

Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial

Aportación original
Vol. 61
Núm. 1

Doctor-patient relationship and therapeutic adherence
in patients with arterial hypertension

Alibe Natanai Peña-Valenzuela^{1a}, Wilyaham Ruiz-Cervantes^{1b}, Casandra Barrios-Olán^{2c}, Ana Isabel Chávez-Aguilasocho^{1d}

Resumen

Introducción: la hipertensión arterial sistémica (HAS) es un grave problema sociosanitario de alta morbilidad, potencialmente controlable con intervenciones terapéuticas; sin embargo, no todos los pacientes logran sus objetivos terapéuticos, en su mayoría debido a la no adherencia terapéutica, entidad multifactorial cuya solución es una buena relación médico-paciente.

Objetivo: determinar la asociación entre la relación médico-paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

Material y métodos: estudio observacional, transversal, analítico y prospectivo realizado de enero a noviembre de 2021 en una muestra de 289 pacientes con HAS de una unidad de medicina familiar del Noroeste de México; se utilizó el Test de Morisky-Green de ocho ítems para evaluar la adherencia terapéutica y el cuestionario *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* para evaluar la relación médico-paciente.

Resultados: la prevalencia de adherencia terapéutica fue del 57%, por lo que cuatro de cada 10 pacientes con HAS no tuvieron adherencia al tratamiento y más de la mitad tuvo una buena relación médico-paciente (64%), la cual duplica la probabilidad de adherencia al tratamiento antihipertensivo (RM 1.92, 26 con un IC 95% de 1.54-2.39, $p < 0.000$).

Conclusiones: la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo es un problema frecuente y multifactorial, el cual tiene pocos avances en las últimas décadas. La relación médico-paciente es un factor que influye en la adherencia terapéutica de pacientes con HAS.

Abstract

Background: Systemic Arterial hypertension (SAH) is a serious socio-sanitary problem with high morbidity and mortality, potentially controllable with therapeutic interventions; however, not all patients achieve their therapeutic objectives, mostly due to therapeutic non-adherence, a multifactorial entity that can be reduced through a proper doctor-patient relationship.

Objective: To determine the association between the doctor-patient relationship and the therapeutic adherence in patients with arterial hypertension.

Material and methods: Observational, cross-sectional, analytical, and prospective study carried out from January to November 2021 in a sample of 289 patients with SAH from a family medical unit in Northwest Mexico; the 8-item Morisky-Green Test was used to assess therapeutic adherence and the Patient-Doctor Relationship Questionnaire to assess the doctor-patient relationship.

Results: The prevalence of therapeutic adherence was 57%, which is why 4 out of 10 patients with SAH were not adherent to their treatment, and more than half of the patients showed a good doctor-patient relationship (64%), which doubles the probability of adherence to antihypertensive treatment (OR 1.92, 26 with a 95% CI of 1.54-2.39, $p = 0.000$).

Conclusions: The absence of adherence to antihypertensive treatment is a frequent and multifactorial problem, with few advances in recent decades. The doctor-patient relationship is a factor that influences the therapeutic adherence of patients with SAH.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 1, Servicio de Medicina Familiar. Ciudad Obregón, Sonora, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 1, Coordinación Clínica e Investigación en Salud. Ciudad Obregón, Sonora, México

ORCID: [0000-0002-9354-6963^a](https://orcid.org/0000-0002-9354-6963), [0000-0003-3179-1311^b](https://orcid.org/0000-0003-3179-1311), [0000-0002-6840-3995^c](https://orcid.org/0000-0002-6840-3995), [0000-0002-8900-4061^d](https://orcid.org/0000-0002-8900-4061)

Palabras clave
Hipertensión
Adherencia Terapéutica
Relación Médico-Paciente

Keywords
Hypertension
Therapeutic Adherence
Physician Patient Relation

Fecha de recibido: 08/05/2022

Fecha de aceptado: 15/08/2022

Comunicación con:
Alibe Natanai Peña-Valenzuela
 natanai08@gmail.com
 66 7227 1840

Cómo citar este artículo: Peña-Valenzuela AN, Ruiz-Cervantes W, Barrios-Olán C, Chávez-Aguilasocho AI. Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(1):55-60.

Introducción

La falta de adherencia terapéutica plantea un reto importante en la atención médica de enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial sistémica (HAS), enfermedad cardiovascular asociada a una mortalidad de 10.4 millones de muertes al año,^{1,2,3,4,5} por lo que se ha convertido en un tema de gran interés médico y objeto de diversos estudios.^{6,7}

Se puede notar que a pesar del beneficio demostrado por los nuevos y mejores medicamentos antihipertensivos, además de la modificación del estilo de vida, es común que no se logre el objetivo esperado de presión arterial.⁸ Entre los múltiples factores predisponentes, la falta de adherencia terapéutica se ha considerado una de las principales determinantes, la cual se asocia en diversos estudios con un control subóptimo de la presión arterial y resultados cardiovasculares adversos con mayores costos sanitarios.⁹

En este sentido, diversos estudios demuestran cómo la relación establecida entre el médico y el paciente, específicamente la calidad y frecuencia de la relación y el grado de satisfacción percibido por este, tiene una alta asociación para asegurar la adherencia a los tratamientos antihipertensivos. Sin embargo, en México los estudios que abordan el efecto de la relación médico-paciente y la adherencia terapéutica en la HAS son muy limitados.^{5,10} Por ende, el objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre la relación médico-paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial adscritos a una unidad de medicina familiar (UMF) del Noroeste de México.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico y prospectivo. Se seleccionó de forma no aleatoria una serie de 288 casos consecutivos, sin reemplazo con HAS adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Ciudad Obregón, Sonora, entre enero y noviembre de 2021. El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula de una proporción para población finita y se tomó como valor de prevalencia de esta entidad un 25% (valor de referencia de 10 y 80%), un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y se asumió un margen de error de 5%.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Se incluyeron pacientes con HAS, mayores de 18 años, que acudieran a sus citas de control de forma regular, que

contaran con por lo menos cuatro consultas de control con el mismo médico familiar durante el último año, que estuvieran adscritos a cualquier turno de atención médica, que aceptaran participar en el estudio (mediante firma de consentimiento informado) y respondieran de manera completa el instrumento de recolección, el cual incorporaba variables seleccionadas de acuerdo con su relevancia y su utilidad en los objetivos planteados (variables asociadas al factor de estudio, variables universales descriptivas de los sujetos estudiados, variables que permitieron medir los factores de estudio).

Se excluyeron pacientes que llevaran control concomitante de su HAS fuera del IMSS, ser portador de otras enfermedades crónicas (trastornos psiquiátricos, cáncer, enfermedades reumáticas o neurológicas, o dependencia de un cuidador).

Se eliminaron del análisis final seis cuestionarios que no se respondieron completamente, situación que imposibilitó el análisis y la aplicación de los instrumentos de medición.

Cuestionarios empleados

Se utilizaron dos cuestionarios previamente validados en otros estudios, como el cuestionario de Morisky, Green y Levine I de 8 ítems, que es considerado como una medida estructurada de autoinforme de la conducta de toma de medicación, de alta concordancia con datos obtenidos a partir de dispositivos electrónicos o los registros de dispensación de la medicación; su escala proporciona información sobre comportamientos relacionados con el uso de medicamentos que pueden ser involuntarios (por ejemplo, olvido) o intencionales (por ejemplo, no tomar medicamentos debido a efectos secundarios). Consta de 7 ítems con alternativa de respuesta dicotómica (Sí = 1/ NO = 0) y una pregunta en escala tipo Likert de cinco puntos. Tiene una especificidad de 53% y un alfa de Cronbach de 0.83, por lo que los pacientes se identifican como altamente adherentes cuando presentan una puntuación de 8 en la escala, adherentes medios con una puntuación < 8 pero igual o > 6 y adherentes bajos con una puntuación < 6, lo cual se considera, para fines de este estudio, como buena adherencia *test* con puntuaciones de 6 o más y mala adherencia *test* con puntuaciones < 6. También se usó el cuestionario *Patient-Doctor Relationship Questionnaire*, versión de 9 preguntas (PDRQ-9), cuestionario que evalúa la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente y cuantifica su opinión respecto a la comunicación, la satisfacción y la accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento instaurado. Se catalogó como buena relación médico-paciente una puntuación de 23 o más y mala relación médico-paciente una puntuación < 22.

Aspectos éticos

Este estudio se apegó a lo señalado por la Declaración de Helsinki y sus enmiendas (incluida la última, de 2013 en Brasil), los códigos internacionales, como el Código de Núremberg, y lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación. Contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica del hospital mencionado (con número de registro institucional R-2020-2603-072). En todo momento se protegió la confidencialidad de la información y se recabó consentimiento informado; asimismo, dado que el estudio fue de carácter descriptivo, no hubo intervención en la salud del participante y se respetó, por ende, su integridad física.

Variables de estudio

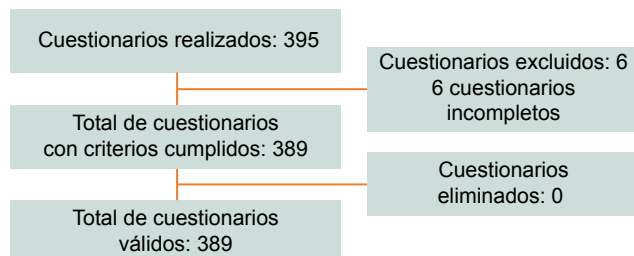
Las variables del estudio fueron: edad, género, estado civil, escolaridad, adherencia terapéutica y relación médico-paciente. Para este estudio no se evaluaron las cifras de presión arterial (PA), sino solamente el resultado de los cuestionarios anteriormente descritos (figura 1).

Se hizo un análisis estadístico descriptivo e inferencial de las variables cualitativas y cuantitativas dependientes e independientes: la estadística descriptiva se presentó mediante medidas de tendencia central y dispersión; para el análisis inferencial se utilizó el programa de SPSS, versión 21.0 para Windows; mediante la prueba de chi cuadrada de Pearson se compararon las variables cualitativas nominales y ordinales independientes (sexo, estado civil, alfabetización y relación médico-paciente) y se consideró estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0.05$. Asimismo, se evaluó la asociación entre la relación médico-paciente y la adherencia terapéutica, mediante razón de momios (RM) obtenida de una tabla de 2 x 2 (contingencia).

Resultados

Se contó con una muestra final de 289 pacientes con HAS adscritos al hospital mencionado de Ciudad Obregón,

Figura 1 Detección, selección y seguimiento de los participantes



Sonora. En relación con los participantes según el género se observó una distribución homogénea, pues 171 eran mujeres (59.2%) y 118 hombres (40.8%); la media de edad fue de 56 años; el alfabetismo estuvo presente en 90% de los pacientes y un 72% de ellos tenían pareja al momento del estudio. Estos últimos son aspectos de relevancia, ya que ambas variables han sido asociadas como factores de riesgo para la no adherencia terapéutica (cuadro I).

Cuadro I Características generales y epidemiológicas de los participantes del estudio ($n = 289$)

Características	Media \pm DE	
	<i>n</i>	%
Edad	56 \pm 14	
Género femenino	171	59.2
Con pareja	209	72
Alfabeta	261	90
Más de 4 consultas en el último año	289	
Adherencia terapéutica		
Buena	165	57
Mala	124	43
Relación médico-paciente buena	185	64

La buena adherencia terapéutica estuvo presente en el 57% (165) de los casos, con una buena relación médico-paciente en el 64% (185) (cuadro II).

El análisis inferencial de factores asociados a buena adherencia terapéutica fue significativo para una buena relación médico-paciente con una RM de 1.92, $p < 0.001$; adicionalmente, se exploró la asociación de la adherencia terapéutica con otras variables descritas en la literatura, las

Cuadro II Análisis multivariado de los factores asociados a buena adherencia terapéutica

Factor	<i>n</i>	%	RM	IC 95%	<i>p</i>
Género					
Masculino	118	39.5%	1.05	0.79-1.40	0.694
Femenino	171	60.5%	0.96	0.79-1.16	
Estado civil					
Con pareja	209	72%	0.91	0.79-1.05	0.251
Sin pareja	80	28%	1.25	0.85-1.84	
Sabe leer y escribir					
Alfabeta	261	90%	1.00	0.96-1.07	0.99
Analfabeta	28	10%	1.00	0.49-2.01	
Relación médico-paciente					
Buena	185	64%	1.92	1.54-2.39	0.00
Mala	104	36%	0.34	0.23-0.47	

RM: razón de momios; IC 95%: intervalo de confianza al 95%
El valor de p se calculó con chi cuadrada de Pearson

cuales en su análisis estadístico no mostraron significación estadística: el género (masculino RM 1.05 frente a 0.96 en el género femenino, $p = 0.694$), estado civil (con pareja RM de 0.95 y sin pareja 1.25, $p = 0.251$) y escolaridad (alfabetizados RM de 1 y no alfabetizados RM de 1, $p = 0.99$) (cuadro II y figura 2).

Discusión

En general los principales factores determinantes del inadecuado control de la hipertensión son la falta de adherencia al tratamiento prescrito, la persistencia de estilos de vida, hábitos desfavorables y tratamientos ineficientes.⁷ Por ello, la no adherencia al tratamiento se reconoce como una barrera importante para el manejo exitoso de muchos trastornos crónicos, incluida la HAS,^{11,12} lo cual se asocia con cifras tensionales más elevadas, peor pronóstico y mayor consumo de antihipertensivos.¹³ Esto significa que para muchos pacientes hipertensos es necesario mejorar la adherencia al tratamiento.¹⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como “la medida en que los comportamientos de una persona, como tomar un medicamento, seguir una dieta o realizar cambios en el estilo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica”.¹⁰ Se desconoce la verdadera prevalencia de la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo. Las estimaciones de prevalencia difieren entre los estudios con tasas de incumplimiento informadas desde 10% hasta 80%.^{15,16}

La etiología de la HAS es multifactorial e incluye causas asociadas con el sistema sanitario, calidad de la relación entre paciente y médico, la terapia farmacológica, los

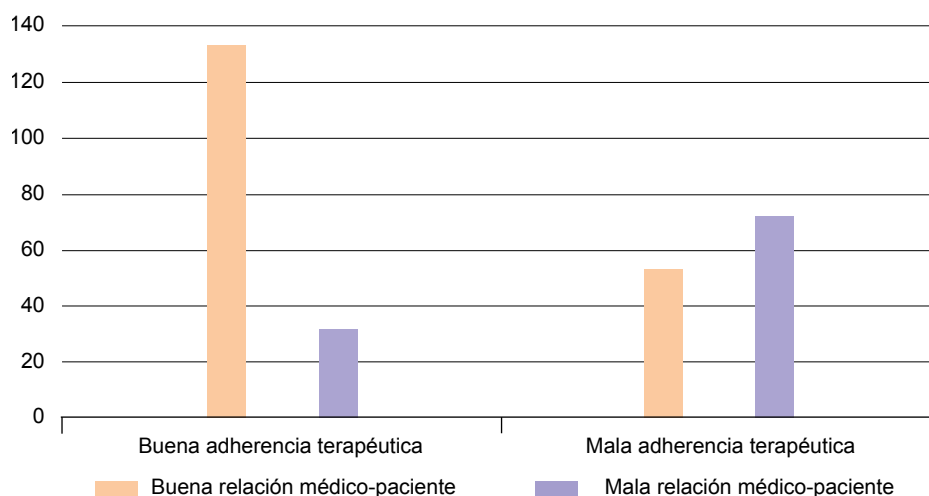
pacientes, la falta de conocimiento sobre la hipertensión y su tratamiento, dificultades financieras, factores psicológicos, apoyo social, olvido y efectos secundarios de los medicamentos.¹⁴

A nivel nacional son pocos los estudios que han explorado la prevalencia de la adherencia antihipertensiva y sus determinantes en unidades de medicina familiar. Entre ellos está el estudio de Luna-Breceda *et al.*, quienes analizaron el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de una unidad de medicina familiar de Jalisco, México, y encontraron que 50% de la población con HAS no tenía un apego adecuado al tratamiento.¹⁷

En este estudio, más contemporáneo y con una diferencia de cinco años, se encontró similitud en la prevalencia de la adherencia terapéutica en una unidad de medicina familiar del Noroeste de México con poco más de la mitad de los pacientes (57%), lo cual se tradujo en que cuatro de cada 10 pacientes con HAS no lograron un buen apego a su tratamiento. Estos son datos alarmantes que traducen la magnitud del problema y la necesidad de instaurar políticas públicas no solo encaminadas al abastecimiento y la prescripción de fármacos antihipertensivos, sino también a medidas que atiendan y disminuyan esta entidad prevalente y constante que contribuye a su inadecuado control y, por tanto, al desarrollo de eventos cardiovasculares, que son considerados la principal causa de muerte en nuestro país.^{1,3}

Si bien hay múltiples y diferentes métodos directos e indirectos para medir la adherencia terapéutica, como el recuento de píldoras, cuestionarios, diarios de los pacientes, mediciones de la concentración del fármaco en plasma, etcétera, no hay ningún método óptimo.¹⁸ Una de las opciones más factibles y reconocidas para su empleo durante la práctica clínica diaria es la utilización de cuestionarios admi-

Figura 2 Asociación entre la relación médico-paciente y la adherencia terapéutica a antihipertensivos



nistrados por el propio paciente; por tanto, al considerar su validez previamente establecida, su factibilidad, utilidad y el bajo costo de realización en la práctica clínica diaria, resulta un instrumento atractivo e importante para investigaciones en el tema como en nuestro estudio.¹⁹ Uno de los cuestionarios más conocidos y utilizados tanto en la práctica clínica como en investigación es el Test de Morisky-Green de 8-items (MMAS-8), debido a que tiene una alta concordancia con los datos obtenidos a partir de dispositivos electrónicos o los registros de dispensación de la medicación.^{20,21,22,23,24}

Una cuestión clave que interviene en la adherencia terapéutica es la calidad y la frecuencia de la relación entre médico y paciente, y el grado de satisfacción percibido por este, por lo que es objeto de investigación en el área clínica,^{25,26,27} como lo reportado por el estudio de Azcárate *et al.*, en el cual la relación médico-paciente influyó de manera positiva en el control de la hipertensión arterial en una unidad de medicina familiar del Distrito Federal, México.⁶ Sin embargo, el número de investigaciones e intervenciones es limitado y no se ha llegado a una conclusión consistente.

La relación médico-paciente se ha definido como “una relación consensuada en la que el paciente busca a sabiendas la ayuda del médico y en la que el médico acepta a la persona como paciente a sabiendas”. Esta relación única abarca cuatro elementos clave: conocimiento mutuo, confianza, lealtad y respeto.^{28,29}

En su estudio realizado en Perú, Sotelo reportó que la mala relación médico-paciente incrementa en casi dos veces la probabilidad de no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, con una RM de 2.26, con un IC 95% de 1.10-4.68,³⁰ resultado que es consistente con lo encontrado en nuestro estudio, en el cual una buena relación médico-paciente duplica la posibilidad de adherencia al tratamiento, con una RM de 1.92 y una $p < 0.001$. Por tanto, si bien no fue objeto de estudio en esta línea de investigación, se podría inferir que las intervenciones enfocadas a mejorar la relación y comunicación entre el médico y el paciente podrían ser un factor que incremente la adherencia al tratamiento, lo cual podría dar paso a próximas investigaciones que exploren el papel de las intervenciones en este sentido.

Otros importantes factores dignos de resaltar, descritos en la literatura y no comprobados en nuestro estudio, y que están asociados a una adecuada adherencia son el estado civil de los pacientes, así como la edad y el sexo, ya que las mujeres se adhieren más al tratamiento que los hombres, además de que el nivel de educación se ha relacionado positivamente, la actividad física, el vivir acompañado o no, la asistencia regular a consultas y el costo de la medicación.³¹

Conclusiones

La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran impacto a nivel mundial y nacional, y predomina sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, en las cuales la adherencia a largo plazo comprende poco más del 50%, como lo demostrado en este estudio. La consistente prevalencia encontrada en diversos estudios a lo largo de esta década refleja su poca reducción, y muestra que es necesario otorgarle la importancia que amerita con investigaciones que describan y resalten su panorama actual, con lo cual se podría buscar el empleo de políticas públicas de salud e intervenciones que modifiquen su situación actual.

Si bien las barreras para la adherencia terapéutica son complejas y variadas, uno de los factores constantemente descritos en investigaciones previas y constatado por nuestro estudio es la relación médico-paciente. Es así como los resultados de este estudio resaltan la importancia de la relación entre el médico y el paciente como factor que influye en la adherencia terapéutica de paciente con HAS, lo cual confirma lo descrito en otras investigaciones y demuestra los pocos avances y grandes áreas de oportunidad en el tema para los sistemas de salud y gobiernos.

Limitaciones e innovación

Las limitaciones de este estudio incluyeron el sesgo de respuesta, ya que los participantes tenían la probabilidad de responder a conveniencia; si bien el muestreo no probabilístico en este estudio inicial permitió la reducción de tiempos y los problemas de aleatorización en época de pandemia, lo cual daría múltiples pérdidas así como la posibilidad de incluir a todos los sujetos accesibles como parte de la muestra, el hecho de la no aleatorización podría dar origen a una inadecuada representación de la población blanco: asimismo, el resultado de nuestro estudio se basó en un solo centro y hemos recibido respuestas parciales, las cuales podrían no ser representativas de todas las UMF del país. No obstante, este estudio es pionero a nivel nacional, pues proporciona información sobre la prevalencia actual, los pocos avances obtenidos en las últimas décadas y las grandes oportunidades existentes. Dicha información puede resultar útil para intervenciones que minimicen esta problemática.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Referencias

- Rondanelli I, Rondanelli S. Hipertensión arterial secundaria en el adulto: evaluación diagnóstica y manejo. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2015;26(2):164-74.
- Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, Lim SS, Abate D, Abate KH, et al. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Stu. *Lancet*. 2018;392(10159):1923-94.
- Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(19):2199-269.
- Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021-104.
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
- Azcárate-García E, Hernández-Torres I, Guzmán-Rivas M. Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. *Atención Fam*. 2014;21(3):83-5.
- Ortega-Cerda JJ, Sánchez-Herrera D, Rodríguez-Miranda OA, Ortega-Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Méd Grupo Ángeles*. 2018;16(3):226-32.
- Grassi G, Seravalle G, Mancia G. Cardiovascular consequences of poor compliance to antihypertensive therapy. *Blood Press*. 2011;20(4):196-203.
- Dragomir A, Côté R, Roy L, Blais L, Lalonde L, Bérard A, et al. Impact of adherence to antihypertensive agents on clinical outcomes and hospitalization costs. *Med Care*. 2010;48(5):418-25.
- Hinson WH. Dose calculations of photon beams using a finite-size pencil beam model. *Med Phys*. 2000;27(2):422.
- Steiner JF. Rethinking Adherence. *Ann Intern Med*. 2012;157(8):580.
- Beune EJAJ, Moll Van Charante EP, Beem L, Mohrs J, Agyemang CO, Ogedegbe G, et al. Culturally adapted hypertension education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of African Origin with uncontrolled hypertension: Cluster-randomized trial. *PLoS One*. 2014;9(3):1-11.
- Gupta P, Patel P, Štrauch B, Lai FY, Akbarov A, Marešová V, et al. Risk Factors for Nonadherence to Antihypertensive Treatment. *Hypertension*. 2017;69(6):1113-20.
- Al-Ramahi R. Adherence to medications and associated factors: A cross-sectional study among Palestinian hypertensive patients. *J Epidemiol Glob Health*. 2015;5(2):125-32.
- Tomaszewski M, White C, Patel P, Masca N, Damani R, Hepworth J, et al. High rates of non-adherence to antihypertensive treatment revealed by high-performance liquid chromatography-tandem mass spectrometry (HP LC-MS/MS) urine analysis. *Heart*. 2014;100(11):855-61.
- Corrao G, Parodi A, Nicotra F, Zambon A, Merlino L, Cesana G, et al. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. *J Hypertens*. 2011;29(3):610-8.
- Luna-Breceda U, del Rocío Haro-Vázquez S, Urióstegui-Espíritu LC, de Jesús Barajas-Gómez T, Rosas-Navarro DA. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Atención Fam*. 2017;24(3):116-20.
- Nguyen TMU, Caze A La, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring?: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(3):427-45.
- Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*. 2018;59(3):163-72.
- Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, José Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40(8):413-7.
- Aid Kunert J. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*. 2015;2(2):43-51.
- Limaylla ML, Ramos NJ. Métodos Indirectos de Valoración del Cumplimiento Terapéutico. *Cienc Invest*. 2017;19(2):95-101.
- Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc*. 2011;86(4):304-14.
- Tam HL, Wong EML, Cheung K. Effectiveness of Educational Interventions on Adherence to Lifestyle Modifications Among Hypertensive Patients: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2513.
- Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. *Rev Médicas Uis*. 2015;28(1):7-13.
- Soria R, Vega Z, Nava C, Saavedra K. Interacción Médico-Paciente y su Relación con el Control del padecimiento en Enfermos Crónicos. *Liberabit*. 2011;17(2):223-30.
- Mendoza-F A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev Peru Ginecol y Obstet*. 2017;63(4):555-64.
- Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the Doctor-Patient Relationship. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2015;17(5):1-15.
- Aguilar-Fleitas B. La relación médico-paciente. *Dimensiones. Rev Urug Cardiol* 2014; 29:290-4.
- Sotelo Ciudad CW. Asociación entre la Relación Médico Paciente y la Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes Hipertensos (tesis de pregrado). Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3931>
- Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Medica Hered*. 2011;21(4):197-201.