustia de esfuerzo” (5,10).

“Desde el punto de vista de la personalidad del paciente tenemos que tener en cuenta que la enfermedad puede ser vivida, en algunos casos, como una forma de existencia”. “El paciente puede tener o no deseos de curar, y esto está en función de las ganancias secundarias, del beneficio inmediato y mediato, y además interviene otra serie de mecanismos y factores” (5).

### **2.3 Marco Conceptual (de las variables y dimensiones)**

#### **Adherencia al tratamiento:**

Grado de comportamiento de un sujeto para consumir un medicamento, continuarlo de acuerdo con la prescripción médica; aunado con un régimen alimentario adecuado y mejora en los estilos de vida (1).

La OMS (2018) responsabiliza el no obtener todos los beneficios del medicamento, así como el desperdicio de los recursos asistenciales al incumplimiento terapéutico (35).

La OMS (2018), define a la adherencia terapéutica como el “grado en que el comportamiento de una persona—tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida”; asimismo plantea que la adherencia terapéutica presenta 5 dimensiones: Factores relacionados con la enfermedad, el tratamiento, entorno del paciente, económicos y factores relacionados con el equipo de asistencia (35).

Es de conocimiento que un paciente hipertenso tendrá futuras complicaciones si es que no cumple adecuadamente el consumo de los medicamentos antihipertensivos, es precisamente en este ámbito que la adherencia terapéutica cumple su rol preventivo, así como una mejora en su calidad de vida y reduciendo de manera sustancial la mortalidad (37,38).

### **Hipertensión Arterial**

La guía Técnica de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva- aprobada según R.M. N° 031-2015-MINSA manifiesta que la hipertensión arterial “Es un problema mundial, ya que uno de cada tres adultos del mundo padece hipertensión; Y esta proporción va aumentando progresivamente con la edad; En el Perú hay estudios que han establecido que 1 de cada 4 peruanos es hipertenso, pero sólo la mitad de estos lo saben. Existe factores externos que incrementan esta enfermedad, como: la obesidad, estrés, excesivo consumo de alcohol y sal” (39).

La guía técnica N° 031-2015-MINSA declara que “la hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD)” (39).

El estudio peruano TORNASOL II (2013) expresa que el “riesgo cardiovascular es inherente al nivel de la presión arterial y observa un incremento de tipo lineal”. “Sin embargo, se debe establecer el riesgo adicional teniendo en cuenta los factores de riesgo presentes, así como el compromiso clínico o subclínico de órgano o sistema blanco” (40).

Las nuevas pautas del Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Estadounidense del Corazón (2017), declaran que la presión arterial sistólica en 130 mm Hg o más sea definida como hipertensión, ya que anteriormente el umbral era de 140 mm Hg o superior a ello (38,39).

### Cuadro N°01

#### Clasificación de la presión arterial en adultos de 18 años a más

Nivel de presión arterial (mm Hg)			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Normal	< 120 mm Hg	y	< 80 mm Hg
<u>Prehipertensión</u>	120-139 mm Hg	o	80-89 mm Hg
<b>Hipertensión Arterial</b>			
Hipertensión Estadio I	140-159 mm Hg	y	90-99 mm Hg
Hipertensión Estadio II	≥ 160 mm Hg	o	≥ 100 mm Hg

Ministerio de Salud. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva (39).

## **CAPÍTULO III**

### **HIPOTESIS**

#### **3.1 Hipótesis general**

##### **Hipótesis alterna:**

La relación médico paciente es un factor de riesgo para la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.

##### **Hipótesis nula:**

La relación médico-paciente no es un factor de riesgo para la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.

### 3.2 Variables (Definición conceptual y operacionalización)

#### **Definición conceptual:**

**Relación médico-paciente:** Martínez J, en su libro *Relación Médico Paciente*; define como una relación interpersonal con características que la hacen única (36); Jaramillo C. et al expresa que es la capacidad, habilidad y arte del médico para la interacción y establecer el diálogo con su paciente, para obtener la información y la exploración física, del cual depende en gran parte el éxito terapéutico (6).

Por su parte Lifshitz A, expresa que la relación médico-paciente es la forma específica de asistencia y ayuda con características de motivación y técnicas interhumanas (7); a ello adiciona Martínez J. que la relación médico paciente constituye el componente humano de la atención, elemento imprescindible de la asistencia sanitaria que permite, por un lado, acercarse al paciente y conocerlo, y, por otro, valorar el impacto de la enfermedad, entender la perspectiva vital de la persona enferma y sus expectativas, e instruirla en los cuidados que necesita (36).

**Adherencia al tratamiento antihipertensivo:** La OMS declara que la adherencia terapéutica es entendida como el “grado hasta el cual, los pacientes siguen, o cumplen, exactamente el tratamiento prescrito por el médico es un factor fundamental en los tratamientos farmacológicos.” (1,35).

**Hipertensión Arterial:** La guía técnica N° 031-2015-MINSA expresa que la hipertensión arterial es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD)” (39).

### Operacionalización de variables

Variabes de estudio	Dimensiones	Tipo de variable	Nivel de medición	Categoría
Adherencia al tratamiento Antihipertensivo  Test de Morisky-Green-Levine: (MMAS-4)	“¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?”	Cualitativo	Nominal	Sí=0 No=1
	“¿Toma la medicación a la hora indicada?”	Cualitativo	Nominal	Sí=0 No=1
	“Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?”	Cualitativo	Nominal	Sí=0 No=1
	“Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?”	Cualitativo	Nominal	Sí=0 No=1

- Se consideró “adherente al tratamiento cuando las respuestas a las cuatro preguntas fueron NO/SI/NO/NO”.
- Se consideró “no adherente al tratamiento cuando exista por lo menos una respuesta distinta a la secuencia anterior”.

<b>Variables</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>CRITERIO DE MEDICIÓN</b>	<b>INSTRUMENTO DE MEDICIÓN</b>
<b>Edad</b>	Espacio de años que ha transcurrido de un tiempo a otro.	Cuantitativa	Discreta	41 a 50 años 51 a 60 años 61 a 70 años 71 a 80 años 81 a 90 años	Cuestionario
<b>Género</b>	Caracteres sexuales secundarios	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Cuestionario
<b>Grado de instrucción</b>	Grado de estudio más alto aprobado por la persona en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo.	Cualitativa	Ordinal	Sin instrucción Primaria Secundaria Universitario Técnico	Cuestionario
<b>Estado civil</b>	“La situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio que establece ciertos derechos y deberes”.	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Viudo Conviviente	Cuestionario
<b>Tiempo de tratamiento</b>	Número de años de tratamiento antihipertensivo	Cuantitativa	Razón	6 meses a 2 años Mayor a 2 años	Cuestionario
<b>Relación médico-paciente</b>  “Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P)”	Interacción entre el médico y un paciente(s) con una necesidad de ayuda y el objetivo de mejorar sus condiciones de salud.	Cualitativa	Nominal	Relación médico-paciente favorable: 10 a 13 respuestas afirmativas  Relación médico-paciente No favorable: No favorable 6 a 9 respuestas afirmativas	Cuestionario

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGIA**

#### **4.1 Método de investigación**

**Método General:** Método científico (41).

**Método Específico:** Métodos descriptivos y estadísticos (41).

#### **4.2 Tipo de investigación**

Observacional, transversal (42,43)

#### **4.3 Nivel de Investigación**

Analítico de tipo Caso-Control (42)

**Casos:** Pacientes con mala adherencia al tratamiento farmacológico

**Controles:** Pacientes con buena adherencia al tratamiento farmacológico

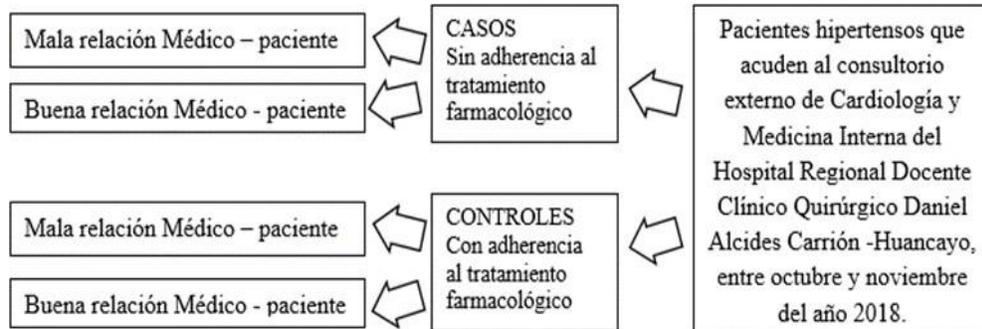
El paciente es calificado como adherente al tratamiento farmacológico

(buena adherencia) si responde de forma esperada a las 4 preguntas del Test

de Morisky de la siguiente manera: No/Sí/No/No.

#### 4.4 Diseño gráfico de la investigación

El esquema se enuncia de la siguiente forma (42):



#### 4.5 Población y Muestra

##### **Población:**

El estudio se realizó en pacientes que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión y que provienen de los diferentes lugares de la Región Junín y alrededores, con un nivel socioeconómico medio y bajo.

La población de estudio estuvo conformada por 182 pacientes hipertensos, atendidos en el consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna según la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.

## **Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

### **Criterios de inclusión de los casos**

- Pacientes hipertensos que acudan al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.
- Pacientes hipertensos con tratamiento antihipertensivo no menor de 6 meses.
- Pacientes hipertensos que no presentan adherencia terapéutica farmacológica

### **Criterios de inclusión de los controles**

- Pacientes hipertensos que presentan adherencia terapéutica farmacológica.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes hipertensos que no acudan al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.
- Pacientes hipertensos con alguna limitación para contestar.
- Pacientes hipertensos que no quieran participar en el estudio.

**Muestra:**

**Tamaño de muestra:**

El tamaño de muestra se estableció con un nivel de confianza del 95% y un error relativo de 5%; se obtuvo una muestra de 124 hipertensos. Para ello se usó la fórmula estadística de la población finita (43).

$$n = \frac{Z^2 pq N}{(N - 1)e^2 + Z^2 pq}$$

En donde:

n= Tamaño de muestra

Z = Valor Z curva normal (1.96)

p= Probabilidad de éxito (0.50)

q= Probabilidad de fracaso (0.50)

N= Población (182)

e= Error muestral (0.05)

**Sustituyendo la fórmula:**

$$n = \frac{(1,96)^2(0,50)(0,50)(182)}{(182 - 1)(0,05)^2 + (1,96)^2(0,50)(0,50)}$$

$$n = \frac{(3,84)(0,25)(182)}{(181)(0,0025) + (3,84)(0,25)}$$

$$n = \frac{(0,96)(182)}{0,4525 + 0,96}$$

$$n = \frac{174,72}{1,4125}$$

$$n = 123,69$$

El tamaño de muestra fue de 124 pacientes hipertensos.

Sobre el número de controles por caso y siguiendo las consideraciones estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud quien cita a Gail et al.

(35) Manifiestan que cuando el “número de personas en un grupo (casos) es limitado, un aumento en el otro grupo (asignación desigual) eleva la potencia del estudio”; Motivo por el cual en el estudio, se emparejo según el sexo del paciente hipertenso tomando por cada 1 paciente del sexo masculino, 2 del sexo femenino; además con la finalidad de controlar potenciales factores de confusión tal como lo advierte la teoría de emparejamiento (matching) (35).

Por lo cual los 124 pacientes hipertensos, se distribuyeron de la siguiente manera: casos: Pacientes no adherentes al tratamiento antihipertensivo (n=41); de forma aleatoria simple los controles adherentes al tratamiento antihipertensivo (n=83), en una correspondencia de 1:2.

#### 4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica fue la entrevista y como instrumento se usó el cuestionario (44).

##### **Instrumentos de recolección de datos**

Los instrumentos que se utilizaron fueron: cuestionarios estructurados y validados:

- **Test de Morisky-Green-Levine: (MMAS-4)** de adherencia a los medicamentos (45,46).
  - A) “Se consideró adherente al tratamiento cuando las respuestas a las cuatro preguntas fueron NO/SI/NO/NO”.
  - B) “Se consideró no adherente al tratamiento cuando exista por lo menos una respuestas distintas a la secuencia anterior”.
- **Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P)** (47).

“La determinación de la relación médico paciente fue realizada teniendo en cuenta el puntaje obtenido en el cuestionario según la siguiente clasificación”:

  - A. Favorable “10 A 13 respuestas afirmativas”
  - B. No favorable “6 A 9 respuestas afirmativas”

##### **Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos**

##### **Test de valoración a la adherencia terapéutica (Test de Morisky)**

Existen muchos métodos indirectos para detectar la falta de adherencia al tratamiento, el más usado es el Test de Morisky; “se realizó la confiabilidad

KUDER–RICHARDSON (KR 20) = 0.821 lo cual nos permitió conocer que es un instrumento confiable para su aplicación” (45,46).

### **Cuestionario de relaciones médico-paciente (CREM-P)**

Este instrumento evalúa la calidad de la relación médico-paciente, en la prueba de confiabilidad el valor mínimo fue 0.68 (ítem 8) y el máximo fue 0.85 (ítem 12) (47).

## **4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

### **Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

- Los datos recolectados en la fase de ejecución de la investigación fueron revisados, clasificados, codificados e ingresados a una base de datos creada del programa MICROSOFT® EXCEL versión 2016.
- Los datos fueron tabulados en una base de datos del Software Estadístico SPSS v. 23, el mismo que permitió el análisis estadístico.

### **Análisis de datos**

- Se realizó el análisis descriptivo de los datos; para variables cuantitativas, se calculó la media; para variables cualitativas, se calculó la distribución porcentual de los datos.
- Se determinó la estadística inferencial mediante:  $\chi^2$  de Pearson y Odds Ratio (OR) al 95% de confianza.

#### **4.8 Aspectos éticos de la investigación**

- Se solicitó la aprobación, inscripción y asesoramiento del plan de tesis; llegando a ser admitida por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana los Andes.
- Se solicitó los permisos y las autorizaciones correspondientes al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en la oficina de Capacitación e Investigación, siendo aprobada con el proveído N° 164-2018-GRJ-DRSJ-HRDCQ DAC HYO-DG/OACDI.
- Los datos recolectados fueron de manera confidencial y no serán expuestos; además, se respetó el código de ética vinculada para este tipo de investigaciones cumpliendo cabalmente con los principios de autonomía y no maleficencia.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

#### 5.1 Descripción de los resultados

**Tabla N° 1**

**Características sociodemográficas de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del HRDCQ-DAC, 2018.**

Características	Número	Porcentaje
<b>Edad</b>		
41 a 50 años	8	6,5%
51 a 60 años	10	8,1%
61 a 70 años	42	33,9%
71 a 80 años	57	45,9%
81 a 90 años	7	5,6%
<b>Sexo</b>		
Femenino	81	65,3%
Masculino	43	34,7%
<b>Estado civil</b>		
Soltero	11	8,8%
Casado	75	60,5%
Viudo	10	8,1%
Conviviente	28	22,6%

**Grado de instrucción**

Sin instrucción	7	5,7%
Primaria	57	45,9%
Secundaria	50	40,3%
Universitario	7	5,6%
Técnico	3	2,5%

**Tiempo de recibir tratamiento**

6 meses a 2 años	33	26,6%
Mayor a 2 años	91	73,4%
Total	124	100,0%

\*  $\bar{x}$  69,50 DE  $\pm 9,4$ ; Edad mín.=43 Edad máx.=87.

Fuente: Elaboración propia en base al instrumento de recolección de datos.

De un total de 124 pacientes hipertensos evaluados, el grupo etario predominante corresponde a los pacientes de 71 a 80 años (46%) con una media de 69,5 años y una desviación estándar de 9,4.

El sexo femenino fue el de mayor frecuencia con 65,3%, sobre el estado civil de los pacientes 60,5% tienen como situación conyugal ser casado.

Concerniente al grado de instrucción el 46% tienen grado de instrucción primaria; finalmente 91 pacientes que representan un 73,4% tienen más de 2 años recibiendo tratamiento antihipertensivo (Tabla N° 1).

**Tabla N° 2**

**Relación Médico–Paciente de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del HRDCQ-DAC, 2018.**

<b>Relación médico-paciente</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
No favorable	52	41,9%
Favorable	72	58,1%
Total	124	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base al instrumento de recolección de datos.

Como puede apreciarse en la Tabla N°2, el 58,1% que representa a 72 pacientes hipertensos, expresaron tener una Relación Médico Paciente favorable.

**Tabla N° 3**

**Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina del HRDCQ-DAC, 2018.**

<b>Adherencia al tratamiento</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
No adherente	41	33,1%
Adherente	83	66,9%
Total	124	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base al instrumento de recolección de datos.

En la Tabla N° 3, se evidencia que el 66,9% de pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina del HRDCQ-DAC, entre octubre y noviembre del año 2018, fueron adherente al tratamiento farmacológico hipertensivo.

## 5.2 Contrastación de Hipótesis

**Tabla N° 4**

**Comparación de la frecuencia relación médico paciente con y sin adherencia al tratamiento farmacológico, en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina del HRDCQ-DAC, 2018.**

<b>Relación Médico-Paciente</b>	<b>adherencia al tratamiento farmacológico</b>		<b>Total</b>
	No adherente	Adherente	
No favorable	n	27	52
	%	65,9%	41,9%
Favorable	n	14	72
	%	34,1%	58,1%
Total	n	41	124
	%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base al instrumento de recolección de datos.  
 $\chi^2 = 14.391$ ,  $p = 0.000149$  ( $p < 0,05$ )

Tal como se observa en la Tabla N°4, “el porcentaje de pacientes hipertensos con relación médico-paciente (no favorable), frente a los pacientes hipertensos que no presentaron adherencia al tratamiento farmacológico fue 65.9%”; “siendo mayor porcentualmente al comparar con los pacientes hipertensos que tuvieron adherencia al tratamiento y cuyo porcentaje fue de 30.1%”.

Al realizar la prueba estadística de  $\chi^2$  de Pearson se halló “diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos ( $p < 0,05$ )”.

## **Ritual de la significancia estadística (Contrastación de hipótesis):**

### **1. Hipótesis:**

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre la no favorable relación médico-paciente y la no adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación entre la no favorable relación médico-paciente y la no adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.

### **2. Nivel de significancia:**

Nivel de significancia (alfa)  $\alpha$ : 5% = 0.05

### **3. Estadístico de prueba:**

Chi-cuadrado de Pearson

### **4. Valor:**

Valor de  $p = 0.000$

## 5. Toma de decisión

Existe relación entre la no favorable relación médico-paciente y la no adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.

**Tabla N° 5**

**Asociación entre relación médico-paciente y no adherencia al tratamiento farmacológico, en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina del HRDCQ-DAC, 2018.**

<b>Relación Médico-Paciente</b>	<b>adherencia al tratamiento farmacológico</b>		<b>Total</b>
	No adherente	Adherente	
No favorable	27	25	52
Favorable	14	58	72
Total	41	83	124

Fuente: Elaboración propia en base al instrumento de recolección de datos.  
OR = 4,47 (IC 95%= 2,01 – 9,93)

Como puede apreciarse en la Tabla N°5, la Relación Médico-Paciente (no favorable) “incrementa en casi cuatro veces la probabilidad de no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo” ( $p < 0,05$ ; OR=4,47).

## ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La inadecuada relación médico-paciente en nuestro estudio incrementa hasta en 4 veces el riesgo de adherencia al tratamiento antihipertensivo (OR=4,4), dato similar a lo encontrado por Pérez D, et al en Cuba (9) quienes hallaron (OR= 4.8); estos resultados fueron superiores a lo establecido por Sotelo C. en Trujillo-Perú (33) quien encontró un (OR= 2.26). Por otro lado, Obando C, et al. en Ecuador (10) manifiestan que el rol del médico en la atención del paciente hipertenso influye de la adherencia del tratamiento; sin embargo, la empatía médica, no tiene ninguna inferencia en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos (Alfa de Cronbach de 0.183), concluyendo que relación médico paciente no tiene inferencia en la adherencia al tratamiento (Alfa de Cronbach de 0.911) (10).

Vela R, et al. el año 2016; aseveran que tener una buena relación y un trato cordial con el paciente, es un punto a favor para seguir el régimen terapéutico apropiado (28); similar afirmación manifiesta Ozamiz A. (23) y Alza J. (29) quienes determinaron 74,1% y 61,05% respectivamente de una adecuada adherencia al tratamiento cuando existe buena relación médico paciente. Por su parte Kishore R et al. (4) declaran que la deficiencia en la relación médico-paciente, “se debe a que el profesional informa de forma inadecuada al paciente sobre su enfermedad”.

Es importante mantener la confianza en el médico ya que es un componente esencial para una buena relación médico paciente Lifshitz A (7) y Arrubarrena V. (8).

El presente estudio resalta la importancia de la “relación entre el médico y el paciente, como factor que influye en el control de las enfermedades crónicas”. Se confirma lo señalado por Marín L. (5), “en cuanto a que la comunicación entre el médico y el paciente es muy importante para que este último comprenda la información básica sobre enfermedad y tratamiento para controlarla; asimismo, la mala comunicación entre médico y paciente y la falta de empatía entre ellos, afecta la adherencia terapéutica y por lo tanto, el éxito de la terapia”.

Cófreces P. el año 2014, destaca un proceso comunicativo entre el médico y el paciente, “una falla en ello provoca una baja adherencia terapéutica lo cual no permite que se evalúen los efectos del tratamiento, provocando un tratamiento más prolongado y una mayor cronicidad de la enfermedad y en ocasiones la muerte del enfermo” (17).

La adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos es un complejo proceso interdisciplinario en el que están envueltos numerosos factores (médico, paciente, familia, comunidad, sistema de salud) tal como lo manifiesta Guaman S (15); sin embargo, Zurera I, et al. (21) indica que la adherencia al tratamiento es parte de la conducta humana implicado en la salud y el compromiso de los pacientes con su cuidado; es el paciente quien establece o no el consumo de los medicamentos y otras indicaciones médicas, es él quien decide en última instancia cómo y cuándo lo hará; por otro lado Sotelo C (33), declara que “la no adherencia terapéutica, es un peligro latente que aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares y neurológicas”.

En la investigación los resultados que se lograron a partir de la aplicación del Test de Morisky-Green-Levine, revelan que el 33,1% no son adherentes a la terapia antihipertensiva, otras investigaciones informaron similar porcentaje de no adherencia farmacológica, en Chile Chacón J, et al. (19) reportó que el 32%, dato parecido describió Sandoval D, et al. (11) quien obtuvo 29.9%. Sin embargo, en el estudio TORNASOL II reportado por Segura L, et al (40) hallaron 17,3% en la Sierra del Perú. Por otro lado, estudios de Arévalo M, et al. (26), Chiluiza M (27), Apaza G (32) y Rosado J. (34) reportaron 63,6%, 45%, 68% y 60% de no adherencia al tratamiento respectivamente; En relación a ello se puede interpretar, “que tenemos una alta tasa de falta de adherencia debido a las peculiaridades de los pacientes que son atendidos en el Hospital, lo cual genera preocupación”.

Sandoval D, et al. el año 2014; aseveraron que la rapidez de la consulta, la discontinuidad en la atención por el mismo profesional, las citas muy prolongadas, figuran entre los principales motivos “que repercuten a una mala relación entre el médico y su paciente y con ello afecte la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo” (11).

## CONCLUSIONES

1. Se determinó que la inadecuada Relación Médico-Paciente, es un factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital RDCQ- DAC, entre octubre y noviembre del 2018.
2. Se identificó que las características sociodemográficas predominantes en los pacientes hipertensos fueron: edad comprendida entre 71 a 80 años (45,9%), sexo femenino (65,3%), estado civil casado(a) (60,5%) y educación primaria (45,9%).
3. Se estableció que la frecuencia de la Relación Médico-Paciente (no favorable) es del 41,9% en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital RDCQ- DAC, entre octubre y noviembre del 2018.
4. Se estableció que la frecuencia de no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo es del 33,1% en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital RDCQ- DAC, entre octubre y noviembre del 2018.
5. Se determinó que la inadecuada Relación Médico-Paciente incrementa en cuatro veces la probabilidad de no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo ( $p < 0,05$ ;  $OR = 4,47$ ) en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital RDCQ- DAC, entre octubre y noviembre del 2018.

## RECOMENDACIONES

1. Efectuar investigaciones que conlleven a evaluar que otros factores estén relacionado con la adherencia terapéutica, de tal modo que se posea un enfoque general del problema, y así abordarlos de manera que se reduzca la no adherencia.
2. Para corregir la adherencia terapéutica debemos de informar de forma adecuada y transparente al paciente; asimismo, dejemos un lapso de tiempo a él para que pueda expresar sus necesidades e inquietudes sobre su enfermedad.
3. A los médicos especialistas tanto de Cardiología como de Medicina Interna, solicitarles un espacio de su tiempo para educar a cada paciente hipertenso sobre su enfermedad y formas de prevenir el riesgo cardiovascular para que lleven una mejor calidad de vida; y de esa forma disminuir el grado de no adherencia terapéutica antihipertensiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. [en línea]. 2013 [fecha de acceso 05 de setiembre del 2018]. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1)
2. García N, Cardona D, Segura A, Garzón M. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Rev Colomb Cardiol*. [en línea]. 2016 [fecha de acceso 11 de setiembre del 2018]; 23(6):528-534. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v23n6/0120-5633-rcca-23-06-00528.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadística E Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2018. [en línea] 2019 [fecha de acceso 29 de marzo del 2020]. Disponible en:  
[https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/SALUD/ENFERMEDADES\\_ENDES\\_2018.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2018.pdf)
4. Kishore R. Suman P. Good Doctor-Patient Relationship: Its Status In Clinical Practice. *Sch. J. App. Med. Sci.* [en línea], 2013 [fecha de acceso 24 de marzo del 2020];1(4):359-362.
5. Marín L. La relación médico-paciente en el abordaje de padecimientos crónicos. La construcción del paciente y del tratamiento de la enfermedad en el ejercicio de la práctica médica. X Jornadas de Sociología Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; [en línea] 2018 [fecha de acceso 24 de marzo del 2020]; Disponible en:  
[https://digital.cic.gba.gob.ar/bitstream/handle/11746/8800/11746\\_8800.pdf-PDFA.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://digital.cic.gba.gob.ar/bitstream/handle/11746/8800/11746_8800.pdf-PDFA.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
6. Jaramillo C. Iturraspe J. Responsabilidad civil médica: la relación médico-paciente: análisis doctrinal y jurisprudencial. Pontificia Universidad Javeriana,

Bogotá Facultad de Ciencias Jurídicas, 2<sup>da</sup> ed. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2011.

7. Lifshitz A. El futuro de la relación médico-paciente. *Gac Med Mex.* 2015; 151:437 [en línea] 2015 [fecha de acceso 24 de marzo del 2020]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2015/gm154a.pdf>
8. Arrubarrena V. La relación médico-paciente. *Cirujano General* 2011, 33(2) 152-160. [fecha de acceso 24 de marzo del 2020]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112c.pdf>
9. Pérez D, Revé U, Melva R, Pérez N, Factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. *Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Trabajo de investigación.* 2014. [en línea] 2014 [fecha de acceso 24 de marzo del 2020]. 53(255): 30-42 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2014/abr14255d.pdf>
10. Obando C, Zurita V. Relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes que acuden a dos unidades del MSP del Cantón Antonio Ante, provincia de Imbabura. de agosto – diciembre 2016. [Tesis de Especialista]. Quito, Ecuador. PUCE; 2016.
11. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez Ó, Koch E, Romero T. Influence of psychosocial factors on adherence to antihypertensive drug therapy: Results from a Cardiovascular Health Program cohort followed in the Metropolitan Region of Santiago, Chile. *Rev. méd. Chile* 2014. [en línea] 2014 [fecha de acceso 24 de marzo del 2020]; 142(10):1245-1252. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25601108>
12. Azcarate E, Hernández I, Guzmán M. Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. *Aten Fam.* 2014; [en línea] 2014 [fecha de acceso 24 de marzo del 2020]; 21(3):83–85 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-percepcion-calidad-relacion-medico-paciente-casos-S1405887116300232>

13. Arroyo R. Relación médico paciente y adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de depresión de la UMF 220, Toluca, estado de México. [Tesis de Especialista]. Toluca, México. UAEM; 2014.
14. Moreno J. Hipertensión arterial en pacientes atendidos en emergencia del Hospital Sagrado Corazón De Jesús en el 2016. [Tesis de grado]. Guayaquil, Ecuador. UG; 2017.
15. Guaman S. Hipertension Arterial, Falta De Adherencia Al Tratamiento y Su Relacion Con Las Complicaciones, Estudio A Realizar En Pacientes Atendidos En El Hospital Martin Icaza De Babahoyo Periodo 2015. [Tesis de grado]. Guayaquil, Ecuador. UG; 2015.
16. Alfonso L. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Hipertensión arterial: Adherencia al Tratamiento. Revista Cubana de Salud Pública. 2015; [en línea] 2016 [fecha de acceso 7 de agosto del 2018]; 41 (1): 33-45 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2015/csp151d.pdf>
17. Cofreces P, La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. Revista de Comunicación y Salud. 2014 [en línea] 2017 [fecha de acceso 10 de agosto del 2018]; 4(1) 19-34,. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/53-374-1-PB.pdf>
18. López S, Chávez R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Revista Habanera de Ciencias Médicas [en línea] 2016 [fecha de acceso 7 de agosto del 2018]; 15(1):40-50. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm06116.pdf>
19. Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, Romero T. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. Rev Chil Cardiol [en línea] 2015 [fecha de acceso 14 de agosto del 2018]; 34(1): 18-27. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v34n1/art02.pdf>

20. Solórzano M. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Ciudad hospitalaria Dr. Enrique tejera. Enero 2015- mayo 2015. [Tesis de Especialidad]. España. UC; 2015.
21. Zurera I, Caballero M, Ruíz M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enferm Nefrol.* [en línea] 2014 [fecha de acceso 20 de agosto del 2018]; 17 (4): 251-260. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n4/03\\_original2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n4/03_original2.pdf)
22. Luna U, Haro S, Uriostegui L, Barajas T. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Aten Fam.* [en línea] 2017 [fecha de acceso 26 julio del 2018]; 24(3): 116-120 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887117300408>
23. Ozamiz A. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes crónicos con hipertensión arterial. [Tesis de grado]. España. Uva; 2015.
24. Arias A, Pérez F. Valoración de la adherencia a la terapéutica prescrita y sus factores condicionantes en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial sistémica esencial tratados en el Hospital Delfina Torres Viuda de Concha. [Tesis de grado]. Ecuador. PUCE. 2014.
25. Bravo B. Adherencia al tratamiento en adultos hipertensos: propuesta de intervención integral. Santa Rosa- El Oro, 2016. [Tesis de especialidad]. Ecuador. UNL. 2017.
26. Arévalo M, López M, Martínez F. Adherencia a la Terapéutica Farmacológica en Pacientes con Hipertensión Arterial. *Revista Médica HJCA.* [en línea] 2016 [fecha de acceso 29 de agosto del 2018];8(1). Disponible en: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/viewFile/60/59>
27. Chiluzza M. Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial, Parroquia San Andrés. [Tesis de especialista]. Ecuador. UTA. 2016.

28. Vela R, Cerna K. Factores que determinan la adherencia al tratamiento Farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. [Tesis de especialidad]. Lima; Perú. UWiener. 2016.
29. Alza J. Factores asociados a la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial del hospital I Luis Albrecht EsSalud. [Tesis de grado]. Perú. UPAO.2016.
30. Limaylla M. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud. [Tesis de maestría]. Perú. UNMSM. 2016.
31. Rodríguez J, Solís R, Joso S, et al. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. . [en línea] 2015 [fecha de acceso 21 de julio del 2018]; Rev. Fac. Med. 2017. 65(1): 55-60. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n1/0120-0011-rfmun-65-01-00055.pdf>
32. Apaza G. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de EsSalud-red Tacna febrero 2013. [Tesis de grado]. Tacna. UNJBG. 2013.
33. Sotelo C. Asociación entre la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. [Tesis de grado]. Trujillo. UPAO. 2017.
34. Rosado J. Evaluación del seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud “San Martín”, distrito la Esperanza - Trujillo. enero – abril 2018. [Tesis de grado]. Trujillo. ULADECH. 2018.
35. Organización Mundial de la Salud. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica [en línea]. 2018 [fecha de acceso 19 de agosto del 2018]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>
36. Martínez J, La Relación Médico Paciente. 1ª. Ed. España: Universidad de Barcelona;2018.
37. Peterson E, Gaziano M, Greenland P. Recommendations for Treating Hypertension What Are the Right Goals and Purposes? [en línea] 2014 [fecha de acceso 30 de agosto del 2018] JAMA 2013. 311(5):474-476 Disponible en:

<http://in.bgu.ac.il/en/fohs/communityhealth/Family/Documents/Recommendations%20for%20Treating%20HypertensionWhat%20Are%20the%20Right%20Goals%20and%20Purposes%20%20JAM%20A2013%20EDIT.pdf>

38. Whelton P. et al. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults [en línea] 2017 [fecha de acceso 14 de enero del 2019].2017.1097(17). Disponible en: <http://www.onlinejacc.org/content/early/2017/11/04/j.jacc.2017.11.006>
39. Ministerio de Salud. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. R.M. N° 031-2015-MINSA de fecha 19 de enero del 2015. [en línea]. 2015 [fecha de acceso 14 agosto del 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-Minsa.pdf>
40. Segura L, Ruíz E, Agustín R, et al. Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en el Perú II. Estudio TORNASOL II comparado con TORNASOL I después de cinco años. Revista Peruana de Cardiología. [en línea] 2013 [fecha de acceso 1 setiembre del 2018]. 39(1): 5-59 Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-722415>
41. Sánchez H, Reyes C. Metodología y diseños en la Investigación Científica. 5ª ed. Perú: Editorial Business Support Aneth; 2017.
42. Tamayo J. Estrategias para diseñar y desarrollar proyectos de investigación en Ciencias de la Salud. Primera edición, Lima-Perú: Facultad de Medicina Universidad Mayor de San Marcos; 2002.
43. Díaz A. Construcción de instrumentos de investigación y medición estadística. 1ª. Ed. Huancayo-Perú: Universidad Peruana Los Andes; 2010.
44. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: Editorial McGraw-Hill; 2014.
45. Valencia F, Mendoza S, Luengo L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un Centro de Atención Primaria en Chile. Rev Peru Med Exp Salud Publica [en línea]. 2017 [fecha de acceso 23

- de agosto del 2018]. Disponible en:  
<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2206>
46. Chaves N, Echeverri J, Andrés D, Quijano J, Camacho D. Validación de la escala de Morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica. Rev Med [en línea]. 2016 [fecha de acceso 10 setiembre del 2018]. 24(2) Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/med/v24n2/v24n2a03.pdf>
47. Mingote J, Moreno B, Rodríguez r, Gálvez M, Ruiz P. Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). Actas Esp Psiquiatr 2009. [en línea]. 2009 [fecha de acceso 4 de setiembre del 2018]. 37(2):94-100. Disponible en:  
<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio//10/56/ESP/13476+9+1230.pdf>

# ANEXOS

## Matriz de Consistencia

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE COMO FACTOR DE RIESGO PARA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS.					
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES VALORACIÓN	MÉTODOS
<p><b>Problema General</b> ¿La relación médico-paciente es factor de riesgo para la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018?</p>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar si la relación médico-paciente es un factor de riesgo para la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018</p>	<p><b>Hipótesis alterna:</b> La relación médico paciente es un factor de riesgo para la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.</p>	<p>Edad Sexo Estado Civil Grado de Instrucción Tiempo de recibir tratamiento antihipertensivo Relación médico-paciente</p>	<p>Frecuencia y porcentaje sobre las características generales</p>	<p>a) <b>Tipo de estudio</b> Observacional, transversal <b>Nivel y diseño de estudio</b> Analítico de tipo Caso-Control</p> <p>b) <b>Población</b> Pacientes hipertensos que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.</p> <p><b>Instrumento</b> Test de Morisky KR-20 = 0,821</p> <p>Cuestionario de relaciones médico-paciente (CREM-P) prueba de confiabilidad el valor mínimo fue 0.68 (ítem 8) y el máximo fue 0.85 (ítem 12)</p> <p>c) <b>Elaboración de datos</b> Previo permiso Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.</p> <p>d) Análisis e interpretación de datos con SPSS 23.0.</p>
<p><b>Problemas específicos</b> 1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018?</p> <p>2. ¿Cuáles con las características de la relación médico – paciente de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018?</p> <p>3. ¿Cuáles son las características de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018?</p>	<p><b>Objetivos específicos</b> 1) Identificar las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.</p> <p>2) Identificar las características de la relación médico – paciente de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.</p> <p>3) Describir las características de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.</p>	<p><b>Hipótesis nula:</b> La relación médico-paciente no es un factor de riesgo para la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de Cardiología y Medicina Interna del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, entre octubre y noviembre del año 2018.</p>	<p>Adherencia terapéutica.</p>	<p>Análisis inferencial: Para determinar la fuerza de asociación entre los casos de no adherencia al tratamiento y los factores de riesgos encontrados, se calculó la razón de productos cruzados (OR) con su correspondiente intervalo de confianza (IC). un nivel de significancia <math>p &lt; 0,05</math>.</p>	

### Matriz de Operacionalización de variables

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>CRITERIO DE MEDICION</b>	<b>INSTRUMENTO DE MEDICION</b>
<b>Edad</b>	Espacio de años que ha transcurrido de un tiempo a otro.	Cuantitativa	Discreta	41 a 50 años 51 a 60 años 61 a 70 años 71 a 80 años 81 a 90 años	Cuestionario
<b>Sexo</b>	Caracteres sexuales secundarios	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Cuestionario
<b>Grado de instrucción</b>	Grado de estudio más alto aprobado por la persona en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo.	Cualitativa	Ordinal	Sin instrucción Primaria Secundaria Universitario Técnico	Cuestionario
<b>Estado civil</b>	La situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Viudo Conviviente	Cuestionario
<b>Tiempo de tratamiento</b>	Número de años de tratamiento antihipertensivo	Cuantitativa	Razón	6 meses a 2 años Mayor a 2 años	Cuestionario
<b>Relación médico-paciente</b>	Interacción entre el médico y un paciente(s) con una necesidad de ayuda y el objetivo de mejorar sus condiciones de salud.	Cualitativa	Nominal	Relación médico-paciente favorable Relación médico-paciente No favorable	Cuestionario

**Matriz de operacionalización de instrumento**

<b>Variables</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>
<b>DEPENDIENTE</b> <b>Adherencia</b> <b>Terapéutica</b>	Cualitativa	Nominal	Cuestionario  Test de Morisky-Green- Levine
<b>INDEPENDIENTE</b>  <b>Factores asociados</b> <b>-Edad</b> <b>-Sexo</b> <b>-Grado de instrucción</b> <b>-Estado civil</b> <b>-Relación médico- paciente</b>	Cuantitativa Cualitativa Cualitativa Cualitativa Cualitativa	Discreta Nominal Ordinal Nominal Nominal	Cuestionario  Cuestionario de relaciones médico- paciente (CREM-P)

## Instrumento de investigación

N°

### RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE COMO FACTOR DE RIESGO PARA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS.

Edad: \_\_\_\_ . Sexo: \_\_\_\_ . Estado Civil: \_\_\_\_ . Grado de Instrucción: \_\_\_\_

Tiempo de recibir tratamiento: \_\_\_\_ ¿Cuál o cuáles son?: \_\_\_\_

#### A. CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN

En relación con las dos últimas semanas de tratamiento, responda sí o no:

Característica	Respuesta
¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?	Sí No
¿Toma la medicación a la hora indicada?	Sí No
Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?	Sí No
Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?	Sí No

#### B. CUESTIONARIO DE RELACIONES MÉDICO-PACIENTE (CREM-P)

ITEM	SI	NO
1. Mi médico me entiende		
2. Confío en mi médico		
3. Mi médico se esfuerza en ayudarme		
4. Puedo hablar con mi médico		
5. Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico		
6. Mi médico me ayuda		
7. Mi médico me dedica suficiente tiempo		
8. El tratamiento que me ha puesto mi médico me está beneficiando		
9. Estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas		
10. Encuentro a mi médico muy accesible		
11. Gracias a mi médico me encuentro mejor		
12. Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud		
13. Ahora controlo mejor mis síntomas (aunque vea menos al médico)		

## Confiabilidad valida del instrumento

### Confiabilidad:

A la adaptación y evaluación de la versión en español de la escala de Morisky de 4 ítems; se realizó la confiabilidad KUDER–RICHARDSON (KR 20) = 0.821 lo cual nos permitió conocer que es un instrumento confiable para su aplicación.

**Validez por juicio de expertos:** % de acuerdo de los jueces para cada ítem (32).

Ítem	% de acuerdo
1	80
2	100
3	80
4	100

Coefficiente de concordancia w de Kendall que en este caso fue 0,8 con un p valor de 0,0001, alto grado de concordancia entre las valoraciones (42).

### La data de procesamiento de datos

N°	EDAD	SEXO	RANGO EDAD	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	TIEMPO DE TTO.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	CONOC.	FACT.	RELACIÓN MED-PCTE
1	68	2	6	2	3	3	1	1	1	1
2	74	1	7	5	2	15	1	1	1	1
3	65	1	6	2	3	10	1	1	1	1
4	68	2	6	2	2	2	1	1	1	1
5	64	1	6	5	2	2	1	1	1	1
6	80	1	7	1	2	10	1	1	1	1
7	72	2	7	2	2	3	1	1	1	1
8	64	1	6	2	3	7	1	1	1	1
9	74	1	7	2	3	7	1	1	1	1
10	74	1	7	2	2	1	1	1	1	1
11	79	2	7	2	3	4	1	1	1	1
12	62	1	6	4	3	4	1	2	1	1
13	43	1	4	5	5	1	1	2	1	1
14	66	1	6	5	2	10	1	2	1	1
15	75	2	7	2	4	4	1	2	1	1
16	74	1	7	5	1	2	1	2	1	1
17	75	2	7	2	2	6	1	2	1	1
18	74	1	7	5	2	2	1	2	1	1
19	87	1	8	2	1	8	1	2	1	1
20	67	2	6	4	3	3	1	2	1	1
21	87	1	8	2	2	5	1	2	1	1
22	70	1	6	4	2	8	1	2	1	1
23	69	1	6	1	2	10	1	2	1	1
24	73	1	7	5	2	12	1	2	1	1
25	72	1	7	4	1	12	1	2	1	1
26	63	2	6	2	3	1	1	2	1	1

27	83	2	8	2	2	4	1	2	1	1
28	77	1	7	2	3	7	1	2	1	2
29	76	1	7	2	2	3	1	2	1	2
30	58	2	5	2	3	5	1	2	1	2
31	46	2	4	2	3	6	1	2	1	2
32	70	1	6	5	2	1	1	2	1	2
33	60	1	5	2	3	7	1	2	2	2
34	56	2	5	2	3	4	1	2	2	2
35	55	1	5	2	2	1	1	2	2	2
36	64	1	6	5	3	7	1	2	2	2
37	47	2	4	1	3	4	1	2	2	2
38	68	2	6	2	2	8	1	2	2	2
39	76	1	7	2	2	8	1	2	2	2
40	74	1	7	2	3	2	1	2	2	2
41	78	1	7	4	2	3	1	2	2	2
42	68	1	6	2	3	5	2	2	1	1
43	79	2	7	5	3	15	2	2	1	1
44	76	1	7	5	2	8	2	2	1	1
45	76	2	7	2	4	1	2	2	1	1
46	70	1	6	1	2	1	2	2	1	1
47	74	1	7	2	2	12	2	2	1	1
48	75	1	7	2	2	14	2	2	1	1
49	67	1	6	1	3	2	2	2	1	1
50	63	2	6	2	3	6	2	2	1	1
51	71	2	7	2	4	1	2	2	1	1
52	69	1	6	1	2	10	2	2	1	1
53	73	1	7	5	2	12	2	2	1	1
54	72	1	7	4	1	12	2	2	1	1
55	63	2	6	2	3	1	2	2	1	1

56	83	2	8	2	2	4	2	2	1	1
57	77	1	7	2	3	7	2	2	1	1
58	76	1	7	2	2	3	2	2	1	1
59	58	2	5	2	3	5	2	2	1	1
60	46	2	4	2	3	6	2	2	1	1
61	70	1	6	5	2	1	2	2	1	1
62	60	1	5	2	3	7	2	1	1	1
63	68	2	6	2	3	3	2	2	1	1
64	74	1	7	5	2	15	2	2	1	1
65	65	1	6	2	3	10	2	1	1	1
66	68	2	6	2	2	2	2	1	1	1
67	64	1	6	5	2	2	2	1	1	2
68	80	1	7	1	2	10	2	1	1	2
69	72	2	7	2	2	3	2	1	1	2
70	64	1	6	2	3	7	2	1	1	2
71	74	1	7	2	3	7	2	1	1	2
72	74	1	7	2	2	1	2	1	1	2
73	79	2	7	2	3	4	2	1	1	2
74	68	2	6	2	2	8	2	1	1	2
75	76	1	7	2	2	8	2	1	1	2
76	74	1	7	2	3	2	2	1	1	2
77	78	1	7	4	2	3	2	1	1	2
78	68	1	6	2	3	5	2	1	1	2
79	79	2	7	5	3	15	2	1	1	2
80	76	1	7	5	2	8	2	1	1	2
81	76	2	7	2	4	1	2	1	1	2
82	70	1	6	1	2	1	2	1	1	2
83	74	1	7	2	2	12	2	1	1	2
84	75	1	7	2	2	14	2	1	1	2

85	67	1	6	1	3	2	2	1	1	2
86	63	2	6	2	3	6	2	1	1	2
87	64	1	6	2	3	7	2	1	1	2
88	74	1	7	2	3	7	2	1	1	2
89	74	1	7	2	2	1	2	1	1	2
90	79	2	7	2	3	4	2	1	1	2
91	62	1	6	4	3	4	2	1	1	2
92	43	1	4	5	5	1	2	1	1	2
93	66	1	6	5	2	10	2	2	1	2
94	75	2	7	2	4	4	2	2	1	2
95	74	1	7	5	1	2	2	2	1	2
96	75	2	7	2	2	6	2	2	1	2
97	74	1	7	5	2	2	2	2	1	2
98	87	1	8	2	1	8	2	2	1	2
99	67	2	6	4	3	3	2	2	1	2
100	87	1	8	2	2	5	2	2	1	2
101	83	2	8	2	2	4	2	2	1	2
102	77	1	7	2	3	7	2	2	1	2
103	76	1	7	2	2	3	2	2	1	2
104	58	2	5	2	3	5	2	2	1	2
105	46	2	4	2	3	6	2	2	1	2
106	70	1	6	5	2	1	2	2	2	2
107	60	1	5	2	3	7	2	2	2	2
108	56	2	5	2	3	4	2	2	2	2
109	55	1	5	2	2	1	2	2	2	2
110	64	1	6	5	3	7	2	2	2	2
111	47	2	4	1	3	4	2	2	2	2
112	68	2	6	2	2	8	2	2	2	2
113	68	1	6	2	3	5	2	2	2	2

114	79	2	7	5	3	15	2	2	2	2
115	76	1	7	5	2	8	2	2	2	2
116	76	2	7	2	4	1	2	2	2	2
117	70	1	6	1	2	1	2	2	2	2
118	74	1	7	2	2	12	2	2	2	2
119	75	1	7	2	2	14	2	2	2	2
120	62	1	6	4	3	4	2	2	2	2
121	43	1	4	5	5	1	2	2	2	2
122	66	1	6	5	2	10	2	2	2	2
123	75	2	7	2	4	4	2	2	2	2
124	74	1	7	5	1	2	2	2	2	2

## Consentimiento informado

Estimado señor(a), la presente entrevista es para que usted sea partícipe de una investigación que servirá para elaborar una tesis profesional que lleva como **Título:** Relación Médico-Paciente como factor de riesgo para adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos; el trabajo estará a cargo de las **investigadoras** (Rodríguez Galarza, Patricia Jesenia; Rodríguez Paredes, Almendra Génesis-Universidad Peruana Los Andes). **El propósito** de la investigación es un aporte al desarrollo y conocimiento científico de nuestra realidad sanitaria con el fin de proponer nuevos cambios dentro de la salud; por lo cual requerimos su **participación** la cual será estrictamente VOLUNTARIA; si usted accede a participar en este estudio, el **procedimiento** que realizará es responder las preguntas a continuación, esto le tomará aproximadamente 7 minutos, la información que usted brinde, será recolectada de forma ANÓNIMA por lo que le rogamos la mayor SINCERIDAD al momento de responder; asimismo es necesario que usted conozca que no existen **riesgos** físicos, psicológicos, sociales y económicos para usted. Su participación en el estudio no le brindará ningún **beneficio/compensación** económico o material, solo la satisfacción de contribuir con la generación de conocimiento científico que pueda ser usado para mejorar la salud de la sociedad. Entendemos que al firmar el presente consentimiento, usted está aceptando participar en el estudio. Los datos que usted brinde a continuación, serán tratados con absoluta **confidencialidad**.

Nombre:

DNI

---

Firma

## Fotos de la aplicación del instrumento







