



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**“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.”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**Dra. Cristina Obando Guerra**

**Dra. Viviana Zurita Gallegos**

**Directora Metodológica:** Lic. Sandra Moya Herrera – Magister en Salud  
Pública

**Director de Tesis:** Dra. Elva Arias- Especialista en Medicina Familiar

2016

**IBARRA ECUADOR**

**“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. AGOSTO –DICIEMBRE DE 2016.”**

**LUGAR:**

Centro de Salud Atuntaqui y Hospital Básico Antonio Ante, de la Provincia de Imbabura, Ciudad de Atuntaqui. Estas instituciones se encuentran ubicadas en las calles Olmedo y Velasco.

**AUTORAS:**

- Dra. Cristina Elizabeth Obando Guerra
- Dra. Cándida Viviana Zurita Gallegos

Posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, V Semestre, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Unidad Anidada Hospital Básico Antonio Ante, Atuntaqui.

**DIRECTORA DE TESIS:**

- Dra. Elva Beatriz Arias Terán, Especialista en Medicina Familiar y Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

**DIRECTORA METODOLÓGICA:**

- Lic. Sandra Moya Herrera, Magister en Salud Pública, Epidemióloga del Distrito 10D02 Antonio Ante – Otavalo – Salud, Provincia Imbabura – Coordinación Zona 1.

**LÍNEA**

Gestión de la atención médica

## DEDICATORIA

*D*edico esta tesis a mi familia. A mis hijos quienes con sus alas prolongan aún más mi vuelo. A mi esposo quien ha estado a mi lado todo este tiempo brindándome confianza, consejos, oportunidad y recursos para lograrlo. A mis padres fuente de inspiración incansable a lo largo de mi vida.

*Cristina*

## AGRADECIMIENTO

*E*n primer lugar quiero agradecer a la Pontificia Universidad Católica por haberme

aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para estudiar mi posgrado así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día tras día.

Agradezco también a nuestros asesores de Tesis, la Doctora Elva Arias y la Licenciada Sandra Moya Herrera quienes aportaron con su capacidad y conocimiento científico.

Para finalizar, también agradezco a quienes fueron mis compañeros durante todos los niveles del posgrado ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han contribuido con un alto porcentaje al objetivo de seguir adelante en mi carrera profesional.

*Cristina*

## DEDICATORIA

*D*edico con todo mi aprecio, cariño, amor y respeto la realización de este trabajo a mi familia, a mi hijo, a mi esposo, mis padres, hermanos y amigos; personas quienes en la entrega de su tan apreciado corazón hacia mi persona han impulsado las expectativas y horizontes para llegar a conquistar los anhelos de mi formación profesional superior.

*Viviana*

## AGRADECIMIENTO

*E*xpreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal Docente y Administrativo del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Pontificia Universidad Católica del Ecuador por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional, en especial a las Doctoras. Elva Beatriz Arias Terán y la Licenciada Sandra Moya Herrera quienes supieron guiarme con paciencia y sabiduría para la realización del presente trabajo.

Como también agradecer al Centro de Salud de Atuntaqui y al Hospital Básico Antonio Ante, principalmente a sus autoridades, y todos los compañeros de las diferentes áreas, quienes de forma solidaria y amable ofrecieron su ayuda para la realización del trabajo.

*Viviana*

## TABLA DE CONTENIDOS

LÍNEA .....	II
DEDICATORIA .....	V
AGRADECIMIENTO .....	VI
TABLA DE CONTENIDOS.....	7
LISTA DE CUADROS .....	10
LISTA DE FIGURAS Y GRÁFICOS .....	17
RESUMEN .....	24
ABSTRACT.....	26
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	28
CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	32
2.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL .....	32
2.1.1 Definición .....	32
2.1.2 Epidemiología .....	32
2.1.3 Clasificación de la Hipertensión .....	37
2.1.4 Etiología: .....	38
2.1.5 Diagnóstico: .....	38
2.1.6 Factores de riesgo cardiovascular: .....	40
2.1.7 Complicaciones.....	43
2.1.8 Estadificación del riesgo .....	45
2.1.9 Tratamiento.....	46
2.1.10 Seguimiento.....	49
2.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	51
2.2.1 Concepto.....	51

2.2.2	Importancia .....	53
2.2.3	Factores relacionados.....	53
2.2.4	¿Cómo podemos determinar la adherencia? .....	57
2.2.5	Intervención .....	59
2.3	RELACIÓN MÉDICO PACIENTE .....	61
2.3.1	Definición. ....	61
2.3.2	Importancia de la comunicación.....	65
2.3.3	Factores que influyen en la relación médico- paciente .....	68
CAPÍTULO III: MÉTODOS.....		72
3.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: .....	72
3.2	OBJETIVOS: .....	72
3.2.1	General: .....	72
3.2.2	Específicos.....	72
3.3	HIPÓTESIS .....	73
3.4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	73
3.5	MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN:.....	74
3.6	TIPO DE ESTUDIO: .....	78
3.7	MUESTRA.....	78
3.7.1	Universo:.....	78
3.7.2	Muestra: .....	78
3.8	PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN ..	80
3.8.1	Técnicas.....	80
3.8.2	Fuentes de Información .....	81
3.9	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	81
3.10	ASPECTOS BIOÉTICOS.....	86
CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....		90

4.1 ANÁLISIS UNIVARIADO DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	90
4.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	101
CAPÍTULO V: DISCUSIONES.....	157
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES .....	161
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES.....	163
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	165
ANEXOS.....	170
ANEXO I. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN DIRIGIDO A LOS MEDICOS .....	171
ANEXO II. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN DIRIGIDO A LOS PACIENTES.....	176
ANEXO III. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS .....	181
ANEXO IV. CUESTIONARIO ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA .....	184
ANEXO V. CUESTIONARIO RELACIÓN MÉDICO PACIENTE (PDQR-9)	186
ANEXO VI. ESCALA EMPATÍA MÉDICA JEFFERSON .....	187
ANEXO VII. FARMACIA INSTITUCIONAL -HOSPITAL BÁSICO ANTONIO ANTE .....	190
ANEXO VIII. POBLACIÓN PARA EL CÁLCULO DE PREVALENCIA Y TASAS .....	191
ANEXO IX. AUTORIZACIONES .....	192

## LISTA DE CUADROS

Cuadro N° 1.	“Prevalencia de hipertensión arterial a nivel parroquial, cantonal, provincial y nacional en el período 2012 – 2015” .....	34
Cuadro N° 2.	Clasificación de la Hipertensión Arterial .....	37
Cuadro N° 3.	Técnica adecuada de toma de la Tensión Arterial .....	40
Cuadro N° 4.	Factores de Riesgo Cardiovascular .....	41
Cuadro N° 5.	Riesgo Cardiovascular Relacionado Con Valores de Tensión Arterial .....	45
Cuadro N° 6.	Modificaciones en estilo de vida en el manejo de la hipertensión. ....	47
Cuadro N° 7.	Exámenes de laboratorio para pacientes hipertensos .....	50
Tabla N° 1	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de hipertensión en los pacientes de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016.....	90
Tabla N° 2	Autoidentificación étnica en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016 .....	91
Tabla N° 3	Edad de los pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016 .....	92
Tabla N° 4	Nivel de escolaridad en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016 .....	93
Tabla N° 5	Sexo en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016 .....	94
Tabla N° 6	Ocupación en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016.....	95
Tabla N° 7	Zona de residencia en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016 .....	96

Tabla N° 8	Número de controles médicos en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP desde el inicio de su enfermedad.....	97
Tabla N° 9	Gasto de bolsillo en medicación realizado por pacientes hipertensos de dos unidades del MSP desde el inicio de su enfermedad. ..	98
Tabla N° 10	Gasto de bolsillo de los pacientes hipertensos en exámenes de laboratorio de dos unidades del MSP. Agosto –Septiembre del 2016. ....	100
Tabla N° 11	: Puntualidad de los pacientes hipertensos en ingerir su medicación en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	101
Tabla N° 12	: Cumplimiento con el horario prescrito para la ingesta de medicación en pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	102
Tabla N° 13	Cumplimiento con los períodos prescritos para la realización de los análisis de laboratorio de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016 .....	103
Tabla N° 14	Cumplimiento de la dieta por parte del paciente hipertenso de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	104
Tabla N° 15	Puntualidad de los pacientes hipertensos en las consultas médicas en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016 .....	105
Tabla N° 16	Cumplimiento de las recomendaciones del médico en pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016 .....	106
Tabla N° 17	Disposición de los pacientes hipertensos para abandonar “hábitos nocivos” por prescripción médica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	107
Tabla N° 18	Pacientes hipertensos que consumen solo alimentos permitidos por el médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016 .....	108
Tabla N° 19	Pacientes hipertensos que sienten confianza con su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	109

Tabla N° 20	Pacientes hipertensos que regresan a su control médico rutinario después de terminar el tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	110
Tabla N° 21	Apego de los pacientes hipertensos a su tratamiento basados en los resultados de sus análisis clínicos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	111
Tabla N° 22	Atención al tratamiento que ponen los pacientes ante su enfermedad en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	112
Tabla N° 23	Frecuencia con la que los pacientes hipertensos olvidan tomar sus medicamentos debido a exceso de trabajo o actividades en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	113
Tabla N° 24	Pacientes hipertensos que abandonan el tratamiento porque desaparecen los síntomas en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	114
Tabla N° 25	Pacientes hipertensos que abandonan el tratamiento porque no mejora su salud en poco tiempo en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	115
Tabla N° 26	Pacientes hipertensos que hacen ejercicio continuo por exigencia de su tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	116
Tabla N° 27	Pacientes hipertensos que necesitan un recordatorio para tomar la medicación en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	117
Tabla N° 28	Pacientes hipertensos que se realizan análisis clínicos aunque no estén enfermos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.	118
Tabla N° 29	Pacientes hipertensos en los cuales el médico les inspira confianza si demuestra conocer su enfermedad en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	119

Tabla N° 30	Pacientes hipertensos que manifiestan que si la enfermedad es grave hacen lo que sea por aliviarse en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	120
Tabla N° 31	Pacientes hipertensos que continúan el tratamiento aunque este sea complicado en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ... .....	121
Tabla N° 32	Adherencia al tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	122
Tabla N° 33	Chi cuadrado y t de students para variables sociodemográficas ..... .....	123
Tabla N° 34	Pacientes hipertensos que consideran tener ayuda de su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	124
Tabla N° 35	Pacientes hipertensos que reciben tiempo suficiente de sus médicos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	125
Tabla N° 36	Pacientes hipertensos que creen en su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	126
Tabla N° 37	Percepción de los pacientes hipertensos por el entendimiento de sus médicos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	127
Tabla N° 38	Percepción de los pacientes hipertensos de la dedicación de sus médicos a ayudarles en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. .....	128
Tabla N° 39	Percepción de los pacientes hipertensos sobre el nivel de acuerdo con su médico en relación a sus síntomas en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	129
Tabla N° 40	Pacientes hipertensos que consideran pueden hablar con su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	130
Tabla N° 41	Calificación que los pacientes dan a su tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	131

Tabla N° 42	Percepción del paciente sobre su accesibilidad a su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	132
Tabla N° 43	Médicos que comprenden los sentimientos de sus pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	133
Tabla N° 44	Médicos que tratan de “ponerse en el lugar del paciente” durante la consulta médica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016 .....	134
Tabla N° 45	Percepción de los médicos de la comprensión de los sentimientos de sus pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	135
Tabla N° 46	Percepción de los médicos sobre la comprensión del estado emocional de los pacientes en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	136
Tabla N° 47	Médicos que están de acuerdo con tratar de pensar como sus pacientes hipertensos para darles un mejor cuidado en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	137
Tabla N° 48	Percepción de los médicos sobre el sentido del humor y el mejor resultado clínico en los pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	138
Tabla N° 49	Médicos que perciben tan importante el lenguaje no verbal del paciente como la comunicación verbal en la relación médico paciente en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	139
Tabla N° 50	Médicos que consideran importante tratar de entender lo que pasa en la mente de los pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	140
Tabla N° 51	Médicos que consideran a la empatía como una habilidad terapéutica en pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	141

Tabla N° 52	Médicos que consideran a la empatía factor terapéutico en el tratamiento médico en pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	142
Tabla N° 53	Perspectiva médica sobre la relevancia de las experiencias personales de los pacientes hipertensos en la efectividad del tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	143
Tabla N° 54	Perspectiva médica sobre los sentimientos de los pacientes hipertensos y sus familias- relevancia en el tratamiento médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016 .....	144
Tabla N° 55	Perspectiva médica sobre sucesos vitales de sus pacientes- importancia para entender sus molestias físicas en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	145
Tabla N° 56	Percepción médica sobre el lugar que ocupan las emociones de los pacientes en el tratamiento de una enfermedad crónica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	146
Tabla N° 57	Importancia que dan los médicos a los lazos afectivos con sus pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.. .....	147
Tabla N° 58	Médicos que no disfrutaban de la lectura no médica o arte en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	148
Tabla N° 59	Nivel de acuerdo médico sobre no poner atención a las emociones de los pacientes durante la entrevista e historia clínica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	149
Tabla N° 60	Acuerdo médico sobre el nivel de afectación de las relaciones sentimentales de los pacientes hipertensos y sus familias en la relación médico paciente en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	150
Tabla N° 61	Nivel de dificultad médica para ver las cosas desde la perspectiva de sus pacientes en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	151

Tabla N° 62	Acuerdo médico sobre mirar desde la perspectiva de los pacientes y las diferencias de cada persona en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	152
Tabla N° 63	Relación de variables Adherencia terapéutica y relación médico paciente en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	154
Tabla N° 64	Relación variables adherencia al tratamiento y empatía médica Jefferson en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	155
Tabla N° 65	Chi cuadrado y t de estudiantes para escalas de valoración .	153
Tabla N° 64	Relación variables adherencia al tratamiento y empatía médica Jefferson en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ..	155
Tabla N° 65	Chi cuadrado y t de estudiantes para escalas de valoración .	153

## LISTA DE FIGURAS Y GRÁFICOS

Figura N° 1	Clasificación de la Hipertensión Arterial.....	37
Figura N° 2	Técnica adecuada de toma de la Tensión Arterial .....	40
Figura N° 3	Factores de Riesgo Cardiovascular .....	41
Figura N° 4	Riesgo Cardiovascular Relacionado Con Valores de Tensión Arterial .....	45
Figura N° 5	Modificaciones en estilo de vida en el manejo de la hipertensión. ....	47
Figura N° 6	Exámenes de laboratorio para pacientes hipertensos .....	50
Figura N° 7	Correlación de Variables Independiente y dependiente.....	73
Gráfico N° 1	Prevalencia de la Hipertensión Arterial .....	35
Gráfico N° 2	Tasa de Prevalencia de la Hipertensión Arterial calculada por 100000 habitantes .....	36
Gráfico N° 3	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de hipertensión en los pacientes de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016.....	91
Gráfico N° 4	Autoidentificación étnica en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016 .....	92
Gráfico N° 5	Edad de los pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016 .....	93
Gráfico N° 6	Nivel de escolaridad en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016 .....	94
Gráfico N° 7	Sexo en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016 .....	95
Gráfico N° 8	Ocupación de los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	96

Gráfico N° 9	Zona de residencia en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016 .....	97
Gráfico N° 10	Número de controles médicos en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP desde el inicio de su enfermedad.....	98
Gráfico N° 11	Gasto de bolsillo paciente en medicación realizado por pacientes hipertensos de dos unidades del MSP desde el inicio de su enfermedad. ....	99
Gráfico N° 12	Gasto de bolsillo de los pacientes hipertensos en exámenes de laboratorio en dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre del 2016.	100
Gráfico N° 13	Puntualidad de los pacientes hipertensos en ingerir su medicación en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	101
Gráfico N° 14	Cumplimiento con el horario prescrito para a ingesta de medicación en pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	102
Gráfico N° 15	Cumplimiento con los períodos prescritos para la realización de los análisis de laboratorio de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016 .....	103
Gráfico N° 16	Cumplimiento de la dieta por parte del paciente hipertenso de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	104
Gráfico N° 17	Puntualidad de los pacientes hipertensos en las consultas médicas en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	105
Gráfico N° 18	Cumplimiento de las recomendaciones del médico en pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.. ..	106
Gráfico N° 19	Disposición de los pacientes hipertensos para abandonar “hábitos nocivos” por prescripción médica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	107

Gráfico N° 20	Pacientes hipertensos que consumen solo alimentos permitidos por el médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. .....	108
Gráfico N° 21	Pacientes hipertensos que sienten confianza con su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	109
Gráfico N° 22	Pacientes hipertensos que regresan a su control médico rutinario después de terminar el tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	110
Gráfico N° 23	Apego de los pacientes hipertensos a su tratamiento basado en los resultados de sus análisis clínicos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	111
Gráfico N° 24	Atención al tratamiento que ponen los pacientes ante su enfermedad en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	112
Gráfico N° 25	Frecuencia con la que los pacientes hipertensos olvidan tomar sus medicamentos debido a exceso de trabajo o actividades en dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre del 2016.....	113
Gráfico N° 26	Pacientes hipertensos que abandonan el tratamiento porque desaparecen los síntomas en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	114
Gráfico N° 27	Pacientes hipertensos que abandonan el tratamiento porque no mejora su salud en poco tiempo en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	115
Gráfico N° 28	Pacientes hipertensos que hacen ejercicio continuo por exigencia de su tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	116
Gráfico N° 29	Pacientes hipertensos que necesitan un recordatorio para tomar la medicación en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	117

Gráfico N° 30	Pacientes hipertensos que se realizan análisis clínicos aunque no estén enfermos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	118
Gráfico N° 31	Pacientes hipertensos en los cuales el médico inspira confianza si demuestra conocer su enfermedad en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	119
Gráfico N° 32	Pacientes hipertensos que manifiestan que si la enfermedad es grave hacen lo que sea por aliviarse en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	120
Gráfico N° 33	Pacientes hipertensos que continúan el tratamiento aunque este sea complicado en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ...	121
Gráfico N° 34	Adherencia al Tratamiento.....	122
Gráfico N° 35	Pacientes hipertensos que consideran tener ayuda de su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	124
Gráfico N° 36	Pacientes hipertensos que reciben tiempo suficiente de sus médicos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	125
Gráfico N° 37	Pacientes hipertensos que creen en su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	126
Gráfico N° 38	Percepción de los pacientes hipertensos por el entendimiento de sus médicos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	127
Gráfico N° 39	Percepción de los pacientes hipertensos de la dedicación de sus médicos a ayudarles en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	128
Gráfico N° 40	Percepción de los pacientes hipertensos sobre el nivel de acuerdo con su médico en relación a sus síntomas en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	129
Gráfico N° 41	Pacientes hipertensos que consideran pueden hablar con su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	130

Gráfico N° 42	Calificación que los pacientes dan a su tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	131
Gráfico N° 43	Percepción del paciente sobre su accesibilidad a su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	132
Gráfico N° 44	Médicos que comprenden los sentimientos de sus pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016 .....	133
Gráfico N° 45	Médicos que tratan de “ponerse en el lugar del paciente” durante la consulta médica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	134
Gráfico N° 46	Percepción de los médicos de la comprensión de los sentimientos de sus pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	135
Gráfico N° 47	Percepción de los médicos sobre la comprensión del estado emocional de los pacientes en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	136
Gráfico N° 48	Médicos que están de acuerdo con tratar de pensar como sus pacientes hipertensos para darles un mejor cuidado en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	137
Gráfico N° 49	Percepción de los médicos sobre el sentido del humor y el mejor resultado clínico en los pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	138
Gráfico N° 50	Médicos que perciben tan importante el lenguaje no verbal del paciente como la comunicación verbal en la relación médico paciente en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	139
Gráfico N° 51	Médicos que consideran importante tratar de entender lo que pasa en la mente de los pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	140

Gráfico N° 52	Médicos que consideran a la empatía como una habilidad terapéutica en pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	141
Gráfico N° 53	Médicos que consideran la empatía factor terapéutico en pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.. ..	142
Gráfico N° 54	Perspectiva médica sobre la relevancia de las experiencias personales de los pacientes hipertensos en la efectividad del tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	143
Gráfico N° 55	Perspectiva médica sobre los sentimientos de los pacientes hipertensos y sus familias – relevancia en el tratamiento médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	144
Gráfico N° 56	Perspectiva médica sobre sucesos vitales de sus pacientes – importancia para entender sus molestias físicas en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	145
Gráfico N° 57	Percepción médica sobre el lugar que ocupan las emociones de los pacientes en el tratamiento de una enfermedad crónica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	146
Gráfico N° 58	Importancia que dan los médicos a los lazos afectivos con sus pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	147
Gráfico N° 59	Médicos que no disfrutaban de la lectura no médica o arte en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	148
Gráfico N° 60	Nivel de acuerdo médico sobre no poner atención a las emociones de los pacientes durante la entrevista e historia clínica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	149
Gráfico N° 61	Acuerdo médico sobre el nivel de afectación de las relaciones sentimentales de sus pacientes y familiares en la relación médico paciente en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.....	150

Gráfico N° 62	Nivel de dificultad médica para ver las cosas desde la perspectiva de sus pacientes en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	151
Gráfico N° 63	Acuerdo médico sobre mirar desde la perspectiva de los pacientes y las diferencias de cada persona en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016. ....	152
Gráfico N° 64	Stock de grupos farmacológicos recomendados para el control de hipertensión arterial en la farmacia Institucional de dos unidades del MSP. ....	156

## RESUMEN

Un problema importante de salud pública a nivel mundial es la hipertensión arterial (HTA), afectando a un billón de personas. Constituyendo la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos (Acosta, 2011). Con base en esta problemática se desarrolló un estudio descriptivo, transversal para determinar la influencia de la relación médico – paciente en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes hipertensos.

El estudio tuvo como población objetivo a 216 personas hipertensas y 15 médicos de las unidades operativas del Ministerio Salud Pública (Hospital Básico Antonio Ante y Centro de Salud Atuntaqui) de la parroquia Atuntaqui, entre agosto y diciembre de 2016. Se utilizaron como instrumentos de recolección de información, las escalas: Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ 9), Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) dirigidas a los pacientes y la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) dirigida a médicos; los resultados determinaron que, con un Alfa de Cronbach de 0.66, la relación médico paciente no tiene inferencia en la adherencia al tratamiento farmacológico.

El rol del médico en la atención del paciente hipertenso influye en el cumplimiento del tratamiento, así, se encontró que el 40 % cumple el farmacológico y el 90% el no farmacológico; también fue importante identificar las características socio demográficas de los individuos implicados en la relación médico-paciente lo que permitió conocer como esta interviene en el cumplimiento terapéutico y sobre todo crear pautas para mejorarla.

La empatía médica, no tiene ninguna inferencia en la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos, esto se demostró con un Alfa de Cronbach de 0.183 y es ratificado por el 60% de médicos participantes del estudio.

**Palabras clave:** Relación médico – paciente, Adherencia al tratamiento, hipertensión arterial.

## **ABSTRACT**

An important worldwide public health problem is the Arterial Hypertension (AH) which affects about a billion of people. This health problem has become the third cause of death (Acosta, 2011). Base on this problematic was developed a descriptive, transversal study to determinate the influence of doctor- patient relationship in the adherence of the treatment pharmacological and non-pharmacological of hypertensive patients.

The study had a target population of two hundred sixteen hypertensive people and fifteen doctors from the different health Institutions of the Public Health Ministry (Antonio Ante Hospital and Atuntaqui Health Center) which are located in Atuntaqui parish; between August and December 2016. It was used the following scales like a data collection instrument: Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ 9), therapeutic adherence scale (TAS) focused on the patients and the Jefferson's Medical Empathy Scale (MES) focused on the doctors. These scales determinate the following results: That with an Alfa of Cronbach of 0.66, the Patient-Doctor relationship doesn't have inference on adherence to the pharmacological treatment.

The doctor's role in the hypertensive patient care influences on the compliance of the treatment. Thus, research have found that forty percent complies with the pharmacological requirement and ninety percent doesn't do it, also it was important to identify the characteristics of the individuals socio- economic status who are involved in the patient-doctor relationship, it allowed to know

how it intercedes in the therapeutic compliance and most of all to create guidelines to improve it.

The Medical Empathy doesn't have a total inference on adherence to the pharmacological, this was demonstrated with an Alfa of Cronbach of 0,183 and it is ratified by sixty percent of doctors who has participated in this study.

**Key words:** patient- doctor relationship, adherence to treatment. Arterial hypertension

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

Es ampliamente conocido que la Hipertensión Arterial incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de Cardiopatía Isquémica, y entre dos y tres veces el riesgo Cardiovascular general (Acosta, 2011), y es considerada una enfermedad no transmisible (ECNT). (Varela, 2010)

Los determinantes sociales de la salud tales como los ingresos económicos, la educación y la vivienda, repercuten negativamente, influyendo en la aparición o complicaciones de la hipertensión; así, las diferencias socioeconómicas pueden influir en su estado de salud, pues aquellas personas con mejores condiciones tienen mayor acceso a información, mejor entendimiento de la condición clínica y mayor adherencia al tratamiento (Corazón, 2013). Además aquellos pacientes que no se encuentran protegidos por seguros privados o por la seguridad social, y al acceder al Ministerio de Salud Pública descubren que no existe la provisión completa de medicamentos para sus esquemas terapéuticos provocando descompensaciones en sus patologías crónicas que en ocasiones puede llevarles a consecuencias graves, incapacitantes e incluso la muerte (Wedenmayer, 2006).

Al referirse al tipo de alimentación, los entornos insalubres alientan el consumo de comidas rápidas, el sedentarismo, el tabaquismo y el uso nocivo del alcohol. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

El Manual de Normalización del Sistema Nacional de Salud del Adulto-enfermedades Crónicas no transmisibles del MSP del 2011 recomienda

modificaciones del estilo de vida como: reducción de peso, dieta tipo DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) (rica en frutas, vegetales y pocas grasas diarias saturadas y totales. Rica en potasio y calcio), reducción del sodio en la dieta < 6g diarios), actividad física aerobia regular (caminar 30min diarios). (Quirós Morales & Villalobos Pérez, 2007)

Una buena adherencia también tiene mucha relación con el tipo de medicación empleada. El Manual del Ministerio de Salud Pública recomienda que el tratamiento farmacológico debe ser individualizado (Quirós Morales & Villalobos Pérez, 2007).

Por ello es importante la educación al paciente y la forma de prescripción terapéutica del profesional sanitario, por ejemplo: simplificación de la terapia, disminuyendo el número de tomas al día o utilizando asociaciones a dosis fijas, con lo cual se logra mejorías en la adherencia, sin mejoras estadísticamente significativas en las cifras de Presión Arterial (Arce, 2010), pláticas informativas sobre el tipo de enfermedad crónica que se padece y la forma de controlarla, tipo, duración y complejidad del tratamiento indicado, supervisión y apoyo por parte del equipo de salud que atiende al paciente, y empatía; los recordatorios de citas u otras intervenciones más complejas (Montero D. , 2012).

La recomendación actual es dar citas cada 3 meses en el primer nivel de atención y cada 6 meses en el segundo nivel, siempre y cuando no existan complicaciones que ameriten controles más seguidos. (Arce, 2010)

Es habitual encontrarse con frases como “no cumple dieta”, “no cumple tratamiento”, trasladando enteramente al paciente la responsabilidad del fracaso terapéutico (Moore, 2015), debido a que la relación médico-paciente es con frecuencia superficial y se centra en los aspectos puramente fisiológicos y sistemáticos, sin tener en cuenta sus expectativas ni los aspectos psicosomáticos de la enfermedad y decidiendo unilateralmente, en función de sus conocimientos. (Infac, Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Patologías, 2015)

Por lo tanto es importante abordar factores que mejoran la adherencia tales como: sociales, económicos, equipo de asistencia sanitaria (relación médico paciente), características de la enfermedad, tratamientos y los factores relacionados con el paciente. (Evier, 2015)

Se considera que, para una buena adherencia al tratamiento, es sumamente importante poner en práctica las recomendaciones impartidas en párrafos anteriores y esto seguramente se logrará a través de una adecuada relación médico-paciente, la misma que ha estado estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de las habilidades clínicas. Mientras mejor se siente el paciente con su médico, éste evalúa más positivamente el seguimiento de sus recomendaciones. (Pisano, 2015)

Por ello este trabajo de investigación pretendió analizar si esta relación médico-paciente influye directamente en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Además determinó las características de la población implicada, se investigaron otros factores tales como:

socioeconómicos, fármacos disponibles, gastos del bolsillo, continuidad de atención, estilos de vida, datos demográficos, y se establecieron las relaciones entre estos factores y la adherencia al tratamiento desde la perspectiva del paciente y del médico.

La validez del estudio está basada en la fiabilidad que aporta el Alfa de Conbrach, para los instrumentos utilizados, un índice de confianza del 95% con un margen de error del 5% lo cual facilitó disponer de conclusiones estadísticamente significativas.

Entre las principales limitaciones que se evidenciaron en su ejecución está el de no disponer de estudios provinciales sobre la relación médico paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento como punto de partida para la presente investigación. Además de demostró la necesidad de realizar una prueba piloto para valorar la comprensión de las encuestas por parte de los pacientes y los médicos.

## **CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

#### **2.1.1 Definición**

La Hipertensión Arterial es considerada una enfermedad sistémica crónica de etiología multifactorial, que consiste en la elevación de las cifras de presión arterial por encima de valores considerados como normales (menos de 120/80mm Hg).

Se considera Hipertensión Arterial cuando las cifras de presión arterial sistólica son iguales o mayores de 140 mm Hg y 90mm Hg de presión arterial diastólica. (López-Jaramillo, 2013)

#### **2.1.2 Epidemiología**

A escala mundial se estima que causa 7,5 millones de muertes lo que supone el 12,8% del total de las defunciones. Representando 57 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) o 3,7% de los AVAD totales. (Zubeldía, 2016)

La Hipertensión Arterial afecta aproximadamente a 50 millones de personas en los Estados Unidos y a 1 billón en todo el mundo. Al aumentar la edad poblacional, la prevalencia de Hipertensión Arterial se incrementará en adelante a menos que se implementen amplias medidas preventivas eficaces.

Recientes datos del Framingham Heart Study sugieren que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90 % de probabilidad de riesgo de desarrollar Hipertensión Arterial. (Verdecchia, 2003)

En el Ecuador la enfermedad hipertensiva se ubicó como la primera causa de muerte en la población general en el 2010, con una tasa de 30,3 por 100.000 habitantes. Durante el período 2006–2010 la prevalencia de Hipertensión Arterial, subió de 63 a 488 por 100.000 habitantes.

En el año 2011 se presentan 10.429 casos con enfermedades hipertensivas, siendo la Hipertensión Esencial (Primaria) la que muestra el mayor número de casos, con 8.653. Del total de registros, el 58,14% corresponden a hombres y el 41,86% a mujeres (Araujo, 2014). La OMS en el año 2012 afirma que en el Ecuador, de cada 100.000 ecuatorianos 1.373 sufren de esta enfermedad.

La Encuesta Nacional de Salud (Ensanut, 2011-2013), indica que 3'187.665 son pre-hipertensos (presión arterial sistólica 120-139mmHg y presión arterial diastólica 80-89mmHg) y 717.529 ciudadanos sufren de Hipertensión Arterial (Valdés, 2011), estableciéndose como uno de los problemas más importantes de salud pública.

En los países de Suramérica, su prevalencia oscila entre el 14% y el 42%, (Varela, 2010), constituyéndose en uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades Cardiovasculares.

La magnitud de la Hipertensión Arterial en el cantón Antonio Ante se obtuvo en la revisión del formulario EPI 2 para los años 2012 – 2014 y del registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA) para el año 2015; se obtuvieron los siguientes resultados:

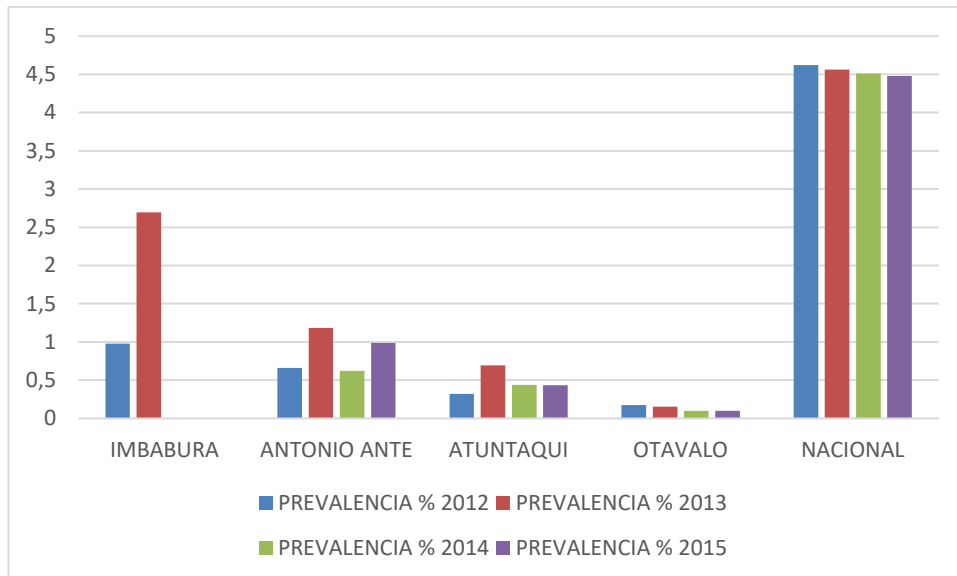
**Cuadro N° 1. “Prevalencia de hipertensión arterial a nivel parroquial, cantonal, provincial y nacional en el período 2012 – 2015”**

Años	NUMERO DE CASOS					PREVALENCIA					TASA POR 100.000 HABITANTES				
	Nacional	Imbabura	Cantón Otavalo	Cantón Antonio Ante	Parroquia Atuntaqui	Nacional	Provincia Imbabura	Cantón Otavalo	Cantón Antonio Ante	Parroquia Atuntaqui	Nacional	Provincia Imbabura	Cantón Otavalo	Cantón Antonio Ante	Parroquia Atuntaqui
2012	717529	3847	194	309	81	4,6%	8.1%	0,17%	0,66%	0,32%	4.622	8100	172	658	322
2013	719454	11650	173	566	178	4,5%	9.5%	0,15%	1,18%	0,70%	4.560	9560	151	1183	695
2014	723319		116	303	114	4,5%		0,10%	0,62%	0,44%	4.513		100	621	436
2015	729155		118	490	115	4,4%		0,10%	0,98%	0,43%	4.479		100	986	432

**Fuente:** EPI 2- Departamento de Estadística Distrito 10 D02 Antonio Ante- Otavalo- Salud. Años 2012- 2014, RDCAA Atuntaqui 2015. ENSANUT 2013

**Autoras:** Dras. Viviana Zurita- Cristina Obando

**Gráfico N° 1 Prevalencia de la Hipertensión Arterial**

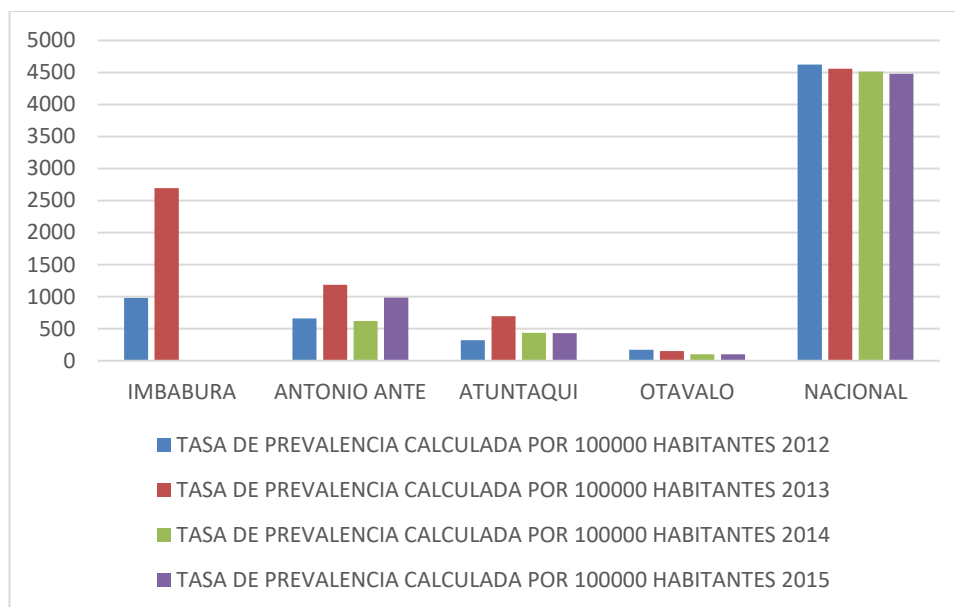


**Fuente** EPI 2- Departamento de Estadística Distrito 2 Antonio Ante- Otavalo años 2012- 2014, RDCAA Atuntaqui 2015. ENSANUT 2013

**Autoras** Dras. Viviana Zurita- Cristina Obando

Como se observa en el cuadro N° 1 y gráfico N° 1, la prevalencia del 2015 en el cantón Antonio Ante para Hipertensión Arterial es de 0,98% y en las dos unidades operativas (Hospital Básico Antonio Ante y Centro de Salud Atuntaqui) es del 0,43% en relación a nivel nacional en donde existe una prevalencia de 4,48%.

**Gráfico N° 2 Tasa de Prevalencia de la Hipertensión Arterial calculada por 100000 habitantes**



**Fuente** EPI 2- Departamento de Estadística Distrito 2 Antonio Ante- Otavalo años 2012- 2014, RDCAA Atuntaqui 2015. ENSANUT 2013

**Autoras** Dras. Viviana Zurita- Cristina Obando

Como se observa en el gráfico N° 2, la tasa de prevalencia de Hipertensión Arterial a nivel nacional es importante, seguido por la de la provincia de Imbabura y del cantón Antonio Ante, siendo en el cantón Otavalo menos prevalente.

En el cantón Antonio Ante existen 490 pacientes hipertensos que representan una tasa de prevalencia de 300,3 por cada 10.000 habitantes para el año 2015, y en la parroquia Atuntaqui una tasa de morbilidad de 218,89 por 10.000 habitantes, tomando en cuenta que son valores correspondientes solo a usuarios atendidos en el Centro de Salud de Atuntaqui y Hospital Básico de Antonio Ante del Ministerio de Salud Pública, sin incluir los pacientes

atendidos en unidades de salud privadas y del IESS ya que no se dispone de esa información.

### 2.1.3 Clasificación de la Hipertensión

Considerando que la clasificación de la Hipertensión Arterial permite prevenir, detectar, evaluar y tratar dicha patología, el informe del JNC7, no modificada por el actual JNC8, la clasifica de la siguiente manera: (López-Jaramillo, 2013)

Clasificación PA	PAS* mmHg	PAD* mmHg	Estilos de Vida	Inicio Terapia	
				Sin indicación clara	Con indicación clara (ver Tabla 8)
<b>Normal</b>	<b>&lt;120</b>	<b>y &lt; 80</b>	Estimular	No indicado tratamiento farmacológico	Tratamiento Indicado***
<b>Prehipertensión</b>	<b>120- 139</b>	ó 80- 89	Si		
<b>HTA: Estadio 1</b>	<b>140- 159</b>	ó 90- 99	Sí	Tiazidas en la mayoría. Considerar IECAs, ARA II, BBs, BCC ó combinaciones	Fármacos según las indicaciones presentes***. Otros antihipertensivos (diuréticos, IECAs, ARA II, BBs, BCC)
<b>HTA: Estadio 2</b>	<b>&gt;160</b>	ó >100	Sí	Combinación dos fármacos en la mayoría** (usualmente tiazídicos, IECAs, o ARA II, BBs ó BCC)	según sea necesario

\* Tratamiento determinado por la elevación de la PA

\*\* La terapia combinada inicial debe usarse con precaución cuando exista riesgo de hipotensión ortostática

\*\*\*Tratamiento en enfermedad renal crónica o diabetes con objetivo PA <130/80 mmHg

### Figura N° 1 Clasificación de la Hipertensión Arterial

Fuente: Séptimo Informe del "Joint National Committee" (JNC7)

## **2.1.4 Etiología:**

La Hipertensión Arterial puede ser:

### **2.1.4.1 Esencial o Primaria**

En un 90 al 95% de los casos es definida como Esencial o Primaria. La Hipertensión Arterial Primaria: es origen desconocido, tiene habitualmente un componente genético, aunque por el momento no ha sido posible determinar un gen específico responsable de la misma. (Araujo, 2014) Otros autores también mencionan como posibles etiologías: estilo de vida (sobrepeso u obesidad, ocupación, ingesta de alcohol, exceso de consumo de sal, sedentarismo), estrés ambiental, hiperactividad del sistema simpático, entre otros.

### **2.1.4.2 Secundaria**

El 5 al 10% Hipertensión Arterial es secundaria a enfermedades tales como: Reno Vascular, Renal Parenquimatosa, Coartación aórtica, Hiperaldosteronismo Primario, Síndrome de Cushing, Feocromocitoma y uso de medicamentos como fenilpropanolamina, anticonceptivos orales y corticoides, entre otros.

## **2.1.5 Diagnóstico:**

Los síntomas de la Hipertensión Arterial suelen ser, en la mayoría de los casos, inespecíficos, incluyendo cefalea, mareo y acúfenos.

Para hacer el diagnóstico de Hipertensión Arterial, se debe promediar dos o más mediciones tomadas con un intervalo de dos minutos, por lo menos. Si éstas difieren por más de 5 mm Hg, se deben obtener mediciones adicionales. Es recomendable realizar tomas en días diferentes antes de establecer el diagnóstico definitivo. (Salud, 2011)

El diagnóstico debe ser hecho en dos o más visitas posteriores a aquella en que se encontraron cifras elevadas de presión arterial, siempre y cuando se siga la técnica adecuada.

#### 2.1.5.1 Técnica Adecuada de Toma de Tensión Arterial:

Se recomienda el método auscultatorio de medida de presión arterial con un instrumento calibrado y adecuadamente validado.

<b>CONDICION DEL PACIENTE</b>	La toma de la TA debe ser luego de 5 min de reposo Evitar ejercicio previo No haber fumado o ingerido cafeína en la última media hora. Evitar antebrazos apoyados El paciente debe estar tranquilo y tener la vejiga vacía Evitar hablar durante la toma.
<b>CONDICIONES DEL EQUIPO</b>	Preferiblemente esfigmomanómetro de mercurio Manómetro anerode o aparato electrónico para el brazo validado y calibrado preferiblemente en los últimos 6 meses o al menos 1 vez al año.
<b>MANGUITO</b>	El largo de la cámara neumática del tensiómetro debe rodear al menos el 80 % del brazo. El ancho de la cámara neumática del tensiómetro debe rodear al menos el 40 % del brazo.
<b>TOMA DE LA MEDIDA COLOCACION DEL MANGUITO</b>	Colocar y ajustar sin holgura y sin que comprima. Retirar toda prenda del brazo, dejar descubierto y evitar enrollar las mangas. Dejar libre el pliegue del codo (fosa antecubital, manguito debe estar colocado 2 centímetros por encima de este). Colocar el centro de la cámara neumática sobre la arteria braquial. El brazo con el manguito debe quedar a nivel del corazón.
<b>TECNICA</b>	Establecer primero la PAS por palpación de la arterial braquial. Inflar el manguito 20 mm Hg por encima de la PAS estimada por método palpatorio. Desinflar el manguito a 2 mmHg/ Seg. Usar la fase I de <u>Korotkoff</u> para la PAS y la V para la PAD.
	La TA se debe tomar con el paciente relajado y con la espalda, pies y brazos apoyados.
<b>MEDIDAS.</b>	Mínimo 2 medidas promediadas con intervalo de 2 min; realizar una toma adicional si hay cambios de más de 5 mm Hg Si al momento de hacer el diagnóstico de HTA se encuentra una cifra mayor en alguno de los brazos, la cifra mayor es la más significativa. La toma de pie se hace para buscar hipotensión postural.

**Figura N° 2 Técnica adecuada de toma de la Tensión Arterial**

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social. Guía de atención de la hipertensión arterial. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/ Recuperado el 13 de Abril del 2014. Página Web. [www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guia13.pdf](http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guia13.pdf)

### 2.1.6 Factores de riesgo cardiovascular:

“Se define factor de riesgo vascular como aquella situación o circunstancia que se asocia, estadísticamente, con una mayor incidencia de enfermedades Cardiovasculares. Recientes datos del Estudio Framingham sugieren que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90 % de probabilidad de riesgo de desarrollar Hipertensión Arterial”. (Verdecchia, 2003).

## Factores de Riesgo Cardiovascular

### Factores de Riesgo Mayores

Hipertensión  
Fumador de Cigarrillos  
Obesidad (IMC >30 Kg./m<sup>2</sup>)  
Inactividad Física  
Dislipemia\*  
Diabetes Melitus\*  
Microalbuminuria ó TFG<60mL/min.  
Edad (mayor de 55 en hombres y 65 en mujeres)  
Historia Familiar de Enfermedad Cardiovascular Prematura  
(Hombres menores de 55 ó mujeres menores de 65)

### Daño en Órgano Diana

Corazón:

- • Hipertrofia ventricular izquierda
- • Angina o infarto de miocardio primario
- • Revascularización coronaria primaria
- • Insuficiencia cardíaca

Cerebro:

- • Ictus ó Accidente isquémico transitorio

Enfermedad Renal Crónica

Enfermedad Arterial Periférica

Retinopatía

## Figura N° 3 Factores de Riesgo Cardiovascular

Fuente: Séptimo Informe del "Joint National Committee" (JNC7)

### 2.1.6.1 Edad y Sexo:

El riesgo Cardiovascular aumenta de manera constante a medida que avanza la edad y es mayor en los hombres que en las mujeres, aunque esta diferencia disminuye al aumentar la edad, y es mayor para la Cardiopatía Isquémica que para el Accidente Cerebrovascular

### 2.1.6.2 Tabaquismo:

En los varones de menos de 65 años, se ha observado que el tabaquismo aumenta el riesgo de muerte cardiovascular al doble, mientras que en los hombres de edad igual o superior a 85 años, se observó que el riesgo aumentaba tan solo en un 20 por ciento.

#### 2.1.6.3 Obesidad:

Se advierte un vínculo perfectamente probado con la Hipertensión Arterial. La grasa de distribución central en el cuerpo constituye un factor determinante de mayor importancia en el incremento tensional, que la grasa periférica. El 60% de los adultos hipertensos tenían sobrepeso mayor al 20%.

#### 2.1.6.4 Lípidos y lipoproteínas:

El riesgo relativo parece disminuir a medida que avanza la edad, aunque es característico que el riesgo absoluto aumente.

#### 2.1.6.5 Diabetes, hiperinsulinemia e hiperglucemia:

La Diabetes eleva 3 veces más el riesgo Cardiovascular, relacionado de manera directa y continua con las concentraciones plasmáticas de glucosa e insulina.

#### 2.1.6.6 Alcohol:

En especial después de un consumo puntual excesivo, sumado a cifras altas de presión arterial producen mayor riesgo lesiones vasculares y no vasculares. El riesgo de Cardiopatía Isquémica parece reducirse en los consumidores regulares de cantidades moderadas de alcohol.

#### 2.1.6.7 Actividad Física:

El ejercicio físico aeróbico regular reduce el riesgo de Cardiopatía Isquémica y aumento del colesterol HDL.

#### 2.1.6.8 Enfermedad cardiovascular preexistente:

Factor predecible específicamente importante para el futuro riesgo de desarrollo de episodios Cardiovasculares graves.

#### 2.1.6.9 Nefropatía y microalbuminuria:

La microalbuminuria es un marcador de disfunción vascular generalizada y predictor independiente de riesgo aumentado de morbimortalidad Cardiovascular (se asocia a un aumento del riesgo de episodios Cardiovasculares graves de 2-3 veces).

#### 2.1.6.10 Fibrinógeno:

Las concentraciones plasmáticas de fibrinógeno presentan una asociación directa con el riesgo de Cardiopatía Isquémica (CI) y Accidente Cerebro Vascular isquémico (ACVI).

#### 2.1.6.11 Tratamiento de reposición hormonal (TRH):

El empleo de TRH se asocia a un riesgo de Cardiopatía Isquémica un 30 a 50 por ciento más bajo en mujeres menopáusicas. No está claro si esta asociación refleja un verdadero efecto protector del Tratamiento de Reposición Hormonal, o corresponde a un sesgo.

#### 2.1.6.12 Origen étnico:

Estudios longitudinales han demostrado que la raza negra es la de mayor incidencia, pero actualmente por los cambios en el ritmo de vida y la no modificación de los factores de riesgo está aumentando la incidencia en las demás etnias.

### **2.1.7 Complicaciones**

A la Hipertensión Arterial se la considera un enemigo silencioso, la mayoría de las veces sus signos y síntomas son muy inespecíficos.

La relación de presión arterial y eventos Cerebro Vasculares es continua e independiente de otros factores de riesgo. El incremento del riesgo está presente en todos los grupos de edad desde los 40 a 89 años. Esto significa una mayor posibilidad de Isquemia cardíaca, Insuficiencia Cardíaca, Ictus y Enfermedad Renal. Para cada incremento de 20mmHg en PAS o 10mmHg en PAD, hay el doble de mortalidad tanto para enfermedad isquémica cardíaca como para ictus. (Verdecchia, 2003)

Entre sus complicaciones agudas, se encuentra la Urgencia y la Emergencia Hipertensiva, caracterizadas por aumentos bruscos de la presión arterial, casi siempre por encima de 180/120mm Hg. La Emergencia Hipertensiva se diferencia de la Urgencia ya que esta última no se acompaña de trastornos de los órganos diana. (Soca, 2009)

La Hipertensión Arterial puede afectar a largo plazo (complicaciones crónicas) casi todos los órganos y sistemas del organismo, sus efectos sobre el corazón se encuentran entre los más peligrosos (Cardiopatía Hipertensiva) pudiendo llevar incluso a la muerte del paciente.

A nivel renal produce Nefropatía Hipertensiva, ocasionando frecuentemente Insuficiencia Renal Crónica Terminal, volviendo a los riñones incapaces de eliminar sustancias de desecho del metabolismo.

Otra complicación es la Retinopatía Hipertensiva, la misma que causa disminución de la agudeza visual y ceguera en personas adultas con esta patología. (Soca, 2009)

## 2.1.8 Estadificación del riesgo

El poder establecer el riesgo Cardiovascular nos permite saber la probabilidad de sufrir Evento Cerebro Vascular en un plazo determinado y puede ayudar al médico y al paciente en la demostración del beneficio del tratamiento. Por lo tanto, en el cálculo del riesgo cardiovascular se incluyen dos componentes distintos. Por un lado, Eventos Cerebro Vasculares que incluyen: mortalidad cardiovascular, complicaciones Cardiovasculares letales y no letales, complicaciones Cardio-isquémicas (objetiva como el Infarto Agudo de Miocardio o subjetiva como la Angina de Pecho), las Cerebro-Vasculares u otras. Por otro, se incluyen las variables del lapso utilizado para el cómputo: 10 años (lo más habitual), 20 años o toda la vida. (Ezquerria, 2012)

	<i>PREHIPERTENSION *</i>		<i>HTA GRADO I *</i>	<i>HTA GRADO II *</i>	
<i>Otros FRCV, LOD O enfermedad establecida **</i>	<i>Normal. PAS 120-129 PAD 80-84</i>	<i>Normal Alta PAS: 130-139 PAD: 90-99</i>	<i>HTA Grado 1 PAS: 140-159 PAD: 90-99</i>	<i>HTA Grado2 PAS: 160-179 PAD: 100-109</i>	<i>HTA Grado 3 PAS: &gt;180 PAD:&gt;110</i>
<i>Sin otros factores de riesgo cardiovascular</i>	<b>RIESGO MEDIO</b>	<b>RIESGO MEDIO</b>	<b>RIESGO AÑADIDO BAJO</b>	<b>RIESGO AÑADIDO MODERADO</b>	<b>RIESGO AÑADIDO ALTO</b>
<i>1 – 2 FRCV</i>	<b>RIESGO AÑADIDO BAJO</b>	<b>RIESGO AÑADIDO BAJO</b>	<b>RIESGO AÑADIDO MODERADO</b>	<b>RIESGO AÑADIDO MODERADO</b>	<b>RIESGO AÑADIDO MUY ALTO</b>
<i>3 o más FRCV, LOD, diabetes o síndrome metabólico</i>	<b>RIESGO AÑADIDO MODERADO</b>	<b>RIESGO AÑADIDO ALTO</b>	<b>RIESGO AÑADIDO ALTO</b>	<b>RIESGO AÑADIDO ALTO</b>	<b>RIESGO AÑADIDO MUY ALTO</b>
<i>Enfermedad cardiovascular o renal establecida</i>	<b>RIESGO AÑADIDO MUY ALTO</b>	<b>RIESGO AÑADIDO MUY ALTO</b>	<b>RIESGO AÑADIDO MUY ALTO</b>	<b>RIESGO AÑADIDO MUY ALTO</b>	<b>RIESGO AÑADIDO MUY ALTO</b>

**Figura N° 4 Riesgo Cardiovascular Relacionado Con Valores de Tensión Arterial**

Fuente: Revista Española de Cardiología 2008; 61:861-79. Volumen 61 Número 08. Clasificación del JNC VII

### **2.1.9 Tratamiento**

Más de dos tercios de hipertensos no pueden ser controlados con un solo fármaco y requieren dos o más agentes antihipertensivos seleccionados entre las diferentes clases. Se ha asociado con reducciones de la incidencia de Ictus de 35-40%, Infarto Agudo de Miocardio 20 al 25 % e Insuficiencia Cardíaca de más del 50%. Se lo ha dividido en: tratamiento farmacológico y no farmacológico, los cuales incluyen un abordaje integral para su control.

#### **2.1.9.1 Tratamiento No Farmacológico:**

- Cambios de estilo de vida
- Actividad y ejercicio físico
- Nutrición saludable
- Reducción de consumo de sal
- Suspender tabaquismo (Consejería y ayuda a los fumadores para que dejen de fumar)
- Disminuir la ingesta de alcohol
- Reducción y estabilización del peso
- Control del stress psicosocial
- Promover terapias de relajación, cognitivas y meditación
- Participación equipo multidisciplinario (Salud, 2011)

MODIFICACIONES EN ESTILO DE VIDA EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSION *		
MODIFICACION	RECOMENDACIÓN	REDUCCION APROXIMADA PAS
Reducción de peso	Mantenimiento del peso corporal normal IMC 18,5 - 24,9	5 - 20 mm Hg/10 Kg de reducción de peso
Dieta tipo DASH **	Dieta rica en frutas, vegetales y pocas grasas diarias, saturadas y totales. Rica en potasio y calcio	8 - 14 mm Hg
Reducción de Sodio en la dieta	Reducir consumo de sodio, no más de 100 mmol / día (2,4 g sodio o 6 de cloruro de sodio)	2 - 8 mm Hg
Actividad física	Ejercicio físico aerobio regular como caminar rápido al menos 30 min por día casi todos los días de la semana	4 - 9 mm Hg
Moderación en consumo de alcohol	Limitar el consumo a no más de 2 copas (30 ml de etanol) al día en varones y no más de 1 en mujeres	2 - 4 mm Hg

**Figura N° 5 Modificaciones en estilo de vida en el manejo de la hipertensión.**

**Fuente:** Séptimo Informe del "Joint National Committee" (Verdecchia, 2003)

#### 2.1.9.2 Tratamiento Farmacológico:

Es importante individualizar el tratamiento de la Hipertensión Arterial a las particularidades de cada paciente acorde a su patología y riesgo. (Salud, 2011)

Las siguientes recomendaciones son basadas de acuerdo a la octava publicación realizada por "Joint National Committee" (James, 2013):

- Se recomienda tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial en adultos de más de 60 años si su presión arterial sistólica es mayor de 150mmHg o la diastólica mayor de 90mmHg. Si las cifras de presión arterial sistólica son menores de 140mmHg y no se asocian a efectos adversos, el tratamiento no precisa ajustes.

- En la población general menor de 60 años, se recomienda tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial diastólica por debajo de 90mmHg. A pesar de que la evidencia es menor, también recomiendan iniciar tratamiento para disminuir la presión arterial sistólica por debajo de 140mmHg.
- Para aquellos pacientes con Enfermedad Renal Crónica y Diabetes Mellitus mayores de 18 años, la recomendación es la administración de tratamiento médico con un objetivo de presión arterial menor de 140/90mmHg.
- En cuanto al fármaco antihipertensivo recomendado, para la población general que no sea de raza negra (incluidos pacientes diabéticos) se puede iniciar el tratamiento con diuréticos tiazídicos, antagonistas del calcio, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II). Para los pacientes de raza negra (incluidos los diabéticos), los fármacos de inicio recomendados son o bien diuréticos tiazídicos, o bien antagonistas del calcio.
- En Enfermedad Renal Crónica, los fármacos de inicio recomendados son IECA o ARA II.
- El principal objetivo del tratamiento antihipertensivo es el mantenimiento de las cifras de tensión arterial previamente referidas. Si en el plazo de un mes no se alcanzan objetivos, se recomienda aumentar la dosis del fármaco utilizado o añadir uno nuevo (esta última opción hay que valorarla si las cifras de tensión arterial al inicio son

mayores de 160/100mmHg). En líneas generales, se recomienda no utilizar la asociación IECA/ARA II. Por último, de no alcanzar los objetivos si se añaden un total de 3 fármacos, la recomendación es derivar a una unidad especializada en Hipertensión Arterial. (James, 2013)

- La terapia con dosis bajas de aspirina debería ser considerada solo cuando la presión arterial está controlada, porque el riesgo de Ictus Hemorrágico está incrementado en pacientes con Hipertensión Arterial no controlada. (Verdecchia, 2003)

#### **2.1.10 Seguimiento**

La mayoría de pacientes deberían volver a un seguimiento y ajuste de medicación a intervalos mensuales o menores hasta que el objetivo de la Tensión Arterial se alcance.

La evaluación de los pacientes con Hipertensión Arterial documentada tiene tres objetivos:

1. Constatar el estilo de vida e identificar otros Factores de Riesgo Cardiovascular o desordenes concomitantes que puedan afectar al pronóstico y como guía del tratamiento
2. Para revelar causas identificables de elevación de la Presión Arterial
3. Aclarar la presencia o ausencia de daño en órganos diana y Evento Cerebro Vascular. (Verdecchia, 2003)
4. Importante la realización de exámenes de laboratorio según la condición clínica del paciente, normalmente se recomienda 1 a 2 veces

al año. A continuación se nombrará algunos exámenes de laboratorio que se debería solicitar a todo paciente hipertenso:

<b>EXÁMENES DE LABORATORIO COMPLEMENTARIOS</b>	
<b>EXAMENES REALIZADOS</b>	<b>UTILIDAD PARA EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES O SIGNOS CONCOMITANTES.</b>
<b>Hemoglobina y hematocrito</b>	Anemia, Policitemia
<b>Elemental y microscópico de orina</b>	Glucosuria, proteinuria, hematuria, leucocituria, densidad urinaria
<b>Microalbuminuria</b>	Fallo renal
<b>Glucemia Basal</b>	Diabetes Mellitus, glucemia alterada del ayuno, intolerancia a la glucosa
<b>Creatinina Sérica</b>	Falla renal.
<b>Colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos</b>	Dislipidemia, Hiperlipidemia
<b>Potasio sérico</b>	Hiperaldosteronismo primario o secundario. Hiperpotasemia: espironolactona, IECA Hipopotasemia: Tiazidas, Diuréticos de ASA
<b>EXÁMENES DE GABINETE.</b>	
<b>Electrocardiograma</b>	Hipertrofia ventricular izquierda, arritmias.
<b>Eco de grandes vasos</b>	Arterioesclerosis
<b>Ecocardiograma</b>	Mayor especificidad y sensibilidad que EKG para determinar hipertrofia ventricular izquierda y alteración de la relajación diastólica
<b>Radiografía de torax.</b>	Hipertrofia ventricular izquierda.

**Figura N° 6 Exámenes de laboratorio para pacientes hipertensos**

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública del Ecuador junio 2011. Protocolos clínicos y terapéuticos para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

## **2.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

### **2.2.1 Concepto.**

“La adherencia terapéutica puede ser entendida como el comportamiento que presenta un usuario de salud frente a las recomendaciones que indicó un agente sanitario, referidas a la ingesta de medicamentos, estilos de vida, alimentación, asistencia a control”. (Troncoso, 2016)

En los países desarrollados las tasas de adherencia a los tratamientos de las enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%, cifra que permite a la OMS calificar la adherencia como «un problema mundial de gran magnitud (Conthe P. e., 2014), por ello la adherencia al tratamiento es un problema frecuente al que nos enfrentamos los médicos en la práctica médica diaria, acentuándose más en los pacientes con enfermedades crónicas que se ven obligados a tomar medicación en la mayoría de las ocasiones por el resto de su vida.

La atención de pacientes con alguna enfermedad crónica es reconocida como un desafío para el sistema de Salud, para satisfacer las necesidades de estas personas, mismas que son variadas y complejas. (Chacón Javier, 2015)

Por lo general las indicaciones de la terapia prescrita, no pueden ser supervisadas en forma cotidiana por el médico o el personal de salud encargado, trasladando por lo general esta responsabilidad al paciente y a la familia o cuidador/a. Situación que resulta una de las complicaciones que presenta el equipo de salud, ya que no se realiza un cumplimiento terapéutico adecuado por algunas personas, deteriorando con esto la calidad de vida

incluso incrementando los costos económicos del tratamiento, especialmente en pacientes que presenten patologías crónicas entre ellas la hipertensión. De ello deriva que en la práctica médica diaria es frecuente encontrar pacientes que no cumplen los tratamientos indicados o lo hacen en forma incorrecta. (Arce, 2010)

El médico de familia debe considerar en la consulta especialmente en usuarios con patologías crónicas, la relación empática con escucha activa, las habilidades comunicacionales, la crisis personal y familiar que deriva de la patología y su impacto en la familia, la adaptación y resolución del cambio al que fueron sometidos desde el momento en que fueron diagnosticados de su patología, con un abordaje sistémico; se debe centrar el diagnóstico y la terapéutica en el individuo como persona individual y como integrante de un sistema familiar. (Del Duca, 2013)

Esto permitirá establecer las estrategias a utilizarse para que la indicación de tratamientos y el cumplimiento de los mismos sea bidireccional, flexible y sobre todo personalizado, para lograr el objetivo de una adecuada adherencia al tratamiento con el apoyo de la familia.

En algunos pacientes se puede percibir la necesidad de cuidarse y mantener un adecuado control de su patología crónica y adherencia a su tratamiento, sin embargo, reconocen un conocimiento limitado de su enfermedad, lo que es calificado como un factor negativo para su control y adherencia. También las personas que les rodean, pueden presentar escasos conocimientos de la

enfermedad y por lo tanto un inadecuado control y/o adherencia al tratamiento en el grupo familiar, la pareja o esposa son percibidos como apoyo fundamental en la adherencia a su tratamiento. (Chacón Javier, 2015)

### **2.2.2 Importancia**

Es fundamental tener en cuenta, que los profesionales de la salud debemos prepararnos para lograr una adecuada adherencia terapéutica en un paciente con una patología crónica como la Hipertensión y que la familia, la comunidad y las asociaciones de pacientes, son un factor clave para lograr el éxito en la misma. (Del Duca, 2013)

### **2.2.3 Factores relacionados**

Más de 200 factores han sido relacionados con la no adherencia al tratamiento. Se han realizado varios estudios para conocer con veracidad dichos factores, los resultados no han sido concluyentes y hasta hoy no existe un consenso respecto de los factores predictivos de la adherencia al tratamiento, por qué una persona elige consciente o inconscientemente no seguir el consejo médico, a pesar de conocer las consecuencias negativas de esta decisión.

Ajzen ha planteado que el logro de una conducta como la adherencia a un esquema terapéutico, dependería fuertemente de la motivación, la percepción de control que se tiene y las normas subjetivas sociales. En cierta medida la no-adherencia intencional, es aquel proceso mediante el cual el paciente activamente decide no cooperar ni ser agente activo en el cuidado de su salud.

Cuando se trata de evaluar la no adherencia no intencional, la baja adherencia al tratamiento se la puede mirar como una expresión de deficiencias del paciente durante el proceso de tratamiento, como olvidos, fallas en la planificación etc. (Alvarado, 2016)

Entonces se podría encasillar a los factores que interfieren en la adherencia terapéutica en 6 grandes grupos: (Conthe P. e., 2014)

#### 2.2.3.1 Factores Socioeconómicos (Accesibilidad)

- Costo de la medicación
- Costo del transporte para acceder al medicamento
- Falta de Redes de apoyo efectivo que faciliten el acceso.
- Creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento

Estudios apoyan la importancia de un programa integral y multidisciplinario en el manejo de los hipertensos, con acceso sin restricciones económicas a la atención médica y a un seguimiento que aporta educación y recomendaciones para cambios en los estilos de vida desfavorables, similar a lo que proveen algunos programas existentes en países de nivel socioeconómico alto (Chacón Javier, 2015).

#### 2.2.3.2 Factores relacionados a la Enfermedad

- Conocimiento de la enfermedad (educación promoción y prevención)
- Sintomatología, abandono en la mejoría, abandono en el empeoramiento.

- Tiempo de evolución, Historia natural de la enfermedad

Es importante que el paciente conozca de su enfermedad, su evolución, sus posibles complicaciones, y escuchar lo que tiene para decirnos, implica no solo el cambio de paradigma, sino que permite que el paciente ingrese como sujeto activo a su plan terapéutico.

#### 2.2.3.3 Factores relacionados al Tratamiento

- Confianza en la efectividad del mismo
- Cambios en el estilo de vida.
- Temor a las reacciones adversas
- Cantidad de fármacos, duración del tratamiento, polifarmacia terapéutica y/o preventiva.

Cuando el tratamiento implica cambios en los estilos de vida como en la dieta, realizar ejercicio, la dificultad a la adherencia es mayor.

Para una adecuada adherencia no solo es necesaria una atención personalizada por parte del médico y el compromiso del paciente, se debe incorporar a la familia; el apoyo, la compañía y la solidaridad de sus miembros serán fundamentales para alcanzar los objetivos del tratamiento a largo plazo.

#### 2.2.3.4 Factores relacionados al paciente

- Creencias respecto al tratamiento y su efectividad.

- Del proceso salud-enfermedad (como sucede en aquellos pacientes que toman los antihipertensivos solo cuando tienen cifras elevadas de tensión arterial).
- Culturales (es el caso de padres que se niegan a vacunar a sus hijos).
- Situaciones como stress, enfermedades psiquiátricas, enfermedades neurodegenerativas, pérdida de memoria.
- Motivación de solicitar ayuda a los efectos de afrontar y confrontar.

Muchos pacientes al no referir síntomas suponen o piensan que no necesitan tomar la medicación de forma frecuente, lo que conlleva un aumento de la morbilidad. (Cófreces, 2014)

#### 2.2.3.5 Factores relacionados al Equipo Asistencial

- Relación médico paciente inadecuada con falta de confianza recíproca.
- Falta de conocimiento y preparación académica para el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Falta de accesibilidad a los medios adecuados para el diagnóstico, a la continuidad asistencial y a la supervisión del tratamiento sugerido (programación del seguimiento)
- Antagonismo terapéutico y/o interacción entre prescripciones con alimentos y fármacos.

#### 2.2.3.6 Factores emocionales:

La influencia de factores emocionales en determinar una presión arterial no controlada o falta de adherencia puede estar mediado por vías causales del sistema nervioso central y autonómico. Un estudio que midió las respuestas hemodinámicas en individuos con presión arterial en el límite normal alto relacionado al stress emocional inducido por problemas numéricos complejos apoya esta interpretación.

Los resultados de un extenso meta-análisis de estudios clínicos realizados en las últimas décadas demostraron una adherencia media del 75,2%; es decir, uno de cada 4 pacientes no toma la medicación de la forma que se considera adecuada, ni cumple las recomendaciones no farmacológicas.

La falta de adherencia terapéutica es mayor entre los individuos de mayor edad, mujeres y en los pacientes que viven solos o con depresión. (Conthe P. e., 2014)

#### **2.2.4 ¿Cómo podemos determinar la adherencia?**

Numerosos test con preguntas sencillas han apoyado la evaluación de la adherencia, así el Test de Morisky-Green (Rodríguez, 2008), que valora si el paciente tiene actitudes adecuadas en relación al tratamiento en base a 4 preguntas que perfectamente pueden ser realizadas durante la conversación que el médico tiene en la consulta. Estas preguntas son: ¿se olvida algunas vez de tomar los medicamentos?, ¿toma los medicamentos a las horas

indicadas? Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomarlos?, si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomar la medicación? Para considerar una buena adherencia, las respuestas correlativas a cada pregunta serían, no, sí, no, no.

Test de Haynes-Sackett o cumplimiento auto comunicado, es poco específico en orientarnos en las causas del incumplimiento, pero nos permite mediante una fórmula, medir el porcentaje de adherencia. Se le comenta al paciente, la mayoría de la gente tiene dificultades para tomar la medicación ¿tiene usted dificultad en tomar la suya? Se realiza una sola pregunta, mezclada durante la entrevista farmacéutica. Si la respuesta es afirmativa, se solicita el número medio de comprimidos olvidados durante un período de tiempo (por ejemplo en la última semana o en el último mes) y se determina el porcentaje de cumplimiento comparado con el número de comprimidos indicado mediante la fórmula:

Comprimidos administrados= comprimidos recetados - comprimidos olvidados  
Porcentaje de Adherencia = comprimidos administrados/ comprimidos recetados x 100

Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad). Mediante preguntas sencillas, se analiza el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, asumiendo que un mayor conocimiento de la enfermedad por su parte representa un mayor grado de cumplimiento.

El Test de Batalla para la Hipertensión Arterial es uno de los cuestionarios más habituales, por su buena sensibilidad, que se fundamenta en el conocimiento de la enfermedad. Se considera incumplidor al paciente que falla alguna de las siguientes respuestas: 1. ¿Es la Hipertensión Arterial una enfermedad para toda la vida?, 2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación? 3. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada. (Rodríguez, 2008)

Y Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) entre muchas otras más, validada en México 2009, con un índice de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,91 en general y un análisis factorial que mostró 3 factores con 7 ítems cada uno: Control de ingesta / provisión de medicamentos y alimentos, Seguimiento médico conductual, y Autoeficacia.

### **2.2.5 Intervención**

Una de las intervenciones que apoya la adherencia es la relación médico-paciente, lograr individualizar al paciente brindar la información necesaria y realizar un adecuado seguimiento.

Entre las recomendaciones generales se puede mencionar que el profesional debe capacitarse y actualizarse constantemente, fomentar, lograr y mantener una adecuada relación médico paciente, personalizar el tratamiento con cada paciente, informar sobre la enfermedad actual teniendo en cuenta cuanto es lo que el paciente desea saber en ese momento, y que puede ir variando a lo

largo del tratamiento; facilitar que el paciente exprese sus ideas, opiniones, dudas, preocupaciones y creencias, no culpar, apoyar.

Se debe actuar principalmente sobre el paciente incumplidor y en forma preventiva sobre todos los pacientes, en especial en ancianos, tener en cuenta la accesibilidad, polifarmacia, depresión, menor destreza manual, menor visión, dificultad para tragar y deterioro cognitivo, pero el paciente debe participar en su enfermedad y ser responsable de las decisiones que se tomen, deberá entender que el esquema terapéutico establecido se reflejará en una mejor calidad de vida.

Entre las recomendaciones más efectivas para mejorar la adherencia terapéutica se pueden mencionar: simplificar los tratamientos reduciendo fármacos y frecuencias entre las dosis, asociar los tratamientos con actos cotidianos por ejemplo comidas, dormir, dar instrucciones claras, escribir claro los horarios y dosis y pedir a un familiar que controle los medicamentos, así como registrar los efectos positivos y negativos de los medicamentos, uso de recordatorios, adecuar los horarios de medicamentos a los hábitos, cambios laborales y preferencias de los pacientes. (Conthe P. e., 2014)

## **2.3 RELACIÓN MÉDICO PACIENTE**

### **2.3.1 Definición.**

Se puede definir a la Relación Médico-Paciente como “La interacción que se produce entre un agente de salud, médico, equipo de médicos y una o varias personas (pacientes) con una necesidad de asistencia (enfermedad o situación que requiere orientación) con el objetivo de diagnosticar, curar, o mejorar sus condiciones de salud o prevenir una enfermedad”. (Gallegos, 2011)

Como una definición operativa “Es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud” (Pérez Cicili, 2009). Es una relación donde se presta un servicio de alta trascendencia, ya que la salud es uno de las más preciadas aspiraciones del ser humano, y debería la situación profesional más frecuente ser la entrega total, sin aspirar a reciprocidad alguna en los aspectos señalados. (Pérez Cicili, 2009)

En cuanto a la relación que se establece entre el profesional de salud y el paciente, estudios identifican una relación positiva, lo que significa para la persona atendida el percibir que recibe un mejor control, sentirse valorado por el equipo médico, comprender su enfermedad o usar estrategias para mejorar la adherencia a su tratamiento y visitas al equipo de salud. (Troncoso, 2016)

La asociación de la relación médico paciente inadecuada con hipertensión no controlada y no adherencia al tratamiento, puede tener especial relevancia en entidades de salud en las que se prioriza la cantidad sobre la calidad de la

atención, o en lugares en que existe una muy limitada cantidad de prestadores de Salud. (Chacón Javier, 2015)

En el estudio realizado por Claudia Troncoso, en Chile, en el 2015, en cuanto a la Adherencia al control nutricional en varones con patologías crónicas, concluye que los entrevistados de la investigación, identifican una comunicación positiva con el profesional que los atiende, los que les da credibilidad y favorecen el control y adherencia a la asistencia a estos. La mayoría de los usuarios presentan cierta confianza con el profesional que los atiende, permitiendo dirigirse y plantear diversas inquietudes, interpretando positivamente que la comunicación establecida con el profesional, es beneficioso para su calidad de vida, permitiéndoles adquirir o profundizar sus conocimientos sobre su enfermedad y su tratamiento dietético, apreciando resolver sus inquietudes de manera sencilla y comprensible, las motivaciones internas, destacando la percepción de la importancia en mejorar o mantener una adecuada calidad de vida y salud. (Troncoso, 2016)

Aunque las condiciones para la evaluación a un paciente han cambiado en la historia desde un maletín de 30cm hasta grandes edificios con innumerables y complejos aparatos para el diagnóstico en muchas ocasiones gracias a la tecnología automatizados, no obstante, la relación médico paciente sigue siendo el eje del examen clínico, solo que ahora tienen que considerarse las variables de la época actual en la que se vive.

La relación médico-paciente, es la piedra angular de la atención médica asistencial, aunque pasó por diferentes etapas históricas de compañía, magia, mística, clerical, profesional, tecnicista e integral. En esta última el hombre es valorado como ente biopsicosocial.

Sigmund Freud fue el primero en analizar directamente la relación psicológica entre el médico y el paciente. Le llamó “resistencia” a la falta de comunicación entre ellos. (Pérez Cicili, 2009)

“La práctica médica, desde sus orígenes ha estado estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de las habilidades clínicas. Dado su carácter de relación social la relación médico-paciente lleva la impronta del contexto social donde se desarrolla”. (Pérez Cicili, 2009)

A partir de la relación médico paciente, se elabora todo el modelo de la atención médica, por lo que es imprescindible que el profesional aprenda a manejarla con la destreza suficiente, es así que el éxito de un examen clínico depende de esta destreza, del conocimiento y de la habilidad que tenga el médico para relacionarse de forma empática y convincente con su paciente. (Gallegos, 2011)

Para mantener una adecuada relación entre el médico y el paciente, el galeno debe no solo perfeccionar constantemente sus conocimientos médicos, habilidades y el arte médico, sino también respetar al paciente y su derecho a la confidencialidad. (Pérez Cicili, 2009)

El valor de la actividad del médico consiste no solo en su honradez, sino en su disposición a entregarse completamente al servicio de los hombres, a la sociedad en el sentido de compromiso con el usuario. Solo teniendo estas cualidades el médico puede a plenitud velar por la salud del enfermo, puede consolarlo, y usar métodos acertados de tratamiento.

Por el mayor impacto psicológico y social de la relación médico-paciente, el profesional de salud es el único que está “autorizado” a ver, tocar, hasta en los más íntimos rincones del cuerpo (y del alma) de su paciente; y aún más, ¡tomar decisiones sobre la vida y la muerte de personas! (Zabarenko, 1968). (Gallegos, 2011)

Frecuentemente las personas acuden al médico no solo para recibir la atención médica, sino simplemente para hablar de él, de su vida, sus preocupaciones, sus dolencias, o pedirle consejos. Por muchos conocimientos científicos de la profesión que tenga el médico, no podrá establecer el vínculo necesario con el paciente y su familia, no obtendrá su respeto y admiración si no sabe nada de los detalles de su trabajo y su vida.

Se dice que el médico debe tener las cualidades del científico, el pintor, el filósofo y el artesano, de mucha práctica. Así podrá encontrar la forma adecuada para comprender la vida y la personalidad del hombre. (Pérez Cicili, 2009)

El paciente siente frecuentemente el temor de morir, la angustia ante lo desconocido, la tristeza y la hostilidad frente a la enfermedad y una

permanente demanda de afecto. Debemos tratar de oír al paciente. Es un antiguo precepto que saber hablar es un don de la naturaleza, pero saber oír es una virtud.

### **2.3.2 Importancia de la comunicación**

Antes la relación Médico- Paciente, era netamente paternalista, donde el médico tenía un rol activo y el paciente acataba pasivamente sus indicaciones.

Ahora se promueve la toma de decisiones compartidas o Shared Decision Making: pacientes y médicos nos enfrentamos a situaciones de incertidumbre, teniendo que tomar una decisión sobre múltiples opciones, inciertas en beneficios, efectos adversos y costos, de diferente valor individual. (Cevallos-Palacios, 2013). La opinión del profesional como única herramienta no tiene suficiente validez. (Cófreces, 2014)

Este modelo consolida la relación médico-paciente, y brinda beneficios a ambas partes y al sistema de salud; aumenta el número de pacientes informados e involucrados en el cuidado de su salud; aumenta la adherencia al tratamiento; disminuye atenciones y gastos excesivos e injustificados, y sobre todo, impacta positivamente en la calidad de vida de los pacientes.

La participación del paciente en la toma de decisiones sobre sus esquemas terapéuticos, refleja el compromiso del profesional por el paciente como ser digno y vulnerable que requiere de protección y respeto. Esa persona tiene,

como todos, el derecho a que no se decida “nada acerca de él, sin él” (Cevallos-Palacios, 2013).

En otro aspecto que incide en la relación médico – paciente, se destaca la escucha activa del médico para lograr una comunicación más eficaz con sus pacientes, así como la participación activa del paciente que ayuda a la comprensión de la información y a incrementar su satisfacción y confianza en el médico, resultando positivo para el cumplimiento y la efectividad de los tratamientos.

Incluye principalmente técnicas de apoyo narrativo (contacto visual facial, facilitaciones, señalamientos); técnicas de información (ejemplificación, información por escrito, racionalización del tratamiento); y técnicas de negociación (respuesta evaluativa, paréntesis, doble pacto, cesión intencional), que la menor duración de las consultas se relaciona con una mayor prescripción de medicación sintomática; mayor número de derivaciones; menor posibilidad de que el paciente haga preguntas o exprese sus opiniones; menor información por parte del médico de diagnósticos y tratamientos; menos consejos preventivos; peor satisfacción del paciente y del médico; y un aumento de la repetición de visitas de los enfermos. (Moore, 2015), señala que una vez que las habilidades comunicacionales son manejadas adecuadamente no demandan mucho más tiempo que el habitual; para estos autores, lo trascendente es la calidad de la relación que se establece durante el tiempo que se permanece en consulta. (Cófreces, 2014)

El diálogo es una comunicación interactiva, que se desarrolla en un clima armónico entre el médico y el paciente, permitiendo generar nuevos conceptos a partir de las ideas de ambos y llegar a consensos, que mejoren la salud del usuario. No se trata de imponer el propio criterio, sino de convencer con argumentos lógicos, evitando los engaños. En nuestro diálogo con el paciente es más importante saber preguntar que saber afirmar. (Gallegos, 2011)

La comunicación efectiva se caracteriza por asegurar una interacción, en vez de una transmisión directa o simple entrega de información. Se halló un mayor riesgo de abandono al tratamiento en sistemas de salud con una atención centralizada, alta demanda, poco personal, largas esperas y atención menos personalizada (Cófreces, 2014)

Es necesario conocer que no toda comunicación entre médico y paciente es un diálogo constructivo. Una conversación intrascendente, sobre temas banales que no aporta nada al crecimiento personal o a la salud no es un diálogo constructivo. Por ejemplo hablar con el paciente sobre el clima, las características del paisaje, pueden servir para entrar en confianza, pero no servirá para aportar algo saludable al mismo. Enredarse en una discusión con el paciente tampoco es un diálogo edificante, y si no se maneja bien la discusión, puede ser perjudicial para ambos y romper con la relación. (Gallegos, 2011)

### **2.3.3 Factores que influyen en la relación médico- paciente**

#### 2.3.3.1 El ambiente donde se realiza la entrevista:

Se debe tener cuidado en proteger la intimidad del paciente, muchas veces vulnerada en las salas de emergencia, en la sala de hospitalización el médico tiene más tiempo para entrevistarse con el paciente, pero cuando las habitaciones son compartidas por varios pacientes y sus familiares le resta privacidad, el consultorio es el sitio más íntimo y cómodo para atender a un paciente y aplicar con mayor posibilidad las técnicas y normas de la entrevista. Eventualmente un médico tendrá la necesidad de atender a algún paciente en un ambiente inusual como puede ser en su domicilio, en instituciones educativas, casas hogar, acilos, el lugar de un accidente o un lugar destinado a la reclusión de un preso, como la cárcel, donde es mucho más complicado valorar adecuadamente al paciente sin vulnerar su derecho a la privacidad.

#### 2.3.3.2 El grado de participación del paciente.

Los pacientes no siempre están en condiciones físicas o mentales para comunicarse de una manera adecuada con el personal de salud, lo cual genera limitaciones para el desarrollo de la misma.

Es así que cuando el paciente está inhabilitado de valerse por sí mismo (situaciones de extrema urgencia como un shock, personas inconscientes o en estados de agitación psicomotriz, cuadros alucinatorios- delirantes, depresiones severas, etc.), el médico y el personal de salud, asumen la

responsabilidad de la atención integral de la persona enferma, que no se encuentra en condiciones de decidir por sí mismo.

Por otro lado si el paciente está consciente y es capaz de colaborar con el tratamiento, pero se encuentra en una situación donde se debe actuar con rapidez y no se tiene tiempo de establecer un diálogo prolongado (infarto, un traumatismo, un dolor cólico, abdomen agudo, intoxicación, trabajo de parto, etc.) , el médico asume una actitud directiva, solicitando la colaboración del paciente; el personal debe ser extremadamente considerado con la situación del paciente, comprender y respetar su dolor. De todas formas se debe tratar de explicar de forma clara y empática el diagnóstico y tratamiento para disminuir la angustia y lograr la mayor colaboración posible.

Finalmente, si el paciente está en condiciones de participar y formar parte activa del diálogo durante la entrevista, permitirá entablar una comunicación adecuada y satisfactoria.

#### 2.3.3.3 La edad del paciente.

Obviamente la edad del paciente es un factor que influye de manera determinante en la relación médico paciente. La forma de entrevistarse con un niño debe ser diferente de la manera de hacerlo con un adolescente, con un adulto o con un anciano, de tal manera que el trato debe ser acorde con las expectativas de ellos, afectuoso, empático y a la vez respetuoso, tomando en cuenta las particularidades de cada etapa de la vida, como la inocencia de un niño, los conflictos de los adolescentes o la tolerancia que se debe tener a los ancianos.

#### 2.3.3.4 La actitud de paciente y el médico.

Un médico espera que sus pacientes asuman una actitud franca y colaboradora, pero no siempre sucede según lo deseado por el médico.

Aunque, afortunadamente, en la mayoría de los casos los pacientes suelen asumir una actitud y estilo adecuada a las circunstancias, en muchas ocasiones nos encontraremos con personas con las cuales vamos a sentirnos incómodos y desconcertados. Así nos encontraremos con el paciente hostil, la hostilidad puede ser verbal, o incluso física, el médico debe mantener la calma e invitar de forma educada a que el paciente se tranquilice, asegurándole que va a ser tratado pronto y debidamente.

El paciente manipulador y simulador, intenta conseguir privilegios, reposos, incapacidad, salir de un enredo, se debe tener cuidado con estas personas, el médico debe asumir, una actitud muy profesional. El paciente dependiente, estos pacientes no toman iniciativa para nada, consultando por las cosas más insignificantes, regresan al consultorio frecuentemente a solicitar consejo para todo, o llaman por teléfono. Son personas muy inseguras, se les debe insistir en que tomen sus decisiones y confíen en ellas.

El paciente obsesivo: se trata de una persona sumamente detallista, que quiere informar del más mínimo síntoma, por insignificante que sea, ya que de no hacerlo siente que no van a ser bien diagnosticado, por lo que se eterniza contando y repitiendo sus molestias con detenimiento. Hay que tener mucha

paciencia con estas personas dirigiendo de manera adecuada el interrogatorio.

El paciente dramático, es una persona que exagera la expresión de sus emociones, es necesario que el médico evite contagiarse con el dramatismo del paciente, manteniendo la serenidad.

El paciente desconfiado, tiene un comportamiento suspicaz, cualquier indicación es recibida con recelo. Suele ser paciente difícil de aceptar una alianza terapéutica. Con mucha prudencia, paciencia, tolerancia y sutileza, se le debe señalar que su desconfianza interfiere la alianza terapéutica, muy importante para su recuperación.

El paciente indiferente, se lo observa ausente, indiferente, como si no le interesara la consulta, como si todo le da igual.

El paciente ficticio, raras veces se presenta un paciente que se inventa enfermedades que no tiene, con la intención de ser atendido.

#### 2.3.3.5 La formación del profesional médico:

El médico sólidamente formado se sentirá seguro de lo que está haciendo y por lo tanto tendrá una relación asertiva con sus pacientes.

#### 2.3.3.6 La satisfacción laboral:

Un médico debe tratar de disfrutar realizando su trabajo, buscar formas de hacerlo cada vez mejor (aprendizaje), adquirir continuamente nuevos conocimientos, centrarse en la calidad de su propio trabajo. (Pérez Cicili, 2009)

## CAPÍTULO III: MÉTODOS

### 3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Con base en la prevalencia en la Hipertensión Arterial en el cantón Antonio Ante que es de 0,98% y en la parroquia Atuntaqui que es de 0,43% y que comparada con la prevalencia nacional es alta, se desarrolló la investigación con el siguiente planteamiento del problema:

*¿Cómo influye la relación médico – paciente en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes que acuden a dos unidades operativas del MSP de la parroquia Atuntaqui, del cantón Antonio Ante, provincia de Imbabura entre agosto y diciembre de 2016?*

### 3.2 OBJETIVOS:

#### 3.2.1 General:

“Determinar la importancia de la relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, contribuyendo con pautas que faciliten su mejora durante el proceso de atención desarrollado por los equipos de salud del primero y segundo nivel del Ministerio de Salud Pública en la parroquia Atuntaqui, cantón Antonio Ante, provincia de Imbabura”.

#### 3.2.2 Específicos

- Identificar las características de la relación médico – paciente hipertenso/a.
- Establecer el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes hipertensos en las unidades de atención

de primer y segundo nivel del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Atuntaqui.

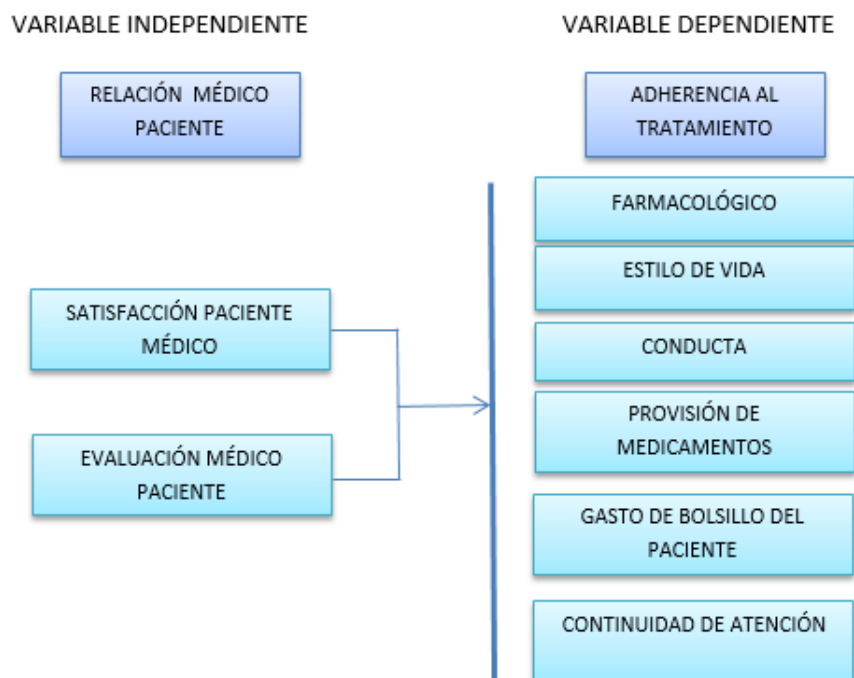
- Correlacionar las variables relación médico – paciente hipertenso, y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

### 3.3 HIPÓTESIS

#### Hipótesis de Investigación:

Una adecuada relación médico-paciente permite alcanzar una eficaz adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes hipertensos que acuden a dos unidades operativas del MSP de la parroquia Atuntaqui, del cantón Antonio Ante, provincia de Imbabura entre agosto y diciembre de 2016.

### 3.4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN



**Figura N° 7 Correlación de Variables Independiente y dependiente**

Realizado por: Dras. Viviana Zurita- Cristina Obando

### 3.5 MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN:

- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORÍA	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO	FUENTE
LA COMUNICACIÓN RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE (INDEPENDIENTE)	características que promueven la interacción entre profesional y paciente	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Características Biológicas	Porcentaje de pacientes según		Encuesta Sociodemográfica	Pacientes hipertensos
				Edad	20-34		
					35-49		
					50-64		
					Más de 65		
			Sexo	Femenino			
				Masculino			
			Características socioeconómicas	Etnia	Mestizo		
					Blanco		
					Indígena		
					Afro descendiente		
					Mulato		
					Otro		
			Zona de residencia	Urbana			
				Rural			
Ocupación	Hogar						
	Jubilado						
	Trabajador						

			Características culturales	Independiente			
				Dependiente			
				Desempleado			
			Nivel de escolaridad	Ninguna			
				Primaria			
				Secundaria			
				Superior			
			Años de diagnosticada la enfermedad	1 -4 años			
				4-8 años			
				8-12 años			
				Más de 12 años			
	SATISFACCIÓN	Relación Paciente Profesional	Porcentaje de pacientes que sienten Satisfacción en la Relación Médico - paciente ( 2 preguntas)	ESCALA CATEGORIAL DE LIKERT 1) Nada apropiado (2) algo apropiado (3) apropiado (4) bastante apropiado (5) Muy apropiado	Encuesta (PDRQ-9)	Pacientes hipertensos	
			Porcentaje de pacientes que tienen adecuada comunicación en la Relación Médico - paciente (4 preguntas)				
			Porcentaje de pacientes que sienten Confianza durante la Relación Médico - paciente (3 preguntas)				
	EVALUACIÓN	Relación Paciente Profesional	Porcentaje de médicos que muestran Habilidad Empática en la relación médico paciente (10 preguntas )	ESCALA CATEGORIAL DE LIKERT	Encuesta EMMJ	Médicos/as Hospital Básico Antonio Ante y	

				<p>Porcentaje de médicos que se ponen en la situación del paciente (7 preguntas)</p> <p>Porcentaje de médicos que muestran Contra reacción y Contratrtransferencia en la Relación médico- paciente (3 preguntas)</p>	<p>(1) Totalmente en desacuerdo (2) Desacuerdo (3) Casi desacuerdo (4) Ni de acuerdo ni en desacuerdo. (5) casi De acuerdo. (6) De acuerdo (7) totalmente de acuerdo</p>		Centro de Salud Atuntaqui	
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (VARIABLE DEPENDIENTE)	capacidad para cumplir la prescripción médica el paciente	FARMACOLÓGICO	Adherencia Terapéutica	<p>Porcentaje de pacientes que Ingieren los Medicamentos (5 preguntas)</p> <p>Porcentaje de pacientes que muestran Estilo de Vida, Comportamiento saludables (4 preguntas)</p> <p>Porcentaje de pacientes que muestran Seguimiento conductual, Auto- eficiencia (12 preguntas)</p>	<p><b>ESCALA CATEGORIAL</b></p> <p>4 Siempre 3 Casi siempre 2 A veces 1 Casi nunca 0 Nunca</p>	Encuesta de Adherencia Terapéutica (EAT)	Pacientes hipertensos	
		PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS	Stock de medicación anti hipertensiva en la farmacia institucional del Hospital básico Antonio Ante	Listado de existencias, stock mínimo al finalizar cada mes.		Existencia Suficiente	Observación directa con check list	Lista de chequeo para revisión en farmacia institucional

		GASTOS DEL BOSILLO DEL PACIENTE HIPERTENSO	Gasto de bolsillo realizado por el paciente para proveerse de medicamentos	Gasto en medicación	Gasta entre 20 y 30 dólares	Encuesta	Pacientes Hipertensos
					Gasta entre 40 y 50 dólares		
					Gasta entre 60 y 70 dólares		
					Más de 70 dólares		
					No gasta		
			Gasto de bolsillo realizado por el paciente para realización de exámenes de rutina	Gasto en exámenes de laboratorio (de rutina)	Gasta entre 20 y 30 dólares		
					Gasta entre 40 y 50 dólares		
					Gasta entre 60 y 70 dólares		
					Más de 70 dólares		
					No gasta		
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	Control médico Trimestral (completo: valoración clínica y exámenes de laboratorio según la norma)	Porcentaje de pacientes hipertensos que asisten trimestralmente a su control	Control médico trimestral completo	Encuesta	Pacientes Hipertensos		
		Porcentaje de pacientes que no acuden a su control	Ausentismos				

### **3.6 TIPO DE ESTUDIO:**

Esta es una investigación descriptiva, transversal. Es descriptiva porque caracterizaron los hallazgos relevantes de la relación médico paciente y determinaron su influencia en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico a través de indicadores medibles.

Es transversal porque se hizo un corte en el tiempo definiendo el período entre agosto a diciembre de 2016 para el desarrollo del estudio y con una etapa de recolección de información comprendida entre agosto y septiembre de ese mismo año.

### **3.7 MUESTRA**

#### **3.7.1 Universo:**

El presente trabajo investigativo constó de 490 pacientes diagnosticados de Hipertensión Arterial que acuden a controles subsecuentes a la consulta externa de las unidades de Salud Pública de la parroquia Atuntaqui, cantón Antonio Ante (centro de salud y hospital básico), *según datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública en los años comprendidos 2012 al 2015*, los mismos que constituyeron la población total de hipertensos de la parroquia, y a 15 médicos que atienden a pacientes con Hipertensión en dichas unidades de Salud.

#### **3.7.2 Muestra:**

Para el cálculo de la muestra se consideró las siguientes observaciones:

- Debido a que la población es mayor a 30 elementos se utilizó un muestreo probabilístico para los pacientes.
- La población es conocida y menor a 100.000 elementos, por lo tanto se identifica una muestra de población finita.
- El tipo de muestro fue simple (al azar) para que la información sea homogénea.

$$n = \frac{Z^2 \times (p \cdot q) \times N}{e^2 \times (N-1) + Z^2 (p \cdot q)}$$

**En donde:**

n= significa tamaño de la muestra

Z= desviación en relación a la curva de distribución normal. Utilizaremos 1,96 que corresponde a 95% intervalo de confianza.

p= proporción estimada de la población objeto en estudio. Al no conocer se utilizó 50% (0,50).

q= 1-p

e= límite de error muestra (0,05)

N= Universo (población)

**Datos:**

N= 490                      Z= 1.                      q= 0.5 (probabilidad de fracaso)

p= 0,5 (probabilidad de éxito)                      e=0.05

**n = 216**

Se utilizó esta técnica de muestreo para que la información sea más homogénea con respecto al estudio, de esta manera no se excluirán casos hipertensos que probablemente no estén identificados de la manera adecuada.

Se trabajó con 15 médicos que prestan sus servicios en el centro de salud Atuntaqui y en el hospital básico Antonio Ante quienes representan el universo de esta población.

### **3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

#### **3.8.1 Técnicas**

- **Encuesta**

Las encuestas fueron diseñadas de manera formal mediante cuestionarios con preguntas cerradas a través de una codificación alfanumérica, se realizó a los pacientes por parte de las investigadoras previa explicación de su importancia y de la confidencialidad de la información.

Las encuestas que se aplicaron fueron tres: **la primera** es la Patient-Doctor Relationship Questionnaire de 9 preguntas, adaptado y validado de un cuestionario desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica por VanDer Feltz-Cornelis, la misma que evalúa la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente.

**El segundo** instrumento que se utilizó fue la Escala de Adherencia Terapéutica validada en México 2009, con un índice de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,91 en general.

Finalmente **el tercer** cuestionario es la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), en el contacto paciente médico, instrumento validado que mide las actitudes de la atención entre los involucrados, con una serie de 20 preguntas.

En cuanto a las limitaciones en la aplicación de las mismas se evidenció que durante el transcurso de la realización de estas encuestas existió dificultad en la comprensión de las opciones que plantea la escala de Likert, ocasionando confusión al momento de colocar su respuesta.

### **3.8.2 Fuentes de Información**

#### **Fuentes Primarias**

Las fuentes primarias de este estudio fueron los pacientes y los médicos.

#### **Fuentes Secundarias**

Las fuentes secundarias que se utilizaron en el estudio fueron las siguientes:

1. Bases de datos on line .
2. Bibliotecas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

### **3.9 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

#### **Tabulación e interpretación de datos**

Con los datos recabados con las encuestas planteadas, se utilizaron técnicas de estadística descriptiva como porcentajes. Se utilizó estadística inferencial aplicando las pruebas de chi cuadrado para determinar la asociación estadísticamente significativa entre los hallazgos y la hipótesis

planteada estableciendo si la probabilidad o diferencia observada es o no debida al azar.

Se utilizó el Alfa de Cronbach para determinar la fiabilidad y la consistencia interna de los instrumentos utilizados y garantizar la confiabilidad de los hallazgos del estudio.

Los instrumentos utilizados Patient-Doctor Relationship Questionnaire, Escala de adherencia Terapéutica y la Escala de Empatía Médica fueron aplicados en base a las variables de estudio, y analizados con los programas estadísticos EPI INFO 7 y SPSS 18. Todo realizado con el 95% de índice de confianza y un 5% de margen de error.

Además se consideró importante realizar un análisis estadístico Univariado y Bivariado.

- El análisis Univariado permitió conocer el estado de las diferentes variables de una forma individual utilizando chi cuadrado para los ítems sociodemográficos, encuesta Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) y la escala de Adherencia Terapéutica (EAT); y finalmente la t student más chi cuadrado para los ítems de la encuesta de Empatía Relación Paciente Profesional (EMMJ) en las unidades de salud de la parroquia Atuntaqui, cantón Antonio Ante.
- En el análisis Bivariado se realizó un análisis estadístico con Alfa de Cronbach que nos permitió investigar la fiabilidad de las variables

correlacionándolas de la siguiente manera: la comunicación médico paciente (satisfacción mutua y evaluación de la misma) con la adherencia al tratamiento (farmacológico y no farmacológico) a través de la conducta que adopten tanto el médico como el paciente. Así mismo se apreció la significancia de cada variable en el contexto de la pregunta, para resaltar las posibles asociaciones específicas. Todo esto en base a las siguientes encuestas:

**La primera es:** “Patient-Doctor Relationship Questionnaire, (PDRQ-9) con 9 preguntas”, 2 que mide la satisfacción, 4 que miden la comunicación y 3 preguntas que miden la confianza de los pacientes respecto a su relación con el médico.

**La segunda** es la “Escala de Adherencia Terapéutica” (EAT) que consta de 21 ítem agrupados por tres categorías: ingesta de medicamentos (5 preguntas), comportamiento del médico (4 preguntas) y auto eficiencia (12 preguntas)”; en dicha encuesta se incluyó también el análisis de los factores sociodemográfico tales como: edad en intervalos, sexo, etnia, zona de residencia, ocupación, nivel de escolaridad, tiempo de diagnóstico de la enfermedad y gastos económicos. Además dicha encuesta.

**La tercera** Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) con una serie de 20 preguntas: diez preguntas que miden la habilidad empática, siete preguntas que establecen la habilidad para ponerse en la situación del

paciente, y tres preguntas que miden la contra reacción y contra transferencia.

La provisión de medicamentos se midió a través una lista de chequeo que permitió verificar la existencia suficiente o desabastecimiento en la farmacia institucional.

También se analizó la cantidad de dinero que gastan los pacientes, para obtención de fármacos y la realización de exámenes de rutina, a través de esta encuesta. La Continuidad de la atención médica se midió con el reporte de control médico trimestral completo, control por episodios adicionales o ausentismos, verificados con las encuestas aplicadas a pacientes hipertensos de las unidades de Salud de la parroquia.

La validez del estudio está determinada por la interpretación de los cálculos estadísticos inferenciales: chi cuadrado, t de student y alfa de Conbrach. Todo realizado con el 95% de índice de confianza y un 5% de margen de error.

La interpretación de los datos fueron de la siguiente manera: **Patient-Doctor Relationship Questionnaire, (PDRQ-9)** “validado y adaptado desde la perspectiva psicológica” (Rios, 2011) con 9 preguntas se analizará en una escala de 1 punto Nada apropiado, 2 puntos algo apropiado, 3 apropiado, 4 bastante apropiado y 5 Muy apropiado.

**La Escala de Adherencia Terapéutica (EAT)** en donde los datos demográficos se analizaron dependiendo de la respuesta de cada paciente, en donde se dio las siguientes opciones: Edad 20-34, 35-49, 50-64, más de 65. Sexo: Femenino, Masculino y otra; Zona de Residencia: Urbana o Rural; Etnia: Mestizo, Blanco, Indígena, Afrodescendiente, Mulato, Otro; Ocupación: Hogar, jubilado, trabajador independiente, dependiente, desempleado. Nivel de escolaridad: Ninguna, primaria, secundaria, superior, “este criterio se establece según los pacientes de cada territorio para identificar” (Libertad, 2015). Años de diagnosticada la enfermedad: 1-4 años, 4-8 años, 8-12 años y más de 12 años.

La Provisión de medicamentos se midió a través de datos de Existencia Suficiente o Desabastecimiento.

Así también se analizó la cantidad de dinero que gastan los pacientes en la medicación y exámenes de laboratorio no disponibles en ese momento en la unidad de salud, con opciones que van desde si gasta entre 20 y 30 dólares, gasta entre 40 y 50 dólares, gasta entre 60 y 70 dólares o no gasta en medicación o realización de exámenes de laboratorio en caso de no existir en la unidad.

La Continuidad de la atención médica se midió con el reporte de control médico trimestral completo, control por episodios adicionales o ausentismos, estos se verificaron en las encuestas.

**La Escala de Relación Paciente Profesional EMMJ** (desde el punto de vista del médico) se analizaron así: 1 punto Totalmente en desacuerdo, 2 puntos Desacuerdo, 3 puntos Casi desacuerdo, 4 puntos Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5 puntos casi De acuerdo, 6 puntos De acuerdo y 7 puntos totalmente de acuerdo.

### **3.10 ASPECTOS BIOÉTICOS**

Este proyecto analizó la relación del médico con los pacientes que tienen Hipertensión Arterial, a su vez cómo influye esta relación en el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, en el Centro de Salud y Hospital Básico Antonio Ante

De esta manera se deja contribuciones sobre la importancia de este estudio que pueden ser consideradas en futuras investigaciones.

El estudio fue completamente voluntario y la participación sustentado en el consentimiento informado con firma. Los pacientes Hipertensos y médicos podían participar o abandonar el estudio en cualquier momento sin ser penalizado ni perder los beneficios. Los resultados fueron de uso exclusivo de los investigadores y posteriormente de utilidad para la unidad de Salud.

Previa su aplicación, se realizó una revisión de los partes diarios de Enero a Junio de 2016 y se buscó a los pacientes hipertensos, que cumplieron los criterios de inclusión, después de la consulta médica y aquellos que no pudieron asistir se los visitó en su domicilio, durante el periodo comprendido entre agosto y septiembre del 2016, visita previamente organizada y autorizada.

### **Criterios de Inclusión**

- Hombres y mujeres hipertensos
- Tener más de un año de diagnóstico de Hipertensión Esencial.
- Tener más de 20 años de edad.
- Vivir en la parroquia Atuntaqui durante la aplicación de instrumentos y técnicas seleccionadas.
- Médicos generales y especialistas que atienden en la consulta externa del centro de salud Atuntaqui y hospital básico Antonio Ante.
- Estar dispuesto a colaborar con su participación en la investigación.

### **Criterios de Exclusión**

- No se incluyó a pacientes diagnosticados por primera vez en el tiempo que dure el estudio
- No se incluyeron a pacientes que son tratados de forma esporádica en unidades de salud privadas.

A los pacientes que aceptaron el estudio se les aplicó dos encuestas: la primera que nos permitió valorar el grado de satisfacción que tienen después de la consulta médica (escala de satisfacción PDRQ-9) y la segunda que valoró la adherencia o cumplimiento adecuado al tratamiento prescrito por su médico (escala EAT), además se indagó sobre las variantes sociodemográficas de los pacientes hipertensos, y se estimó la continuidad de la atención médica complementando con la revisión de historias clínicas. Se aplicó una tercera encuesta (escala EMMJ) a los

médicos generales y especialistas valorando la empatía con sus pacientes desde su punto de vista.

En este estudio los pacientes probablemente sintieron miedo, ansiedad o presión respecto a su experiencia con su médico, al mismo tiempo pudieron sentir vulnerada su privacidad, puesto que las preguntas apuntan al análisis de sus comportamientos o estrategias de cumplimiento del tratamiento prescrito. Lo mismo puede ocurrirles a los médicos. Sin embargo en ningún momento del estudio, se juzgó los resultados obtenidos durante el mismo. Debe quedar claro que ni los médicos ni los pacientes recibieron ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación fue una contribución para el desarrollo de estrategias intervencionistas en futuros estudios investigativos mejorando la atención integral de salud y por ende su calidad de vida.

La información proporcionada fue personal y en el curso de este estudio permaneció en secreto, no fue facilitada a ninguna persona diferente bajo ninguna circunstancia. A las escalas aplicadas se les asignó un código de tal forma que no se conoció la identidad de los participantes.

Los pacientes y los médicos pudieron retirarse del estudio en cualquier etapa del mismo. Sin embargo, los datos obtenidos hasta este momento seguirán formando parte del mismo, a menos que se solicite expresamente que la identificación y su información sea borrada de la base de datos. Al retirarse debían informar al grupo investigador si desea que sus respuestas sean eliminadas.

Los resultados fueron de uso exclusivo de los investigadores y posteriormente de utilidad para la unidad de salud. Estos podrán ser publicados en una revista académica, de igual manera sobre el contexto de un artículo científico e información en cartillas suministradas por las instituciones de salud y del Ministerio de Salud Pública de Atuntaqui, pero la identidad del médico y/o el paciente no será divulgada.

La información puede ser revisada por el Comité de Ética de las Instituciones participantes, tanto del Ministerio de Salud Pública y Universidad Católica del Ecuador.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### 4.1 ANÁLISIS UNIVARIADO DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A continuación se detalla los resultados encontrados en este trabajo de investigación, en base a la relación médico paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, estudio realizado a 216 pacientes que acuden a sus consultas al centro de salud de Atuntaqui y al hospital básico Antonio Ante en el período comprendido entre Agosto – Septiembre del 2016, utilizando el programa SPSS 18.

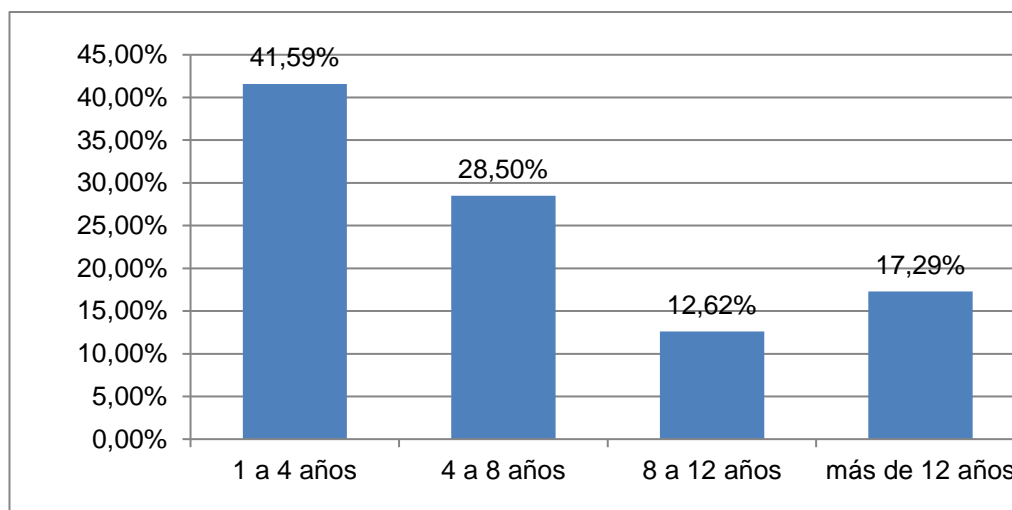
**Tabla N° 1 Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de hipertensión en los pacientes de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016.**

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
1 A 4 AÑOS	89	41,59%	41,59%
4 A 8 AÑOS	61	28,50%	70,09%
8 A 12 AÑOS	28	12,62%	82,71%
MÁS 12 AÑOS	38	17,29%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 3 Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de hipertensión en los pacientes de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

Según el gráfico N° 3 en la encuesta realizada a 216 pacientes hipertensos, el 41.59% fueron diagnosticados de Hipertensión Arterial entre un período comprendido entre 1 y 4 años atrás, en comparación con el 12,62% que fueron diagnosticados hace 8 y 12 años atrás.

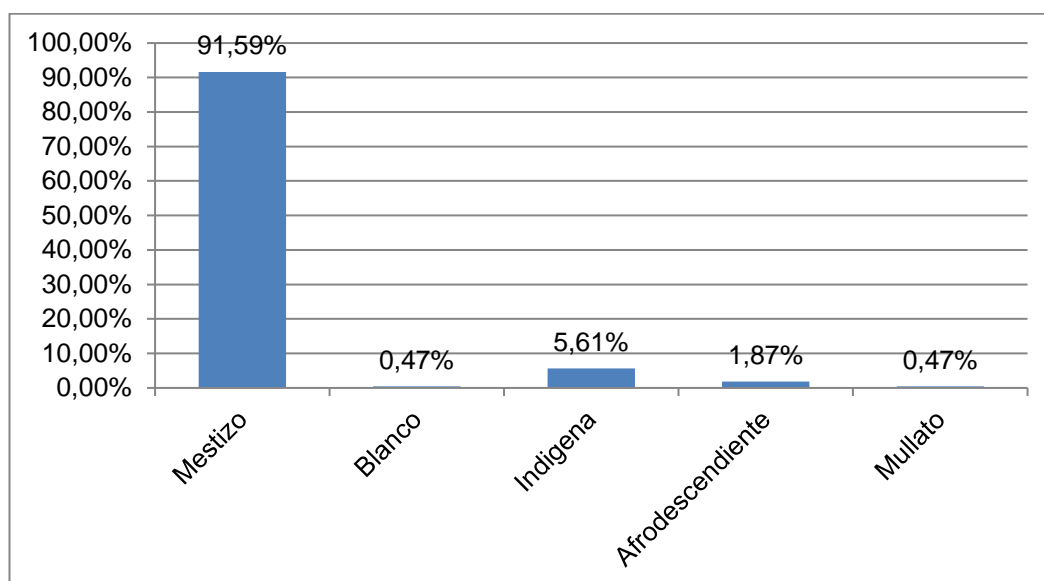
**Tabla N° 2 Autoidentificación étnica en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016**

AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
MESTIZO	196	91,59%	91,59%
BLANCO	1	0,47%	92,06%
INDIGENA	12	5,61%	97,66%
AFRODESCENDIENTE	5	1,87%	99,53%
MULATO	2	0,47%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 4 Autoidentificación étnica en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 4, el 91.59% de pacientes hipertensos, son mestizos y el 5.61% indígenas. Concuera con las estadísticas locales que menciona que la mayoría de población Anteña es mestiza.

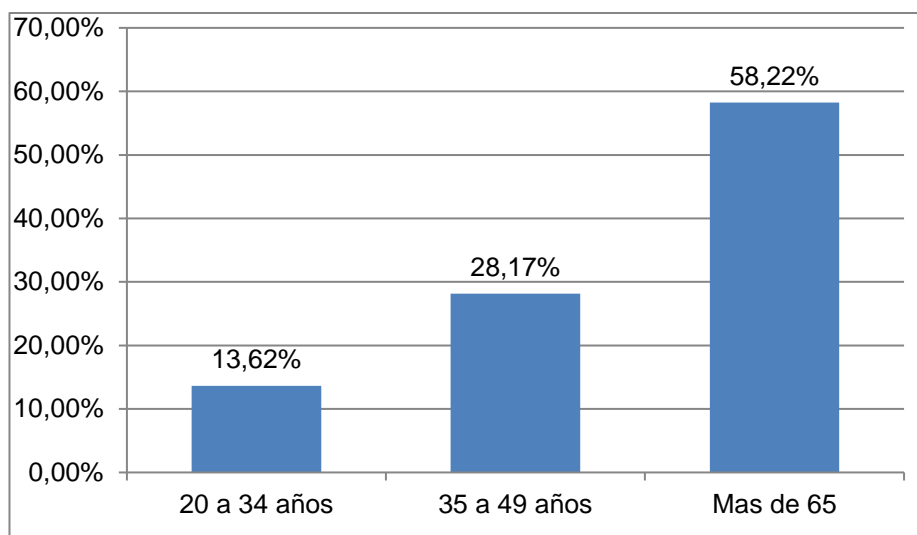
**Tabla N° 3 Edad de los pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016**

EDAD DEL PACIENTE	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
20 a 34 años	30	13,62%	13,62%
35 a 49 años	61	28,17%	41,78%
Más de 65 años	125	58,22%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando

**Gráfico N° 5 Edad de los pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 5 se observa que el 58,22% de los pacientes encuestados tienen una edad de más de 65 años; el 28,37% se ubica entre 35 y 49 años. Llama la atención que el 13,62% se encuentra entre 20 y 34 años siendo una población joven para esta patología.

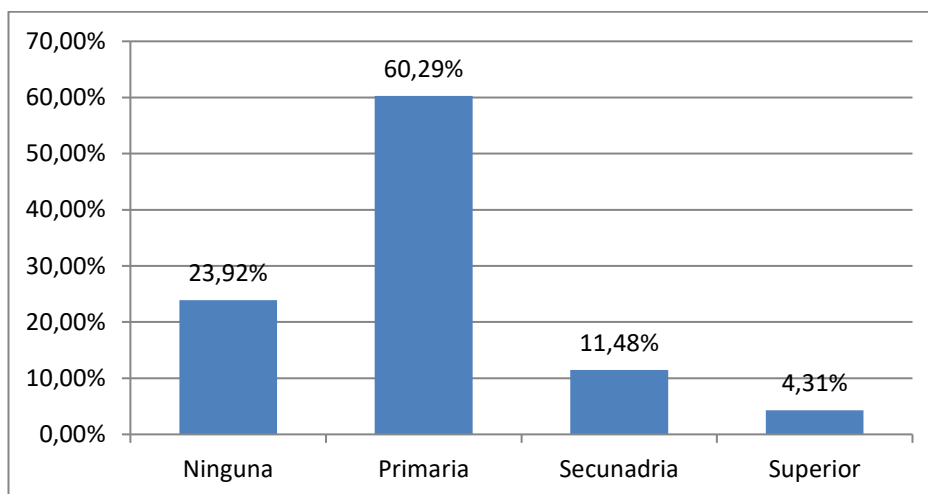
**Tabla N° 4 Nivel de escolaridad en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016**

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Ninguna	52	23,92%	23,92%
Primaria	130	60,29%	84,21%
Secundaria	25	11,48%	95,69%
Superior	9	4,31%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando

**Gráfico N° 6 Nivel de escolaridad en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 6 se observa que el 60,29% de los pacientes hipertensos entrevistados tienen educación primaria, el 23,9% son analfabetos; el 11,48% terminaron la secundaria y tan solo un 4,3% tienen un nivel de estudios superior.

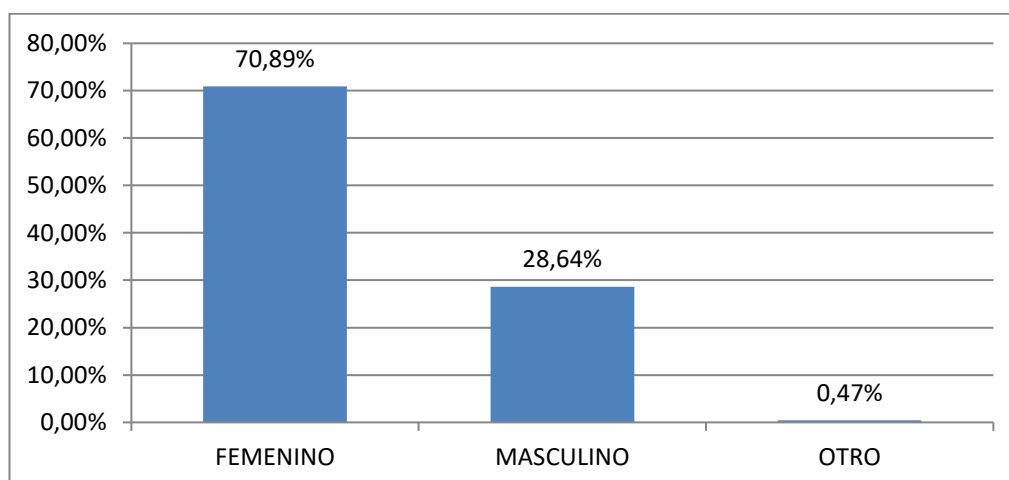
**Tabla N° 5 Sexo en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016**

SEXO DEL PACIENTE	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
FEMENINO	153	70,89%	70,89%
MASCULINO	62	28,64%	99,53%
TOTAL	215	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando

**Gráfico N° 7 Sexo en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N°7 Se observa que la población de hipertensos investigada es el 70.89% de mujeres y el 28.64% masculinos. Esto concuerda con la literatura médica quien refiere que a partir de los 50 años de edad la Hipertensión Arterial es más frecuente en mujeres.

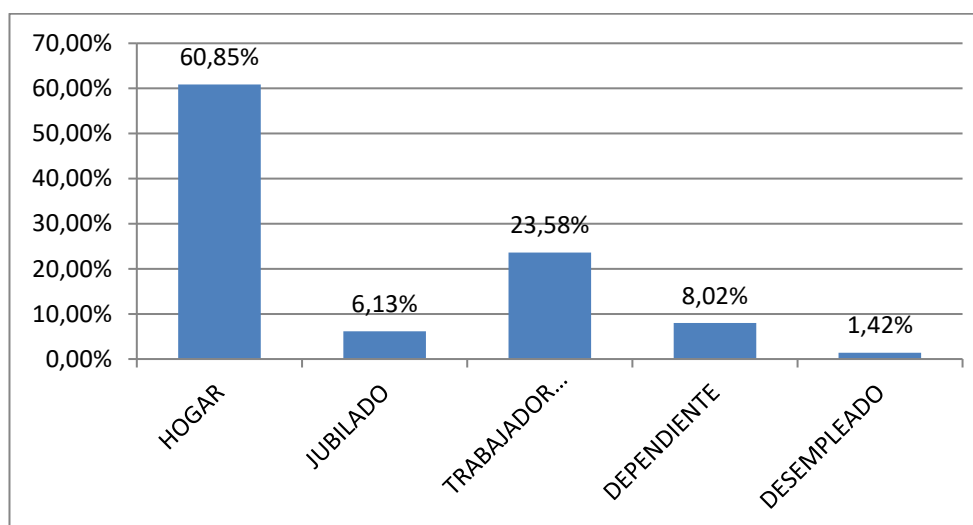
**Tabla N° 6 Ocupación en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016**

OCUPACIÓN DEL PACIENTE	FRECUENCIA	%	% ACUMULADA
Hogar	132	60,85%	60,85%
Jubilado	13	6,13%	66,98%
Trabajador	51	23,58%	90,57%
Dependiente	17	8,02%	98,58%
Desempleado	3	1,42%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 8 Ocupación de los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

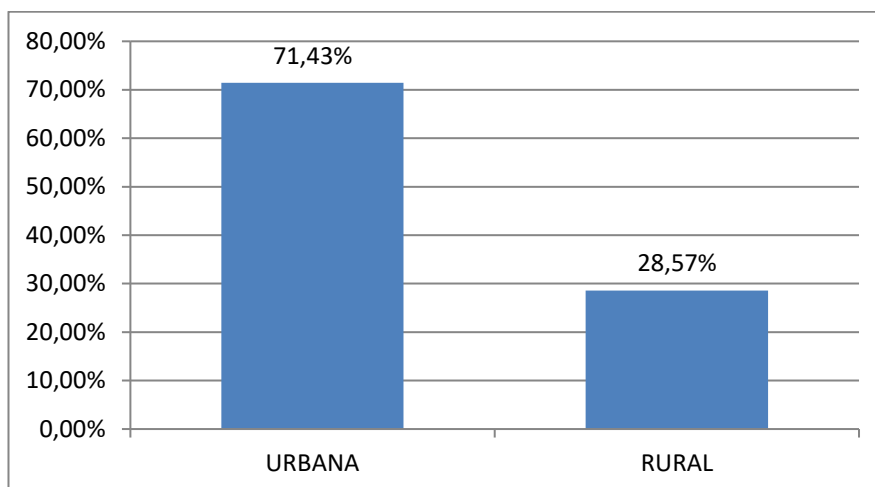
En el Gráfico N°8 Se evidencia que el 60,85% de los pacientes hipertensos pasan la mayor parte de tiempo en su hogar, mientras que el 1,42% son desempleados. La mayoría de ellos menciona que no tienen trabajo estable y que realizan labores esporádicas tales como: agricultura, comercio, etc.

**Tabla N° 7 Zona de residencia en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016**

ZONA DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
URBANO	154	71,43%	71,43%
RURAL	62	28,57%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 9 Zona de residencia en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre 2016**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N°9 se evidencia que el 71.43% de los pacientes entrevistados residen en la zona urbana de la parroquia Atuntaqui, y el 28.57% en una zona rural. La mayor población de Atuntaqui reside en el casco urbano.

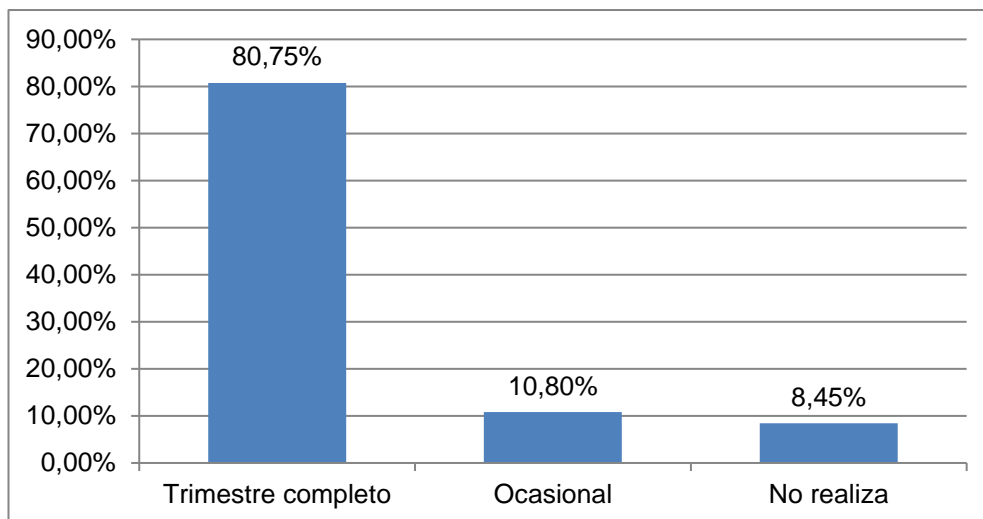
**Tabla N° 8 Número de controles médicos en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP desde el inicio de su enfermedad.**

NÚMERO DE CONTROLES MÉDICOS	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
0	173	80,75%	80,75%
1	24	10,80%	91,55%
2	19	8,45%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 10 Número de controles médicos en los pacientes hipertensos de dos unidades del MSP desde el inicio de su enfermedad.**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N° 10 de los 216 pacientes hipertensos el 80.75% se realiza sus controles trimestralmente, tal como lo indica la norma del Ministerio de Salud Pública.

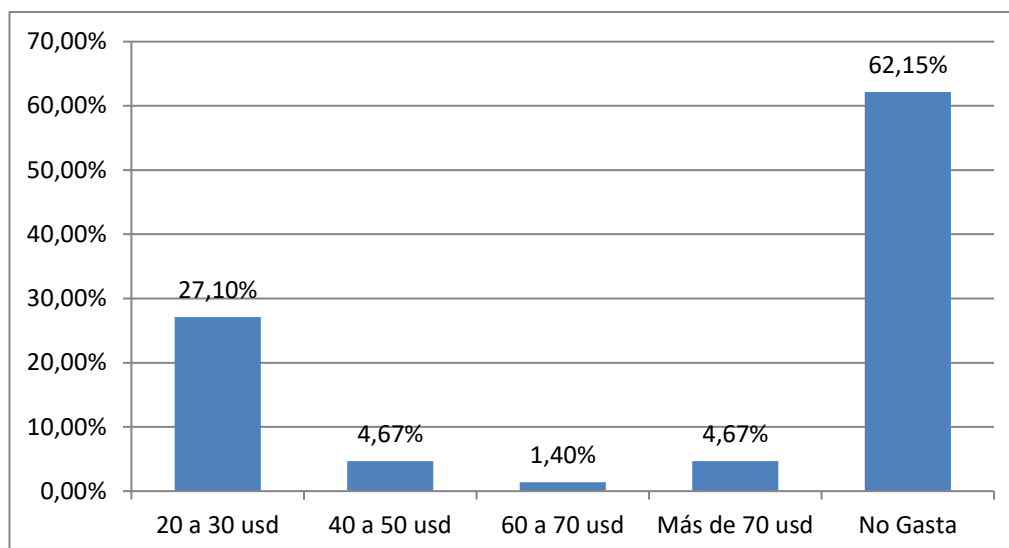
**Tabla N° 9 Gasto de bolsillo en medicación realizado por pacientes hipertensos de dos unidades del MSP desde el inicio de su enfermedad.**

GASTO DE BOLSILLO EN MEDICACIÓN	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Entre 20 y 30 dólares	58	27,10%	27,10%
Entre 40 y 50 dólares	10	4,67%	31,78%
Entre 60 y 70 dólares	4	1,40%	33,18%
Más de 70 dólares	10	4,67%	37,85%
No gasta nada	134	62,15%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 11 Gasto de bolsillo paciente en medicación realizado por pacientes hipertensos de dos unidades del MSP desde el inicio de su enfermedad.**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N° 11 se observa que de los 216 pacientes hipertensos el 60.15% respondió que la medicación la adquiere de forma gratuita en estas unidades de salud, es decir no tienen gasto de su bolsillo. El 27,10% dijo que gasta de 20-30 dólares cuando su médico le prescribe otra medicación que no dispone la farmacia institucional o por alguna razón se agotó.

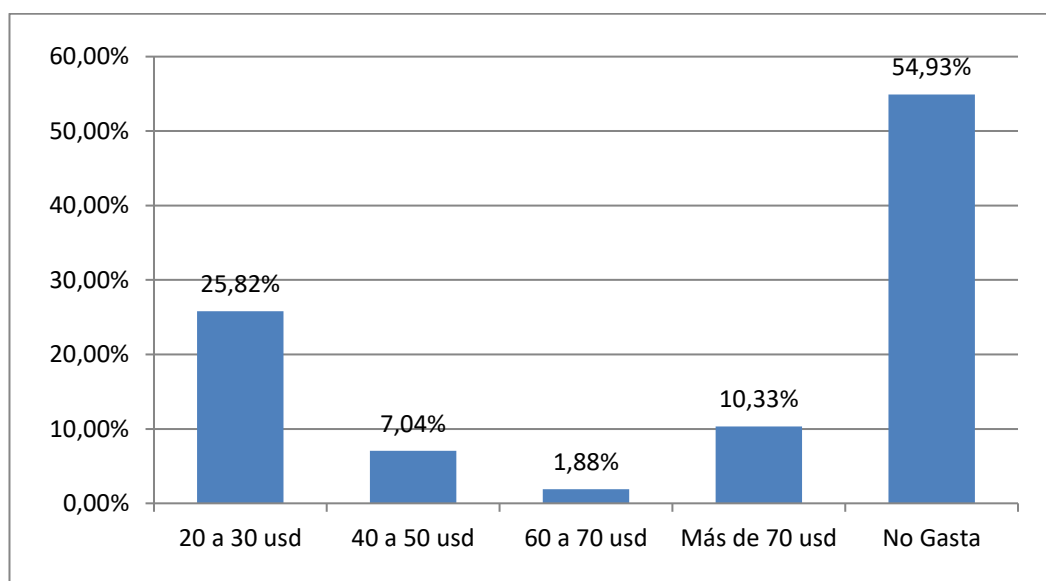
**Tabla N° 10 Gasto de bolsillo de los pacientes hipertensos en exámenes de laboratorio de dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre del 2016.**

GASTO DE BOLSILLO EN LABORATORIO.	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
20 a 30 dólares	56	25,82%	25,82%
40 a 50 dólares	15	7,04%	32,86%
60 a 70 dólares	4	1,88%	34,74%
Más de 70 dólares	22	10,33%	45,07%
No Gasta	119	54,93%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 12 Gasto de bolsillo de los pacientes hipertensos en exámenes de laboratorio en dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre del 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

Según el Gráfico N°12 se observa que el 54,93% de los pacientes encuestados no gasta de su bolsillo para la realización de exámenes de laboratorio, el 25,82% gasta entre 20 a 30 y el 1,88% de 60 a 70 dólares.

## 4.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

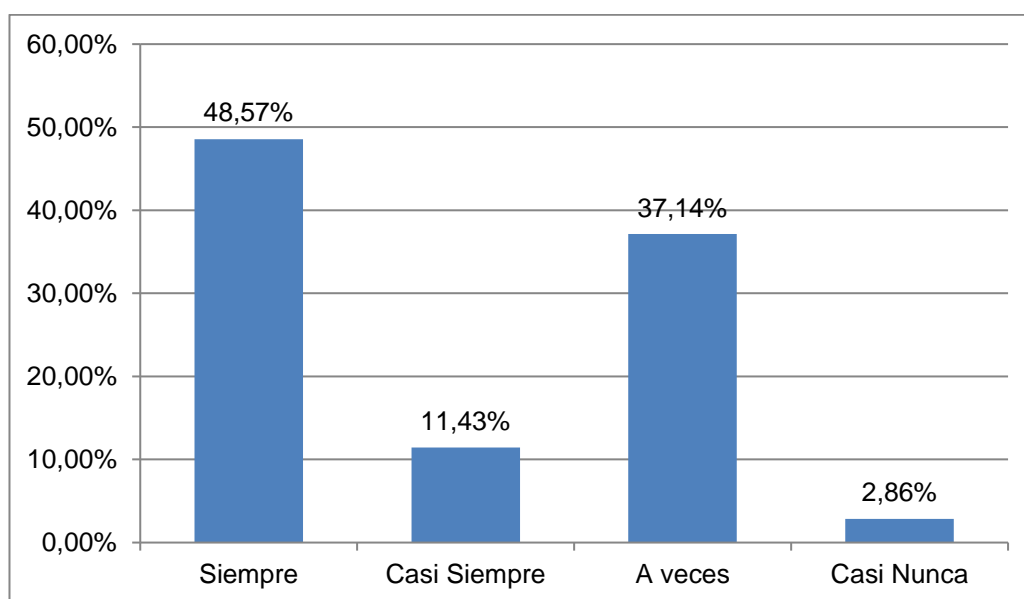
**Tabla N° 11 Puntualidad de los pacientes hipertensos en ingerir su medicación en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016**

PUNTUALIDAD EN INGERIR SU MEDICACIÓN	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	105	48,57%	48,57%
Casi Siempre	25	11,43%	60,00%
A veces	80	37,14%	97,14%
Casi Nunca	6	2,86%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 13 Puntualidad de los pacientes hipertensos en ingerir su medicación en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N° 13 se observa que el 48.57% de pacientes hipertensos siempre ingieren su medicación de manera puntual. Llama mucho la atención que el 37.14% lo hagan a veces.

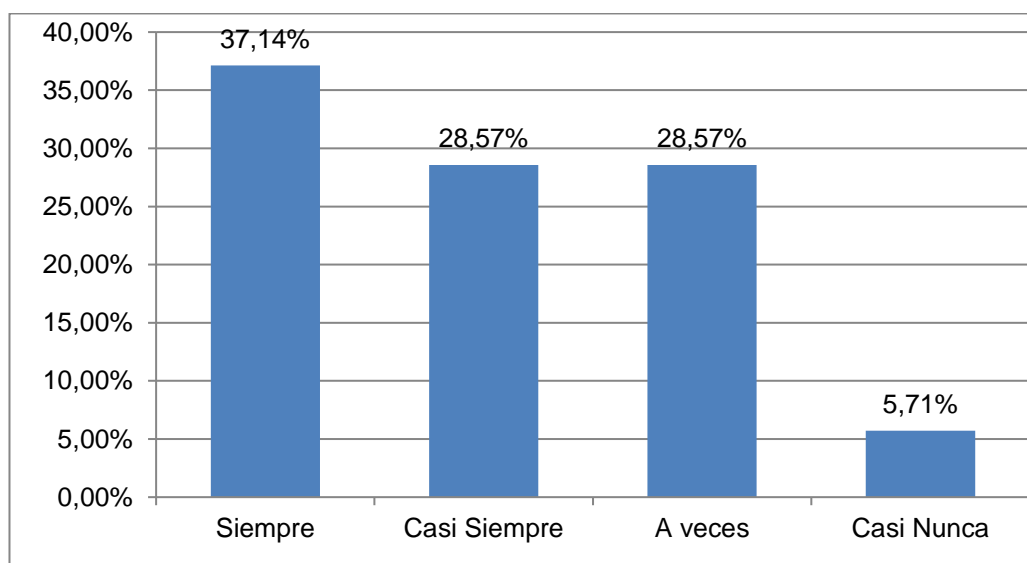
**Tabla N° 12 Cumplimiento con el horario prescrito para la ingesta de medicación en pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016**

CUMPLIMIENTO CON EL HORARIO PRESCRITO PARA INGESTA DE MEDICAMENTOS	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	80	37,14%	37,14%
Casi Siempre	62	28,57%	65,71%
A veces	62	28,57%	94,29%
Casi Nunca	12	5,71%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 14 Cumplimiento con el horario prescrito para a ingesta de medicación en pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

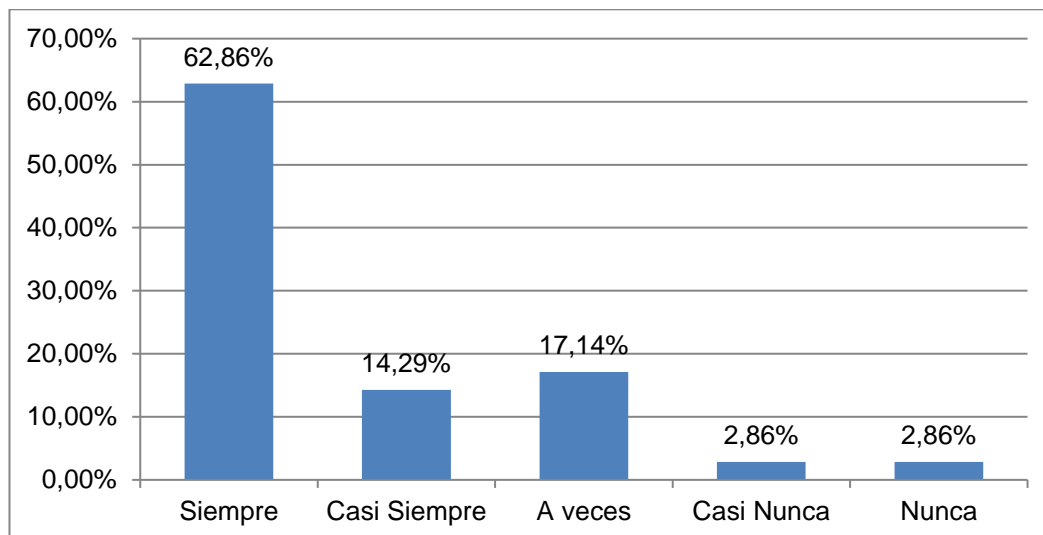
En el Gráfico N°14 El 37.14% de la población encuestada ingieren los medicamentos a la hora indicada, mientras que el 5,71% casi nunca lo hacen a la hora indicada.

**Tabla N° 13 Cumplimiento con los períodos prescritos para la realización de los análisis de laboratorio de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016**

CUMPLIMIENTO CON LOS PERÍODOS PRESCRITOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	136	62,86%	62,86%
Casi Siempre	31	14,29%	77,14%
A veces	37	17,14%	94,29%
Casi Nunca	6	2,86%	97,14%
Nunca	6	2,86%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 15 Cumplimiento con los períodos prescritos para la realización de los análisis de laboratorio de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N°15 el 68.57% de pacientes hipertensos mencionó que siempre se realizan los exámenes en el periodo que el médico se los indica.

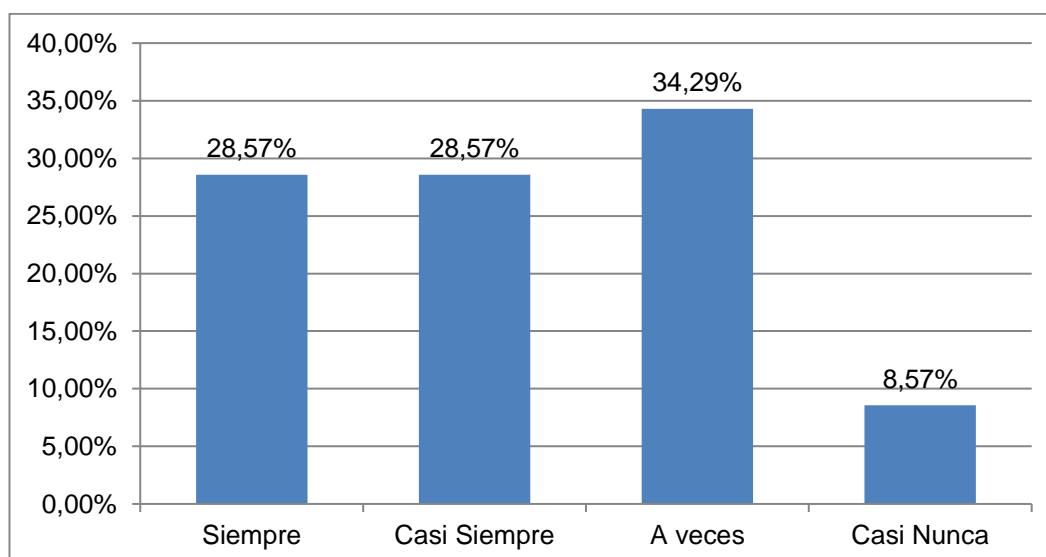
**Tabla N° 14 Cumplimiento de la dieta por parte del paciente hipertenso de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016**

CUMPLIMIENTO DE LA DIETA	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	62	28,57%	28,57%
Casi Siempre	62	28,57%	57,14%
A veces	74	34,29%	91,43%
Casi Nunca	19	8,57%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 16 Cumplimiento de la dieta por parte del paciente hipertenso de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

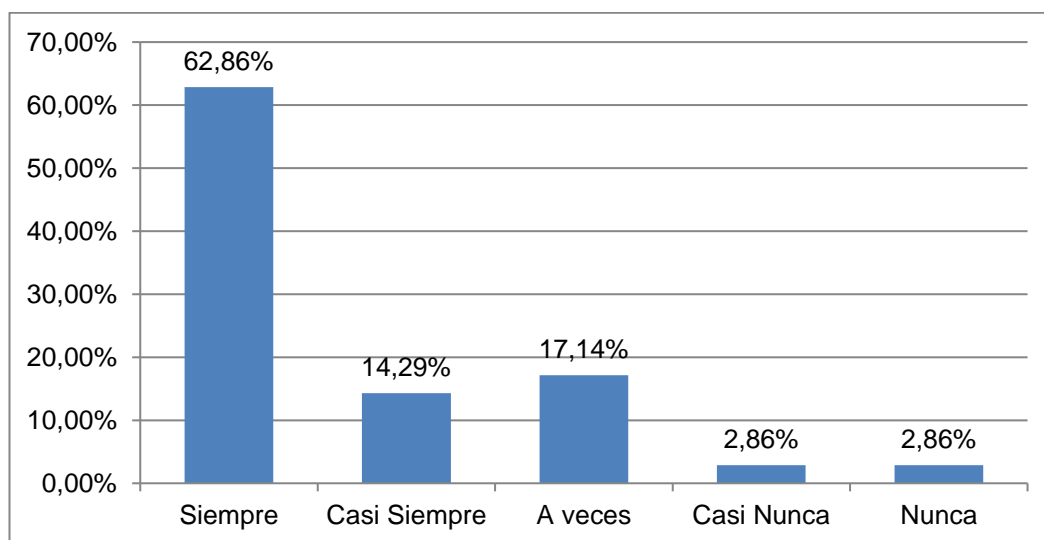
En el Gráfico N° 16 se observa que los pacientes hipertensos tiene el siguiente comportamiento: el 34.29% a veces sigue una dieta rigurosa, que sumado al 8,57% que casi nunca cumplen esta dieta supera el casi siempre y el siempre, esto influyen en la adherencia al tratamiento no farmacológico comentan que le es muy difícil seguir a carta cabal dichas indicaciones.

**Tabla N° 15 Puntualidad de los pacientes hipertensos en las consultas médicas en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016**

PUNTUALIDAD EN LAS CONSULTAS MÉDICAS	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	136	62,86%	62,86%
Casi Siempre	31	14,29%	77,14%
A veces	37	17,14%	94,29%
Casi Nunca	6	2,86%	97,14%
Nunca	6	2,86%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 17 Puntualidad de los pacientes hipertensos en las consultas médicas en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N° 17 se observa que el 62.86% de los pacientes hipertensos asisten de manera puntual a sus consultas.

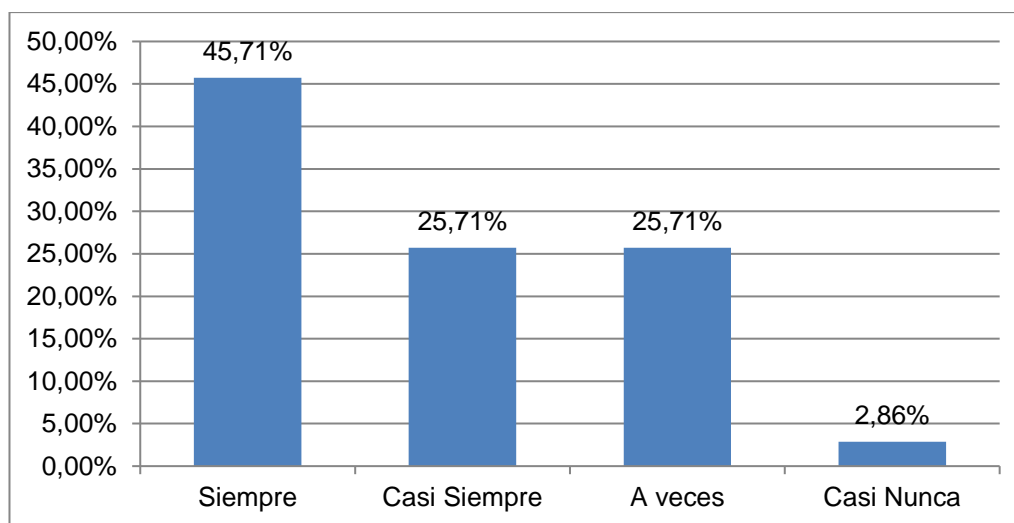
**Tabla N° 16 Cumplimiento de las recomendaciones del médico en pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016**

CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL MÉDICO	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	99	45,71%	45,71%
Casi Siempre	56	25,71%	71,43%
A veces	56	25,71%	97,14%
Casi Nunca	6	2,86%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 18 Cumplimiento de las recomendaciones del médico en pacientes hipertensos de dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N° 18 se evidencia que al aplicar la encuesta el 45.71% de los pacientes siempre atienden las recomendaciones de su médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar su salud, en contraste con 2,86% que casi nunca lo hace.

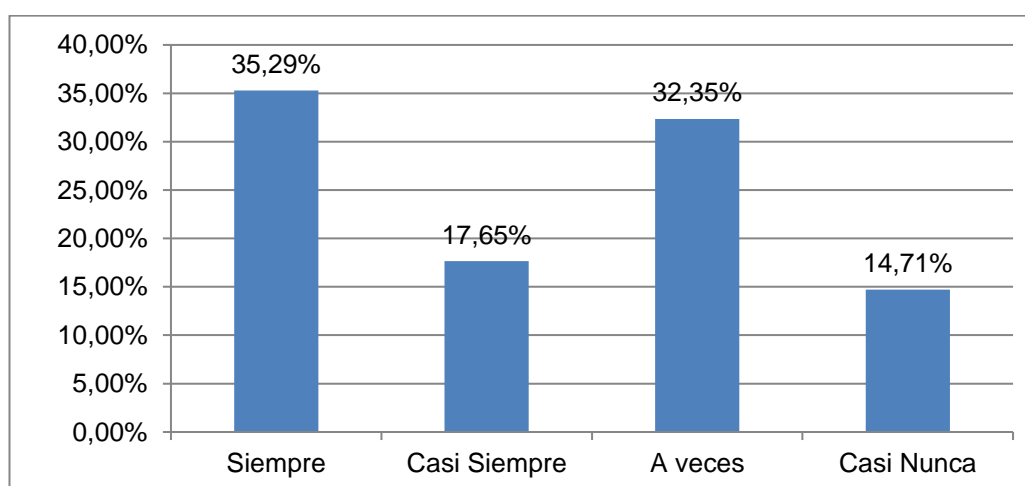
**Tabla N° 17 Disposición de los pacientes hipertensos para abandonar “hábitos nocivos” por prescripción médica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016**

DISPOSICIÓN DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS PARA ABANDONAR HÁBITOS NOCIVOS.	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	76	35,29%	35,29%
Casi Siempre	38	17,65%	52,94%
A veces	70	32,35%	85,29%
Casi Nunca	32	14,71%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 19 Disposición de los pacientes hipertensos para abandonar “hábitos nocivos” por prescripción médica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N° 19 se observa que el 35.29% de los pacientes siempre están dispuestos a dejar algo placentero como: fumar, ingerir bebidas alcohólicas si el médico se los ordena, sin embargo el 32,35% de los que a veces están dispuestos a hacerlo, sumado al 14,71% que casi nunca lo hacen constituye un porcentaje alto que puede influir en la adherencia al tratamiento no farmacológico.

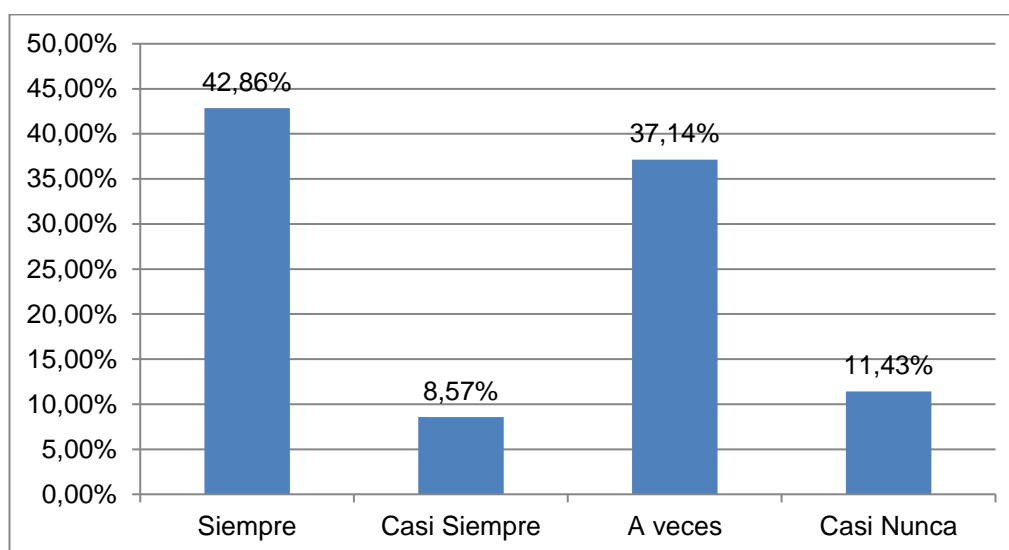
**Tabla N° 18 Pacientes hipertensos que consumen solo alimentos permitidos por el médico en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016**

PACIENTES HIPERTENSOS QUE CONSUMEN SOLO ALIMENTOS PERMITIDOS POR EL MÉDICO	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	93	42,86%	42,86%
Casi Siempre	19	8,57%	51,43%
A veces	80	37,14%	88,57%
Casi Nunca	25	11,43%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 20 Pacientes hipertensos que consumen solo alimentos permitidos por el médico en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N° 20 se observa que el 42.86% de los pacientes siempre ingieren los alimentos que le permite su médico. Sin embargo llama la atención que el 37.14% lo hacen a veces.

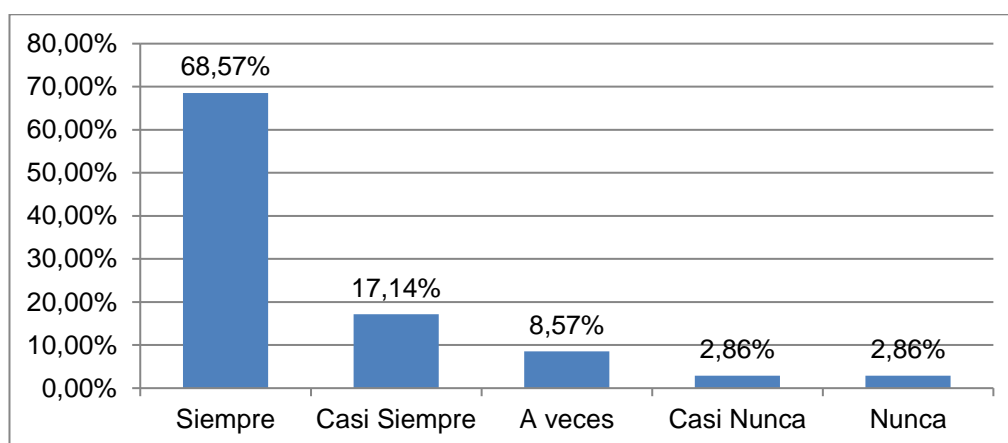
**Tabla N° 19 Pacientes hipertensos que sienten confianza con su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PACIENTES HIPERTENSOS QUE SIENTEN CONFIANZA CON SU MÉDICO	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	148	68,57%	68,57%
Casi Siempre	37	17,14%	85,71%
A veces	19	8,57%	94,29%
Casi Nunca	6	2,86%	97,14%
Nunca	6	2,86%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 21 Pacientes hipertensos que sienten confianza con su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 21 se observa que el 68.57% de los pacientes hipertensos entrevistados, consideran que su médico siempre les inspira confianza y esto les permite cumplir con su tratamiento; así existe también un 17, 14% de pacientes a quienes su médico les inspira casi siempre confianza, un 8,57% que a veces les inspira confianza, un 2,8% que casi nunca sienten confianza y un 2,86 que nunca sienten confianza. Si se suman los porcentajes de estos 4 grupos, existe un 31,4% de pacientes hipertensos quienes no tienen confianza en su médico.

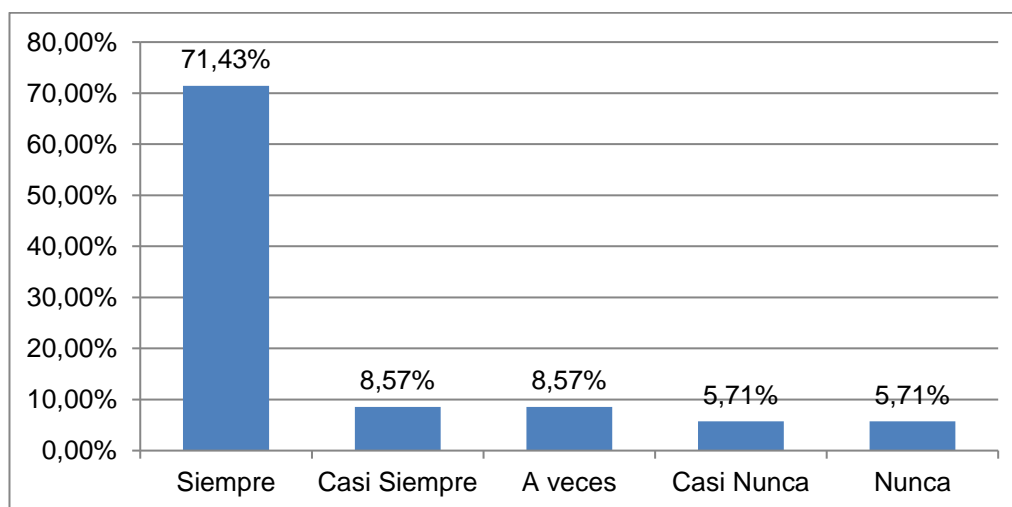
**Tabla N° 20 Pacientes hipertensos que regresan a su control médico rutinario después de terminar el tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PACIENTES HIPERTENSOS QUE REGRESAN A SU CONTROL MÉDICO DESPUÉS DE TERMINAR EL TRATAMIENTO.	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	154	71,43%	71,43%
Casi Siempre	19	8,57%	80,00%
A veces	19	8,57%	88,57%
Casi Nunca	12	5,71%	94,29%
Nunca	12	5,71%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 22 Pacientes hipertensos que regresan a su control médico rutinario después de terminar el tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N° 22 se observa que de los 216 pacientes hipertensos el 71.43% siempre regresan a consulta después de terminar el tratamiento si es que el médico se los indica.

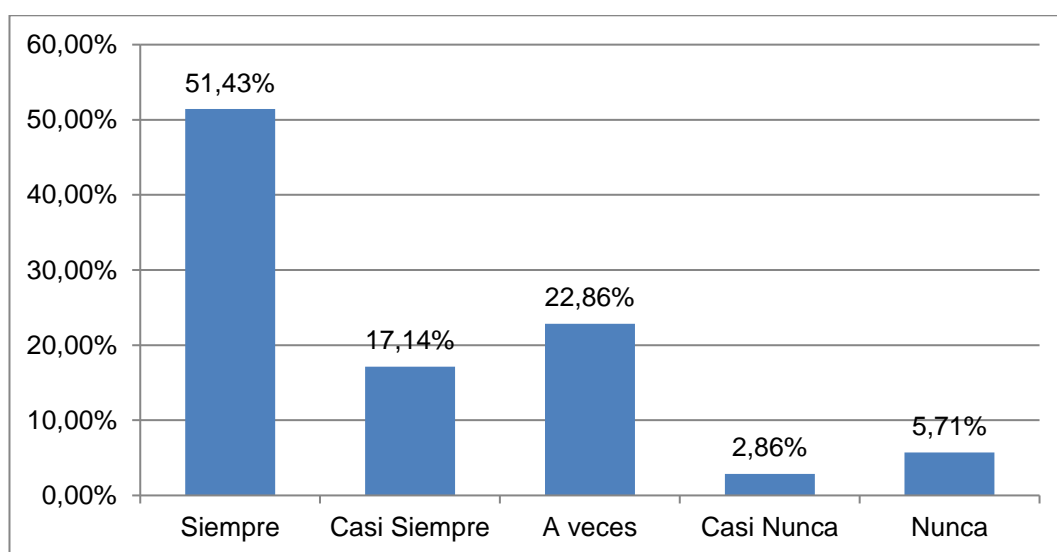
**Tabla N° 21 Apego de los pacientes hipertensos a su tratamiento basados en los resultados de sus análisis clínicos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

APEGO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS A SU TRATAMIENTO BASADOS EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	111	51,43%	51,43%
Casi Siempre	37	17,14%	68,57%
A veces	49	22,86%	91,43%
Casi Nunca	6	2,86%	94,29%
Nunca	12	5,71%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 23 Apego de los pacientes hipertensos a su tratamiento basado en los resultados de sus análisis clínicos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 23 se evidencia que el 51.43% se apegan más al tratamiento basados en los resultados de sus análisis clínicos, mientras que el 2,86 casi nunca lo hacen.

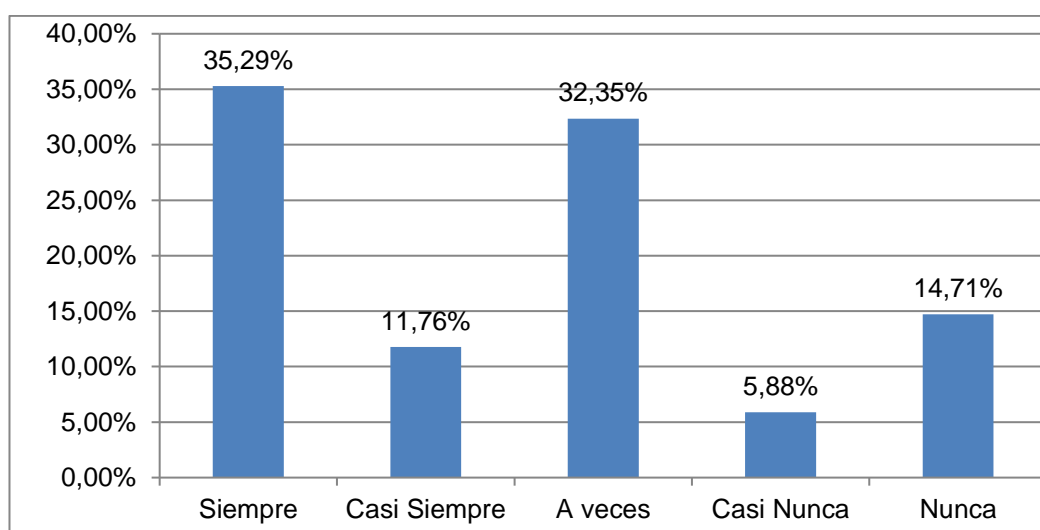
**Tabla N° 22 Atención al tratamiento que ponen los pacientes ante su enfermedad en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

ATENCIÓN AL TRATAMIENTO QUE PONEN ANTE SU ENFERMEDAD	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	76	35,29%	35,29%
Casi Siempre	25	11,76%	47,06%
A veces	70	32,35%	79,41%
Casi Nunca	13	5,88%	85,29%
Nunca	32	14,71%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 24 Atención al tratamiento que ponen los pacientes ante su enfermedad en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N° 24 se puede observar que la hipertensión arterial, a pesar de todas las explicaciones que entregan los médicos sobre lo peligrosa que es esta enfermedad, los pacientes ponen poca atención en el tratamiento así: el 35,29% siempre pone poca atención frente al 5,88% que casi nunca lo hacen.

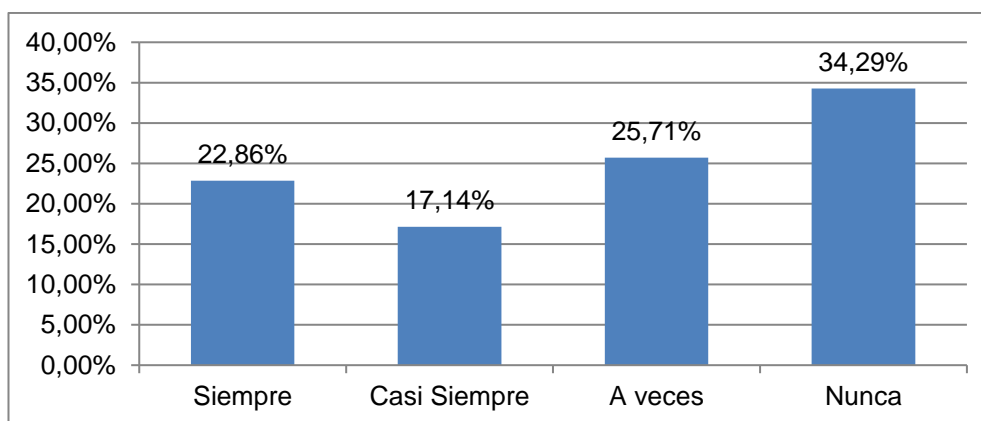
**Tabla N° 23 Frecuencia con la que los pacientes hipertensos olvidan tomar sus medicamentos debido a exceso de trabajo o actividades en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

FRECUENCIA CON LA QUE LOS PACIENTES HIERTENSOS OLVIDAN TOMAR SUS MEDICAMENTOS DEBIDO A EXCESO DE TRABAJO O ACTIVIDADES			
	FRECUENCIA	%	% ACUMUMULADO
Siempre	49	22,86%	22,86%
Casi Siempre	37	17,14%	40,00%
A veces	56	25,71%	65,71%
Nunca	74	34,29%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 25 Frecuencia con la que los pacientes hipertensos olvidan tomar sus medicamentos debido a exceso de trabajo o actividades en dos unidades del MSP. Agosto – Septiembre del 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N° 25 se observa que de los 216 pacientes hipertensos el 34,29% nunca se olvidan de tomar sus medicamentos aunque tengan muchas cosas por hacer, sin embargo 22,86% siempre se olvidan, 17,14% casi siempre y 25,71% a veces se olvidan. Sumados estos tres últimos porcentajes un 88, 57% de pacientes que se olvidan de tomar sus medicamentos, esto podría influir en la adherencia al tratamiento.

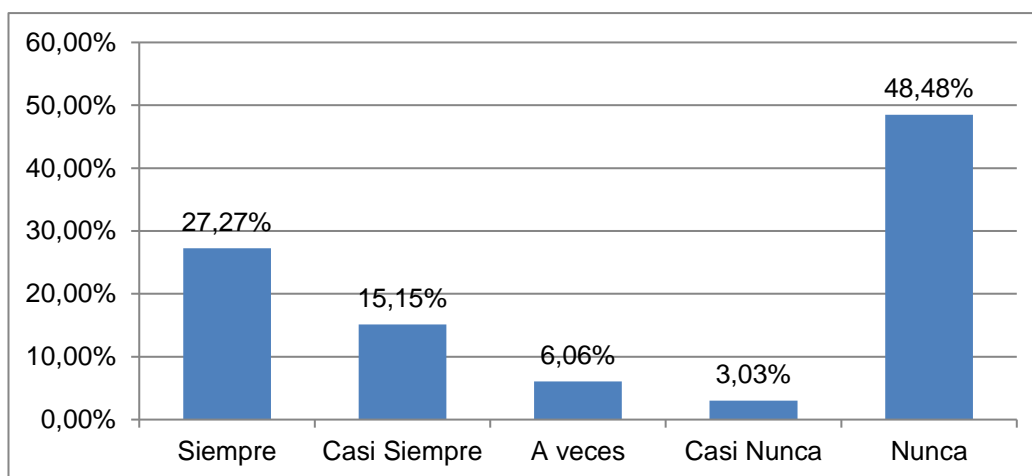
**Tabla N° 24 Pacientes hipertensos que abandonan el tratamiento porque desaparecen los síntomas en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016.**

PACIENTES HIPERTENSOS QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO PORQUE DESAPARECEN LOS SÍNTOMAS	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	59	27,27%	27,27%
Casi Siempre	33	15,15%	42,42%
A veces	13	6,06%	48,48%
Casi Nunca	7	3,03%	51,52%
Nunca	105	48,48%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 26 Pacientes hipertensos que abandonan el tratamiento porque desaparecen los síntomas en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N°26 se evidencia que el 48.48% de los pacientes hipertensos entrevistados menciona que nunca abandonan su tratamiento a pesar de observar que sus síntomas desaparecen, sin embargo existe un 27,27% de los pacientes que siempre abandonan el tratamiento porque ya no presentan síntomas.

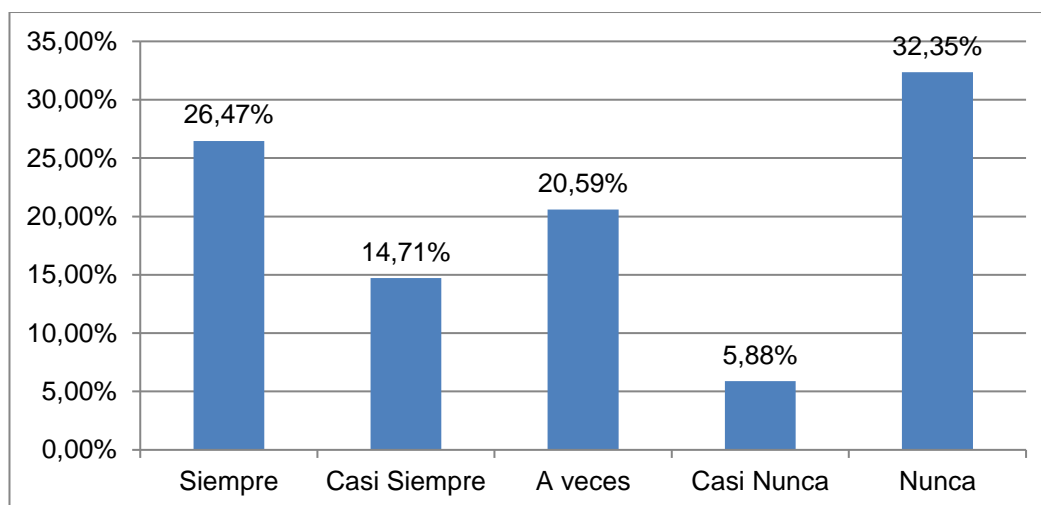
**Tabla N° 25 Pacientes hipertensos que abandonan el tratamiento porque no mejora su salud en poco tiempo en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PACIENTES HIPERTENSOS QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO PORQUE NO MEJORA SU SALUD EN POCO TIEMPO.	FRECUENCIA	%	% ACUMUMULADO
Siempre	57	26,47%	26,47%
Casi Siempre	32	14,71%	41,18%
A veces	44	20,59%	61,76%
Casi Nunca	13	5,88%	67,65%
Nunca	70	32,35%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 27 Pacientes hipertensos que abandonan el tratamiento porque no mejora su salud en poco tiempo en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N° 27 se observa que el 32.35% de pacientes hipertensos entrevistados, expresan que nunca dejan su tratamiento a pesar de no ver mejoría en su salud.

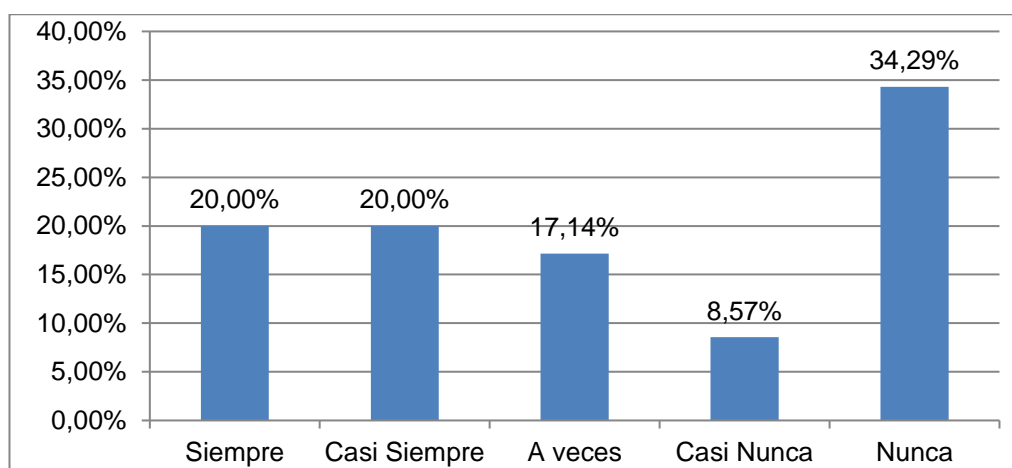
**Tabla N° 26 Pacientes hipertensos que hacen ejercicio continuo por exigencia de su tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016.**

PACIENTES HIPERTENSOS QUE HACEN EJERCICIO CONTINUO POR EXIGENCIA DE SU TRATAMIENTO	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	43	20,00%	20,00%
Casi Siempre	43	20,00%	40,00%
A veces	37	17,14%	57,14%
Casi Nunca	19	8,57%	65,71%
Nunca	74	34,29%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 28 Pacientes hipertensos que hacen ejercicio continuo por exigencia de su tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N°28 se observa que el tratamiento de la hipertensión arterial exige ejercicio continuo. Al consultar a los pacientes sobre este tema se encontró que el 34,29% nunca hacen ejercicio continuo como parte de su tratamiento, sin embargo existe un 20% que siempre y casi siempre lo hacen, lo cual contribuye de manera significativa a su adherencia al tratamiento no farmacológico.

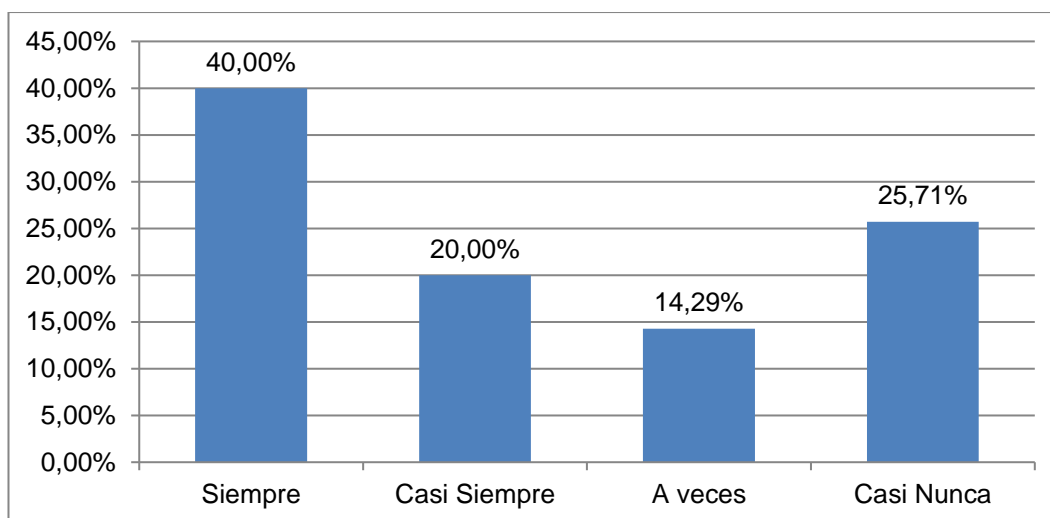
**Tabla N° 27 Pacientes hipertensos que necesitan un recordatorio para tomar la medicación en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016.**

PACIENTES HIPERTENSOS QUE NECESITAN UN RECORDATORIO PARA TOMAR LA MEDICACIÓN	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	86	40,00%	40,00%
Casi Siempre	43	20,00%	60,00%
A veces	31	14,29%	74,29%
Nunca	56	25,71%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 29 Pacientes hipertensos que necesitan un recordatorio para tomar la medicación en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

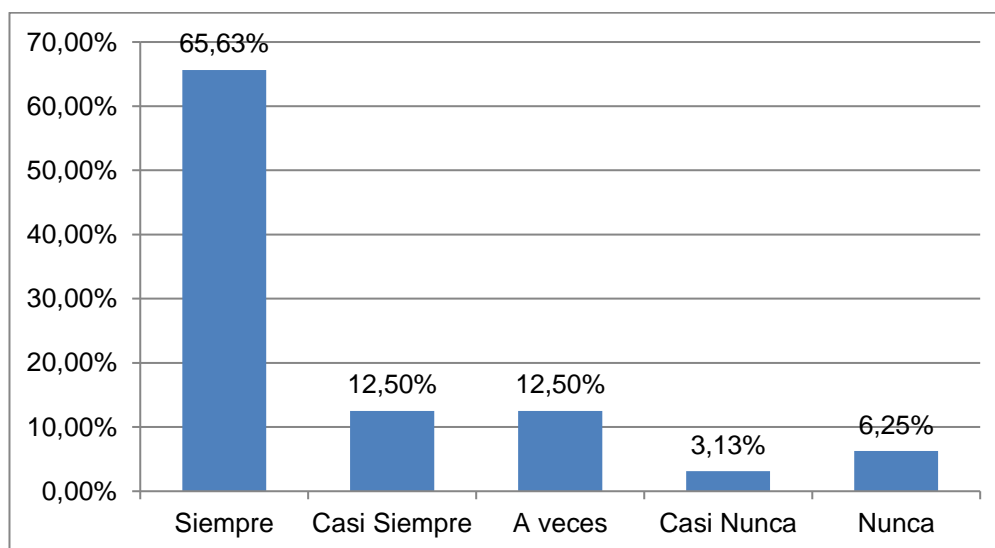
En el Gráfico N° 29 se evidencia que de los pacientes hipertensos encuestados, el 40.0% siempre necesitan que les recuerden la toma de su medicación, en contraste del 25,71% que casi nunca necesitan que les recuerden.

**Tabla N° 28 Pacientes hipertensos que se realizan análisis clínicos aunque no estén enfermos en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016.**

SE REALIZA LOS ANÁLISIS CLÍNICOS AUNQUE NO ESTÉ ENFERMO	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	142	65,63%	65,63%
Casi Siempre	27	12,50%	78,13%
A veces	27	12,50%	90,63%
Casi Nunca	7	3,13%	93,75%
Nunca	14	6,25%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 30 Pacientes hipertensos que se realizan análisis clínicos aunque no estén enfermos en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N°30 se observa que el 65.63% de pacientes hipertensos siempre se hacen los análisis periódicamente como se los recomienda su médico, frente al 3,13% que casi nunca lo hacen.

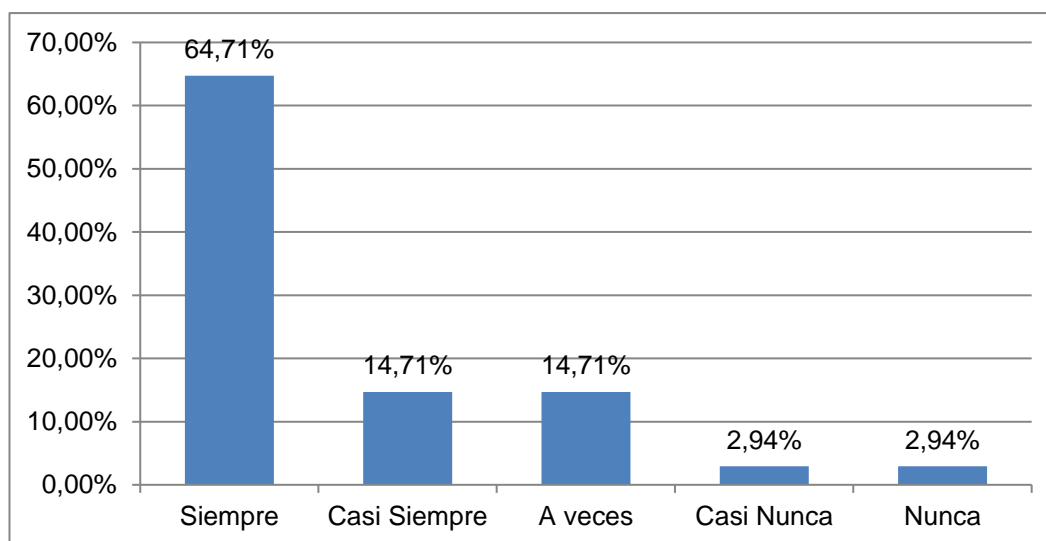
**Tabla N° 29 Pacientes hipertensos en los cuales el médico les inspira confianza si demuestra conocer su enfermedad en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

EL MÉDICO INSPIRA CONFIANZA SI DEMUESTRA CONOCER SU ENFERMEDAD	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	140	64,71%	64,71%
Casi Siempre	32	14,71%	79,41%
A veces	32	14,71%	94,12%
Casi Nunca	6	2,94%	97,06%
Nunca	6	2,94%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 31 Pacientes hipertensos en los cuales el médico inspira confianza si demuestra conocer su enfermedad en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N° 31 se establece que el 64.71% de los pacientes hipertensos encuestados sienten más confianza si el médico les demuestra conocer su enfermedad.

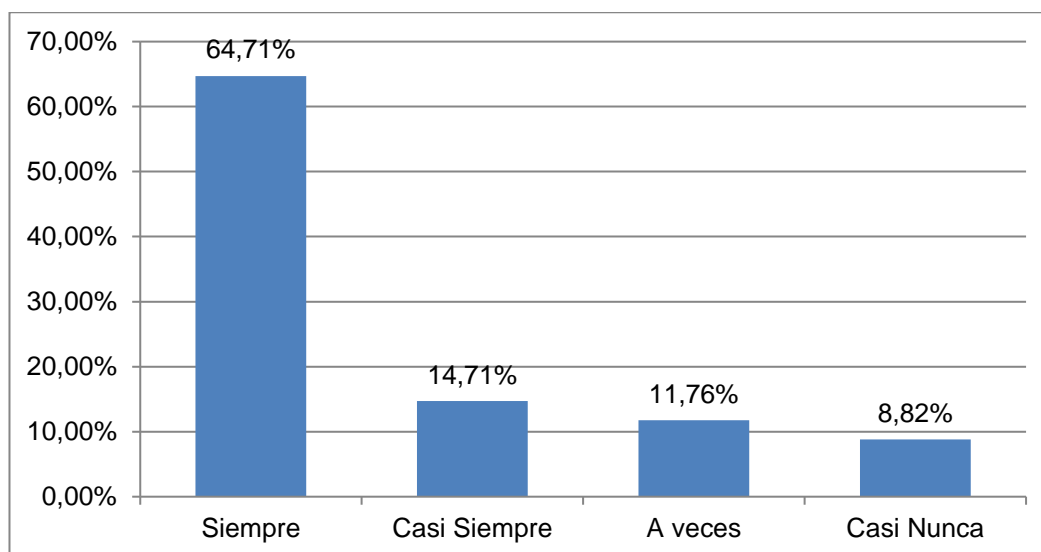
**Tabla N° 30 Pacientes hipertensos que manifiestan que si la enfermedad es grave hacen lo que sea por aliviarse en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

SI LA ENFERMEDAD ES GRAVE HACE LO QUE SEA POR ALIVIARSE	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	140	64,71%	64,71%
Casi Siempre	32	14,71%	79,41%
A veces	25	11,76%	91,18%
Casi Nunca	19	8,82%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 32 Pacientes hipertensos que manifiestan que si la enfermedad es grave hacen lo que sea por aliviarse en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

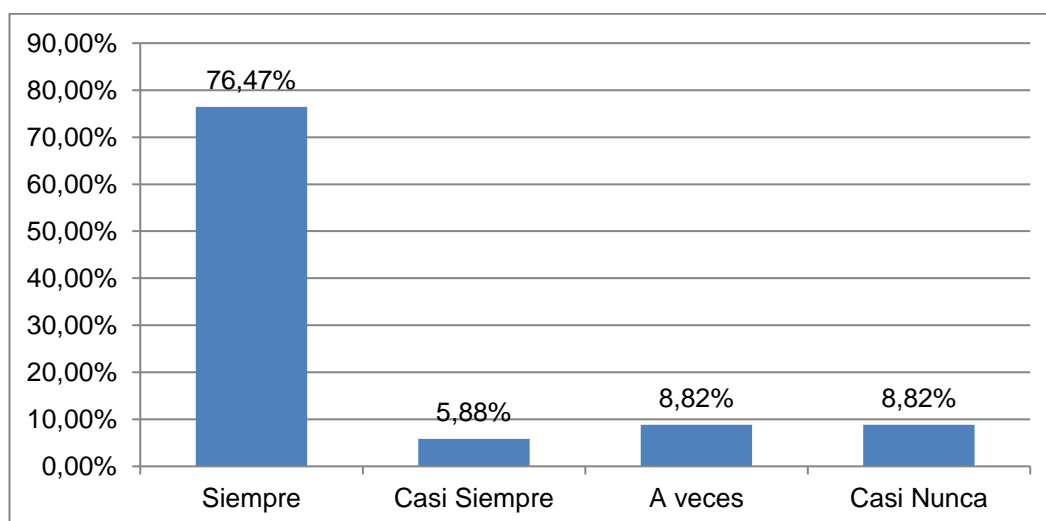
En el Gráfico N° 32 se observa que de los pacientes hipertensos el 64.71% siempre hacen todo lo que este en sus manos para aliviarse cuando sospechan que su enfermedad es grave.

**Tabla N° 31 Pacientes hipertensos que continúan el tratamiento aunque este sea complicado en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PACIENTES HIPERTENSOS QUE CONTINUAN EL TRATAMIENTO AUNQUE ESTE SEA COMPLICADO	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Siempre	165	76,47%	76,47%
Casi Siempre	13	5,88%	82,35%
A veces	19	8,82%	91,18%
Casi Nunca	19	8,82%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 33 Pacientes hipertensos que continúan el tratamiento aunque este sea complicado en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N°33 se observa que de todos los pacientes hipertensos consultados, el 76.47% siempre siguen el tratamiento aunque sea complicado.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes hipertensos que formaron parte de este estudio se analizó de la siguiente manera: 143 pacientes constituyeron el 66% de la muestra, los mismos que fueron considerado como adheridos al tratamiento. Mientras que 73 pacientes representaron al 34% los cuales no se encuentran adheridos al tratamiento; según se observa en la siguiente tabla y gráfico.

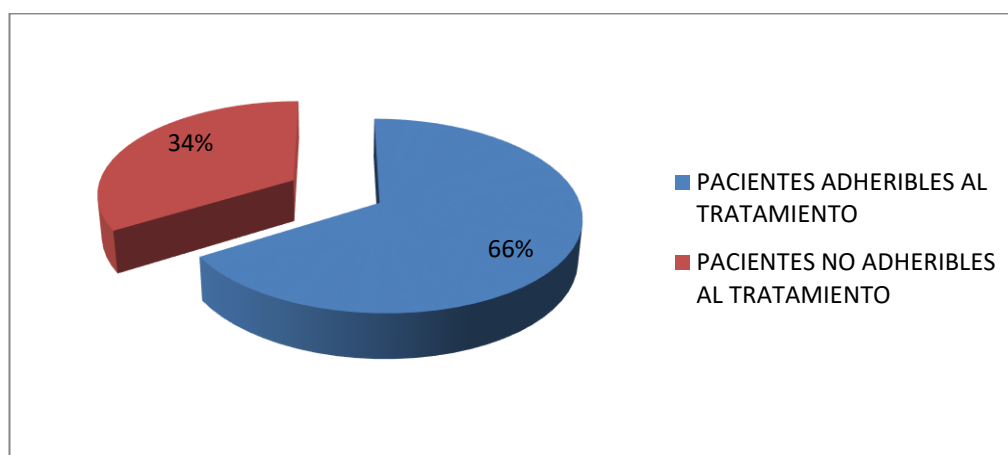
**Tabla N° 32 Adherencia al tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

ADHERENCIA	PACIENTES	%
Pacientes adheribles al tratamiento	143	66%
Pacientes no adheribles al tratamiento	73	34%
Total	216	100%

Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 34 Adherencia al Tratamiento**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Tabla N° 33 Chi cuadrado y t de students para variables sociodemográficas**

VARIABLES	PRUEBA t PARA LA IGUALDAD DE MEDIDAS	
	CHI CUADRADO	SIGNIFICANCIA
<b>SOCIODEMOGRAFIAS</b>		
Ocupación	18,875a	0,092
Edad	42,414a	0
Sexo	14,573a	0,024
Zona de residencia	5,045a	0,169
Auto identificación	6,838a	0,868
Escolaridad	12,916a	0,166
Con que frecuencias realiza usted sus controles médicos por su hipertensión	13,962a	0,03
Cuánto gasta de su bolsillo para la compra de medicación antihipertensiva	20,202	0,063
Cuánto gasta de su bolsillo para realización de Exámenes de laboratorio	13,535	0,331

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En la Tabla N°33 según la prueba de estudio chi cuadrado con una p menor a 0,05 se demostró que en los pacientes encuestados: la edad, el sexo, y la frecuencia con que se realizan los controles médicos son significativos.

**ENCUESTA PATIENT DOCTOR RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE  
(PDRQ-9)**

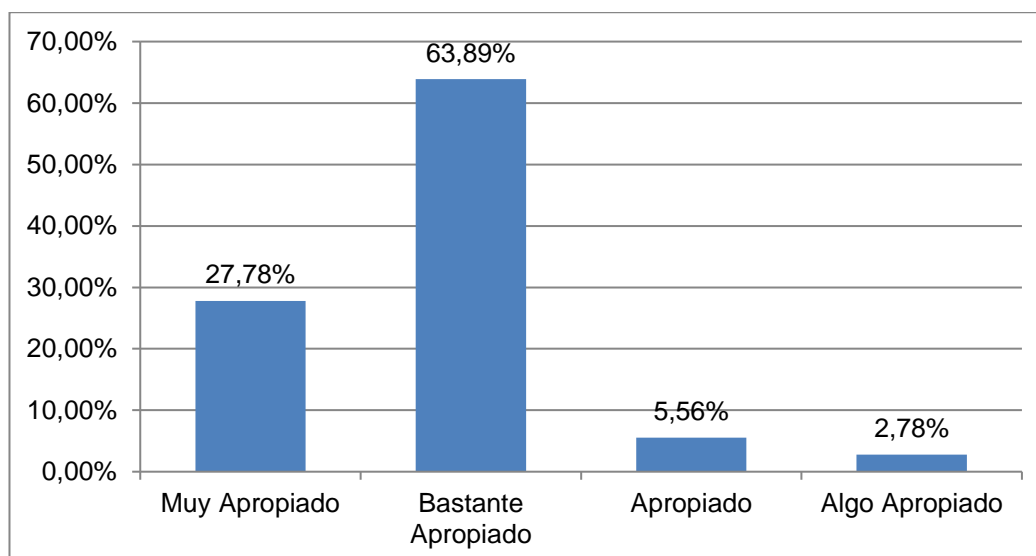
**Tabla N° 34 Pacientes hipertensos que consideran tener ayuda de su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PACIENTES HIPERTENSOS QUE CONSIDERAN TENER AYUDA DE SU MÉDICO.	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Muy Apropiado	60	27,78%	27,78%
Bastante Apropiado	138	63,89%	91,67%
Apropiado	12	5,56%	97,22%
Algo Apropiado	6	2,78%	100,00%
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 35 Pacientes hipertensos que consideran tener ayuda de su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 35 se puede observar que 63.89% de los pacientes consideran bastante apropiada la ayuda que reciben de sus médicos.

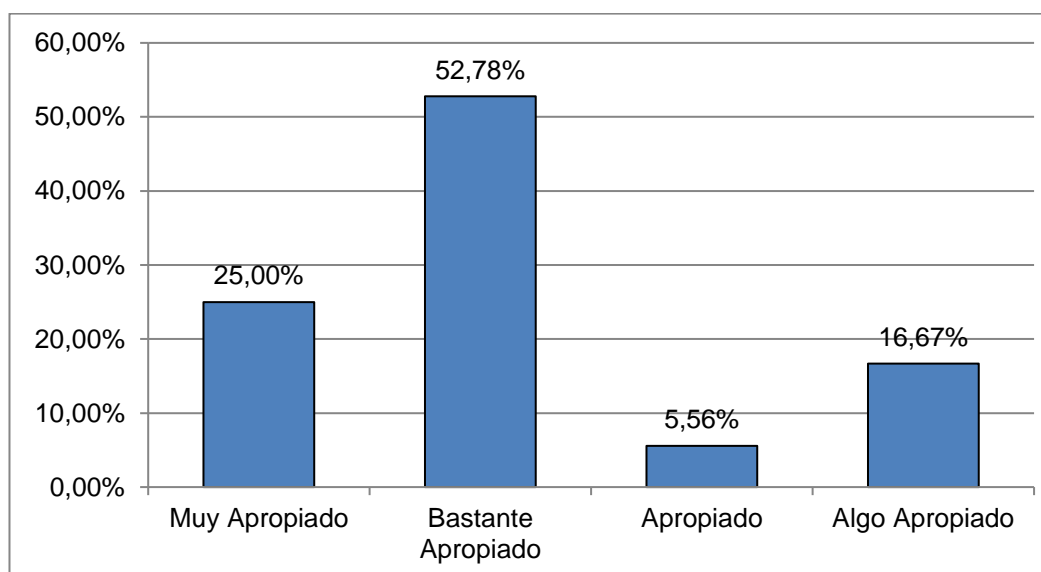
**Tabla N° 35 Pacientes hipertensos que reciben tiempo suficiente de sus médicos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PACIENTES HIPERTENSOS QUE RECIBEN TIEMPO SUFICIENTE DE SUS MÉDICOS	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Muy Apropiado	54	25,00%	25,00%
Bastante Apropiado	114	52,78%	77,78%
Apropiado	12	5,56%	83,33%
Algo Apropiado	36	16,67%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 36 Pacientes hipertensos que reciben tiempo suficiente de sus médicos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 36 se puede observar que el 52.78% de los pacientes consideran bastante apropiado el tiempo que su médico les dedica.

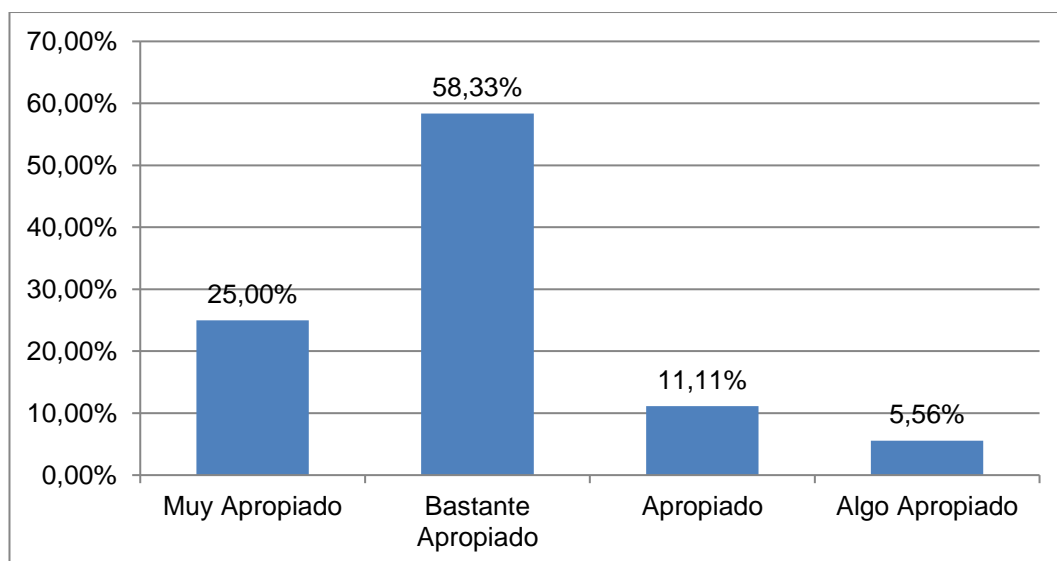
**Tabla N° 36 Pacientes hipertensos que creen en su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PACIENTES HIPERTENSOS QUE CREEN EN SU MÉDICO	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Muy Apropiado	54	25,00%	25,00%
Bastante Apropiado	126	58,33%	83,33%
Apropiado	24	11,11%	94,44%
Algo Apropiado	12	5,56%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando

**Gráfico N° 37 Pacientes hipertensos que creen en su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N°37 se puede observar que el 58.33% de los pacientes consideran bastante apropiado el creer en su médico.

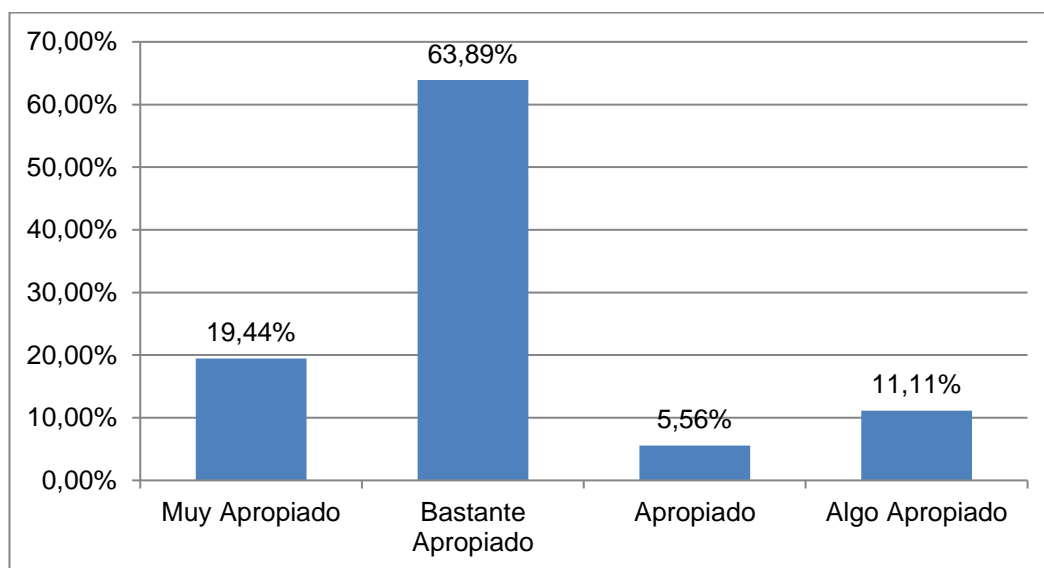
**Tabla N° 37 Percepción de los pacientes hipertensos por el entendimiento de sus médicos en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016.**

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS POR EL ENTENDIMIENTO DE SUS MÉDICOS	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Muy Apropiado	42	19,44%	19,44%
Bastante Apropiado	138	63,89%	83,33%
Apropiado	12	5,56%	88,89%
Algo Apropiado	24	11,11%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 38 Percepción de los pacientes hipertensos por el entendimiento de sus médicos en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 38 se observa que el 63.89% de los pacientes hipertensos entrevistados consideran bastante apropiado el grado de entendimiento que tiene su médico con su condición de salud; existe también un 19,44% que consideran que este grado de entendimiento es muy apropiado.

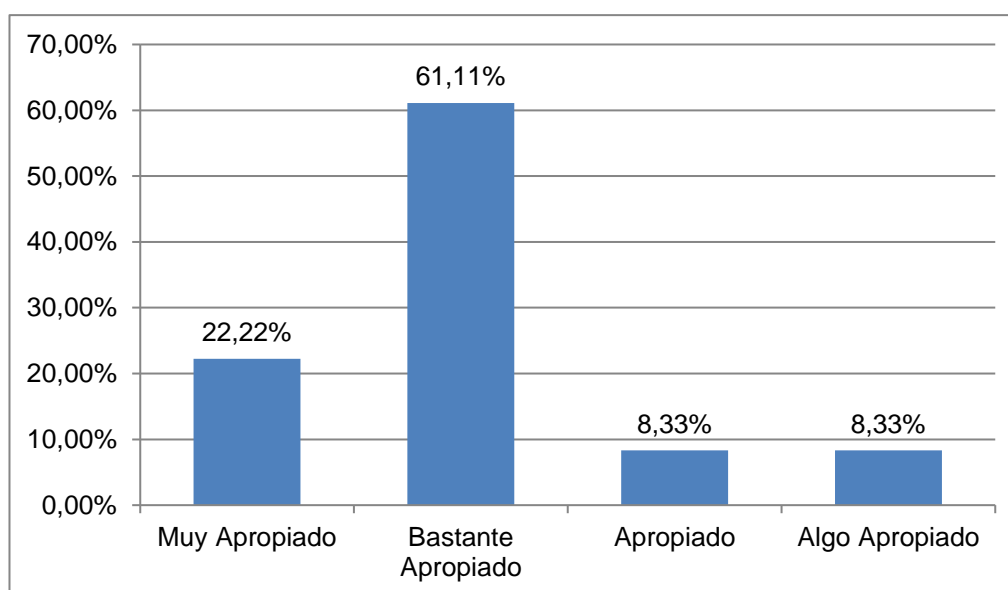
**Tabla N° 38 Percepción de los pacientes hipertensos de la dedicación de sus médicos a ayudarles en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA DEDICACIÓN DE SUS MÉDICOS A AYUDARLES	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Muy Apropiado	48	22,22%	22,22%
Bastante Apropiado	132	61,11%	83,33%
Apropiado	18	8,33%	91,67%
Algo Apropiado	18	8,33%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 39 Percepción de los pacientes hipertensos de la dedicación de sus médicos a ayudarles en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 39 se puede observar que el 61.11% de los pacientes consideran que es bastante apropiado que su médico se dedica a ayudarle, existe también un 22,22% que consideran que es muy apropiado que su médico les ayude.

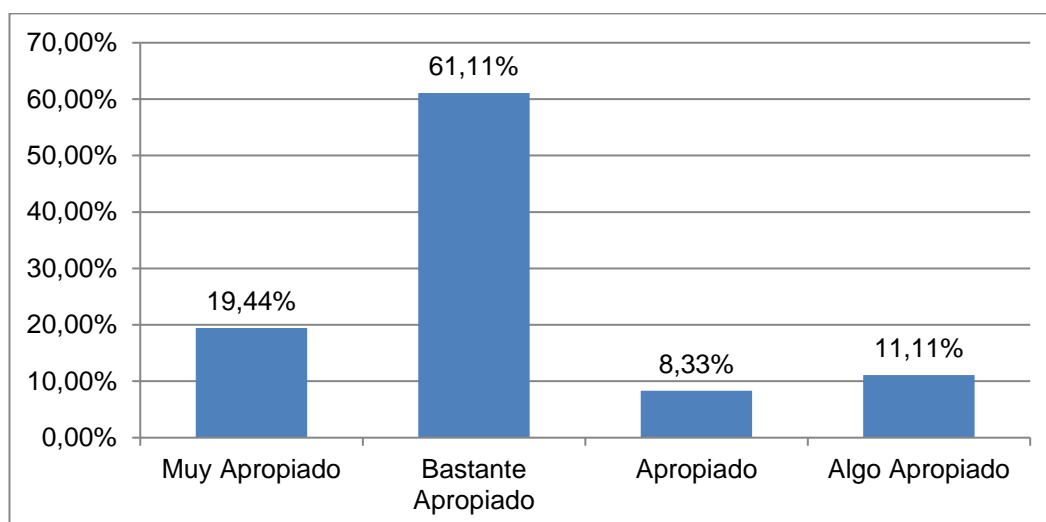
**Tabla N° 39 Percepción de los pacientes hipertensos sobre el nivel de acuerdo con su médico en relación a sus síntomas en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS SOBRE EL NIVEL DE ACUERDO CON SU MÉDICO EN RELACIÓN A SUS SÍNTOMAS	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Muy Apropiado	42	19,44%	19,44%
Bastante Apropiado	132	61,11%	80,56%
Apropiado	18	8,33%	88,89%
Algo Apropiado	24	11,11%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 40 Percepción de los pacientes hipertensos sobre el nivel de acuerdo con su médico en relación a sus síntomas en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 40 se puede observar que el 61.11% de los pacientes consideran que es bastante apropiado que su médico y ellos estén de acuerdo sobre la naturaleza de sus síntomas.

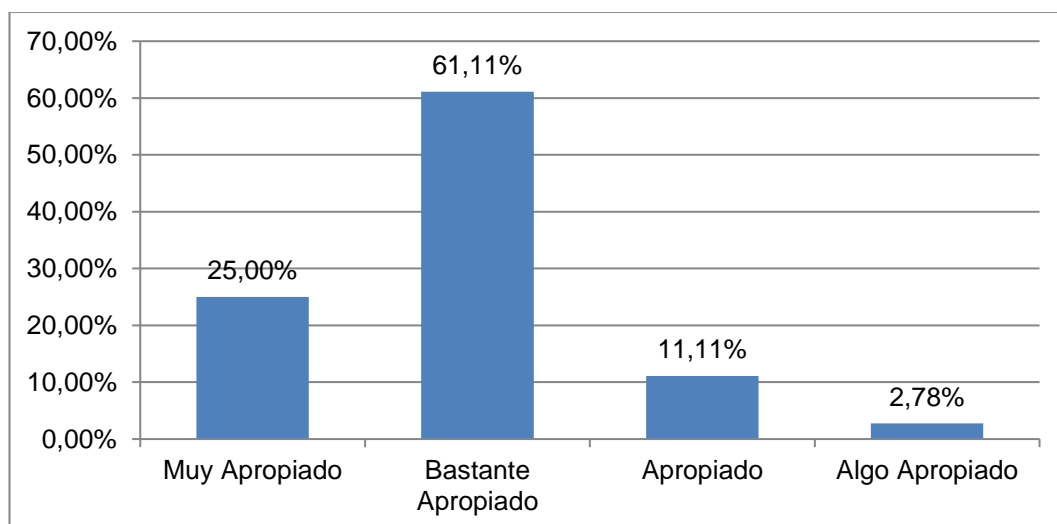
**Tabla N° 40 Pacientes hipertensos que consideran pueden hablar con su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PACIENTES HIPERTENSOS QUE CONSIDERAN PUEDEN HABLAR CON SU MÉDICO.	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Muy Apropiado	54	25,00%	25,00%
Bastante Apropiado	132	61,11%	86,11%
Apropiado	24	11,11%	97,22%
Algo Apropiado	6	2,78%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 41 Pacientes hipertensos que consideran pueden hablar con su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 41 se puede observar que el 61.11% de los pacientes consideran que es bastante apropiado el poder hablar con su médico en la consulta.

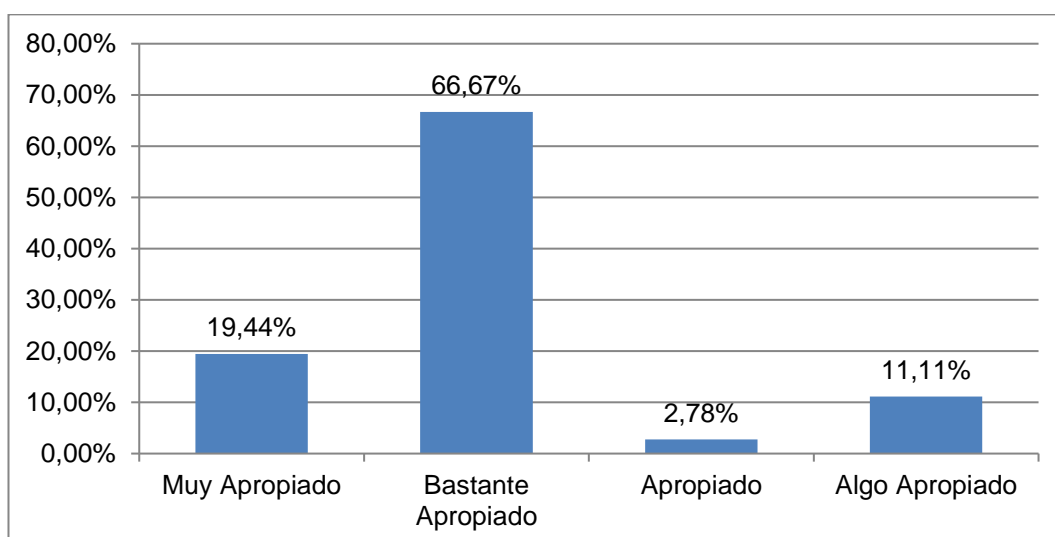
**Tabla N° 41 Calificación que los pacientes dan a su tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

CALIFICACIÓN QUE LOS PACIENTES DAN A SU TRATAMIENTO	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Muy Apropiado	42	19,44%	19,44%
Bastante Apropiado	144	66,67%	86,11%
Apropiado	6	2,78%	88,89%
Algo Apropiado	24	11,11%	100,00%
TOTAL	216	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 42 Calificación que los pacientes dan a su tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



Fuente: Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

Elaborado por: Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 42 se observa que el 66.67% de los pacientes hipertensos entrevistados consideran que su tratamiento es bastante apropiado y un 19,44% señalan que su tratamiento es muy apropiado.

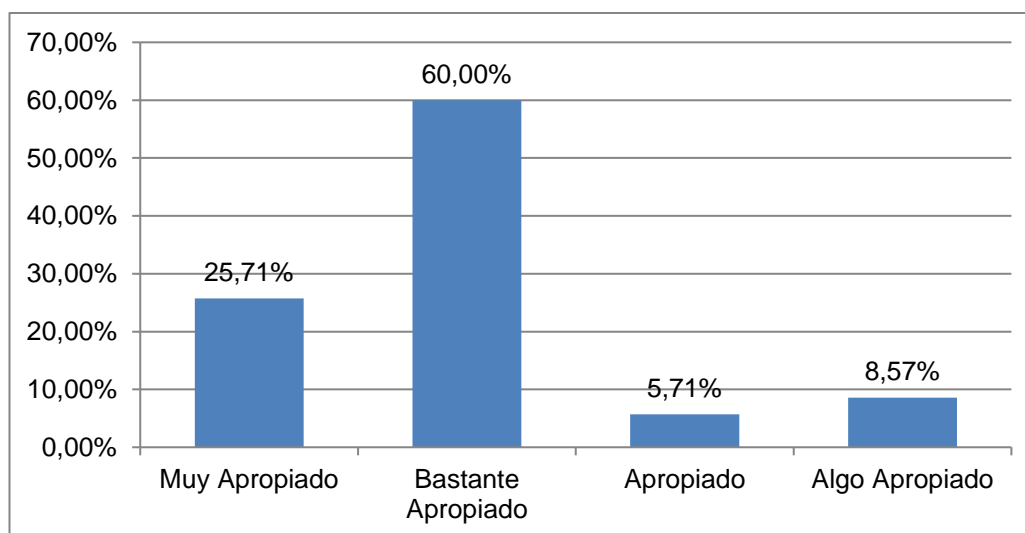
**Tabla N° 42 Percepción del paciente sobre su accesibilidad a su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE SU ACCESIBILIDAD A SU MÉDICO	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Muy Apropiado	56	25,71%	25,71%
Bastante Apropiado	130	60,00%	85,71%
Apropiado	12	5,71%	91,43%
Algo Apropiado	19	8,57%	100,00%
TOTAL	217	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 43 Percepción del paciente sobre su accesibilidad a su médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 43 se puede observar que el 60.00% de los pacientes sienten a su médico fácilmente accesible de una forma bastante apropiada.

## EMPATÍA MÉDICA JEFFERSON PROFESIONALES

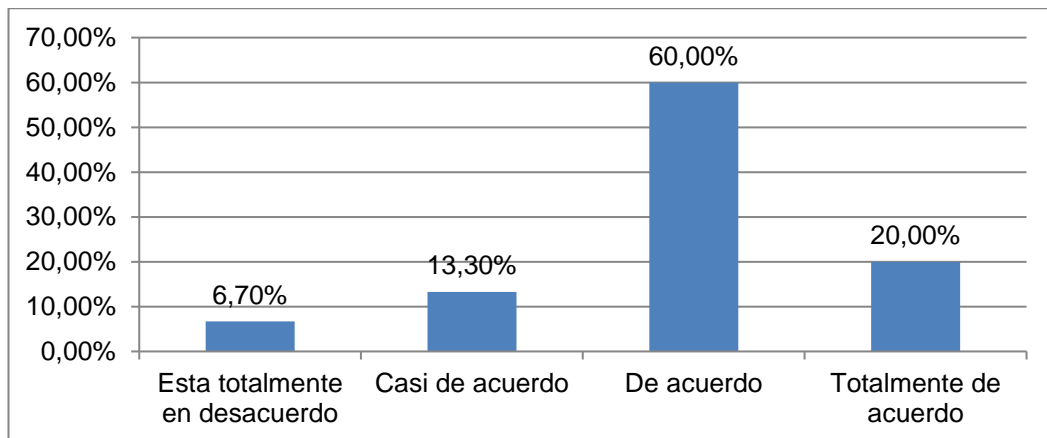
**Tabla N° 43 Médicos que comprenden los sentimientos de sus pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

MÉDICOS QUE COMPRENDEN LOS SENTIMIENTOS DE SUS PACIENTES	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	1	6,70%	6,70%
Casi de acuerdo	2	13,30%	20,00%
De acuerdo	9	60,00%	80,00%
Totalmente de acuerdo	3	20,00%	100,00%
TOTAL	15	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 44 Médicos que comprenden los sentimientos de sus pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

El gráfico N° 44 permite demostrar que el 60 % de los médicos participantes en este estudio están de acuerdo que al comprender los sentimientos de los pacientes hipertensos les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma. De la misma forma existe un 20% que está totalmente de acuerdo con este planteamiento. Esto ratifica la empatía que genera un médico con su paciente durante la consulta.

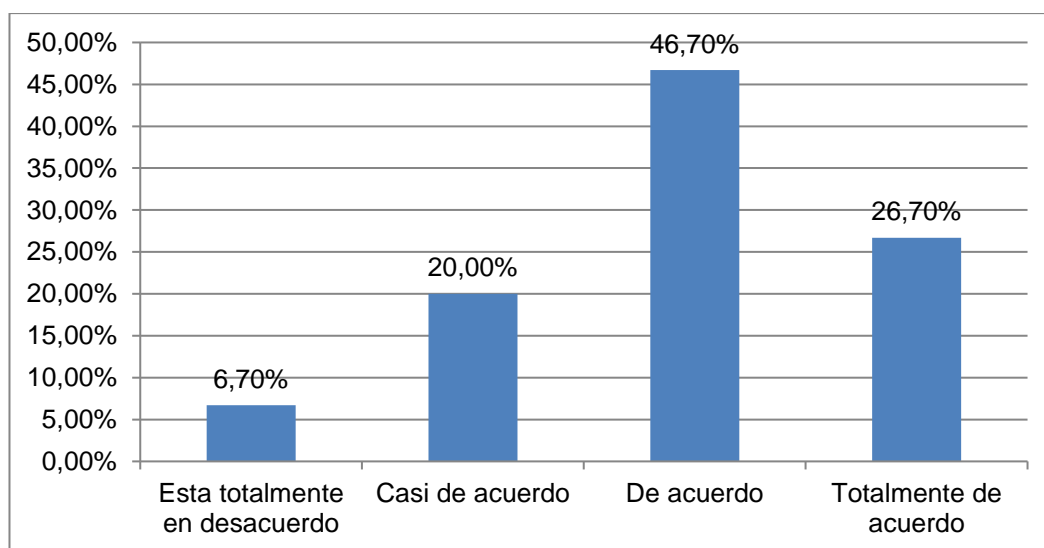
**Tabla N° 44 Médicos que tratan de “ponerse en el lugar del paciente” durante la consulta médica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016**

MÉDICOS QUE TRATAN DE “PONERSE EN EL LUGAR DEL PACIENTE” DURANTE LA CONSULTA	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	1	6,70%	6,70%
Casi de acuerdo	3	20,00%	26,67%
De acuerdo	7	46,70%	73,33%
Totalmente de acuerdo	4	26,70%	100,00%
TOTAL	15	100.00%	100.00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 45 Médicos que tratan de “ponerse en el lugar del paciente” durante la consulta médica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2011

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el Gráfico N° 45 se observa que el 46,70% de los médicos están de acuerdo en tratar de ponerse en el lugar de los pacientes cuando los están atendiendo, mientras el 6,70% de ellos está totalmente desacuerdo.

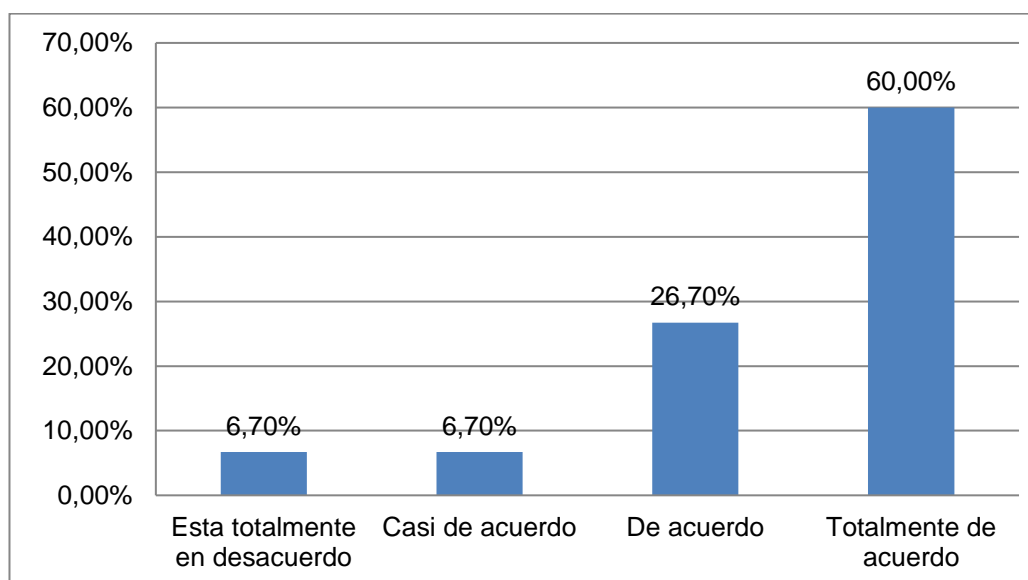
**Tabla N° 45 Percepción de los médicos de la comprensión de los sentimientos de sus pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS DE LA COMPRENSIÓN DE LOS SENTIMIENTOS DE SUS PACIENTES HIPERTENSOS.	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	1	6,70%	6,70%
Casi de acuerdo	1	6,70%	13,33%
De acuerdo	4	26,70%	40,00%
Totalmente de acuerdo	9	60,00%	100,00%
TOTAL	15	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 46 Percepción de los médicos de la comprensión de los sentimientos de sus pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

El gráfico N° 46 permite apreciar que el 60% de los médicos encuestados están totalmente de acuerdo con que los pacientes se sienten mejor cuando sus sentimientos son comprendidos; el 26,7% está de acuerdo; el 6,7% está casi de acuerdo y un 6,7% está en total desacuerdo.

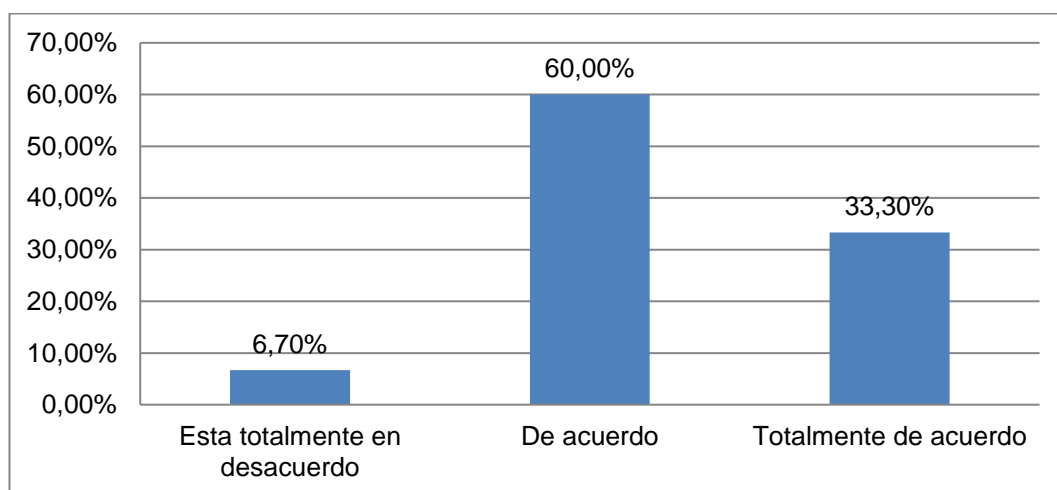
**Tabla N° 46 Percepción de los médicos sobre la comprensión del estado emocional de los pacientes en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016.**

PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE LA COMPRENSIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES.	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	1	6,70%	6,70%
De acuerdo	9	60,00%	66,67 %
Totalmente de acuerdo	5	33,30%	100,00 %
TOTAL	15	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 47 Percepción de los médicos sobre la comprensión del estado emocional de los pacientes en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 47 se aprecia que 33,3% de los médicos participantes en este estudio, están totalmente de acuerdo con la comprensión que deben tener con el estado emocional de sus pacientes y de sus familiares, así mismo y 60% de médicos que están de acuerdo con este nivel de comprensión. Sin embargo existe un 6,70% que están en total desacuerdo con este nivel de comprensión.

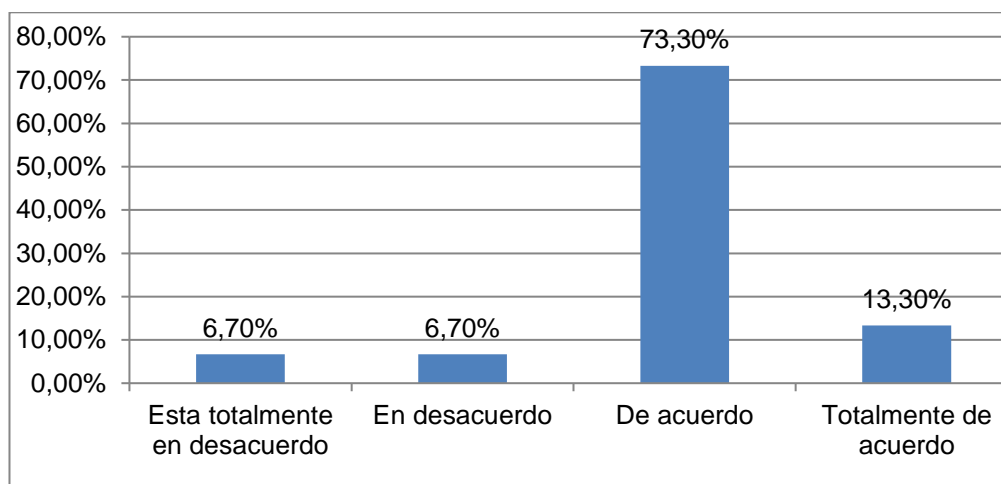
**Tabla N° 47 Médicos que están de acuerdo con tratar de pensar como sus pacientes hipertensos para darles un mejor cuidado en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

<b>MÉDICOS QUE ESTÁN DE ACUERDO CON TRATAR DE PENSAR COMO SUS PACIENTES HIPERTENSOS PARA DARLES UN MEJOR CUIDADO.</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>	<b>% ACUMULADO</b>
Está totalmente en desacuerdo	1	6,70%	6,70%
Casi de acuerdo	1	6,70%	13,33 %
De acuerdo	11	73,30%	86,67 %
Totalmente de acuerdo	2	13,30%	100,00 %
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100,00%</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando

**Gráfico N° 48 Médicos que están de acuerdo con tratar de pensar como sus pacientes hipertensos para darles un mejor cuidado en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

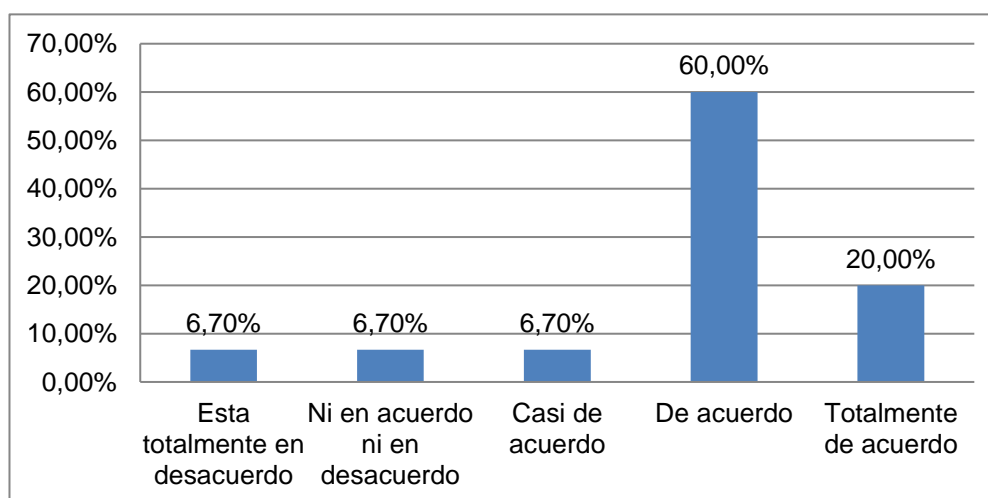
En el gráfico N° 48 se observa que el 73.3% de los médicos, está de acuerdo con que es importante tratar de pensar como sus pacientes para darles un mejor cuidado; de la misma forma existe un 13,3% que está totalmente de acuerdo, lo que ratifica la importancia de este tema en la atención de los pacientes hipertensos.

**Tabla N° 48 Percepción de los médicos sobre el sentido del humor y el mejor resultado clínico en los pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE EL SENTIDO DEL HUMOR Y EL MEJOR RESULTADO CLÍNICO EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	1	6,70%	6,70%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	6,70%	13,33%
Casi de acuerdo	1	6,70%	20,00%
De acuerdo	9	60,00%	80,00%
Totalmente de acuerdo	3	20,00%	100,00%
TOTAL	15	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 49 Percepción de los médicos sobre el sentido del humor y el mejor resultado clínico en los pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 49 se observa que el 20% de los médicos encuestados está totalmente de acuerdo con que el sentido del humor durante la atención médica ofertada a los pacientes hipertensos contribuye a un mejor resultado clínico, de la misma manera existe un 60% de los médicos que están totalmente de acuerdo con este planteamiento.

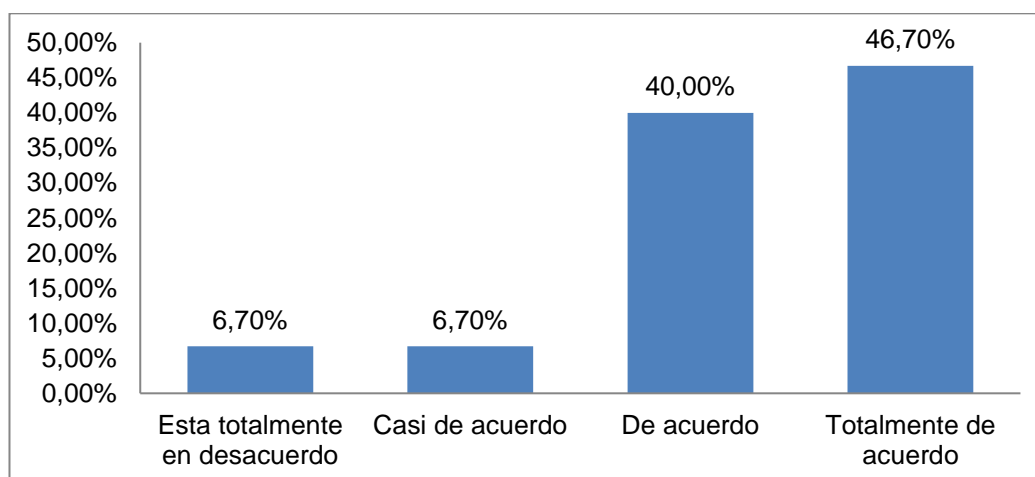
**Tabla N° 49 Médicos que perciben tan importante el lenguaje no verbal del paciente como la comunicación verbal en la relación médico paciente en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

MÉDICOS QUE PERCIBEN TAN IMPORTANTE EL LENGUAJE NO VERBAL DEL PACIENTE COMO LA COMUNICACIÓN VERBAL EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	1	6,70%	6,70 %
Casi de acuerdo	1	6,70%	13,33 %
De acuerdo	6	40,00%	53,33 %
Totalmente de acuerdo	7	46,70%	100,00 %
TOTAL	15	100,00%	100.00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 50 Médicos que perciben tan importante el lenguaje no verbal del paciente como la comunicación verbal en la relación médico paciente en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

Según el gráfico N° 50 se observa que el 46,70% de los médicos están totalmente de acuerdo en que el lenguaje no verbal de los pacientes es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico paciente, mientras que el 6,70% está totalmente en desacuerdo.

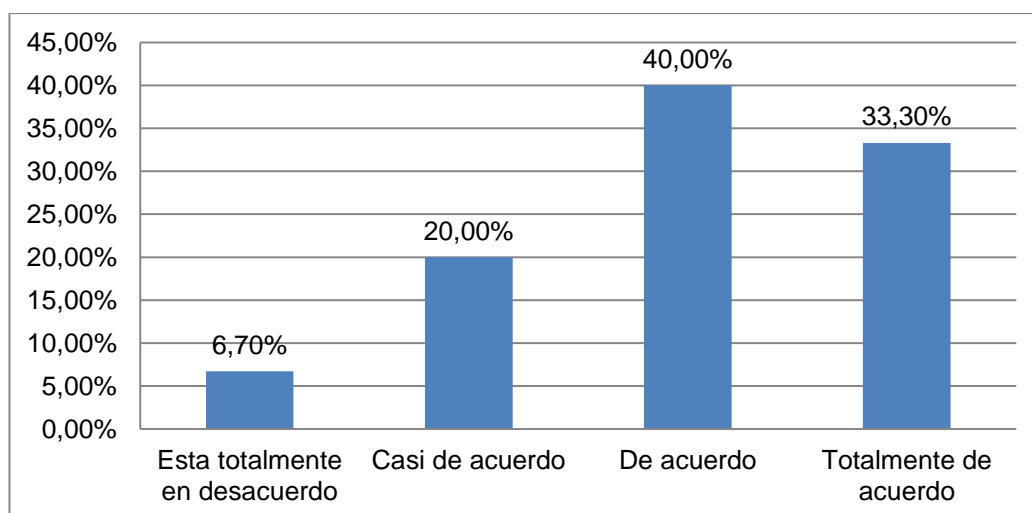
**Tabla N° 50 Médicos que consideran importante tratar de entender lo que pasa en la mente de los pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

MÉDICOS QUE CONSIDERAN IMPORTANTE TRATAR DE ENTENDER LO QUE PASA EN LA MENTE DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	1	6,67%	6,67 %
Casi de acuerdo	3	20,00%	26,67 %
De acuerdo	6	40,00%	66,67 %
Totalmente de acuerdo	5	33,30%	100,00 %
TOTAL	15	100,00%	100.00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 51 Médicos que consideran importante tratar de entender lo que pasa en la mente de los pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

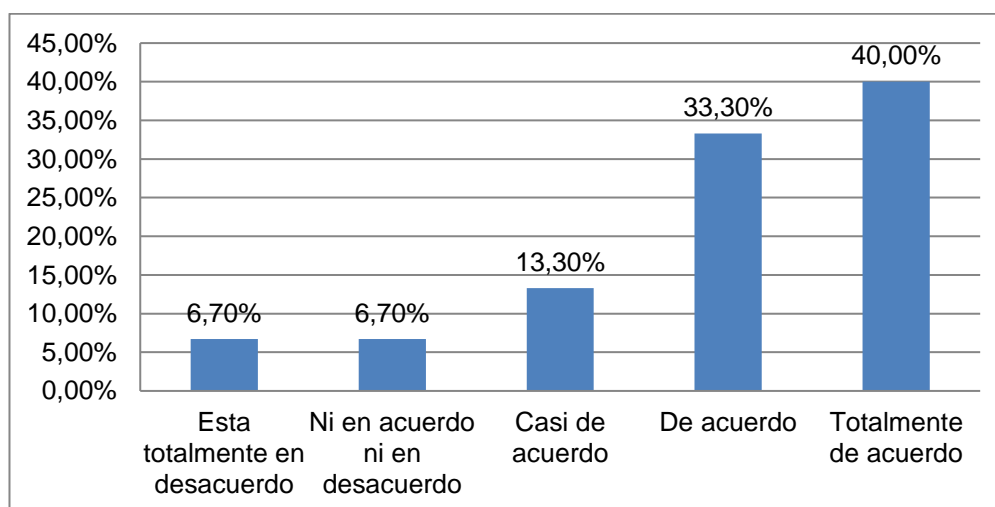
Según el gráfico N° 51 el 40% de los médicos dice que están de acuerdo y el 33,30% totalmente de acuerdo en tratar de entender que está pasando por la mente de los pacientes poniendo atención a la comunicación no verbal y lenguaje corporal, mientras que el 6.70% está totalmente en desacuerdo.

**Tabla N° 51 Médicos que consideran a la empatía como una habilidad terapéutica en pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

MÉDICOS QUE CONSIDERAN A LA EMPATÍA COMO UNA HABILIDAD TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS.	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	1	6,70%	6,70%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	6,70%	13,33 %
Casi de acuerdo	2	13,30%	26,67 %
De acuerdo	5	33,30%	60,00 %
Totalmente de acuerdo	6	40,00%	100,00 %
TOTAL	15	100,00%	100.00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 52 Médicos que consideran a la empatía como una habilidad terapéutica en pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

Según el gráfico N°52 el 40% de los médicos están totalmente de acuerdo en que la empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito como médico puede estar limitada, mientras que el 6,70% está totalmente en desacuerdo.

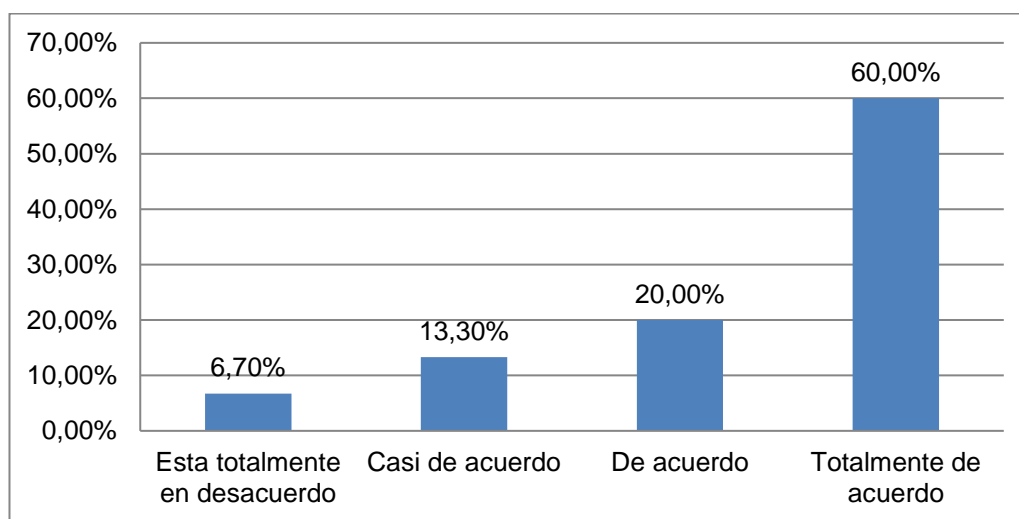
**Tabla N° 52 Médicos que consideran a la empatía factor terapéutico en el tratamiento médico en pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

MÉDICOS QUE CONSIDERAN A LA EMPATÍA FACTOR TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	1	6,70%	6,70 %
Casi de acuerdo	2	13,30%	20,00 %
De acuerdo	3	20,00%	40,00 %
Totalmente de acuerdo	9	60,00%	100,00 %
TOTAL	15	100,00%	100.00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando

**Gráfico N° 53 Médicos que consideran la empatía factor terapéutico en pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

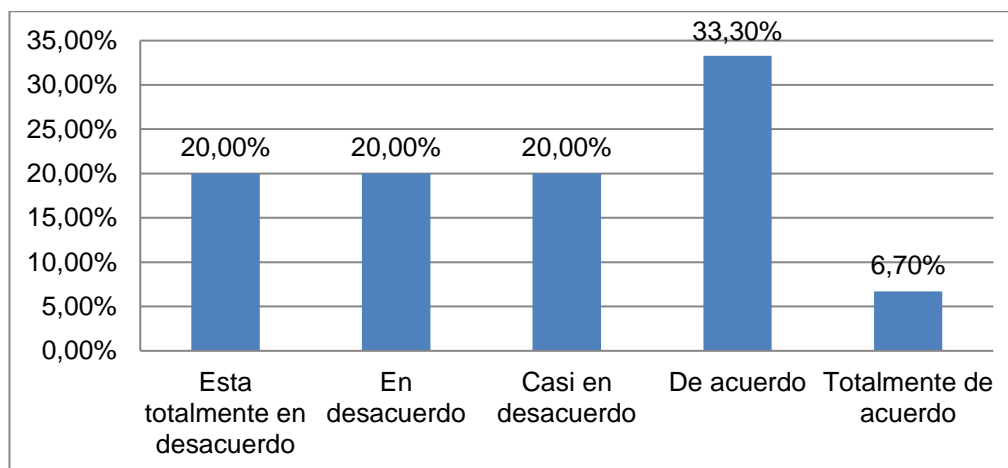
El gráfico N° 53 permite observar que el 60% de los médicos entrevistados está totalmente de acuerdo en que la empatía es un factor terapéutico positivo en el tratamiento médico, mientras que el 6,70% de los médicos está totalmente en desacuerdo.

**Tabla N° 53 Perspectiva médica sobre la relevancia de las experiencias personales de los pacientes hipertensos en la efectividad del tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016.**

PERSPECTIVA MÉDICA SOBRE LA RELEVANCIA DE LAS EXPERENCIAS PERSONALES DE LOS PACIENTES EN LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS.	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	3	20,0%	20,00 %
Casi de acuerdo	3	20,0%	40,00 %
De acuerdo	3	20,0%	60,00 %
Totalmente de acuerdo	5	33,30%	93,33 %
	1	6,70%	100,00 %
TOTAL	15	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 54 Perspectiva médica sobre la relevancia de las experiencias personales de los pacientes hipertensos en la efectividad del tratamiento en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

El gráfico N° 54 permite observar que el 33,30% de los médicos está de acuerdo que la atención a las experiencias personales de los pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento, mientras que el 6,7 está totalmente de acuerdo.

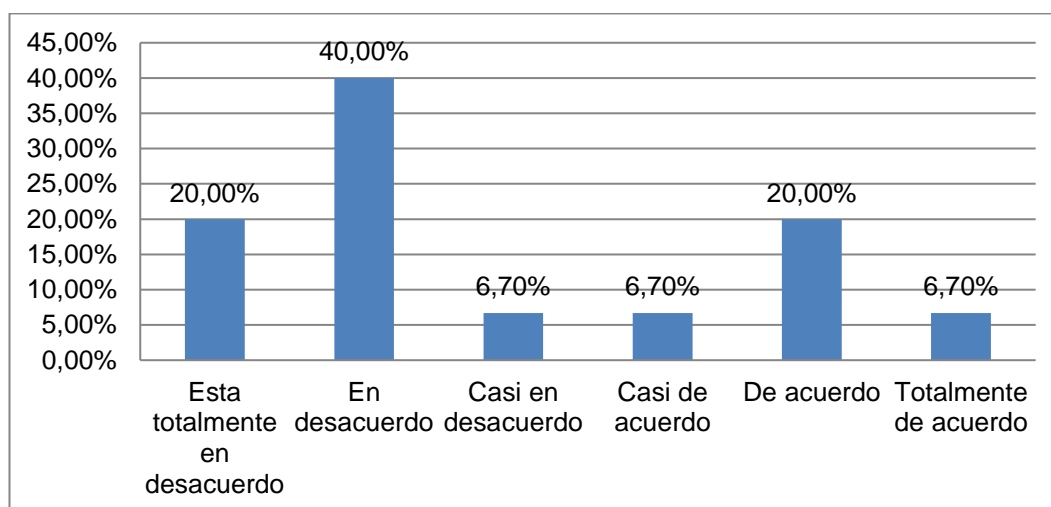
**Tabla N° 54 Perspectiva médica sobre los sentimientos de los pacientes hipertensos y sus familias- relevancia en el tratamiento médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016**

PERSPECTIVA MÉDICA SOBRE LOS SENTIMIENTOS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS Y SUS FAMILIAS	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	3	20,00%	20,00 %
En desacuerdo	6	40,00%	60,00 %
Casi en desacuerdo	1	6,70%	66,67 %
Casi de acuerdo	1	6,70%	73,33 %
De acuerdo	3	20,00%	93,33 %
Totalmente de acuerdo	1	6,70%	100,00%
TOTAL	15	100,00%	100.00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 55 Perspectiva médica sobre los sentimientos de los pacientes hipertensos y sus familias – relevancia en el tratamiento médico en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 55 se puede apreciar que el 40% de los médicos está en desacuerdo que la comprensión de los sentimientos es un factor irrelevante en el tratamiento médico, mientras que el 6,70% está casi en desacuerdo, casi de acuerdo y totalmente de acuerdo.

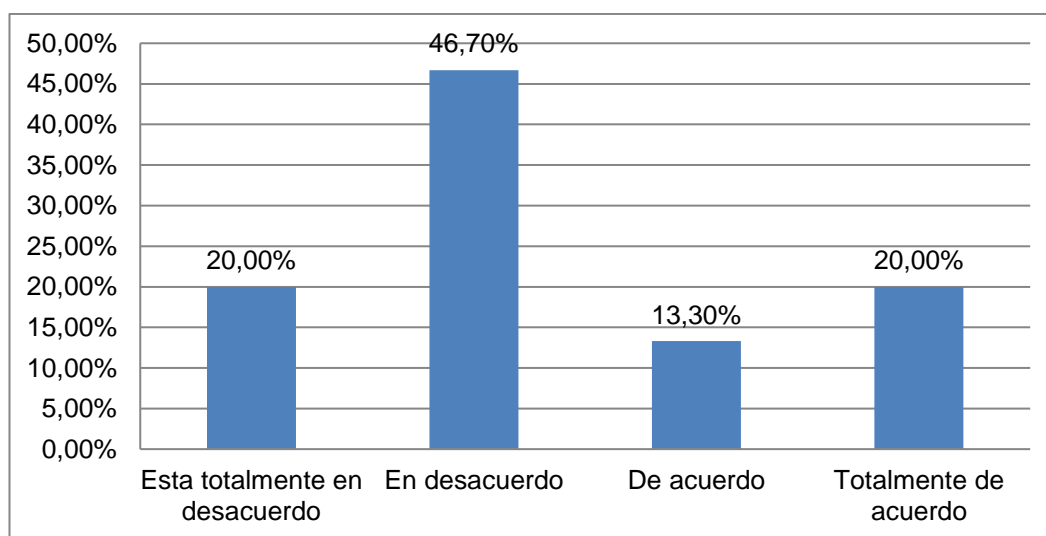
**Tabla N° 55 Perspectiva médica sobre sucesos vitales de sus pacientes- importancia para entender sus molestias físicas en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PERSPECTIVA MÉDICA SOBRE SUCESOS VITALES DE SUS PACIENTES	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	3	20,00%	20,00 %
Casi de acuerdo	7	46,70%	66,67 %
De acuerdo	2	13,30%	80,00 %
Totalmente de acuerdo	3	20,00%	100,00 %
TOTAL	15	100,00%	100.00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 56 Perspectiva médica sobre sucesos vitales de sus pacientes – importancia para entender sus molestias físicas en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

Según el gráfico N° 56 el 46,70% de los médicos encuestados está en desacuerdo en que preguntarles a los pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas, mientras que el 13,3 está de acuerdo.

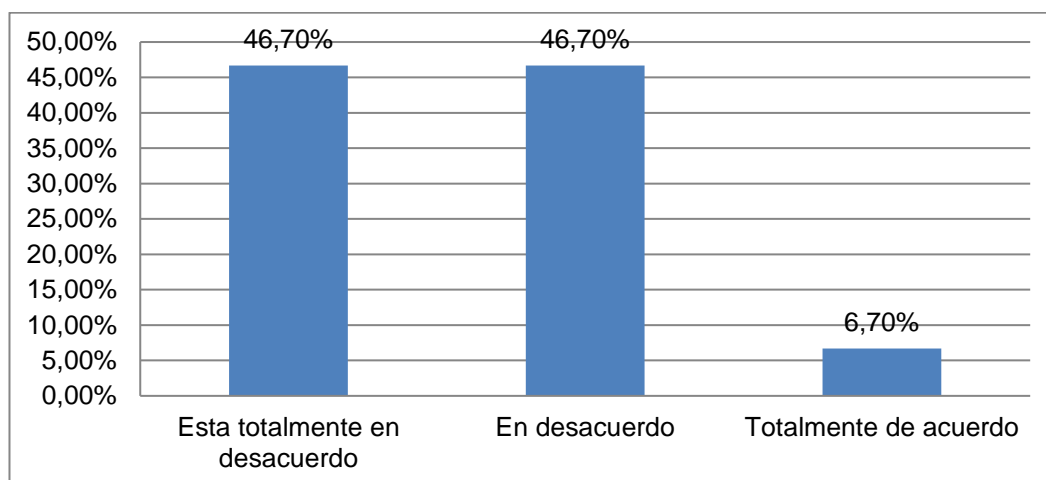
**Tabla N° 56 Percepción médica sobre el lugar que ocupan las emociones de los pacientes en el tratamiento de una enfermedad crónica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PERCEPCIÓN MÉDICA SOBRE EL LUGAR QUE OCUPAN LAS EMOCIONES DE LOS PACIENTES EN EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA.	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	7	46,70%	46,67 %
En desacuerdo	7	46,70%	93,33 %
Totalmente de acuerdo	1	6,70%	100,00 %
Total	15	100,00%	100.00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 57 Percepción médica sobre el lugar que ocupan las emociones de los pacientes en el tratamiento de una enfermedad crónica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

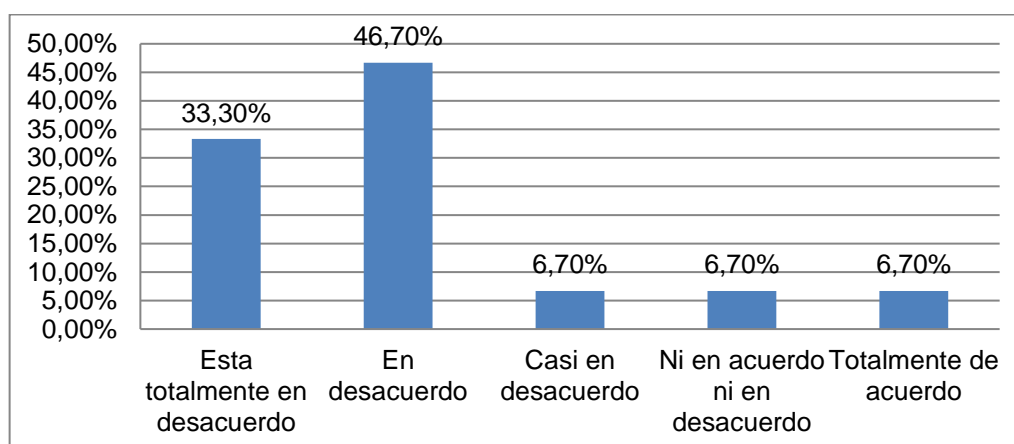
Según el gráfico N° 57 el 46,70% de médicos está totalmente en desacuerdo y en desacuerdo en que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad crónica, mientras que el 6.70% está totalmente de acuerdo.

**Tabla N° 57 Importancia que dan los médicos a los lazos afectivos con sus pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016.**

IMPORTANCIA QUE DAN LOS MÉDICOS A LOS LAZOS AFECTIVOS CON SUS PACIENTES HIPERTENSOS.	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	5	33,30%	33,33%
En desacuerdo	7	46,70%	80,00%
Casi en desacuerdo	1	6,70%	86,67%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	6,70%	93,33%
Totalmente de acuerdo	1	6,70%	100,00%
Total	15	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 58 Importancia que dan los médicos a los lazos afectivos con sus pacientes hipertensos en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 58 el 46,70% de los médicos encuestados está en desacuerdo que las enfermedades de los pacientes solo pueden ser curadas con tratamiento médico, por tanto, los lazos afectivos con los pacientes no tienen un valor significativo en ese contexto, mientras que el 6,70% está tanto en casi de acuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo y totalmente de acuerdo.

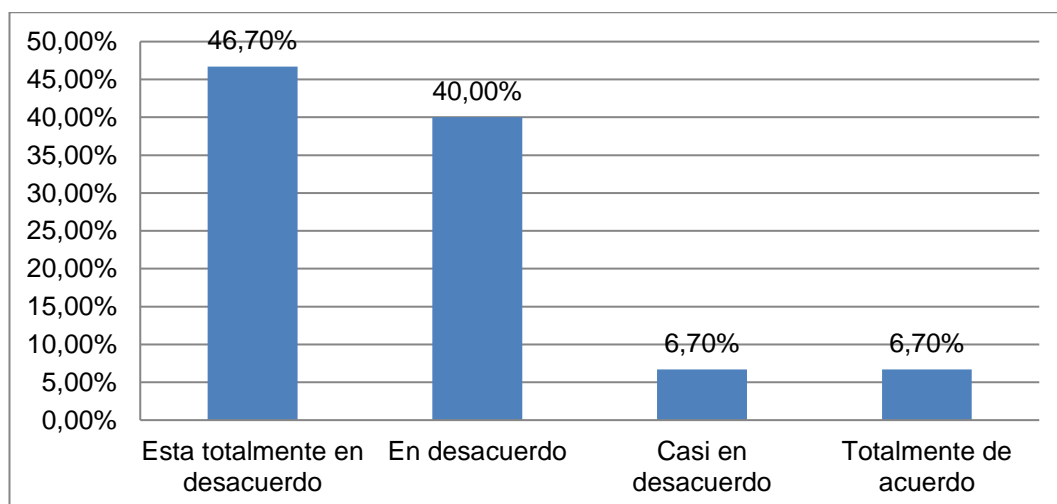
**Tabla N° 58 Médicos que no disfrutaban de la lectura no médica o arte en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

MÉDICOS QUE NO DISFRUTAN DE LA LECTURA NO MÉDICA O ARTE	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	7	46,70%	46,67%
En desacuerdo	6	40,00%	86,67%
Casi en desacuerdo	1	6,70%	93,33%
Totalmente de acuerdo	1	6,70%	100,00%
Total	15	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 59 Médicos que no disfrutaban de la lectura no médica o arte en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 59 se observa que 46,70% de los médicos encuestados está en total desacuerdo que no disfruta leer la literatura no médica o arte, mientras que el 6,70% están en casi de acuerdo y total desacuerdo.

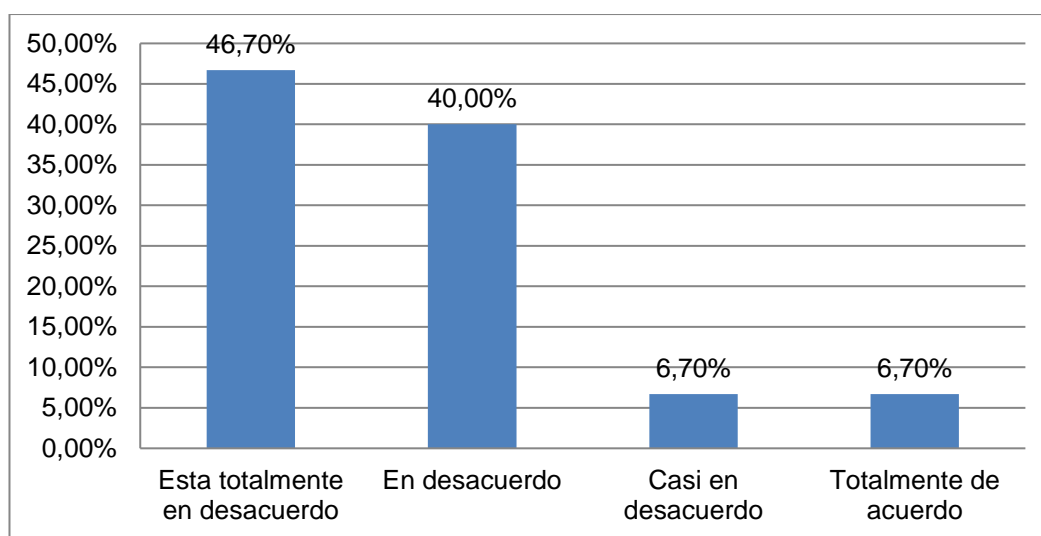
**Tabla N° 59 Nivel de acuerdo médico sobre no poner atención a las emociones de los pacientes durante la entrevista e historia clínica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

NIVEL DE ACUERDO MÉDICO SOBRE NO PONER ATENCIÓN A LAS EMOCIONES DE LOS PACIENTES DURANTE LA ENTREVISTA E HISTORIA CLÍNICA	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	7	46,70%	46,67%
En desacuerdo	6	40,00%	86,67%
Casi en desacuerdo	1	6,70%	93,33%
Totalmente de acuerdo	1	6,70%	100,00%
Total	15	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 60 Nivel de acuerdo médico sobre no poner atención a las emociones de los pacientes durante la entrevista e historia clínica en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N°60 se evidencia que el 46,70% de los médicos encuestados están en desacuerdo en no poner atención a las emociones de los pacientes durante la entrevista e historia clínica, mientras que el 6,70% está casi de acuerdo.

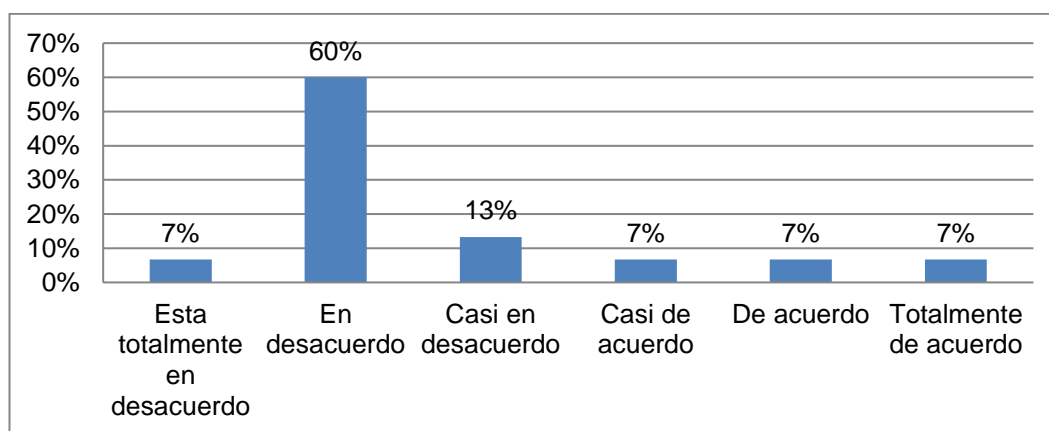
**Tabla N° 60 Acuerdo médico sobre el nivel de afectación de las relaciones sentimentales de los pacientes hipertensos y sus familias en la relación médico paciente en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016.**

NO AFECTA LAS RELACIONES SENTIMENTALES DE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	1	6,67%	6,67%
En desacuerdo	9	60,00%	66,67 %
Casi en desacuerdo	2	13,30%	80,00 %
Casi de acuerdo	1	6,70%	86,67 %
De acuerdo	1	6,70%	93,33 %
Totalmente de acuerdo	1	6,70%	100,00 %
Total	15	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 61 Acuerdo médico sobre el nivel de afectación de las relaciones sentimentales de sus pacientes y familiares en la relación médico paciente en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 61 se observa que el 60% de los médicos encuestados está en desacuerdo en que las intensas relaciones sentimentales entre los pacientes con sus familias, no le afecta personalmente, mientras que el 7% está casi de acuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo y en total desacuerdo.

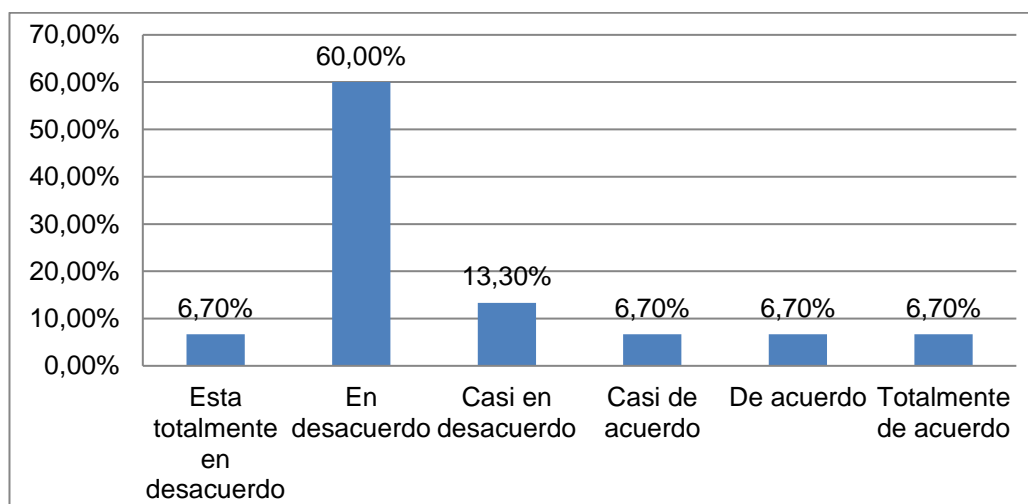
**Tabla N° 61 Nivel de dificultad médica para ver las cosas desde la perspectiva de sus pacientes en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016.**

NIVEL DE DIFICULTAD MÉDICA PARA VER LAS COSAS DESDE LA PERSPECTIVA DE SUS PACIENTES.	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	1	6,67%	6,67 %
En desacuerdo	9	60,00%	66,67 %
Casi en desacuerdo	2	13,30%	80,00 %
Casi de acuerdo	1	6,70%	86,67 %
De acuerdo	1	6,70%	93,33 %
Totalmente de acuerdo	1	6,70%	100,00 %
Total	15	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 62 Nivel de dificultad médica para ver las cosas desde la perspectiva de sus pacientes en dos unidades del MSP. Agosto-Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

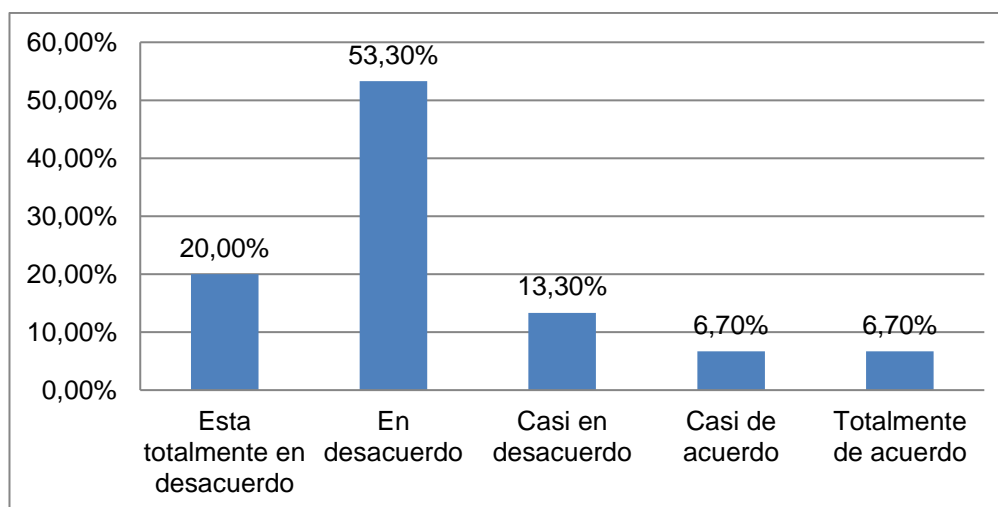
En el gráfico N° 62 se observa que 60% de los médicos consideran que no es difícil ver las cosas desde la perspectiva de sus pacientes mientras que el 6,70% está en casi de acuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo y totalmente desacuerdo en esta afirmación.

**Tabla N° 62 Acuerdo médico sobre mirar desde la perspectiva de los pacientes y las diferencias de cada persona en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

ACUERDO MÉDICO SOBRE MIRAR DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES Y LAS DIFERENCIAS DE CADA PERSONA.	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Está totalmente en desacuerdo	3	20,00%	20,00 %
En desacuerdo	8	53,30%	73,33 %
Casi en desacuerdo	2	13,30%	86,67%
Casi de acuerdo	1	6,70%	93,33 %
Totalmente de acuerdo	1	6,70%	100,00 %
Total	15	100,00%	100,00%

**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

**Gráfico N° 63 Acuerdo médico sobre mirar desde la perspectiva de los pacientes y las diferencias de cada persona en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016  
**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 63 se evidencia que el 53,30% de profesionales de la salud mencionan que no está de acuerdo en considerar a la gente diferente y que de esta manera le imposibilite ver las cosas desde la perspectiva de su paciente, mientras que el 6,7% está casi de acuerdo y totalmente de acuerdo con esta afirmación.

**Tabla N° 63 Chi cuadrado y t de students para escalas de valoración**

VARIABLES	PRUEBA t PARA LA IGUALDAD DE MEDIDAS			
	t	SIGNIFICANCIA	CHI CUADRADO	SIGNIFICANCIA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA			76,932	0
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE			10,429	0,236
EMPATÍA MÉDICA	0	0	159,8	0

**Fuente:** Análisis encuestas aplicada en Unidades del MSP, SPSS 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En la Tabla N° 63 se puede observar mediante la prueba chi cuadrado que relación médico paciente no es significativa dentro del estudio, no tienen una importancia estadística para el mismo.

Con la prueba t de student y la prueba de chi cuadrado para empatía médica y chi cuadrado para adherencia terapéutica, se demostró que la empatía médica y adherencia terapéutica son significativas para el estudio.

## ANÁLISIS BIVARIADO

Se consideró importante realizar un análisis de estadística descriptiva y una correlación cualitativa a través de Alfa de Cronbach para saber el nivel de relación de las variables antes descritas.

**Tabla N° 64 Relación de variables Adherencia terapéutica y relación médico paciente en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

PACIENTE	ALFA DE CRONBACH ADHERENCIA	ALFA DE CRONBACH RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
Hipertensión	0,663	0,911
Relación	No significativa	Significativa en el estudio

**Fuente:** Análisis encuestas aplicada en Unidades del MSP, SPSS 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En la tabla N° 64 se puede interpretar de una forma determinante que la relación médico paciente no tiene una total inferencia en la adherencia al tratamiento.

**Tabla N° 65 Relación variables adherencia al tratamiento y empatía médica Jefferson en dos unidades del MSP. Agosto- Septiembre 2016.**

<b>PACIENTE</b>	<b>ALFA DE CRONBACH ADHERENCIA</b>	<b>ALFA DE CRONBACH EMPATÍA MÉDICA</b>
Hipertensión	0,663	0,183
Relación	No significativa	No significativa

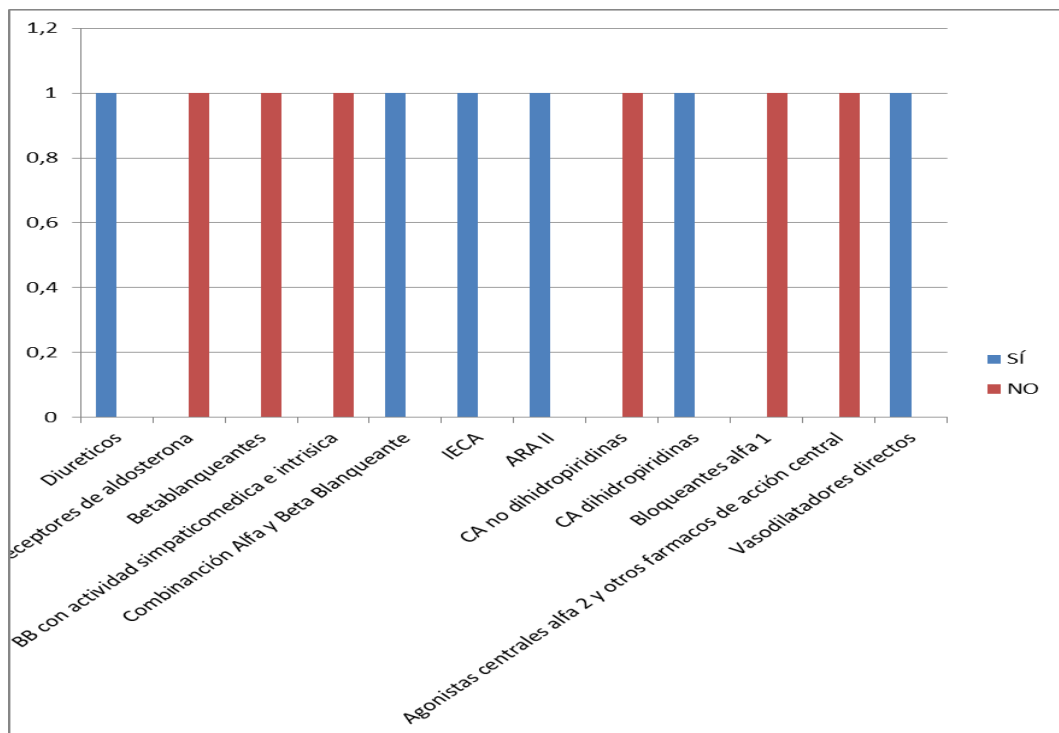
**Fuente:** Análisis encuestas aplicada en Unidades del MSP, SPSS 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando

En la tabla N° 65 se puede interpretar que la empatía médica, no tiene ninguna inferencia en la adherencia al tratamiento en los pacientes.

**REVISIÓN DE STOCK A TRAVÉS DE UNA LISTA DE CHEQUEO EN  
LA FARMACIA INSTITUCIONAL DE LAS UNIDADES DEL MSP  
CANTON ANTONIO ANTE.**

**Gráfico N° 64 Stock de grupos farmacológicos recomendados para el control de hipertensión arterial en la farmacia Institucional de dos unidades del MSP.**



**Fuente:** Encuesta aplicada en Unidades del MSP, 2016

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

En el gráfico N° 64 se puede observar que en la farmacia Institucional hay durante el trabajo investigativo los siguientes medicamentos: Diuréticos (Furosemida y Clortalidona), Combinación de Alfa y Beta Bloqueantes (Calvedilol), IECA (Enalapril), ARA II (Losartán), Ca dihidropiridinas (Amlodipina) y Vasosilatadores directos (Hidralacina).

## **CAPÍTULO V: DISCUSIONES**

La relación médico paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados de Hipertensión Arterial es considerada eje fundamental para el control satisfactorio de esta patología crónica y por ende la disminución de la morbi-mortalidad que actualmente va en ascenso a nivel mundial. También se considera importante la percepción objetiva que tienen los médicos sobre sus pacientes en cuanto a las prescripciones que estos imparten y si esto modifica o no la adherencia al tratamiento.

A nivel local no hay estudios que permitan saber con certeza si esta adecuada relación influye en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico; por lo que se creyó importante determinar a través de una evaluación, el grado de adherencia en la población Anteña hipertensa a través de instrumentos tales como: (Patient Doctor Relationship Questionnaire, la Escala de Adherencia al Tratamiento y la Escala de Empatía Médica de Jefferson).

Se escogió a través de un muestreo aleatorio a 216 pacientes seleccionados bajo criterios de inclusión y exclusión antes mencionados y a todos los médicos (15 en total) que forman parte de estas unidades de Salud.

### ***Aspectos Sociodemográficos:***

En cuanto a la influencia que tienen los aspectos sociodemográficos con la adherencia al tratamiento se encontró que según la prueba de estudio chi

cuadrado y con una  $p > 0.05$ , que ninguna de las variables sociodemográficas son significativas, a excepción de la edad, sexo y la frecuencia con que se realizan los controles que son significativos con una  $p < 0,05$ . En contraste con el estudio realizado por (Zenger, 2014) que considera que la edad, la diferencia de género o incluso el status socioeconómico tiene un impacto mínimo sobre la satisfacción. No existen estudios que evalúen de manera directa la frecuencia con que se realizan los controles de salud los pacientes hipertensos y su influencia en la adherencia terapéutica.

#### ***Adherencia al Tratamiento:***

La adherencia terapéutica está sujeta a parámetros individuales del paciente como: ingresos económicos, educación, vivienda, tipo de alimentación, medicación empleada, equipo de asistencia sanitaria y características de la enfermedad, el costo económico generado y el apoyo familiar; los mismos que repercuten en el cumplimiento terapéutico, alterando la obtención de resultados óptimos en el control de la hipertensión.

Los resultados obtenidos en el presente estudio y analizados en primera instancia de forma individual, demuestra que la adherencia terapéutica es significativa con una prueba de chi cuadrado de  $p: 0$ .

Con respecto al tratamiento no farmacológico se pudo evidenciar que en los pacientes hipertensos encuestados el 71,43%, no siempre cumplen la

dieta, y el 60% no siempre realizan ejercicio continuo prescrito por su médico.

### ***Relación Médico Paciente:***

Este trabajo de investigación demostró que la relación médico paciente con una significancia de chi cuadrado ( $p < 0.23$ ) no tiene total inferencia en la adherencia al tratamiento farmacológico, únicamente permite identificar e instruir de manera eficiente al paciente sobre la condición de su patología. Muchos son los factores que pueden influir en este resultado, (Chacón Javier, 2015) menciona que la asociación de la relación médico paciente inadecuada con hipertensión no controlada y no adherencia al tratamiento, puede tener especial relevancia en entidades de salud en las que se prioriza la cantidad sobre la calidad de la atención, o en lugares en que existe una muy limitada cantidad de prestadores de Salud.

### ***Empatía Médica***

En cuanto a la empatía médica, se evidenció que la mayoría de galenos están de acuerdo que el entender los sentimientos de los pacientes mejora la adherencia al tratamiento. Llama la atención que de los 15 médicos encuestados, el 33.3% refieren que para ellos es irrelevante conocer las experiencias personales del mismo.

Estadísticamente se demostró que la empatía médica, con una significancia de  $t$  de 0 es significativa para el estudio.

(Alcorta, 2016) Menciona que los médicos “orientados al paciente” (médico internista, médico familiar) tienen altos puntajes de empatía que sus contrapartes de las especialidades “orientadas a la tecnología” (anestesiología, radiología, etc.).

### ***Medicación antihipertensiva***

En cuanto a la medicación disponible en la farmacia institucional se comprobó que de los 12 grupos farmacológicos recomendados para control de hipertensión arterial, el 50 % de ellos lo encontramos a disposición de la población Antaña hipertensa. Esto permite reconocer que el abastecimiento en la mayoría de los casos es oportuno y adecuado, ya que se dispone de grupos farmacológicos tales como: ARA, IECAS, Calcio antagonistas, que según el JNC8 son medicamentos de primera línea en el tratamiento de esta patología.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

- En este estudio se evidenció, con un chi cuadrado  $< 0.05$ , que la edad, el sexo y la frecuencia con que se realizan los controles son significativos.
- Con un análisis individual y con una  $t < 0.05$  se demostró que la empatía médica si es significativa para el estudio.
- En cuanto a la significancia del chi cuadrado se observó que la adherencia terapéutica es significativa, mientras que la relación médico- paciente no es significativa.
- Se demostró que la mayoría de pacientes hipertensos a veces ingieren a tiempo su medicación y que necesitan que alguien les recuerde tomarla.
- El 47,06% de los pacientes a veces y casi nunca están dispuestos a dejar de hacer algo placentero por su salud.
- Un 65,45% de pacientes hipertensos olvidan tomar su medicación.
- Además se demostró que la relación médico paciente no tiene inferencia en la adherencia al tratamiento, permitiendo identificar e instruir de manera eficiente al paciente sobre la condición de su patología.
- En cuanto a la empatía desde el punto de vista médico, se evidenció que la mayoría de galenos están de acuerdo que mejora la adherencia al tratamiento cuando los sentimientos de los pacientes

son entendidos. Sin embargo, el 33.3% de los médicos encuestados señala que es irrelevante conocer las experiencias personales de los pacientes y entenderlo, y que esta comprensión en nada interviene en la adherencia al tratamiento mismo.

- La empatía médica, no tiene ninguna inferencia en la adherencia al tratamiento en los pacientes (Alfa de Cronbach de 0.183)
- En cuanto a la medicación disponible en la farmacia institucional se comprobó que de los 12 grupos farmacológicos recomendados para control de hipertensión arterial, el 50 % de los grupos farmacológicos disponibles en la farmacia institucional son los recomendados por la evidencia científica (James, 2013) como medicamentos de primera elección para el tratamiento de la hipertensión arterial. Entonces se considera que el stock de medicamentos es oportuno y adecuado.
- En cuanto al tratamiento no farmacológico se evidenció que el 34,29% de los pacientes hipertensos nunca hacen ejercicio como se los indica su médico. En lo que se refiere a los alimentos saludables prescritos por los galenos el 42,86% de los hipertensos siempre los consume, sin embargo llama la atención que el 57,14% no lo hace.

## **CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES**

- A pesar de que en este trabajo de investigación se seleccionaron instrumentos probados y validados, se sugiere que en posteriores estudios se analice de mejor manera la comprensión, por parte de los pacientes y los médicos, de los ítems de la escala que se vaya a utilizar en las encuestas o en su efecto se debería realizar pruebas piloto, porque los lugares donde fueron diseñados y probados estos instrumentos tienen características sociales, económicas y de funcionamiento del sistema socio- sanitario muy diferentes a las nuestras.
- Así mismo, en futuras investigaciones se debería incluir el estudio del entorno familiar como eje fundamental en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos, ya que durante el desarrollo del presente trabajo se evidenció que el apoyo familiar juega un rol fundamental en el cumplimiento de la misma.
- Se debe fomentar entre los médicos la importancia de prescribir medicación hipertensiva disponible en las unidades operativas, salvo que exista algún motivo que impida dicho objetivo, tales como patologías asociadas que ameritan otro tipo de medicación que el paciente tenga que adquirir en farmacias externas. Como se mencionó en párrafos anteriores la disponibilidad actual de medicación en la farmacia institucional es la recomendada por las

guías de práctica clínica de atención a las enfermedades crónicas no transmisibles y el manual del MSP.

- Reconocer el valor que tiene el paciente hipertenso en escoger con que médico desea recibir su atención y de esa manera fomentar la confianza desde un inicio. Así mismo se considera importante fomentar la socialización a todo el personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares, etc.) de la importancia del buen trato humanitario que se debe dar a los usuarios externos de las unidades operativas de salud.
- Se reconoce la importancia del agendamiento de las citas, es decir el profesional de salud proporciona un turno para una fecha específica, esto facilita el contacto oportuno con el médico que lo trata, sin necesidad de hacer filas interminables para conseguir un turno.
- Se recomienda fomentar la importancia del cumplimiento del tratamiento no farmacológico a través de apoyo multidisciplinario con nutrición, psicología e incluso rehabilitación física (tipo de ejercicio a realizarse de acuerdo a su comorbilidad).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M. (Junio de 2011). Manual de Enfermedades Crónicas No Transmisibles-ECNT. Diabetes tipo1, Diabetes tipo 2, Dislipidemias e Hipertensión Arterial. *Normatización Sistema Nacional de Salud., 1.*
- AL, S. P. (2009). HIPERTESIÓN ARTERIAL, UN ENEMIGO PELIGROSO. *ACIMED*, 92-100.
- Alcorta, A. e. (2016). Cross-validation of the Spanish HP-versión of the Jefferson Scale of Empathy confirmed with some cross-cultural differences . *Frontiers in Psychology*.
- Alvarado, L. e. (2016). Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente. *Revista Médica Chilena*, 269-270.
- Alvarez, M. (2011). Relacion Satisfacción Medico Paciente y su asociación con el control melancolico en le paciente diabetes. *Revista Endroconologia*.
- Araujo, V. (2014). Prevalencia de Hipertensión Arterial y Factores asociados en Adultos, Centro de Salud N1 del Cantón Cañar. *Tesis Previa a la Obtención de Título de Médico*.
- Arce, M. (2010). *Técnicas de comunicación y relación en ciencias de la salud*. España: Elsevier .
- Begoña, M. (2012). *Temario Oposiciones*. España: Médica Panamericana.
- Begoña, M. (2012). *Temario Oposiciones / Bolsa de Trabajo (ayuntamientos) Técnico en Educación ...* España: Paraninfo.
- Castells, E. E. (s.f.). Hipertensión Arterial.
- Cevallos-Palacios, C. E. (2013). La participación del Paciente en la toma de desiciones clínicas para salvaguardar sus derechos. *REV PERU MED EXP SALUD PÚBLICA*, 64-364.
- Chacón Javier, E. A. (2015). Evaluación del Control de la Presión Arterial y la Adherencia Terapéutica en Hipertensos Seguidos en el Proceso de Salud Cardiovascular (PSCV). Asociación con Características Clínicas. *Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago*.
- Cófreces, P. e. (2014). La comunicación en la relación médico- paciente. Análisis de la literatura científica 1990 a 2010. *Revista de la Comunicación y Salud*, 19-34.
- Conthe, P. (2014). Adherencia Terapéutica en la Enfermedad Crónica: Estado de la Situación y Perspectiva de Futuro. *Revista Clínica Española*, 336-344.
- Conthe, P. e. (2014). Adherencia Terapéutica en la enfermedad Crónica: estado de la situación yperspectiva del futuro. *Revista Clínica Española*, 336-344.

- Corazón, F. d. (2013). Recuperado el 16 de noviembre de 2015, de Fundación del Corazón: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2567-hipertension-mata-cada-ano-a-75-millones-de-personas-en-el-mundo.html>
- Del Duca, M. E. (2013). Adherencia al Tratamiento desde la perspectiva del Médico de Familia. *Medicina Familiar y Comunitaria*.
- Ensanut. (2011-2013). *Encuesta Nacional de Salud*. Ecuador: MSP- INEC.
- Escobar, C. (2011). *Pacientes Hipertensos al tratamiento Médico*. Chile.
- Evier. (2015). Obtenido de Evier: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-satisfaccion-del-paciente-con-relacion-13147991>
- Ezquerro, E. E. (2012). Estratificación del Riesgo Cardiovascular: Importancia y Aplicaciones. *Revista Española de Cardiología*, 8-11.
- Gallegos, R. (2011). Relación Médico Paciente. *Psicología Clínica*.
- Galvez Ibañez, M. (febrero de 2003). Continuidad Asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas . Propuestas y alternativas . *Medicina de Familia* , 4(1).
- Giraldo, H. (2008). *EPOC. Diagnóstico y tratamiento Integral 3a edición*. México: Panamericana.
- Grosman, M. (2015). La No-Adherencia . *Sap*.
- INEC. (2016). Obtenido de INEC.
- INEC, M. (2011-2013). Ensanut.
- Infac. (2015). ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. *Infac*.
- Infac. (2015). Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Patologías. *Infac*, 2.
- James, P. e. (2013). 2014 Evidence- Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults (JNC8). *Clinical Review & Education*, 1-13.
- Libertad, M. (2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33-45.
- López-Jaramillo, P. E. (2013). Consenso Latinoamericano de Hipertensión en pacientes con Diabetes Tipo 2 y Síndrome Metabólico. *Guía Latinoamericana de Hipertensión*, 40-61.
- Manuel., A. (Junio de 2011). Manual de Enfermedades Crónicas No Transmisibles- ECNT. Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2, Dislipidemias e Hipertensión Arterial. *Normalización del Sistema Nacional de Salud*, 1.

- Marín Fernández, J. e. (2010). Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: Un estudio con el Patient Doctor Relationship Questionnaire. *Atención primaria* , 196-205.
- Martínez, R. (2014). *Salud y enfermedad del niño y del adolescente* (Primera ed.). México: Editorial El Manual Moderno.
- Montero, D. (2012). *Calidad de vida, inclusión social y procesos de intervención*. México: Deusto.
- Montero, D. (2012). *Calidad de vida, inclusión social y procesos de intervención* . México: Deusto.
- Moore, A. (2015). La comunicación médico-paciente:. *Revista médica Chile* .
- MSP. (2015). Obtenido de MSP: [www.salud.gob.ec/informacion-estadistica-de-produccion-de-salud/](http://www.salud.gob.ec/informacion-estadistica-de-produccion-de-salud/)
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Información general sobre la hipertensión en el Mundo. *Día Mundial de la Salud 2013, 1*(WHO/DCO/WHD/2013.2).
- Patiño, J. (2015). Obtenido de scielo: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-75822012000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822012000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Pérez Cicili, A. (2009). La relación Médico Paciente en el Sistema Nacional de Salud,.
- Pineda, E., & E, A. (2008). *Metodología de la Investigación* (Tercera ed.). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Pisano, M. (2015). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Elsevier*.
- Polonio, B. (2012). *Terapia Ocupacional en la Infancia* (primera ed.). (M. Panamericana, Ed.) España: Médica Panamericana.
- Quirós Morales, D., & Villalobos Pérez, A. (2007). *Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica*. Recuperado el 16 de noviembre de 2015, de Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760317>
- Raurich, J. (2015 ). *Comunicación y atención primaria para los alumnos de Medicina*. España: Universitat de Lleida.
- Rios, M. (2011). *Satisfacción de la relación médico-paciente*. México: Revista de Endocrinología y Nutrición.

- Rodríguez, M. e. (2008). Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria en Salud*, 413-416.
- Sabate, E. (Noviembre de 2004). Organización Mundial de la Salud. *Pruebas para la acción, Organización Mundial de la Salud OMS*. Obtenido de <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- Salud, N. d. (2011). Protocolos Clínicos y Terapéuticos para la atención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Programa del Adulto- Enfermedades Crónicas No Transmisibles*.
- Sánchez, H. (2011). *Métodos e indicadores para la evaluación de los servicios de salud* (Primera ed.). (U. A. Barcelona, Ed.) España: Univ. Autònoma de Barcelona.
- Soca, P. E. (2009). Hipertensión Arterial Un Enemigo Peligroso. *ACIMED*, 92-100.
- Troncoso, C. (2016). Adherencia al Control Nutricional en Varones con Patologías Crónicas. *Revista Chilena Nutricional*, VOLUMEN 43.
- Trujano, R. (2015). Obtenido de Popsic: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1405-339X2009000100008&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1405-339X2009000100008&script=sci_arttext).
- Valdés, M. (2011). *INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO FAMILIAR* (Primera ed.). (U. d. Talca, Ed.) CHILE: Universidad de Talca.
- Vall Casas A, R. P. (2008). El derecho a la información del paciente: una aproximación legal y deontológica. *Textos universitarios de biblioteca de economía y docuemntación*.
- Varela, M. (2010). *El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en hipertensión arterial*. Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia, Colombia.
- Verdecchia, P. e. (2003). Séptimo Informe del Joint National Committee para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial. *Revista Española de Cardiología*, Volumen 56.
- Vertice. (2015). *Prevención de Riesgos derivados del manejo de pacientes*. México.
- Wedenmayer, K. e. (2006). Desarrollo de la práctica de farmacia. *Organización Mundial de la Salud*, 5.
- Zenger, M. e. (2014). Validation of the Patient Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ 9) in a representative cross sectional German Population Survey. *Plos One*, 1-8.
- Zubeldía, L. E. (2016). Prevalencia de Hipertensión Arterial y de sus factores asociados en población de 16 A 90 años de edad en la Comunidad Valenciana. *REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA*, VOL 90.

Zurro, A. (2011). *Atención familiar y salud comunitaria +s stunetConsult en español*.  
España: Muriel.

# ANEXOS

Dra. Viviana Zurita Gallegos.

Dra. Cristina Obando Guerra.

## **ANEXO I. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN DIRIGIDO A LOS MEDICOS**

### **PARTE 1**

Este Formulario de Consentimiento Informado está dirigido a médicos/as que laboran en el Hospital básico Antonio Ante y Centro de Salud Atuntaqui, a los mismos que se les invita a participar en esta investigación.

Dra. Viviana Zurita Gallegos

Dra. Cristina Obando Guerra

Centro de Salud Atuntaqui y Consulta Externa del Hospital Básico Antonio Ante.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Paralelo Ibarra

**Tema:** “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 entre agosto y diciembre del 2016.”

#### **Introducción:**

Somos médicos estudiantes de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estamos realizando un trabajo de investigación donde analizaremos si la relación del médico con el paciente hipertenso influye en la adherencia al tratamiento. Por ello le invitamos a participar en este estudio que tiene como principal objetivo mejorar la atención médica dirigida a los pacientes que acuden al Hospital Básico Antonio Ante y a la consulta Externa del Centro de Salud Atuntaqui.

Si Ud. tiene alguna duda puede acercarse a las personas que dirigen esta investigación de la manera más confiada. Cabe recalcar que no tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación; antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo/a sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, puede interrumpirnos para poder explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntar a los miembros del equipo (Dra. Cristina Obando y Dra. Viviana Zurita)

### **Propósito:**

En el Ecuador, la hipertensión es considerada como una enfermedad crónica, la misma que la padecen cuatro de diez personas. Cerca del 40 % cumplen el tratamiento farmacológico y el 60 al 90 % las medidas higiénico-dietéticas; la adherencia al tratamiento constituye un eje importante de control de esta enfermedad, por lo tanto esta investigación permitirá analizar si la relación que la mayoría de los médicos tienen con sus pacientes es con frecuencia superficial y se centra en los aspectos más puramente fisiológicos y sistemáticos, sin tener en cuenta sus expectativas ni los aspectos psicosomáticos de la enfermedad o por lo contrario existe satisfacción mutua tanto de médicos y de pacientes por la adecuada relación y comprensión sobre las prescripciones médicas. También pretendemos analizar si el paciente tiene la convicción de la importancia del seguimiento y cumplimiento de su tratamiento, el cual le traerá beneficios y menos complicaciones.

### **Tipo de Intervención:**

Esta investigación será personalizada e incluye un cuestionario con una serie de preguntas, las cuales usted puede contestar clara y precisamente según su experiencia diaria. Estas preguntas permitirán analizar la relación que tiene los médicos y médicas con sus pacientes y la influencia en la adherencia a su tratamiento terapéutico.

### **Selección de participantes**

Invitamos a los médicos y médicas que atienden pacientes hipertensos de forma ambulatoria en el Hospital Básico Antonio Ante y en la consulta

externa del centro de salud Atuntaqui, para que sean parte de esta investigación.

### **Participación Voluntaria y Privacidad**

Su participación es libre y voluntaria. Esta acción es totalmente independiente de los servicios prestados y puede en cualquier momento retirar su participación en dicha investigación. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

La información personal que usted nos proporcionará en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a usted bajo ninguna circunstancia. A las escalas aplicadas se les asignará un código de tal forma que no se conocerá su identidad. Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en las carteleras de las instituciones del Ministerio de Salud Pública de Atuntaqui, pero la identidad suya no será divulgada. La información puede ser revisada por el Comité de Ética en la investigación de las Instituciones participantes.

### **Procedimientos y protocolo**

Usted recibirá un cuestionario con 20 preguntas las cuales incluyen: diez preguntas que miden la habilidad empática, siete preguntas que establecen la habilidad para ponerse en la situación del paciente, y tres preguntas que miden la contra reacción y contra transferencia.

La información será tabulada y publicada en un informe para conocimiento y contribución al Hospital Básico Antonio Ante y al Centro de Salud Atuntaqui.

### **Duración:**

El tiempo de recolección de la información desde su inicio será de 2 meses (agosto y septiembre de 2016) El tiempo que tomará aplicarle la encuesta está definido entre 30 minutos y una hora.

## **Descripción del Proceso**

El llenado del cuestionario tomará alrededor de media hora de su tiempo, pidiéndole la debida paciencia para cada una de las preguntas, puesto que contribuirán al mejoramiento del tratamiento de la hipertensión.

La información será confidencial y en reserva de su integridad personal así como de sus datos, la información será debidamente socializada en el Hospital Básico Antonio Ante y en el Centro de Salud Atuntaqui y difundida mediante informe oficial a las instituciones.

Usted puede retirarse de la presente investigación sí así lo considera y de la misma manera en el transcurso de la misma y en caso de suscitarse alguna duda puede contactarse con:

Dra. Viviana Zurita. Mail: [vivianazuritag@hotmail.com](mailto:vivianazuritag@hotmail.com), celular: 0987203200

Dra. Cristina Obando. Mail: [cristyobando26@gmail.com](mailto:cristyobando26@gmail.com), celular: 0981969568.

## **Riesgos**

En este estudio los médicos podrán sentir miedo, ansiedad o presión respecto a su experiencia con sus pacientes, al mismo tiempo puede sentir que vulnera su privacidad, puesto a que las preguntas apuntan también a analizar sus comportamientos o estrategias utilizadas por Ud. para el buen cumplimiento terapéutico de sus pacientes. Sin embargo en ningún momento del estudio, se juzgará los resultados obtenidos al finalizar el proceso.

## **Beneficios**

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de estrategias intervencionistas en futuros estudios investigativos mejorando la atención integral de salud para influir en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión.

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO II PARTE

He sido invitado a participar en la investigación sobre la “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. Agosto - Diciembre del 2016.”

Entiendo que recibiré un cuestionario con 20 preguntas que me tomará 20 minutos en responder. He sido informado de que puedo abandonar el estudio si el caso lo amerita o que si tengo alguna duda puedo contactarme inmediatamente con las investigadoras. Así como también se me ha dicho que mi información personal permanecerá en secreto y no será dada a ninguna persona diferente a mí bajo ninguna circunstancia.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Además se me ha notificado sobre los riesgos y beneficios que implica el formar parte de esta investigación

Consiento voluntariamente formar parte de esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento Informado \_\_\_\_\_(iniciales del investigador/asistente)

Dra. Viviana Zurita Gallegos.

Dra. Cristina Obando Guerra.

## ANEXO II. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN DIRIGIDO A LOS PACIENTES

### PARTE 1

Este Formulario de Consentimiento Informado está dirigido a personas hombres y mujeres hipertensos que se atienden en el Hospital Básico Antonio Ante y Centro de Salud Atuntaqui, a quienes se les invita a participar en esta investigación.

Dra. Viviana Zurita Gallegos

Dra. Cristina Obando Guerra

Centro de Salud Atuntaqui y Consulta Externa del Hospital Básico Antonio Ante.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Paralelo Ibarra

**Tema:** “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. Agosto y diciembre del 2016.”

#### **Introducción:**

Somos médicos estudiantes de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estamos realizando un trabajo de investigación donde analizaremos si la relación del médico con el paciente hipertenso influye en la adherencia al tratamiento. Por ello le invitamos a participar en este estudio que tiene como principal objetivo mejorar la atención médica dirigida a los pacientes que acuden al Hospital y la consulta Externa.

Si Ud. tiene alguna duda puede acercarse a las personas que dirigen esta investigación de la manera más confiada. Cabe recalcar que no tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación; antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo/a sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, puede interrumpirnos para poder explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede

preguntar a los miembros del equipo (Dra. Cristina Obando y Dra. Viviana Zurita)

### **Propósito:**

En el Ecuador, la hipertensión es considerada como una enfermedad crónica, la misma que la padecen cuatro de diez personas. Cerca del 40 % cumplen el tratamiento farmacológico y el 60 al 90 % las medidas higiénico-dietéticas; la adherencia al tratamiento constituye un eje importante de control de esta enfermedad, por lo tanto esta investigación permitirá analizar si la relación que la mayoría de los médicos tienen con sus pacientes es con frecuencia superficial y se centra en los aspectos más puramente fisiológicos y sistemáticos, sin tener en cuenta sus expectativas ni los aspectos psicosomáticos de la enfermedad o por lo contrario existe satisfacción mutua tanto de médicos como de pacientes por la adecuada relación y comprensión sobre las prescripciones médicas. También pretendemos analizar si el paciente tiene la convicción de la importancia del seguimiento y cumplimiento de su tratamiento, el cual le traerá beneficios y menos complicaciones.

### **Tipo de Intervención:**

Esta investigación será personalizada e incluye dos cuestionarios con una serie de preguntas, las cuales usted puede contestar clara y precisamente según su opinión y experiencia diaria. Estas preguntas permitirán analizar la relación que tiene con sus médicos/as y su influencia en la adherencia al tratamiento terapéutico.

### **Selección de participantes**

Invitamos a los pacientes hombres y mujeres hipertensos que se atienden de forma ambulatoria en el Hospital Básico Antonio Ante y en la consulta externa del Centro de Salud Antuntaqui, para que formen parte de este estudio de investigación.

### **Participación Voluntaria y Privacidad**

Su participación es libre y voluntaria. Esta acción es totalmente independiente de los servicios prestados y puede en cualquier momento

retirar su participación en dicha investigación. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

La información personal que usted nos proporcionará en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a usted bajo ninguna circunstancia. A las escalas aplicadas se les asignará un código de tal forma que no se conocerá su identidad. Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en las carteleras de las instituciones del Ministerio de Salud Pública de Atuntaqui, pero su identidad no será divulgada. La información puede ser revisada por el Comité de Ética en la investigación de las Instituciones participantes.

### **Procedimientos y protocolo**

Usted recibirá dos cuestionarios: El primero con 9 preguntas que permiten saber de forma confiable la opinión del paciente en cuanto a comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento. El segundo cuestionario de 21 preguntas que contiene 3 factores con 7 ítems cada uno: Control de ingesta de medicamentos y alimentos, Seguimiento médico conductual, y Autoeficacia en el tratamiento.

La información será tabulada y publicada en un informe para conocimiento y contribución al Hospital Básico Antonio Ante y al Centro de Salud Atuntaqui

### **Duración:**

El tiempo de recolección de la información desde su inicio será de 2 meses (Agosto y Septiembre del 2016) El tiempo que tomará aplicarle la encuesta está definido entre 30 minutos y una hora.

### **Descripción del Proceso**

El llenado del cuestionario tomará alrededor de media hora de su tiempo, pidiéndole la debida paciencia para cada una de las preguntas, puesto que contribuirán al mejoramiento del tratamiento de su hipertensión.

La información será confidencial y en reserva de su integridad personal así como de sus datos, la información será debidamente socializada en el Hospital Básico Antonio Ante y en el Centro de Salud Atuntaqui y notificada mediante un informe oficial a la institución.

Usted puede retirarse de la presente investigación sí así lo considera y de la misma manera en el transcurso de la misma y en caso de suscitarse alguna duda puede contactarse con:

Dra. Viviana Zurita. Mail: [vivianazuritag@hotmail.com](mailto:vivianazuritag@hotmail.com), celular: 0987203200

Dra. Cristina Obando. Mail: [cristyobando26@gmail.com](mailto:cristyobando26@gmail.com), celular: 0981969568.

### **Riesgos**

En este estudio los pacientes podrán sentir miedo, ansiedad o presión respecto a su opinión y experiencias con sus médicos, al mismo tiempo puede sentir que se vulnera su privacidad, puesto a que las preguntas apuntan también a analizar sus comportamientos o estrategias para el buen cumplimiento terapéutico prescrito por su médico. Sin embargo en ningún momento del estudio, se juzgará los resultados al finalizar el proceso.

### **Beneficios**

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de estrategias intervencionistas en futuros estudios investigativos mejorando la atención integral de salud y por ende su calidad de vida.

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO II PARTE

He sido invitado a participar en la investigación sobre la “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. Agosto – Diciembre del 2016.”

Entiendo que recibiré dos cuestionarios con 21 y 9 preguntas respectivamente que me tomarán 30 minutos en responder. He sido informado/a de que puedo abandonar el estudio si el caso lo amerita o que si tengo alguna duda puedo contactarme inmediatamente con las investigadoras. Así como también se me ha dicho que mi información personal permanecerá en secreto y no será dada a ninguna persona diferente a mí bajo ninguna circunstancia.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Además se me ha notificado sobre los riesgos y beneficios que implica la misma al formar parte de esta investigación

Consiento voluntariamente formar parte de esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento Informado \_\_\_\_\_(iniciales del investigador/asistente)



Ocupación: Hogar   
Jubilado   
Trabajador independiente   
Dependiente   
Desempleado

Zona de Residencia Urbana   
Rural

Nivel de Escolaridad: Ninguna   
Primaria   
Secundaria   
Superior

Años de diagnosticada su enfermedad: 1-4 años   
4-8 años   
8-12 años   
Más de 12 años

Cuánto gasta usted de su bolsillo para adquirir la medicación antihipertensiva?

Entre 20 y 30 dólares   
Entre 40 y 50 dólares   
Entre 60 y 70 dólares   
Más de 70 dólares   
No gasta

Cuánto gasta usted de su bolsillo para realización de exámenes de laboratorio?

- Entre 20 y 30 dólares
- Entre 40 y 50 dólares
- Entre 60 y 70 dólares
- Más de 70 dólares
- No gasta

Con qué frecuencia se realiza usted sus controles médicos por su hipertensión:

- Control médico trimestral completo
- Control por episodios adicionales
- No se realiza controles

#### ANEXO IV. CUESTIONARIO ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

En el cuadro que tiene a continuación marque con una X según corresponda, procure hacerlo con la mayor sinceridad posible, si:

4.- Siempre

3-. Casi siempre

2.- A veces

1.- Casi nunca

0.- Nunca

Si existe algún término que no entienda, puede preguntar con toda libertad.

No_	PREGUNTAS	4	3	2	1	0
1)	Ingiero mis medicamentos de manera puntual?					
2)	No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada?					
3)	Me hago análisis en los períodos que el médico me indica					
4)	Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto?					
5)	Asisto a mis consultas de manera puntual?					
6)	Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud?					
7)	Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena?					
8)	Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite?					

9)	Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento?					
10)	Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de Salud?					
11)	Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento					
12)	Si mi enfermedad es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento?					
13)	Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos?					
14)	Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido?					
15)	Si en el poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento?					
16)	Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago?					
17)	Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos?					
18)	Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo?					
19)	Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad?					
20)	Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme?					
21)	Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo?					
	<b>TOTAL</b>					





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA DE INVESTIGACIÓN:**

**“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. Agosto- Diciembre de 2016.”**

**No.-.....**

**Fecha.....**

**Hora de Inicio.....**

**Hora de Finalización.....**

**ANEXO VI. ESCALA EMPATÍA MÉDICA JEFFERSON**

Por favor lea detenidamente las preguntas detalladas a continuación y responda con la mayor sinceridad a su criterio marcando con una X si:

- |                                    |                           |
|------------------------------------|---------------------------|
| 1.- Está totalmente en desacuerdo  | 5.- Casi de acuerdo       |
| 2.- En desacuerdo                  | 6.- De acuerdo            |
| 3.- Casi en desacuerdo             | 7.- Totalmente de acuerdo |
| 4.- Ni en acuerdo ni en desacuerdo |                           |

Si existe algún término que no entienda, puede preguntar con toda libertad.

No_	PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6	7
1)	Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes le da una sensación de validez que es terapéutica por si misma							
2)	Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.							
3)	Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos							

4)	Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias								
5)	Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado								
6)	Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico								
7)	Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente								
8)	Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal								
9)	La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitado								
10)	Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico								
11)	La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento								
12)	Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico								
13)	Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un								

	factor sin importancia para entender sus molestias físicas								
14)	Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica								
15)	Las enfermedades de mis pacientes solo pueden ser curadas con su tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.								
16)	No disfruto leer literatura no médica o arte								
17)	Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica								
18)	No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias								
19)	Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes								
20)	La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente								
	<b>TOTAL</b>								



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA DE INVESTIGACIÓN:**

**“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. Agosto - Diciembre de 2016.”**

**ANEXO VII. FARMACIA INSTITUCIONAL -HOSPITAL BÁSICO ANTONIO ANTE**

**Fecha.....**

**Hora de Inicio.....**

**Hora de Finalización.....**

**La farmacia cuenta con los siguientes medicamentos antihipertensivos?**

<b>GRUPO DE ANTHIPERTENSIVOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Diuréticos		
Bloqueantes receptores de aldosterona		
Betabloqueantes		
BB con actividad simpaticomimética intrínseca		
Combinación alfa y beta bloqueante		
IECA		
ARA II		
CA no dihidropiridinas		
CA Dihidropiridinas		
Bloqueantes alfa1		
Agonistas centrales alfa 2 y otros fármacos de acción central		
Vasodilatadores directos		

## ANEXO VIII. POBLACIÓN PARA EL CÁLCULO DE PREVALENCIA Y TASAS

POBLACIÓN				
	2012	2013	2014	2015
IMBABURA	426223	432543	438868	445175
ANTONIO ANTE	46912	47822	48739	49661
ATUNTAQUI	25116	25603	26094	26588
OTAVALO	112312	114018	115725	117425
NACIONAL	15520973	15774749	16027466	16278844

**Fuente:** Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, Base de datos y proyecciones

**Elaborado por:** Dra. Zurita, Dra. Obando.

## ANEXO IX. AUTORIZACIONES



Ministerio  
de Salud Pública

**CENTRO DE SALUD ATUNTAQUI**  
Distrito 10D02 Antonio Ante Otavalo Salud



### AUTORIZACIÓN

Atuntaqui, 19 de Mayo 2016

Srs.

Viviana Zurita Gallegos  
Cristina Obando Guerra  
Estudiantes de Pos Grado de Medicina Familiar y Comunitaria

De mi consideración

Reciba un cordial saludo de quienes hacemos el Centro de Salud Atuntaqui y deseándoles éxitos en sus funciones.

El motivo de la presente tiene como finalidad AUTORIZAR a las compañeras estudiantes a realizar la investigación académica en el Servicio de Consulta Externa, con el fin de colaborar para el desarrollo de su proyecto de Titulación.

Esto por cuanto beneficia a la institución y contribuye a mejorar la relación médico- paciente.

Atentamente,

*Andrea Sánchez*  
MÉDICO  
L. F. 31 N° 91

**Md Andrea Sánchez**  
Líder del Centro de Salud Atuntaqui



Pasaje Moreano y Av. Quito  
Teléfonos: 593(06) 2920455



*Mano*  
11/03/2016  
*[Signature]*

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
PARALELO: IBARRA

Atuntaqui, 23 de Marzo del 2016  
Doctora  
Betsy Villareal  
DIRECTORA DEL HOSPITAL BÁSICO ATUNTAQUI  
De nuestras consideraciones:



Nosotras, Viviana Zurita Gallegos, CI 1002051695, y Cristina Obando Guerra CI 0401495437, estudiantes de Pos Grado de MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador-Convenio MSP, que realizamos nuestra actividad Comunitaria en el Centro de Salud y Hospital Básico de Atuntaqui, institución que usted tan acertadamente dirige, le solicitamos de la manera más atenta nos **AUTORICE** realizar la investigación académica en el Servicio de Consulta Externa, con el fin de desarrollar el Proyecto de Titulación: "ANÁLISIS DE LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN DOS UNIDADES OPERATIVAS DEL MSP DEL CANTÓN ANTONIO ANTE, PROVINCIA DE IMBABURA ENTRE ENERO Y AGOSTO DE 2016.", previo a la obtención del título de Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

Estamos seguras que la aplicación de dicho proyecto en la institución contribuirá a mejorar la relación Médico-Paciente y la Adherencia al Tratamiento en pacientes Hipertensos que acuden a la Institución.

Por la atención que se digna dar a la presente, anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente,  
*[Signature]*  
Doctora Viviana Zurita Gallegos  
ESTUDIANTES DE POS GRADO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PUCV-MSP

*[Signature]*  
Doctora Cristina Obando Guerra  
ESTUDIANTES DE POS GRADO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PUCV-MSP

Recibido  
31/03/2016  
11:35  
*[Signature]*  
Dra. Betsy Villareal



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**CARTA DE VERIFICACIÓN DE TEMAS DE TESIS SIMILARES**

Ibarra, 30 de Mayo del 2016.

Yo, Cristina Elizabeth Obando Guerra, con CI 0401495437, estudiante del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, JUSTIFICO que realice la búsqueda en la página web [www.puce.com.ec](http://www.puce.com.ec), en el repositorio de Tesis, donde no encontré ningún tema de tesis igual o similar al tema Investigativo planteado.

Atentamente

Cristina Elizabeth Obando Guerra

CI 0401495437

Estudiante de Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**CARTA DE VERIFICACIÓN DE TEMAS DE TESIS SIMILARES**

Ibarra, 30 de Mayo del 2016.

Yo, Cándida Viviana Zurita Gallegos, con CI 1002051595, estudiante del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, JUSTIFICO que realice la búsqueda en la página web [www.puce.com.ec](http://www.puce.com.ec), en el repositorio de Tesis, donde no encontré ningún tema de tesis igual o similar al tema Investigativo planteado.

Atentamente

Cándida Viviana Zurita Gallegos

CI 1002051595

Estudiante de Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria