



UNAP



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CALIDAD COMUNICATIVA MÉDICO – PACIENTE Y SU IMPACTO EN LA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO, 2025

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
MEDICINA HUMANA VÍA RESIDENTADO MÉDICO CON MENCIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRESENTADO POR:

CARLOS ALEX GASTELU AREVALO

ASESOR:

JORGE ALBERTO RIOS PEZO

IQUITOS, PERÚ

2026



UNAP

Facultad de Medicina Humana
"Rafael Donayre Rojas"
UNIDAD DE POSGRADO



**ACTA DE PRESENTACIÓN DE
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN N°006-2026-DUPG-FMH-UNAP**

En la ciudad de Iquitos, a los 04 días del mes de marzo del 2026 a horas 11:00 am., se reunieron en la Dirección de la Unidad de Posgrado, los miembros del Jurado Examinador de la Facultad de Medicina Humana, con la finalidad de proceder a la presentación formal del proyecto de investigación titulado: **"CALIDAD COMUNICATIVA MÉDICO – PACIENTE Y SU IMPACTO EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2025"**; aprobado con Resolución Decanal N°079-2026-FMH-UNAP, presentado por la Médico Cirujano **MC. CARLOS ALEX GASTELU AREVALO** para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana Vía Residentado Médico con mención en **MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**, que otorga la UNAP de acuerdo a la Ley Universitaria 30220 y el Estatuto de la UNAP.

El Jurado Examinador designado mediante Resolución Decanal N°020-2026-FMH-UNAP, está integrado por:

MC. Jorge Luis Baldeón Ríos, Dr.	Presidente
MC. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci, Mgter. SP.	Miembro
MC. Renzo Ygor Paima Ríos	Miembro



Luego de haber revisado y analizado con atención el Proyecto de Investigación; El Jurado Examinador después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las conclusiones siguientes:

El Proyecto de Investigación ha sido: Aprobado por UNANIMIDAD con la calificación: VEINTE (20)

Estando el Médico Cirujano apto para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana Vía Residentado Médico con mención en **MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**.

Siendo las 12:00 horas, se dio por terminado el acto.

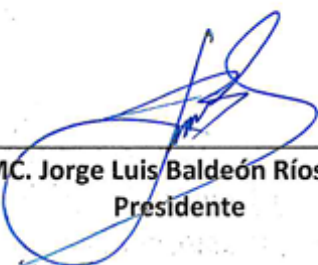
MC. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci, Mgter. SP.
Miembro

MC. Jorge Luis Baldeón Ríos, Dr.
Presidente

MC. Renzo Ygor Paima Ríos
Miembro

MC. Jorge Alberto Ríos Pezo, Mgter. SP.
Asesor

EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APROBADO A LOS CUATRO DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2026, A LAS 12:00 HORAS EN LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS – PERÚ.



MC. Jorge Luis Baldeón Ríos, Dr.
Presidente



MC. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci, Mgter. SP.
Miembro



MC. Renzo Ygor Paima Ríos
Miembro



MC. Jorge Alberto Ríos Pezo, Mgter. SP.
Asesor

CARLOS ALEX GASTELU AREVALO

UPGMH_2DA ESP_PROY INVEST_GASTELU AREVALO.pdf

📅 23-27 FEBRERO

📅 23-27 FEBRERO

🏛️ Universidad Nacional De La Amazonia Peruana

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::20208:560011527

Fecha de entrega

23 feb 2026, 2:13 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

27 feb 2026, 12:58 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

UPGMH_2DA ESP_PROY INVEST_GASTELU AREVALO.pdf

Tamaño del archivo

268.0 KB

29 páginas

5542 palabras

33.816 caracteres



Página 1 de 35 - Portada

Identificador de la entrega trn:oid:::20208:560011527



Página 2 de 35 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid:::20208:560011527

13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 8% 🌐 Fuentes de Internet
- 1% 📖 Publicaciones
- 9% 👤 Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

ÍNDICE

	Páginas
PORTADA	1
ACTA	2
JURADO	3
RESULTADO DE INFORME DE SIMILITUD	4
ÍNDICE	5
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
DATOS GENERALES	9
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 Descripción de la situación problemática	10
1.2 Formulación del problema	13
1.3 Objetivos	13
1.3.1 Objetivo general	13
1.3.2 Objetivos específicos	13
1.4 Justificación	14
1.4.1 Importancia	14
1.4.2 Viabilidad	15
1.5 Limitaciones	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes	17
	5

2.2	Bases teóricas	20
2.3	Definición de términos básicos	24
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES		26
3.1	Formulación de la hipótesis	26
3.2	Variables y su operacionalización	27
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA		29
4.1	Diseño metodológico	29
4.2	Diseño muestral	29
4.3	Procedimientos de recolección de datos	32
4.4	Procesamiento y análisis de datos	33
4.5	Aspectos éticos	34
COSTO TOTAL DEL PROYECTO		35
CRONOGRAMA		36
BIBLIOGRAFÍA		37
ANEXOS		42
1.	Matriz de consistencia	43
2.	Instrumentos de recolección de datos	45
3.	Consentimiento informado	49

RESUMEN

La comunicación médico–paciente es un elemento clave en la atención en salud, ya que influye en la comprensión del tratamiento, la confianza y el cumplimiento terapéutico. En contextos como la Amazonía peruana, donde existen barreras culturales y lingüísticas, su calidad resulta determinante para garantizar resultados clínicos favorables. El objetivo del estudio es determinar la relación entre la calidad comunicativa médico–paciente y la adherencia terapéutica en usuarios del consultorio externo del Hospital Regional de Loreto durante el año 2025.

Se realizará un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo-correlacional, de corte transversal. La muestra estará conformada por 374 pacientes adultos seleccionados mediante muestreo probabilístico. La calidad comunicativa será evaluada con una escala Communication Assesment Tool – CAT y la adherencia terapéutica mediante la escala MMAS-8. El análisis incluirá estadística descriptiva y pruebas de asociación con el coeficiente de Spearman y chi cuadrado ($p < 0,05$). Se espera evidenciar que una mejor calidad comunicativa se asocia significativamente con mayores niveles de adherencia terapéutica. Los resultados permitirán sustentar estrategias institucionales orientadas a fortalecer la comunicación clínica y mejorar la calidad de la atención ambulatoria.

Palabras clave: comunicación médico–paciente, adherencia terapéutica, calidad de atención, medicina familiar.

ABSTRACT

Doctor–patient communication is a key component of healthcare, as it influences treatment understanding, trust, and therapeutic compliance. In the Peruvian Amazon context, marked by cultural and language barriers, its quality is crucial to ensure favorable clinical outcomes. This study aims to determine the relationship between doctor–patient communication quality and therapeutic adherence among outpatients at the Hospital Regional de Loreto in 2025.

A quantitative, observational, descriptive–correlational, cross-sectional study will be conducted with a probabilistic sample of 374 adult patients. Communication quality will be assessed using a Communication Assessment Tool – CAT scale and therapeutic adherence with the MMAS-8 scale. Descriptive statistics and association tests (Spearman correlation and chi-square, $p < 0.05$) will be applied.

It is expected that better communication quality will be significantly associated with higher therapeutic adherence. The findings will support strategies to strengthen person-centered communication and improve outpatient care quality.

Keywords: doctor–patient communication, therapeutic adherence, quality of care, family medicine.

DATOS GENERALES

1. **Título:**

- Calidad comunicativa médico – paciente y su impacto en la adherencia terapéutica en consultorio externo del Hospital Regional de Loreto, 2025.

2. **Area y Línea de Investigación:**

- **2.1 Área:** Ciencias Médicas y de Salud
- **2.2 Subárea:** Salud Pública
- **2.3 Línea:** Salud Pública y Calidad de los Servicios de Salud

3. **Autor:** M.C. Carlos Alex Gastelú Arévalo

4. **Asesor:** M.C. Jorge Alberto Ríos Pezo

5. **Colaboradores:**

- **5.1 Instituciones:** Hospital Regional de Loreto

6. **Duración estimada de la ejecución:** 6 meses

7. **Fuentes de financiamiento:** Propios

8. **Recursos externos en gestión:** Ninguno

9. **Presupuesto estimado:** S/. 830. 00

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La interacción comunicativa médico-paciente constituye un elemento esencial dentro de la atención en salud, pues influye directamente en la confianza, satisfacción y participación del paciente en su proceso de cuidado. La forma en que el médico se comunica repercute también en la adherencia terapéutica, entendida como el cumplimiento de las recomendaciones médicas, el uso adecuado de medicamentos y el seguimiento de los controles clínicos. Diversas investigaciones, como el metaanálisis de Haskard Zolnierek y DiMatteo, la revisión de Ha y Longnecker y el análisis clásico de Stewart, han evidenciado que la comunicación efectiva es un componente determinante para lograr resultados clínicos favorables, disminuir complicaciones y promover uso racional de los recursos del sistema sanitario. ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

A nivel global, se calcula que aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas no cumplen correctamente su tratamiento, siendo la comunicación deficiente entre médico y paciente una de las principales causas de esta falta de adherencia. ⁽⁴⁾ Un metaanálisis realizado por Mora-Roma en 2022 evidenció que las intervenciones psicológicas mejoran significativamente la adherencia al tratamiento. ⁽⁵⁾ Estos hallazgos reafirman que la comunicación clínica trasciende el ámbito interpersonal y se convierte en una herramienta terapéutica clave que influye en las conductas de salud y en los desenlaces médicos.

Peña-Valenzuela y colaboradores en 2023 evidenciaron que una adecuada relación médico-paciente se asocia con mayor adherencia terapéutica, favoreciendo el

cumplimiento del tratamiento y la comprensión del paciente. ⁽⁶⁾ Una revisión sistemática publicada en *BMC Health Services Research* (2023) mostró que los pacientes que perciben una comunicación clara, empática y personalizada refieren mayor satisfacción, control sobre su enfermedad y bienestar psicológico. ⁽⁷⁾ No obstante, la literatura científica advierte que persisten deficiencias en la formación comunicacional del personal de salud, especialmente en contextos con alta carga asistencial o limitaciones de recursos. ⁽⁸⁾

En América Latina, la relación médico-paciente aborda desafíos significativos debido a la sobrecarga laboral, el tiempo limitado de consulta y las diferencias socioculturales, factores que afectan la calidad de la atención médica. ⁽⁹⁾ En Perú, diversas investigaciones evidencian que la comunicación en la atención médica continúa siendo un aspecto débil del sistema. Un estudio realizado en hospitales de Lima reportó que el 39.7% de los pacientes percibió una comunicación inadecuada con su médico tratante, mientras que solo el 53.7% expresó satisfacción general con el servicio recibido. ⁽¹⁰⁾

Por otra parte, la adherencia terapéutica, sigue representando un desafío para el sistema sanitario del país. En el Hospital de Emergencias Pediátricas de Lima – HEP, se observó que únicamente el 17.2% de los pacientes cumplía correctamente las indicaciones médicas, generando repercusiones en la eficacia de los tratamientos y en los costos institucionales. ⁽¹¹⁾ En adultos, las cifras son preocupantes, especialmente en enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes o la tuberculosis, donde los índices de abandono terapéutico superan el 40%.

En Loreto, esta problemática se intensifica por factores estructurales, sociales y culturales. El Hospital Regional de Loreto, principal establecimiento de referencia en la Amazonía peruana afronta limitaciones en infraestructura, recursos humanos y tiempo de atención. Además, se presentan diferencias culturales y formas distintas de interpretar la enfermedad y de comprender los términos médicos que dificultan la comprensión de las indicaciones médicas. En territorios amazónicos con gran diversidad lingüística y distintas concepciones sobre la salud y la enfermedad, la comunicación efectiva adquiere un papel importante para garantizar la adherencia al tratamiento. ⁽¹²⁾

Es razonable suponer que la calidad comunicativa entre médicos y pacientes en el consultorio externo del Hospital Regional de Loreto influye en el grado de adherencia terapéutica. Una comunicación deficiente o poco adaptada al contexto sociocultural puede llevar al paciente a malinterpretar las indicaciones, abandonar el tratamiento o recurrir a prácticas no médicas. Una relación basada en la empatía, la confianza y la claridad de los mensajes, favorece la continuidad terapéutica, mejora los resultados clínicos y refuerza la percepción de calidad del servicio. ⁽¹²⁾

Ante esta realidad, el presente estudio surge ante la necesidad de evaluar la calidad comunicativa entre médicos y pacientes y analizar su influencia en la adherencia terapéutica en el consultorio externo del Hospital Regional de Loreto durante el año 2025. Se pretende reconocer las principales limitaciones comunicativas, determinar su relación con el cumplimiento del tratamiento y plantear acciones orientadas al fortalecimiento de la atención ambulatoria, contribuyendo a la eficiencia institucional y a la mejora de la calidad del cuidado en salud.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre la calidad comunicativa médico-paciente y la adherencia terapéutica en los usuarios del consultorio externo del Hospital Regional de Loreto durante el año 2025?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre la calidad comunicativa médico-paciente y la adherencia terapéutica en los usuarios atendidos en consultorio externo del Hospital Regional de Loreto en el año 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir el nivel de calidad comunicativa entre los médicos y los pacientes atendidos en el consultorio externo del Hospital Regional de Loreto durante el año 2025.
- Determinar el grado de adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en el consultorio externo del Hospital Regional de Loreto en el año 2025.
- Identificar los factores personales, educativos y socioculturales que influyen en la calidad comunicativa y la adherencia terapéutica en el Hospital Regional de Loreto en el año 2025.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

El presente estudio posee relevancia teórica para el Hospital Regional de Loreto, principal centro de referencia de la Amazonía peruana, donde las particularidades culturales, lingüísticas y socioeconómicas de la población configuran retos adicionales para la comunicación asistencial. En esta región, caracterizada por una marcada diversidad étnica y un número considerable de pacientes procedentes de comunidades rurales, el intercambio verbal y no verbal entre médico y paciente puede influir en la comprensión de las indicaciones. ⁽¹³⁾ Examinar la calidad comunicativa y su asociación con la adherencia terapéutica constituye un aporte conceptual relevante para optimizar la atención ambulatoria.

El conocimiento derivado permitirá contar con un diagnóstico objetivo sobre las competencias comunicativas del personal médico y su asociación con el cumplimiento terapéutico, lo que evidencia la relevancia práctica del estudio al generar información útil para el diseño de intervenciones institucionales orientadas a fortalecer la práctica profesional. Asimismo, se reconoce su relevancia social, debido a que los resultados podrán sustentar la implementación de programas de capacitación en comunicación clínica. ⁽²⁾

Los beneficiarios directo del estudio serán los pacientes del hospital quienes podrán recibir una atención más entendible, empática y ajustada a su contexto sociocultural. El personal médico se verá favorecido por el fortalecimiento de competencias interpersonales que optimicen la calidad del acto clínico y disminuyen las dificultades comunicativas. En el plano institucional, la investigación

proporcionará evidencia para reducir los costos asociados en tratamientos e interrumpidos o duplicados. ⁽¹⁴⁾

En el plano nacional, el estudio se alinea con los lineamientos del Ministerio de Salud (MINSA) y las políticas de SUSALUD, que promueven la atención centrada en la persona, el respeto intercultural y la mejora continua de la calidad asistencial.

(15) (16)

1.4.2 Viabilidad

El estudio presenta viabilidad operativa, técnica y ética, dado que se dispone de los recursos, el tiempo y la experiencia necesarios para su ejecución durante el año 2025. El investigador principal formó parte del programa de segunda especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, lo que facilita el acceso al campo de estudio y el apoyo institucional requerido.

En cuanto a los recursos materiales y financieros, el estudio no implica costos elevados, ya que se desarrollará con medios propios del investigador, con apoyo del asesor y el uso de herramientas estadísticas disponibles en el entorno académico. Se cuenta, además, con acceso a bibliografía científica, bases de datos actualizados y equipos informáticos para el procesamiento de información.

Desde el punto de vista ético, la investigación no representa riesgo alguno para los participantes. Se obtendrá el consentimiento informado, se garantizará la confidencialidad de los datos y el uso exclusivo de la información con fines científicos. El proyecto será sometido a revisión por el Comité de Ética del Hospital Regional de Loreto antes de su ejecución.

1.5 Limitaciones

Entre las posibles limitaciones se contempla, en primer lugar, el tiempo disponible para la recolección de información, que podría restringir el tamaño muestral o la amplitud de las observaciones. Esta situación se afrontará mediante una planificación precisa y coordinación constante con los profesionales del consultorio externo.

Eventualmente la diversidad cultural de los pacientes puede influir en la comprensión de las preguntas y en la precisión de las respuestas. Para reducir este sesgo, se adaptarán los instrumentos a un lenguaje accesible y se capacitará a los encuestadores para facilitar la comunicación intercultural.

También podrían presentarse limitaciones derivadas del diseño metodológico, dado que el enfoque descriptivo-correlacional permitirá identificar asociaciones. Sin embargo, este tipo de diseño es el más adecuado para describir comportamientos y percepciones en contextos reales, aportando una base empírica para estudios posteriores de tipo analítico o experimental.

Se reconoce la posibilidad de sesgos de respuestas o falta de exactitud en la autopercepción de los pacientes sobre su adherencia al tratamiento. Para mitigar este riesgo, se emplearán escalas validadas y se garantizará el anonimato, con el propósito de reducir el sesgo de información y fortalecer la confiabilidad de los datos obtenidos. A pesar de estas limitaciones, el estudio conserva su valor científico y su potencial para contribuir a la mejora de la comunicación clínica y la calidad del servicio de salud en la región.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En el año 2024, Yun y colaboradores desarrollaron una revisión sistemática que incluyó estudios realizados en atención primaria y consulta externa, con poblaciones adulta que superaron los 6 000 en conjunto. Los estudios evaluaron la calidad comunicativa médico – paciente mediante instrumentos estandarizados como el Communication Assessment Tool (CAT) y la adherencia mediante escalas validadas como Morisky Medication Adherence Scale – 8 items (MMAS-8). Los resultados evidenciaron que los pacientes con alta calidad comunicativa presentaron niveles de adherencia entre 65% y 80%, mientras que en los grupos con baja calidad comunicativa la adherencia no superó el 45%.⁽¹⁷⁾

En el año 2024, Zeng y colaboradores realizaron una revisión sistemática realizado en más de 40 investigaciones internacionales que incluyeron 25 000 pacientes hipertensos, recopiló evidencias provenientes de distintos países y concluyó que la calidad comunicativa influye sobre la adherencia al tratamiento directamente y de manera indirecta en el control de la presión arterial. La revisión evidenció que una comunicación efectiva se asocia con una reducción alrededor del 20% al 25% en el riesgo de no adherencia, lo que resulta su impacto clínico.⁽¹⁸⁾ Esto reafirma que la interacción comunicativa no debe limitarse a la prescripción farmacológica, sino que debe entenderse como parte del proceso de cuidado continuo.

En el año 2024, Jaron y colaboradores realizaron una investigación durante pandemia en Silesia, Polonia, en una muestra de 1 200 pacientes adultos hospitalizados en una clínica de rehabilitación, analizó los determinantes de la

relación médico-paciente y evidenció que más de la mitad de los pacientes asumieron un papel pasivo en la comunicación clínica, lo que generó malentendidos y escasa participación en las decisiones terapéuticas. El estudio identificó que el 56% de los pacientes no participaba activamente en la consulta, situación asociada con menor comprensión del tratamiento.⁽¹⁹⁾ Se encontró que una comunicación abierta incrementó en 1.8 veces la probabilidad de adherencia adecuada, confirmando el peso de la interacción clínica en el cumplimiento terapéutico.

En el año 2023, O'Connor y colaboradores realizaron una revisión sistemática que incluyó estudios observacionales y ensayos clínicos desarrollados en poblaciones adultas con enfermedades crónicas, con un total acumulado superior a 5 000 pacientes. La revisión analizó intervenciones comunicacionales evaluadas mediante instrumentos como el CAT y su impacto en la adherencia terapéutica medida con escalas como la MMAS-8. Los resultados indicaron que las intervenciones basadas en comunicación estructurada lograron incrementos en adherencia en rangos entre 12% y 28%, en comparación con la atención habitual.
(14)

En el año 2022, Domínguez-Samamés desarrolló un estudio cuantitativo, de diseño transversal, en una muestra de 412 usuarios de establecimientos del primer nivel de atención en Lima Metropolitana. La comunicación médico-paciente fue evaluada mediante un cuestionario estructurado de percepción comunicacional y la adherencia terapéutica mediante una escala similar a la MMAS-8. Los resultados mostraron que el 69,2% de los pacientes calificaron la comunicación como adecuada y presentaron alta adherencia, mientras que solo el 34,8% de los pacientes

con comunicación inadecuada cumplieron correctamente el tratamiento. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). El estudio concluyó que una comunicación clara y respetuosa se asocia con mejores niveles de adherencia terapéutica.⁽¹⁰⁾

En el contexto latinoamericano, investigaciones previas también señalan que la adherencia terapéutica se ve afectada por factores socioculturales, económicos y educativos. En el Perú, Bravo-Zuñiga y colaboradores. (2020) demostraron que la adherencia sostenida a un programa de salud renal se tradujo en una menor progresión de la enfermedad y reducción de la mortalidad, lo que evidenció el impacto clínico tangible del cumplimiento terapéutico.⁽²⁰⁾ Estos aportes reafirman que la adherencia no solo depende de la disponibilidad de medicamentos, sino de la calidad del vínculo comunicativo entre el profesional de salud y el paciente.

Los antecedentes evidencian que la calidad comunicativa médico-paciente, evaluada mediante instrumentos estandarizados como CAT, se asocia de manera significativa con la adherencia terapéutica medida a través de escalas validadas como la MMAS-8. Sin embargo, la mayoría de los estudios se han desarrollado en contextos distintos al Perú, lo que limita la extrapolación directa de sus resultados. Esta evidencia justifica la realización del presente estudio en el Hospital Regional de Loreto, orientado a analizar dicha relación en un contexto regional y amazónico.

2.2 Bases teóricas

Comunicación Médico- Paciente

La comunicación médico-paciente constituye un componente esencial del acto clínico y uno de los factores determinantes de la calidad de la atención en salud. Este proceso no se limita al intercambio de información diagnóstica o terapéutica, sino que implica una interacción mediante la cual ambos construyen un entendimiento común del problema de salud, opciones de tratamiento y objetivos del cuidado durante la atención clínica. Zakaria y colaboradores (2024) indican que una comunicación clara, empática y centrada en la persona fortalece la confianza del paciente y favorece el cumplimiento de recomendaciones clínicas. ⁽³⁰⁾

En el ámbito de la medicina familiar, la comunicación adquiere un valor particular debido a la continuidad del cuidado y al conocimiento progresivo del contexto personal, familiar y sociocultural del paciente. En este escenario, la relación clínica se consolida a lo largo del tiempo, permitiendo que la comunicación funcione como una herramienta terapéutica que promueve el autocuidado, la corresponsabilidad y la adherencia al tratamiento. ⁽²¹⁾

Barakat y colaboradores (2024) sostienen que la interacción integra dimensiones informativas, emocionales y participativas que deben mantenerse en equilibrio para fortalecer la alianza terapéutica y favorecer resultados positivos en salud. ⁽³²⁾ Además sostienen que cuando estas dimensiones se desarrollan adecuadamente, se incrementa la participación del paciente en su proceso de atención y se mejora la adherencia al tratamiento.

Modelos teóricos de la comunicación clínica

El modelo biomédico tradicional concibe la atención médica desde un enfoque centrada en la enfermedad, en la cual el médico asume un rol directivo y el paciente adopta una posición pasiva frente a las decisiones clínicas. Lazzaro-Salazar y colaboradores (2022) señalan que este enfoque prioriza los aspectos biológicos del proceso salud-enfermedad, dejando en segundo plano los factores psicosociales.

(31)

El modelo biopsicosocial, propuesto originalmente por Engel, integra factores biológicos, psicológicos y sociales para comprender de manera integral el proceso salud-enfermedad. Epstein y Street (2021) señalan que este enfoque promueve una atención centrada en la persona y resalta la importancia de la comunicación clínica para explorar creencias, emociones y condiciones sociales que influyen en el comportamiento del paciente. ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾

De manera complementaria, el modelo de atención centrada en la persona plantea que el paciente debe ser reconocido como un sujeto activo del proceso de atención, considerando sus valores, expectativas y experiencias previas. ⁽²⁵⁾ Este enfoque promueve la toma de decisiones compartidas y se asocia con una mejor comprensión del tratamiento, mayor adherencia terapéutica y una percepción más positiva de la atención recibida. ⁽²⁶⁾ En coherencia con estos planteamientos, el presente estudio adopta el enfoque biopsicosocial centrado en la persona como marco teórico.

Adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica se define como el grado en que el cumplimiento del paciente respecto a la toma de medicamentos, seguimiento de indicaciones y cambios en el estilo de vida coincide con las recomendaciones acordadas con el profesional de salud. ⁽²⁷⁾ La Organización Mundial de la Salud señala que la adherencia es un fenómeno multifactorial influido por características del paciente, del tratamiento, del sistema sanitario y de la relación médico-paciente. ⁽²⁷⁾

Entre los principales factores asociados a la no adherencia se encuentran la falta de comprensión del diagnóstico, esquemas terapéuticos complejos, efectos adversos, olvido y una comunicación inadecuada durante la consulta. ⁽²⁷⁾ En este contexto, la calidad de la comunicación desempeña un papel determinante al facilitar la comprensión de las indicaciones y reforzar la motivación del paciente para cumplir el tratamiento.

Para la evaluación de la adherencia terapéutica, la Escala de Morisky de 8 ítems (MMAS-8) es uno de los instrumentos utilizados a nivel internacional. Esta escala ha demostrado adecuada validez y confiabilidad, incluyendo su aplicación en población peruana, lo que permite identificar niveles de incumplimiento y orientar intervenciones educativas en el ámbito ambulatorio. ⁽²⁸⁾

Relación entre comunicación médico-paciente y adherencia terapéutica

La evidencia científica ha demostrado que la calidad de la comunicación médico-paciente influye de manera directa en la adherencia al tratamiento. Cuando el paciente percibe que su médico explica con claridad, escucha activamente y

muestra empatía, se fortalece la confianza y aumenta el compromiso con el tratamiento. ⁽¹⁾

Estudios recientes indican que los pacientes atendidos por médicos con adecuadas habilidades comunicativas presentan mayores niveles de adherencia y mejores resultados clínicos, especialmente en enfermedades crónicas. ⁽¹⁸⁾ Desde un enfoque teórico, la Teoría del Comportamiento Planificado explica que la comunicación influye en las creencias y actitudes del paciente, facilitando la adopción de conductas de salud. Asimismo, el modelo comunicacional de Roter destaca que la dimensión socioemocional de la consulta actúa como un puente entre la recomendación médica y su cumplimiento efectivo.

En este marco, la aplicación del CAT permite evaluar la calidad comunicativa desde la perspectiva del paciente, mientras que la MMAS-8 facilita la medición objetiva de la adherencia terapéutica. La integración de ambos instrumentos resulta coherente con el enfoque teórico adoptado y con los objetivos del presente estudio.

2.3 Definición de términos básicos

Calidad comunicativa

Hace referencia a nivel de eficacia y empatía con que se desarrolla la interacción clínica. Se expresa en la claridad del lenguaje, la disposición del médico para escuchar y la capacidad de transmitir información adaptada al nivel cultural y cognitivo del paciente. ⁽²⁹⁾ Desde la perspectiva del paciente, la calidad comunicativa se asocia con la percepción de respeto, accesibilidad y confianza hacia el profesional. ⁽³⁰⁾

Adherencia terapéutica

Corresponde al grado en que el comportamiento del paciente, como la toma de medicamentos, cumplimiento de citas o seguimiento de recomendaciones, coincide con las pautas acordadas con el profesional de salud. ⁽²⁷⁾

Relación médico paciente

Es el vínculo profesional y ético que se establece entre el médico y la persona que busca atención. Se fundamenta en la confianza, el respeto mutuo y la cooperación. ⁽³¹⁾ Abarca no solo el acto clínico, sino también el acompañamiento emocional y la orientación educativa durante todo el proceso de atención. La fortaleza de esta relación influye directamente en la adherencia terapéutica, el cumplimiento de controles y la percepción de bienestar del paciente. ⁽²⁶⁾

Alianza terapéutica

Es la colaboración activa entre médico y paciente sustentada en la confianza, la empatía y metas terapéuticas comunes. ⁽¹⁹⁾ Esta alianza favorece la adherencia,

mejora la satisfacción del paciente y genera mayor percepción de autocontrol sobre su salud. ⁽³²⁾

Communication Assessment Tool (CAT)

Es un instrumento validado compuesto por 14 ítems que evalúa la percepción del paciente sobre las habilidades de comunicación del médico durante la consulta. El CAT se centra en aspectos como la claridad, la escucha activa, el respeto y la empatía y es ampliamente utilizado en entornos clínicos y académicos. ⁽³³⁾

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)

Escala estructurada de ocho ítems utilizada para medir el nivel de adherencia al tratamiento mediante la identificación de conductas asociadas al cumplimiento terapéutico. ⁽³⁴⁾

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Hipótesis general

Existe una asociación significativa entre la calidad comunicativa médico-paciente y la adherencia terapéutica en los usuarios del consultorio externo del Hospital Regional de Loreto durante el año 2025.

Hipótesis específicas

- A mayor percepción de empatía en la comunicación médico-paciente, mayor será el nivel de adherencia terapéutica en los usuarios del consultorio externo del Hospital Regional de Loreto, 2025.
- A mayor claridad en la información proporcionada por el médico, mayor será la adherencia terapéutica en los pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Regional de Loreto, 2025.
- A mayor influencia de los factores personales, educativos y culturales del paciente, menor será la adherencia terapéutica en los usuarios del consultorio externo del Hospital Regional de Loreto, 2025.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición		Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Calidad comunicativa médico-paciente	Grado en que el profesional médico manifiesta competencias comunicativas eficaces durante la atención clínica, según la percepción del paciente en el transcurso de la consulta		Cualitativa	Puntaje total del Communication Assesment Tool (CAT)	Ordinal	Alta	55 – 75 puntos	Cuestionario CAT aplicado a los pacientes
						Moderada	35 – 54 puntos	
						Baja	15 – 34 puntos	
Adherencia terapéutica	Grado en que el paciente cumple la medicación, citas y recomendaciones clínicas establecidas por el médico		Cualitativa	Puntaje MMAS-8	Ordinal	Alta	8 puntos	Escala MMAS-8 y revisión de historia clínica
						Media	6 – 7 puntos	
						Baja	< 6 puntos	
Factores personales	Condiciones individuales que pueden influir en la comunicación y adherencia	Edad: Número de años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa discreta	Edad	Razón	Joven	18 – 29 años	Ficha sociodemográfica
						Adulto	30 – 59 años	
						Adulto mayor	≥ 60 años	
		Sexo: Condición biológica del participante sea masculino o femenino.	Cualitativa	Sexo	Nominal	Masculino	Masculino =1	
						Femenino	Femenino=2	
		Estado civil: Situación conyugal del participante	Cualitativa	Estado civil	Nominal	Soltero	Soltero=1	
						Casado	Casado=2	
						Conviviente	Conviviente=3	
Viudo	Viudo=4							

Factores educativos	Nivel de instrucción y capacidad para comprender información de salud		Cualitativa	Nivel educativo	Ordinal	Primaria	Primaria=1	Ficha sociodemográfica	
						Secundaria	Secundaria=2		
						Superior	Superior=3		
Factores socioculturales	Condiciones culturales y sociales del paciente que pueden influir en su comprensión del tratamiento y en su interacción con el personal médico		Idioma predominante	Cualitativa	Idioma predominante: Legua usada habitualmente por el paciente para comunicarse	Nominal	Solo castellano	Solo castellano=1	Ficha sociodemográfica
							Castellano y otra lengua	Castellano y otra lengua=2	
							No castellano	No castellano=3	
			Procedencia geográfica	Cualitativa	Procedencia geográfica: Lugar de residencia habitual del paciente	Nominal	Urbano	Urbano=1	
							Rural	Rural=2	
			Prácticas y creencias en salud.	Cualitativa	Prácticas y creencias en salud: Uso de prácticas tradicionales relacionadas con el cuidado de la salud	Ordinal	Baja influencia cultural	No uso de plantas, no consulta curandero=1	
							Moderada influencia cultural	Uso racional de medicina tradicional=2	
							Alta influencia cultural	Uso frecuente o preferente de medicina tradicional (chamanismo o remedios propios) =3	

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El estudio se desarrollará bajo un enfoque cuantitativo, debido a que se centra en la medición objetiva de variables y en el análisis estadístico de su asociación. Se utilizará un diseño observacional, puesto que no se manipulan los comportamientos o experiencias de los participantes.

Desde el punto de vista del alcance, corresponde a un estudio descriptivo-correlacional, ya que permitirá caracterizar el nivel de calidad comunicativa médico-paciente y el grado de adherencia terapéutica, además de examinar la asociación entre ambas variables, conforme a lo señalado por Hernández-Sampieri, quien indica que los estudios correlacionales describen fenómenos y analizan la relación existente entre variables sin establecer causalidad. ⁽³⁵⁾ ⁽³⁶⁾

La temporalidad será transversal, dado que la información se recolectará en un único momento durante el año 2025, tomando como referencia las atenciones realizadas en consultorio externo. Asimismo, su planificación es prospectiva, pues los datos se obtendrán conforme los pacientes sean atendidos, siguiendo un procedimiento previamente diseñado

4.2 Diseño muestral

Área de estudio: Departamento de Consultorio externo del Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias”.

Población de estudio

La población de estudio estará conformada por todos los pacientes adultos ≥ 18 años que acudan y sean atendidos en consultorio externo del Hospital Regional de Loreto durante los meses de octubre y noviembre 2025, y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos para la investigación.

Tamaño de la población de estudio

Dado que resultó operativamente complejo evaluar a toda la población, se determinará una muestra representativa, calculada mediante la fórmula para estudios analíticos correlacionales. Para el cálculo se considerarán los siguientes parámetros: Nivel de confianza: 95%, Margen de error: 5%, Proporción esperada (p): 0.5, adoptando el criterio de máxima variabilidad ante la ausencia de estudios previos locales. Proporción complementaria (q): 0.5, Poder estadístico: 80%.

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

Total de muestra: 374

Z: Es el coeficiente de confianza, depende del nivel de confianza que se fija 1.96

p: Proporción de unidades que poseen el atributo de interés en la población: 0.5

q: Proporción complementaria de la población (1-p):0.5

N: Tamaño de la población 2 925 según el Boletín Estadístico del Área de Estadística e Informática del Hospital Regional de Loreto (2025).⁽³⁷⁾

E: Error absoluto o precisión de estimación 5%.

El cálculo se realizará con el software OpenEpi versión actualizada, ambos de uso estándar para estudios epidemiológicos. Se añadirá un 10% para compensar posibles pérdidas o cuestionarios incompletos.

Muestreo o selección de la muestra

El muestreo será probabilístico con selección aleatoria en campo. Los participantes serán elegidos al azar entre los usuarios que acudan al consultorio externo del Hospital Regional de Loreto durante el periodo de recolección de datos. Para ello, se invitará a participar a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión conforme se presenten en el servicio, manteniendo un proceso de selección imparcial hasta completar el tamaño de muestra establecido. Este procedimiento permitirá contar con participantes representativos y disminuir el riesgo de sesgo en la selección.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Los participantes deberán cumplir las siguientes condiciones:

- Ser mayores de 18 años.
- Haber recibido atención médica en el consultorio externo durante el periodo de recolección.
- Encontrarse en condiciones de comprender y responder los instrumentos.
- Aceptar participar mediante consentimiento informado
- Contar con una prescripción, recomendación o indicación clínica susceptible de evaluación de adherencia.

Criterios de exclusión

Se excluirán a los sujetos que, aún cumpliendo los criterios de inclusión, presenten características que podrían afectar la calidad o fiabilidad de los datos:

- Pacientes con alteraciones cognitivas, trastornos neurológicos o dificultades para la comunicación que limiten su participación.
- Usuarios en situaciones de dolor intenso, urgencia o malestar que impidan la correcta aplicación del cuestionario.
- Pacientes que no completen el cuestionario o abandonen voluntariamente la encuesta.
- Personas cuyo acompañante responda por ellos, comprometiendo la validez de las respuestas.

4.3 Procedimientos de recolección de datos

Técnica de recolección de datos

Encuesta estructurada

La técnica central será la encuesta estandarizada, aplicada de manera individual a finalizar la atención médica.

Revisión de registros clínicos

Como técnica complementaria se realizará una revisión puntual de la historia clínica, únicamente para corroborar información relacionada con asistencia o controles, indicaciones previas o continuidad de tratamientos.

Instrumentos de recolección de datos

Escala de evaluación de la calidad comunicativa médico-paciente

- Communication Assessment Tool (CAT) ⁽³⁸⁾: Instrumento desarrollado por Makoul y col., el cual presenta validez de contenido mediante juicio de expertos y alta consistencia interna (α de Cronbach > 0.90). Ha sido validado en países como Estados Unidos, Alemania, Italia, Turquía y Japón, y utilizado en el ámbito hospitalario peruano con adecuada aplicabilidad.
- Escala MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale de 8 ítems) ⁽³⁹⁾: Instrumento con validez de constructo y confiabilidad aceptable (α de Cronbach ≈ 0.83). Ha sido validado internacionalmente, incluyendo Estados Unidos, España, Brasil y China, y empleado en estudios clínicos peruanos.
- Ficha sociodemográfica y de factores personales, educativos y socioculturales: Se elaborará una ficha para registrar datos como características personales -edad, sexo, estado civil-, formación educativa, idioma predominante, procedencia y prácticas y creencias culturales.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de la información se realizará siguiendo un procedimiento estructurado orientado a garantizar la calidad y validez de los datos. Una vez recolectados los instrumentos, se efectuará una revisión minuciosa para verificar su completitud, coherencia y correcta marcación. Posteriormente, los datos serán digitados en una base electrónica creada para el estudio, aplicándose un doble ingreso independiente con la finalidad de identificar y corregir discrepancias. Para preservar la confidencialidad, se asignarán códigos alfanuméricos a cada participante.

El análisis estadístico se desarrollará empleando los programas SPSS v.25, donde se realizará la codificación de variables, etiquetado de categorías y construcción de la matriz de análisis. El análisis descriptivo incluirá medidas de frecuencia, porcentajes, medias y desviaciones estándar, lo que permitirá caracterizar los niveles de calidad comunicativa, adherencia terapéutica y factores sociodemográficos.

La asociación entre calidad comunicativa y adherencia terapéutica será evaluada mediante el coeficiente de correlación de Spearman, dado que ambas variables se expresan en escalas ordinales. De igual manera, se empleará la prueba de Chi cuadrado (X^2) para determinar diferencias significativas entre las categorías de comunicación (alta, median, baja) y los niveles de adherencia (alta, media, baja).

El nivel de significancia estadística será $p < 0.05$. Los resultados se presentarán en tablas y gráficos para facilitar su interpretación, y la discusión se elaborará integrando los hallazgos con la literatura reciente, permitiendo confirmar o rechazar la hipótesis que plantea que una mejor calidad comunicativa se asocia con mayor adherencia terapéutica.

4.5 Aspectos éticos

La investigación se desarrollará cumpliendo los principios éticos aplicables a estudios con seres humanos. Antes de iniciar la recolección de datos, el protocolo será remitido al Comité de Ética del Hospital Regional de Loreto, que evaluará y autorizará formalmente su ejecución.

Dado que el estudio requiere la participación directa de usuarios del consultorio externo, cada participante deberá firmar un consentimiento informado escrito, previamente explicado en lenguaje claro. Se garantizará la confidencialidad de los datos, empleando códigos alfanuméricos y almacenamiento de la información en archivos protegidos accesibles únicamente para el equipo investigador.

Todo el proceso de llevar a cabo conforme a la Declaración de Helsinki, las pautas del CIOMS y la normativa peruana vigente en ética de la investigación en salud, asegurando protección, respeto y privacidad a todos los participantes.

COSTO TOTAL DEL PROYECTO

Categoría del gasto	Descripción del gasto	Cantidad	Costo unitario (S/.)	Subtotal (S/.)
Gasto de Personal y Obligaciones Sociales	Apoyo técnico para tabulación y asistencia en campo	01 apoyo (10 días)	25.00	250.00
Bienes y Servicios	Materiales de oficina: papel, lapiceros, folders	01 lote	70.00	70.00
	Reproducción de encuestas y documentos	01 lote	60.00	60.00
	Bioseguridad (mascarillas, alcohol gel)	01 lote	40.00	40.00
	Conectividad e internet para búsqueda bibliográfica	02 meses	30.00	60.00
Servicio de Consultoría / Software	Uso de software estadístico SPSS / Stata (licencia académica)	01 licencia	120.00	120.00

Gastos de Movilidad Local	Traslados al Hospital Regional de Loreto para recojo de información	12 desplazamientos	10.00	120.00
Gastos Administrativos	Empastado e impresión final de informe	02 ejemplares	35.00	70.00
	Contingencias y gastos menores.	-	-	40.00
COSTO TOTAL DEL PROYECTO				830.00

CRONOGRAMA

Periodo Julio – Diciembre 2025.

Actividad / meses	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Elaboración del proyecto de investigación	■	■				
Revisión bibliográfica y marco teórico	■	■	■			
Diseño metodológico definitivo		■	■			
Revisión y aprobación por Comité de Ética			■	■		
Prueba piloto de instrumentos				■		
Recolección de datos				■	■	
Depuración y procesamiento de datos					■	■
Análisis estadístico					■	■
Elaboración de informe final						■
Revisión, correcciones y sustentación						■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS INFORMACIÓN

Bibliografía

1. Haskard Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826-834.
2. Ha JF, Longnecker N. Doctor–patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010;10(1):38-43. doi:10.31486/toj.09.0079.
3. Stewart M. Effective physician–patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1433-1434.
4. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO; 2003.
5. Mora-Román JF. Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: estudio de metaanálisis. *Psicumex*. 2022;12:e493. doi:10.36793/psicumex.v12i1.493.
6. Peña-Valenzuela AN, Rojas C, Wong B, Ochoa C, Castillo A. Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2023;61(1):55-60. doi:10.24875/RMIMSS.M22000063.
7. Shah S, Hussain S. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:886. doi:10.1186/s12913-023-09869-8.
8. Baca DI. Habilidades de comunicación de profesionales de enfermería en servicios de urgencias: una revisión sistemática. *Rev Científica ITSL*. 2024;5(1):1-10.

9. Guerrero Vaca DJ, Gutiérrez V, Zúñiga O, Hernández A. La relación médico-paciente en la actualidad: una revisión. *Polo Con.* 2022;7(4):1038-1056.
10. Domínguez-Samamés R, Rojas A, Zafra C, Flores M. Comunicación médico-paciente y satisfacción del usuario en un centro de primer nivel de atención de Lima Metropolitana, Perú. *Rev Med Hered.* 2022;33(1):35-40. doi:10.20453/rmh.v33i1.4166.
11. Ramos M. Adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en pacientes pediátricos atendidos por consulta externa, Hospital San Bartolomé-MINSA, Lima [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
12. Gutiérrez Álvarez E. Salud mental y adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Hospital Regional de Loreto [tesis]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2022.
13. Rojas-Castro J, et al. Comunicación intercultural y atención médica en comunidades amazónicas del Perú. *Rev Panam Salud Publica.* 2021;45:e87. doi:10.26633/RPSP.2021.87.
14. O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD001431. doi:10.1002/14651858.CD001431.pub2.
15. Ministerio de Salud del Perú. Manual de organización de los servicios de consultorio externo. Lima: MINSA; 2020.
16. Superintendencia Nacional de Salud. Política de protección de derechos en salud y promoción de la atención centrada en la persona. Lima: SUSALUD; 2021.

17. Yun H, Kim S, Kim Y, et al. Effects of shared decision-making on patient satisfaction, adherence and health outcomes: a systematic review. *Front Public Health*. 2024;12:1667803. doi:10.3389/fpubh.2024.1667803.
18. Zeng J, Zhang Y, Li X, et al. Impact of doctor–patient communication on medication adherence and blood pressure control in hypertension: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1). doi:10.1186/s12913-024-11342-1.
19. Jaroń K, Górski M, Myszka A, et al. Determinants of the doctor–patient relationship: a cross-sectional study during the COVID-19 pandemic in Poland. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(21). doi:10.3390/healthcare12212198.
20. Bravo-Zuñiga J, López P, Martínez R, et al. Adherencia al programa de salud renal y resultados clínicos en pacientes peruanos. *Rev Saude Publica*. 2020;54:62. doi:10.11606/s1518-8787.2020054002050.
21. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002;52(Suppl):S9-S12.
22. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. 3rd ed. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2014.
23. Roter DL, Hall JA. *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits*. 2nd ed. Westport: Praeger; 2015.
24. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136. doi:10.1126/science.847460.
25. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011;9(2):100-103. doi:10.1370/afm.1239.

26. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):295-301. doi:10.1016/j.pec.2008.11.015.
27. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO; 2003.
28. Valencia-Monsálvez F, Gómez C, Pérez T, et al. Evaluación de la escala de adherencia terapéutica MMAS-8 en atención primaria peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(4):378-385.
29. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. 4th ed. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2021.
30. Zakaria M, Ibrahim M, Rashid S. Physicians' communication behaviors and patient satisfaction in primary care. *J Prim Care Community Health*. 2024;15:1-9.
31. Lazzaro-Salazar M, Pérez J, Soto C, et al. Instrumentos para medir la relación médico-paciente. *Rev Med Chil*. 2022;150(5):674-682. doi:10.4067/S0034-98872022000500674.
32. Barakat M, Qamar A, Nazzal M, et al. Association between health literacy, patient well-being, doctor-patient communication and adherence among patients with dyslipidemia in Jordan. *Health Psychol Behav Med*. 2024;12(1):2410199. doi:10.1080/20523211.2024.2410199.
33. Quispe RC, Mejía E, Cárdenas A, et al. Perception of medical communication skills using the Communication Assessment Tool in a Peruvian teaching hospital. *Medwave*. 2019;19(9):e7705. doi:10.5867/medwave.2019.09.7705.

34. Valencia-Monsálvez F, Gómez C, Pérez T, et al. Evaluación de la escala de adherencia terapéutica MMAS-8 en atención primaria peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(4):378-385.
35. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill Education; 2014.
36. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
37. Hospital Regional de Loreto. Boletín estadístico de atenciones en consultorio externo 2025. Iquitos: HRL; 2025.
38. Makoul G, Krupat E, Chang C. Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns*. 2007;67(3):333-342. doi:10.1016/j.pec.2007.05.005.
39. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-354. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
40. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*. 1979;16(3):252-260.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título de la Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivo de la Investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento	Instrumento de recolección de datos.
Calidad comunicativa médico-paciente en la adherencia terapéutica en consultorio externo del Hospital Regional de Loreto, 2025	¿Cuál es la asociación entre la calidad comunicativa médico-paciente y la adherencia terapéutica en los usuarios del consultorio externo del Hospital Regional de Loreto durante el año 2025?	<p>General</p> <p>Determinar la asociación entre la calidad comunicativa médico-paciente y la adherencia terapéutica en los usuarios atendidos en consultorio externo del Hospital Regional de Loreto en el año 2025.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir el nivel de calidad comunicativa entre médicos y pacientes en el consultorio externo del Hospital Regional de Loreto en el año 2025. • Determinar el grado de adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en el consultorio externo del 	<p>General:</p> <p>Existe una asociación significativa entre la calidad comunicativa médico-paciente y la adherencia terapéutica en los usuarios del consultorio externo del Hospital Regional de Loreto durante el año 2025.</p> <p>Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A mayor percepción de empatía en la comunicación médico-paciente, mayor será el nivel de adherencia terapéutica en los usuarios del consultorio externo del Hospital Regional de Loreto, 2025. • A mayor claridad en la información proporcionada por el médico, 	<p>Enfoque: Cuantitativo.</p> <p>Diseño: Observacional, descriptivo-correlacional.</p> <p>Temporalidad: Transversal.</p> <p>Planificación: Prospectiva</p>	<p>Población: Paciente adulto atendido en consultorio externo del HRL en 2025.</p> <p>Tamaño poblacional: N= 2 925</p> <p>Muestra: 374 personas, muestreo probabilístico aleatorio simple.</p> <p>Procesamiento: Codificación de sats, doble digitación, análisis estadístico en SPSS/Stata.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Communication Assesment Tool (CAT) para medir la Calidad comunicativa médico-paciente. • Escala MMAS-8 de adherencia terapéutica. • Ficha sociodemográfica (factores personales, educativos y socioculturales). • Revisión puntual de historia clínica.

		<p>Hospital Regional de Loreto en el año 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores personales, educativos y socioculturales que influyen en la calidad comunicativa y la adherencia terapéutica en el Hospital Regional de Loreto en el año 2025 	<p>mayor será la adherencia terapéutica en los pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Regional de Loreto, 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> A mayor influencia de los factores personales, educativos y culturales del paciente, menor será la adherencia terapéutica en los usuarios del consultorio externo del Hospital Regional de Loreto, 2025. 			
--	--	---	---	--	--	--

2. Instrumentos de recolección de datos

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Proyecto: Calidad comunicativa médico-paciente y su impacto en la adherencia terapéutica en consultorio externo del Hospital Regional de Loreto, 2025.

N° Registro: _____ Fecha: _____

1. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA Y FACTORES ASOCIADOS

Edad				
Sexo	1) Masculino		2) Femenino	
Estado civil	1) Soltero	2) Casado	3) Conviviente	4) Viudo
Nivel educativo	1) Primaria	2) Secundaria	3) Superior técnico	4) Superior universitario
Idioma predominante	1) Solo castellano	2) Castellano y otra lengua	3) No castellano	
Procedencia geográfica	1) Urbano		2) Rural	
Prácticas culturales relacionados a la salud.	1) Baja influencia	2) Moderada influencia	3) Alta influencia	

**2. CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA CALIDAD COMUNICATIVA
MEDICO – PACIENTE (Communication Assessment Tool - CAT)⁽³⁸⁾**

N°	Item	Deficiente = 1	Regular = 2	Buena = 3	Muy buena = 4	Excelente = 5
1	El médico me permitió explicar libremente el motivo de mi consulta.					
2	El médico me escucho con atención durante la consulta.					
3	El médico mostro interés por mis preocupaciones.					
4	El médico utilizó un lenguaje claro y fácil de entender.					
5	El médico explicó adecuadamente mi problema de salud.					
6	El médico verificó si comprendí la información brindada.					
7	El médico respondió claramente a mis preguntas.					
8	El médico explicó las opciones de tratamientos disponibles.					
9	El médico me involucró en las decisiones sobre mi tratamiento.					
10	El médico explicó claramente cómo debo seguir el tratamiento indicado.					
11	El médico fue respetuoso durante toda la atención.					
12	El médico demostró empatía hacia mi situación.					

13	El médico me dio oportunidad de expresar mis dudas o temores.					
14	El médico se aseguró de que comprendiera los pasos a seguir					
15	En general, la comunicación del médico fue adecuada.					

Puntaje total	Nivel de calidad comunicativa
15 - 34	Baja
35 - 54	Moderada
55 - 75	Alta

3. **ESCALA MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale de 8 ítems)**
(39) DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Responda Sí o No según corresponda

Nº	PREGUNTA	SI	NO
1	¿A veces se olvida de tomar su medicación?		
2	¿Ha dejado de tomar su medicación por descuido?		
3	Cuando se siente mejor, ¿deja de tomar la medicación?		
4	Cuando se siente peor después de tomar la medicación, ¿la suspende?		
5	¿Olvidó tomar su medicina en la última semana?		
6	¿Tomó su medicación ayer?		
7	Cuando sale de casa ¿olvida llevar sus medicamentos?		
8	¿Tiene dificultad para recordar tomar su medicación?		

Preguntas 1 a 7	
NO	1 Punto
SÍ	0 Punto

Pregunta 8	
Nunca	1 punto
Casi nunca	0.75 puntos
A veces	0.5 puntos
Casi siempre	0.25 puntos
Siempre	0 puntos

3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título: CALIDAD COMUNICATIVA MÉDICO-PACIENTE Y SU IMPACTO EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2025.

**Investigadores: M.C. Carlos Alex Gastelú Arévalo (Investigador principal)
M.C. Jorge Alberto Ríos Pezo (Asesor)**

**Institución: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana
Hospital Regional de Loreto**

INTRODUCCIÓN:

Estimado paciente:

Por medio del presente documento, se le invita a participar de manera voluntaria en un estudio de investigación en salud titulada: "Calidad comunicativa Médico - Paciente y su impacto en la adherencia terapéutica en el consultorio externo del Hospital Regional de Loreto, 2025", este estudio está siendo desarrollado por el M.C. Carlos Alex Gastelú Arévalo.

Antes de decidir si desea participar, es importante que lea cuidadosamente la información que se presenta a continuación o que esta le sea explicada en forma clara y comprensible.

Usted puede realizar todas las preguntas que considere necesarias, tornarse el tiempo que requiera para decidir y, si lo desea, conversar sobre el estudio con sus familiares o personas de confianza. Su decisión de participar o no, no afectará en ningún momento la atención médica que recibe en el hospital.

RAZONES DE LA INVITACIÓN A PARTICIPAR:

Usted ha sido invitado (a) a participar porque es usuario(a) del consultorio externo del Hospital Regional de Loreto y cumple con los criterios establecidos para este estudio

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Su participación es completamente voluntaria y libre de coacción e influencia indebida.

Usted tiene derecho a:

- Hacer todas las preguntas que considere necesarias.
- Tomarse el tiempo que requiera para decidir.
- Llevarse una copia del consentimiento sin firmar para revisarlo.
- Conversar sobre el estudio con familiares o personas de confianza.
- Decidir no participar sin que ello afecte su atención médica.
- Retirarse del estudio en cualquier momento, sin dar explicaciones ni recibir sanción alguna.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

Este estudio se realiza con la finalidad de identificar oportunidades de mejora en la comunicación clínica, lo que permitirá fortalecer una atención médica más clara, empática y centrada en la persona, contribuyendo a mejorar la calidad del servicio de salud.

OBJETIVO DE ESTUDIO:

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la comunicación que establece el médico con el paciente y el cumplimiento del tratamiento médico en los usuarios del consultorio externo del Hospital Regional de Loreto durante el año 2025.

PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

La información obtenida permitirá proponer mejoras en la atención médica y fortalecer una comunicación más clara, empática y centrada en la persona.

NÚMERO DE PARTICIPANTES:

Se incluirán aproximadamente 373 participantes atendidos en el consultorio externo del Hospital Regional de Loreto

DURACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN:

La participación tendrá una duración de 10 a 12 minutos, en una sola oportunidad.

FINALIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN:

La participación podrá finalizar si usted decide retirarse o si el investigador considera necesario concluirla, sin que ello genere perjuicio alguno.

TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES:

Este estudio no contempla tratamientos médicos ni intervenciones clínicas

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

Si usted acepta participar, se le solicitará:

- Responder un cuestionario breve sobre su experiencia durante la consulta médica.

- Responder preguntas relacionadas con el cumplimiento del tratamiento indicado por su médico

INFORMACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Los resultados serán analizados de manera global. Si usted lo solicita, podrá recibir información general sobre los resultados finales del estudio.

RIESGOS Y MOLESTIAS:

La participación no implica riesgos físicos ni psicológicos. Algunas preguntas podrían resultarle incómodas; puede omitirlas o retirarse del estudio.

COMPROMISOS DEL PARTICIPANTES:

Responder el cuestionario de manera voluntaria y honesta.

ALTERNATIVAS DISPONIBLES:

Usted puede optar por no participar sin que ello afecte su atención médica.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO:

Usted puede o no beneficiarse directamente. Su participación contribuirá a mejorar la calidad de la atención médica. Se le entregará un material educativo (tríptico) con información sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y la comunicación con el profesional de salud.

COMPENSACIÓN:

No existe compensación económica ni indemnización por participar.

INFORMACIÓN ACTUALIZADA:

Usted será informado(a) de cualquier información relevante que pueda influir en su decisión de continuar participando.

COSTOS Y PAGOS:

La participación no genera costos ni pagos de ningún tipo.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

La información será confidencial, codificada y protegida a la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales.

SITUACIÓN AL FINALIZAR EL ESTUDIO:

No se requiere seguimiento ni acceso a intervenciones posteriores.

INFORMACIÓN PÚBLICA DEL ESTUDIO:

Disponible en:

<http://www.unapiquitos.edu.pe>

<https://enlinea.unapiquitos.edu.pe/comite-etica.php>

DATOS DEL CONTACTO

Investigador principal:

M.C. Carlos Alex Gastelú Arévalo

Teléfono: 937 431 347

Correo electrónico: carlexgastelu83@gmail.com

CIE – UNAP:

Dr. Hermann Federico Silva Delgado

Cel 965613367

Correo electrónico: comite_etica@unapiquitos.edu.pe

INS – OGITT:

Teléfono: 7481111 anexo 2191

Correo: consultaensayos@ins.gob.pe

Dirección: Av. Cápac Yupanqui 1400, Jesús María, Lima 11

DERECHOS DEL PARTICIPANTE:

Usted tiene derecho a:

- Recibir información clara y comprensible sobre el estudio.
- Formular preguntas antes, durante o después de su participación.
- Retirarse del estudio en cualquier momento.
- No sufrir ninguna afectación en su atención médica por decidir no participar.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este estudio, puede comunicarse con el investigador principal, Carlos Alex Gastelú Arévalo, al número 937 431 347, correo electrónico: carlexgastelu83@gmail.com o al presidente del CIE-UNAP, Dr Hermann Federico Silva, al número 965 613 367, correo electrónico comite_etica@unapiquitos.edu.pe o buscarlo en la calle Nauta N° 555 “Cuando usted considere que sus derechos son vulnerados o ante cualquier denuncia, usted puede contactarse con el INS (Oficina General de Investigación y Transferencia tecnológica, OGITT), entidad reguladora de investigación con seres humanos, a través del siguiente teléfono: 7481111 anexo 2191 o mediante comunicación escrita a través del siguiente correo electrónico: consultaensayos@ins.gob.pe, o mediante un documento formal presentado a través de mesa de partes de la institución o acudir en persona a la OGITT en la siguiente dirección: Capac Yupanqui 1400, Jesús María, Lima 11”. Además, tiene derecho a realizar preguntas antes, durante o después de su participación, y a recibir respuestas claras y completas. Al firmar este documento, usted confirma que ha leído y comprendido la información proporcionada, que ha tenido la oportunidad de realizar preguntas y que acepta participar en este estudio de manera libre y voluntaria.

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente en participar en este estudio, he recibido toda la información del estudio y he comprendido perfectamente la información que se me ha brindado sobre las cosas que van a suceder si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE:

Yo,....., he leído o se me ha leído la información de este documento. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento.

Acepto participar libremente es este estudio

Nombre:

DNI:

Fecha y hora:

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR:

He explicado el estudio y respondido todas las preguntas del participante.

Nombre: Carlos Alex Gastelú Arévalo

DNI: 41850616

Teléfono: 937 341 347

Correo electrónico: carlexgastelu83@gmail.com

Fecha y hora: