

**Caracterización de la relación médico paciente y su rol en la adherencia al tratamiento cardiovascular desde la mirada de profesionales de la salud**

**Edgar Saúl Barajas Soto**

**Id. 000254831**

**Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga**

**Escuela de Ciencias Sociales Bucaramanga**

**2018**

**Caracterización de la relación médico paciente y su rol en la adherencia al tratamiento cardiovascular desde la mirada de profesionales de la salud**

**Edgar Saúl Barajas Soto Id.**

**000254831**

**Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de:**

**PSICÓLOGO**

**Directora del Proyecto**

**Ps. Esp. Paula Fernanda Pérez Rivero**

**Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga**

**Escuela de Ciencias Sociales Bucaramanga**

**2018**

*“Y así es como  
los que nos  
iluminan son los  
ciegos. Así es  
cómo alguien,  
sin saberlo,  
llega a mostrarte  
irrefutablemente  
un camino que  
por su parte  
sería incapaz de  
seguir”.*

*-Julio Cortázar*

## **Agradecimientos**

Gracias a la vida por mi historia, mí cambio y cada persona que de alguna manera ha venido a impregnar su vida con la mía.

A mis padres y hermanas promotores y motores de cada bocanada de oxígeno en esta bellísima carrera de resistencia.

A todos los maestros genuinos que desde niño hasta hoy y hasta que la vida me lo permita han puesto en mí todo el amor por su vocación para enseñarme, para ellos toda la honra.

A los profesionales de la salud a quienes encomendamos tanto y a veces agradecemos tan poco por su profundo compromiso con el bienestar del prójimo.

A Anderson Bermon Angarita por apoyar y orientar la ejecución de este proyecto de investigación.

A Doris Cristina Quintero Lesmes por sus valiosos aportes en la construcción de los instrumentos y el diseño requerido para llevar a cabo la investigación.

A todos los profesionales de la unidad de investigación y cardiología de la Fundación Cardiovascular de Colombia por su apoyo logístico y participación en el proyecto.

A Paula Fernanda Pérez por creer en mí, en esta particular propuesta y apostar por ella hasta el punto de convertirse en su faro.

A cada uno de los niños que en una pequeña escuela rural hace muchos años comenzaron junto a mí esta aventura de aprender y que por distintas razones no llegaron hasta aquí, sus sueños y sonrisas caminan conmigo.

## Tabla de Contenidos

Introducción .....	3
Capítulo 1 Delimitación del problema .....	6
Capítulo 2 Antecedentes .....	9
Capítulo 3 Justificación.....	13
Capítulo 4 Objetivos .....	17
Capítulo 5 Marco teórico .....	18
Capítulo 6 Método .....	33
Capítulo 7 Resultados .....	46
Capítulo 8 Discusión .....	74
Capítulo 9 Conclusiones .....	83
Capítulo 10 Recomendaciones .....	86
Lista de Referencias .....	88
Anexos .....	114

### Lista de tablas

Tabla 1. Distribución de la muestra de profesionales de la salud según su edad y años de experiencia laboral .	49
Tabla 2. Puntuación de los ítems destacados de la prueba de calidad de la RMP.	50
Tabla 3. Puntuación de los ítems destacados de la prueba CICA. ....	53
Tabla 4. Artículos seleccionados mediante el proceso de revisión sistemática.	56
Tabla 5. Categorías de análisis extraídas del proceso de revisión sistemática.....	57
Tabla 6. Resultado del proceso de cualificación de datos cuantitativos a categorías. ....	58
Tabla 7. Rangos de concordancia W de Kendal de las preguntas..	60
Tabla 8. Estadístico prueba W de Kendal.	60
Tabla 9. Barreras para la adherencia al tratamiento cardiovascular desde la percepción de profesionales de la salud..	62
Tabla 10. Papel de la RMP en la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular desde la experiencia de profesionales de la salud, análisis fenomenográfico.....	65
Tabla 11. Rol del profesional de la salud en la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular.....	69

**Lista de figuras**

Figura 1. Participantes de la fase cuantitativa según profesión... ..	34
Figura 2. Participantes de las entrevistas según su profesión. ..	36
Figura 3. Distribución de las muestra de profesionales según género .....	47
Figura 4. Nivel de formación profesional de los participantes... ..	48
Figura 5. Resultado de proceso de búsqueda y evaluación de artículos de la revisión. ....	55
Figura 6. Resultado de la triangulación por coincidencia . .....	59
Figura 7. Aspectos convergentes y divergentes en las formas de experimentar la RMP...64	

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

<b>TITULO:</b>	Caracterización de la relación médico paciente y su rol en la adherencia al tratamiento cardiovascular desde la mirada de profesionales de la salud.
<b>AUTOR(ES):</b>	Edgar Saúl Barajas Soto
<b>PROGRAMA:</b>	Facultad de Psicología
<b>DIRECTOR(A):</b>	Paula Fernanda Pérez Rivero

### RESUMEN

Este trabajo se propuso caracterizar desde la experiencia de los profesionales de la salud en la relación médico paciente su rol en la adherencia al tratamiento cardiovascular. Se desarrolló mediante un enfoque mixto y un diseño explicativo secuencial (DEXPLIS), de alcance descriptivo y corte transversal, el cual contó con la participación de 30 profesionales de la salud en las áreas de medicina, enfermería, nutrición, fisioterapia y psicología, con más de un año de experiencia en la atención de pacientes cardiovasculares de una institución prestadora de servicios de salud privada de la ciudad de Bucaramanga, durante su ejecución se diseñó y validó una entrevista semiestructurada, los datos recolectados con este instrumento fueron sometidos a un análisis fenomenográfico para caracterizar la forma en que los participantes del proyecto experimentan la relación médico paciente el cual permitió y como está influye en la adherencia al tratamiento de los pacientes cardiovasculares, resaltando el rol que ejerce el profesional de la salud en la adherencia al tratamiento. Los principales hallazgos permiten determinar algunas características comunes en la manera como los profesionales de la salud experimentan la relación médico paciente y su papel en la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular, por otra parte, también permiten agrupar a los profesionales en tres grupos según sus diferencias al experimentar la relación médico paciente.

### PALABRAS CLAVE:

Relación médico-paciente, Adherencia al tratamiento, Enfermedad cardiovascular, Estudio fenomenográfico.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** Characterization of the patient physician-relationship and its role in adherence to cardiovascular treatment from the perspective of health professionals

**AUTHOR(S):** Edgar Saúl Barajas Soto

**FACULTY:** Faculty of Psychology

**DIRECTOR:** Paula Fernanda Pérez Rivero

**ABSTRACT**

This work proposed to characterize from the experience of health professionals in the patient physician relationship its role in adherence to cardiovascular treatment. It was developed through a mixed approach and a sequential explanatory design (DEXPLIS) with a descriptive and cross-sectional scope. The study included the participation of 30 health professionals from medicine, nursing, nutrition, physiotherapy and psychology, with at least one year of experience with cardiovascular patients from a private was designed and validated. The data was analyzed within a phenomenographic analysis in order to health service institution of Bucaramanga. During its execution, a semi-structured interview characterize how the project participants experienced the physician-patient relationship and how it affects the treatment adherence. The results showed that the health professionals had similar experiences regarding the physician-patient relationship and its role in treatment adherence. On the other hand, results showed that participants could be categorized within three different groups, according to the differences in their experience in the treatment of cardiovascular patients.

**KEYWORDS:**

Patient-physician relationship, Adherence to treatment, Cardiovascular disease, Phenomenographic study

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## Introducción

La vida sedentaria propia de las polis urbanas que se ha consolidado desde el comienzo del siglo XX, de la mano del desarrollo de las sociedades industrializadas acompañado del particular estilo de vida que estas formas de organización social brindan a sus miembros propicio las condiciones necesarias para la proliferación de enfermedades cardiovasculares (ECV) (Universidad Nacional de Educación a Distancia UNED, 2018). Actualmente, las ECV son consideradas la primera causa de muerte natural en el mundo, su prevalencia es tan alta que se estima que cada cinco segundos una persona sufre un infarto y otra un accidente cerebrovascular (Rasoas-Peralta & Attie, 2007; Organización Mundial de la Salud, OMS, 2017). Debido a ello, autores como (Bosch, Alfonso & Bermejo 2002; Brotons et al, 2018) han considerado a este grupo de enfermedades como la principal epidemia del mundo en el siglo XXI.

Debido a lo mencionado anteriormente, durante las últimas décadas se han desarrollado múltiples tratamientos para atenuar el impacto de las ECV sobre las tasas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial. Para ello, se ha diseñado diferentes estrategias como intervenciones quirúrgicas, farmacológicas y campañas de prevención y concientización sobre los peligros que representan las ECV (Castellano Narula, Castillo & Fuster, 2014; Mazón-Ramos, Bertomeu-Martínez, Palma-Gámiz, Quiles-Granado, Guindo-Soldevilla, & González-Juanatey, 2007).

No obstante, estas estrategias para combatir a las ECV no han logrado rendir los frutos esperados, a pesar de sus altos costos y la constante labor de promoción y prevención que han desarrollado los sistemas de salud de la mayoría de los países del mundo (Gómez, 2011). En gran medida debido a la no adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular al tratamiento

farmacológico, en su dieta o sus terapias físicas (Fuster, 2012). Dicha imposibilidad para seguir correctamente las indicaciones médicas ha sido asociada a factores como: dificultades económicas, excesivos trámites para acceder a controles, dificultades para adquirir estilos de vida saludables y bajos conocimientos sobre la enfermedad (Rodríguez & Gómez, 2010). Del mismo modo, otro de los factores de peso que interfiere en la adherencia según Zambrano, Duitama, Posada y Flórez (2010) es la influencia que puede llegar a ejercer el trato que el paciente experimenta con el equipo de salud tratante de su enfermedad.

Las investigaciones enfocadas a estudiar la relación médico paciente (RMP) han aportado evidencias que sustentan la importancia de la interacción entre paciente y el personal asistencial en el cumplimiento del paciente con su tratamiento (Ortega & Vargas, 2014). Por tanto, gracias a los trabajos mencionados, actualmente pueden encontrarse investigaciones centradas en identificar el papel que ejerce el trato entre equipo de salud y paciente en la adherencia al tratamiento (Celedón, 2016; Del Duca, Gallegos, Da Col & Trenchi 2013). No obstante, estas investigaciones se han desarrollado desde la óptica de los pacientes, debido a ello, son escasos los estudios focalizados en describir el rol que considera tener el equipo prestador de servicios de salud en la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular. Estas circunstancias motivaron el desarrollo del presente proyecto. El cual, a través de la implementación de un protocolo metodológico de investigación mixta, se propuso la meta de caracterizar desde la experiencia de los profesionales de la salud en la relación médico paciente su rol en la adherencia al tratamiento cardiovascular.

Este documento describe paso a paso las distintas etapas del proyecto. En un primer momento se explicitan las problemáticas tratadas, posteriormente el marco teórico presenta las variables centrales analizados en el estudio, (RMP), adherencia al tratamiento y ECV. Al mismo

tiempo, se desarrolla un breve recorrido por la historia de la medicina, el concepto de salud y el papel de los profesionales de la salud en diferentes estadios de la historia, trayecto que llevará al lector a identificar algunas de las transformaciones que el rol de profesional de la salud y la RMP han alcanzado tras siglos de desarrollo histórico, hasta aterrizar el foco de atención en uno de los escenarios de mayor competencia para la psicología de la salud; la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular.

Posteriormente, se presentarán los procedimientos metodológicos ejecutados para el diseño y validación de una entrevista semiestructurada mediante la cual diferentes profesionales de la salud fueron entrevistados, con el fin de caracterizar sus perspectivas y experiencias, alrededor de los ejes centrales de esta investigación RMP y adherencia al tratamiento cardiovascular. Dicho proceso será descrito en el apartado de resultados. El documento se cierra luego de la discusión entre los hallazgos de este estudio respecto a otros trabajos de características y temáticas similares, acompañados por una serie de recomendaciones y propuestas para futuras investigaciones en las áreas abordadas.

## Capítulo 1 Delimitación del Problema

Las ECV son la principal causa de muerte natural en el mundo (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015). Entre el año 2004 y 2015 fueron la primera causa de muerte natural en Colombia, siendo responsables del 30,8% de las defunciones del país (Ministerio de Salud, 2016). Las ECV tienen una etiología multicausal, en la cual los estilos de vida poco saludables se señalan como los principales factores de riesgo (Rondanelli & Rondanelli, 2014). Aunque existen intervenciones para estas enfermedades (Bover & Moreno, 2009) algunos estudios en Colombia reportan que cerca del 90% de los pacientes con ECV presentan baja adherencia al tratamiento (Herrera, 2012; Rodríguez-López et al., 2015).

Por estas razones, Pérez-Rivero y Uribe-Rodríguez. (2018) realizaron un estudio cualitativo para identificar barreras para la adherencia al tratamiento farmacológico, con 44 pacientes de una clínica de Bucaramanga especializada en tratar ECV. Los resultados mencionan la importancia de la relación entre paciente y personal asistencial, para incentivar la adherencia al tratamiento, resultados que coinciden con lo encontrado en la revisión sistemática hecha por Ruiz-Lurdury, Torrez-Torrez, y Velandia-Novoa (2017). Esta interacción es llamada en la literatura relación médico-paciente (RMP) (Celedón, 2016; Sánchez & Contreras, 2014). La RMP es definida por Rodríguez (2008) como una modalidad de las relaciones humanas que ayuda al paciente a satisfacer su necesidad de salud y al profesional que lo atiende a cumplir su rol social.

Las raíces de la RMP estriban en el tipo de trato que el profesional sanitario da a los pacientes centrado en aspectos propios del humanismo como la dignidad y el respeto, enmarcados por el principio bioético de beneficencia que promueve en esta relación una postura de los profesionales dirigida a la curación de la enfermedad, el alivio del dolor y el acompañamiento

del paciente (Ayala-Fuentes, 1997). No obstante, el personal sanitario puede experimentar múltiples experiencias en su ejercicio cotidiano que generen detrimentos en la calidad de la RMP, aspectos como tener pocas herramientas para ejecutar su labor, consultas muy cortas, cantidades excesivas de pacientes a su cargo, el trato con usuarios hostiles y otros factores psicosociales que surgen en el contexto hospitalario (Girón, Beviá, Medina & Talero, 2002).

A pesar de que los estudios de (Arrubarrena, 2011; Ramiro & Cruz, 2017) han alertado sobre la importancia de la RMP para la adherencia al tratamiento, estos trabajos frecuentemente son teóricos, de opinión o dirigidos a evaluar pacientes. Por tanto, dejan de lado la mirada del personal asistencial sobre la RMP, sus percepciones sobre los motivos por los cuales los pacientes no pueden cumplir con el tratamiento y tampoco identifican cómo el actuar del equipo de salud facilita o entorpece la adherencia de los pacientes con ECV.

La baja adherencia al tratamiento es una de las principales causas del deterioro en la salud de los pacientes con ECV, por este motivo se han realizado estudios sobre esta problemática, estos trabajos sostienen que son los factores sociales y la calidad de la RMP algunos de los aspectos que influyen en la adherencia al tratamiento de los pacientes (Ávila-Sansores, Gómez-Aguilar, Yam-Sosa, Vega-Argote, Franco-Corona, 2013; Zambrano, Duitama, Posada, Flórez, 2012). No obstante, la mayoría de estos trabajos se llevaron a cabo exclusivamente con pacientes y poco se ha hecho por describir desde la perspectiva del personal asistencial las características de la RMP y su relevancia para la adherencia al tratamiento de pacientes con ECV. Por estos motivos se propone la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo los profesionales de la salud describen su papel en la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular desde la relación médico paciente?

## **Capítulo 2 Antecedentes**

La relación entre profesionales sanitarios y pacientes es un fenómeno que ha adquirido relevancia las últimas décadas, hecho sustentado por trabajos como los realizados por (Cófreces, Ofman, & Stefani, 2014; García-Vera, Robles-Rodríguez, Villegas-Bernabé, Figueroa-García, & Mota-Cumpean, 2016; Torres, Fernandez, & Días, 2014;). No obstante, un gran número de las publicaciones disponibles en la literatura científica son de carácter teórico reflexivo como lo ejemplifican los manuscritos de (Blázquez-Manzanol, Feu, Ruiz-Muñoz & Gutiérrez-Caballero, 2012; Margulies, 2010). Debido a sus características, estos trabajos fijan su foco de atención en los componentes bioéticos, filosóficas, morales y socioculturales que atañen a la RMP (Mendoza, 2017). Por otra parte, dentro de la literatura gris compuesta especialmente por proyectos de grado también pueden hallarse proyectos orientados a la valoración y comprensión de la RMP, como es el caso de las tesis elaboradas por (Pérez, 2015; Ramos, 2008).

No obstante, no todos los trabajos de investigación que tienen como protagonista a la RMP son estudios de corte teórico, por ende es común encontrar ejercicios de investigación cuantitativos, que indaga por las propiedades de la RMP desde la mirada de pacientes con distintas enfermedades como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), diabetes, asma o tuberculosis, como lo evidencian las publicaciones de (Garnica, Paz, Canaviri, Prado & Romero, 2014; Herrera, Campero, Caballero & Kendal, 2008; Ríos-Álvarez, Acevedo-Giles, & GonzálezPedraza, 2011; Rodríguez, Arranz, Rodríguez, Vaquero, Enríquez & Álvarez, 2014). De la misma manera, la RMP ha sido un objeto de estudio para los investigadores cualitativos quienes se han planteado caracterizar o describir esta interacción según la experiencia de los usuarios del sistemas de salud, como puede verse en los documentos publicados por autores como (Moore, Vargas, Núñez & Macchiavello, 2011). Inclusive, algunos trabajos de investigación se han aventurado a estudiar la RMP desde un marco metodológico mixto con la

intención de dar mayor riqueza a sus trabajos, como puede verse en el trabajo realizado por (González, Uribe & Delgado, 2015). De otra parte, el número de estudios focalizados en la RMP y su influencia en el tratamiento de diferentes enfermedades ha movilizado a los investigadores en salud, a tal punto que en trabajos de tipo revisión sistemática y meta análisis interesados en sinterizar la información disponible sobre el tema, según lo evidencian los estudios de (Coronado-Cordero, Escalante-Pulido & Cabrera, 2011; Kelley, Kraft-Todd, Schapira, Kossowsky & Riess, 2014).

Los investigadores más versados en el tema coinciden en señalar la importancia de la RMP en la formación de los estudiantes de medicina, enfermería y demás profesiones afines al campo de la salud (González, Boso, de Paula, de Antonio & Godoy, 2017; Ruiz-Moral, 2007), promoviendo la enseñanza de técnicas y estrategias comunicativas dentro de los programas académicos de las carreras (González, Uribe & Delgado, 2015). Como consecuencia de esto, las investigaciones centradas en explorar y comprender el proceso de formación y la óptica de los estudiantes de ciencias de la salud han cobrado gran relevancia (Beca, Browne, Repetto, Ortiz & Salas, 2007; Girela, Rodríguez & Girela, 2018).

Es importante destacar que el contexto sanitario colombiano no se ha quedado atrás en lo concerniente al estudio de la RMP, aunque la mayoría de las investigaciones en salud apuntan al desarrollo de nuevos medicamentos y a señalar la grave crisis del sistema sanitario nacional, la RMP continúa siendo un tema de interés para los profesionales, los investigadores, las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) y las instituciones que rigen la correcta praxis de los profesionales sanitarios (Suárez, 2016). Gracias a ello, es posible encontrar trabajos de investigación sobre la RMP en ámbitos formativos (Forguione-Pérez, 2015), en campañas de promoción y prevención en salud (Bermúdez-Román, Bran-Piedrahita, Palacios-Moya & Posada-

Zapata, 2016) e inclusive procesos de caracterización de profesionales en empatía médica una temática a fin a la RMP (Hernández-Vela & Urrego-Mendoza, 2014).

En contravía de lo mencionado en el párrafo anterior, son escasos los proyectos que buscan adaptar y validar integralmente instrumentos que midan o describan la RMP tanto en el contexto colombiano como en el hispanohablante (Turabian & Pérez, 2010). Sin embargo, es posible hallar herramientas de recolección de datos en español dirigidas a temáticas afines a la RMP como comunicación efectiva entre profesionales y pacientes (Gavidia & Talavera, 2012), empatía médica (Alcorta-Garza, González-Guerrero, Tavitas-Herrera, Rodríguez-Lara & Hojat, 2005) o satisfacción con la atención (Fuentes, Aguirre, Ramírez, Arroyo & Hamui, 2013). Por lo tanto, la publicación de artículos centrados en discutir el papel de la RMP en el tratamiento de distintas enfermedades va en aumento, entre ellas las enfermedades asociadas a disfunciones coronarias (Arimany-Manso, 2012), debido a ello es común encontrar publicaciones relativamente actualizadas en el tema como lo evidencian los trabajos de (Forguione-Pérez, 2015; Romero, 2014).

En síntesis, a pesar de que la RMP ha ido ganando terreno entre las variables que los investigadores en salud tienen en cuenta a la hora de comprender la no adherencia de los pacientes con ECV (Soria, Vega, Nava & Saavedra, 2011), la mayoría de la literatura referente a esta variable se encuentra publicada en lengua inglesa, del mismo modo, estos trabajos suelen ser documentos de reflexión o artículos teóricos, debido a ello al no contar con instrumentos validados en el contexto para evaluar esta temática, los insipientes trabajos sobre RMP asociados a la adherencia del paciente con ECV son de predominancia cualitativa y están enfocados a examinar únicamente a un actor de la RMP el paciente, dejando de lado el papel del profesional sanitario en esta interacción, estos suelen ser inconvenientes comunes que deben sortear los

investigadores al abordar temáticas novedosas como afirma (Zapata, 2005). Por tanto, este fue el vacío teórico que el presente trabajo busco subsanar hasta donde sus características metodológicas se lo permitieron.

### Capítulo 3 Justificación

En este apartado se explican las razones por las cuales se consideró importante describir las experiencias de los profesionales sanitarios encargados del acompañamiento y cuidado de pacientes con ECV, en el marco de la RMP desde una perspectiva de análisis fenomenográfico, utilizando una propuesta metodológica mixta. En primer lugar, la comunidad científica y las políticas de salud pública se han preocupado por promover estilos de vida saludables y adecuadas prácticas de higiene; debido a esto las muertes por enfermedades contagiosas han disminuido mundialmente (Gómez, 2011). Adicionalmente, las ECV generan costos para el sistema de salud colombiano por 6,4 billones de pesos anuales, presentándose predominantemente en población vulnerable (Suárez, 2017). Las principales razones por las cuales las ECV a diferencia de otros problemas de salud públicos nacionales y mundiales no ha menguado, podría explicarse, por factores como el masivo consumo de azúcares y alimentos procesados (Cabezas-Zabala, Hernández-Torres & Vargas-Zárate, 2016), el sedentarismo (Leal, Aparicio, Luti & Velasco, 2009) y por la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes (Ortega & Vargas, 2014).

Los estudios dirigidos a identificar los motivos por los cuales los pacientes cardiovasculares no logran adherirse correctamente a su tratamiento, indican la existencia de diversas barreras psicosociales que les impiden seguir adecuadamente las indicaciones de su equipo de salud tratante, entre ellas se encuentran dificultades económicas, difícil acceso a los centros de salud, baja escolaridad, incompreensión del nivel de riesgo que implica la ECV, rasgos psicológicos del paciente, analfabetismo y la relación con el personal asistencial (Contreras, 2010). Debido a esto, es común encontrar investigaciones focalizadas a evaluar la RMP

evaluando a los pacientes por medio de encuestas como lo han hecho (Ordoñez, Domínguez, Gómez, Laguado & Prada, 2010), en las cuales se les interroga acerca de temas diversos que tratan de abarcar la complejidad de una relación de prestación de servicios de salud.

Por su parte, desde hace mucho tiempo la práctica de los profesionales de la salud ha sido fuertemente evaluada y criticada por pacientes, otros profesionales y entidades gubernamentales, por una parte, debido a su alto nivel de responsabilidad y por otro lado gracias a una prejuiciosa postura de algunos sectores de la sociedad, que los considera personas frías y poco empáticas con el usuario (Sánchez, 2013). Sin embargo, al ser la relación entre el equipo asistencial y el paciente la variable más próxima a la influencia de las IPS, a su alrededor han surgido múltiples procesos de evaluación, intervención y mejoramiento de la RMP, no obstante, la mayoría de estos esfuerzos están centrados en la experiencia del paciente (Ariza, 2004). En este sentido, los resultados de este trabajo pueden ser muy convenientes ya que aportar información valiosa sobre la experiencia del otro factor fundamental de la RMP, el profesional de la salud que atiende y acompaña al paciente durante su tratamiento, un individuo que como afirma Casanova (2017) además de ejecutar su labor está cargado de sensaciones, percepción, tensiones, expectativas y frustraciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, los resultados de esta investigación son de especial importancia para los profesionales e IPS interesados en conocer y mejorar su praxis en aspectos como RMP comunicación con pacientes y familiares, también puede ser del interés de pacientes que quieran tener un acercamiento más empático hacia la experiencia del equipo de salud que los atiende. Adicionalmente, este proyecto se convierte en una valiosa fuente de información para distintas entidades dedicadas a la capacitación, acompañamiento y sensibilización de profesionales de la salud en los procesos de humanización y buen trato al usuario.

Por otra parte, son muy escasos los estudios mixtos que exploran el papel que ejerce el personal sanitario para favorecer u obstaculizar la adherencia al tratamiento de los pacientes con ECV (Ramiro & Cruz, 2017). Por ende, este trabajo adquiere una importante relevancia teórica al describir un factor poco examinado de la RMP desde la experiencia del profesional sanitario acompañado por una metodología mixta explicativa secuencial (ESXPLIS) que se suma al creciente número de trabajos que al utilizar una metodología de investigación mixta promueven el enriquecimiento de los modos de investigar en ciencias de la salud como lo recomienda Muñoz (2013).

Al explorar las experiencias de los profesionales sanitarios, utilizando el análisis fenomenográfico esta investigación adquiere su valor práctico, ya que puede ser empleada como guía para la realización de análisis fenomenográfico en el área de la salud, dada la escases de publicaciones de este tipo en español, hecho que obliga a la mayoría de investigadores interesados en realizar proyectos de este tipo, a remitirse al momento de ejecutar los análisis de resultados a referentes provenientes del contexto educativo como el trabajo de (GonzálezUgalDe, 2014). De la misma manera, contribuye a la praxis de aquellos psicólogos y pedagogos interesados en desarrollar procesos formativos dirigidos a la capacitación en habilidades comunicativas del personal asistencial, sustentando la necesidad de un componente sensibilizador del profesional de salud que acompañe la enseñanza de técnicas de comunicación efectiva.

Finalmente, este proyecto de investigación aporta con la consecución de uno de sus objetivos específicos más importantes, el diseño y la validación de una entrevista semiestructurada para evaluar la percepción de los profesionales de la salud en la relación médico-paciente y su rol con la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad

cardiovascular, un instrumento construido rigurosamente con la intención de rastrear las experiencias y las perspectivas de los profesionales de la salud respecto a la RMP con pacientes con ECV y su importancia en la adherencia al tratamiento. Esta herramienta puede ser utilizada para valorar la misma población en otros contextos, adaptada para examinar a profesionales que atiendan a pacientes con otro tipo de enfermedad crónica o servir de guía para el desarrollo de otros instrumentos de recolección de datos cuantitativos o cualitativos a futuro.

## **Capítulo 4 Objetivos**

#### **4.1. Objetivo General**

Caracterizar desde la experiencia de los profesionales de la salud en la relación médico paciente su rol en la adherencia al tratamiento cardiovascular.

#### **4.2. Objetivos Específicos**

Diseñar y validar una entrevista semiestructurada para evaluar la percepción de los profesionales de la salud en la relación médico-paciente y su rol con la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad cardiovascular.

Identificar las barreras percibidas por el personal asistencial para la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular.

Identificar las percepciones que el personal de salud otorga a la relación médico paciente en el proceso de adherencia al tratamiento cardiovascular.

### **5.1. Concepto de salud**

El concepto de salud no es unívoco ni universal, es cambiante y depende de las personas y la cultura donde se desarrolle. Cada época y periodo histórico aporta a la construcción del concepto (Gavidia & Talavera, 2012). Actualmente, la salud es entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud OMS, 2018). Aunque, esta definición es susceptible a múltiples críticas epistemológicas, es innegable su utilidad actual para estudiar y comprender el cúmulo de factores entendidos como salud (Alcántara, 2008).

El objetivo central de este capítulo consiste en describir de forma breve el desarrollo histórico de la salud como concepto, disciplina ciencia y campo de profesionalización multidisciplinar. Mientras simultáneamente, se caracterizan dos de sus principales actores los pacientes y los profesionales que conforman el equipo prestador de servicios de salud (Ortiz, 2010).

### **5.2. Evolución del concepto de salud y los roles médico y paciente.**

La salud es considerada un derecho fundamental que debe estar al alcance de todos los seres humanos. Como afirma la OMS (2017) “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es un derecho fundamental de los seres humano sin distinción de raza, credo, ideología política o condición socioeconómica” (p. 1). Sin embargo, esta premisa contemporánea no siempre ha existido; para llegar al surgimiento de organizaciones internacionales como la OMS o la Cruz Roja, orientadas a velar por la salud y el bienestar de toda la raza humana fue necesario un largo recorrido histórico.

En el tránsito entre los dos extremos más desconocidos e intrigantes de la existencia humana el nacimiento y la muerte, se encuentra la vida un espacio temporal convertido por la incertidumbre de morir en una carrera incesante por la búsqueda del más preciado bien la salud, entendida desde el origen de la civilización como un estado fundamental de bienestar alejado de la muerte (Flores-Guerrero, 2004). Por tal motivo, dentro de los distintos grupos de homínidos que ha poblado la tierra, aparecieron personajes encargados dentro de la comunidad de proteger, restaurar o recuperar la salud de sus congéneres, inicialmente contemplados como chamanes o médiums entre la comunidad y sus dioses, posteriormente como observadores naturalistas, experimentadores rústicos y hasta llegar a nuestros días, donde se les percibe como profesionales de las complejas instituciones estatales y privadas diseñados para promover y cuidar la salud (Vergara-Quintero, 2007).

Un ejemplo de lo anterior fue el tratamiento recibido por los enfermos antes de la aparición de Hipócrates en Grecia; la sanación de las enfermedades era tarea del dios Epidauro, dentro de su templo surgió uno de los primeros modelos de las instituciones hoy conocida como clínicas y hospitales. En su época, un lugar atestado de personas con múltiples dolencias graves, los cuales solo recibían por parte del templo resguardo de la intemperie mientras suplicaban a la deidad por una cura para sus males (Mi-Moreno, 2002), debido a ello, en este escenario surgió la figura de los iatromantes, peculiares personajes orientados a buscar la cura de diferentes males, por medio de brebajes, oraciones, masajes, intervenciones rudimentarias y técnicas místicas, los iatromantes fueron precursores de la figura posteriormente conocida como filósofos médicos (Castro & Urenda, 2014).

Anterior al siglo V antes de Cristo en Grecia aparece de forma sincrética el mito de Esculapio el primer médico, hijo del dios Apolo y la mortal doncella Coronis un semidios a toda

regla, que sintetiza la transición de un pensamiento mágico a un razonamiento Fático en la Grecia Clásica, se considera que este personaje en realidad existió e hizo grandes aportaciones a la medicina de la época (Pérez & Sánchez, 2014). Sin embargo, los relatos de Homero, Hesíodo y Píndaro lo llevaron al Olimpo, esta figura mitológica y sus proezas son honradas por la medicina contemporánea con el caduceo; la imagen de una serpiente y un báculo que representa a esta disciplina a nivel iconográfico (Rillo, 2008). Posteriormente con el surgimiento en firme de los llamados filósofos naturalistas quienes trataron de buscar el componente básico de todas las cosas entre ellos, Anaxágoras, Anaxímenes, Anaximandro, Heraclito, Parménides, y llegando hasta los atomistas Demócrito y Leucipo, se sentaron las bases del método observacional como herramienta para comprobar el origen de las enfermedades (Recalde, 2010). Posteriormente, Sócrates y sus descendientes intelectuales Platón y Aristóteles, se encargarían de proponer términos como eudaimonia, ética o libre albedrío sentando las bases que fundamentan lo mayoría de códigos éticos de las diferentes disciplinas que se agrupan bajo el término ciencias de la salud actualmente (Graña-Aramburú, 2015).

Entre los álgidos debates y cuestionamientos de los filósofos naturalistas y las propuestas metódicas y metafísicas de los pensadores socráticos surge el término Tekhne, para referirse a esta nueva disciplina interesada en la sanación de las dolencias físicas y del alma, entre sus primeros representantes se encuentra Eurifonte quien centró su trabajo en la curación de la fiebre, para Eurifonte estos males eran producto de la indigestión por el consumo de alimentos en estado de descomposición. También, promovió el uso de fuego en cauterizaciones como tratamiento. Posterior a él fue Heródico de Selimbria mentor de Hipócrates, quien promovió la medicina como saber orientado a sanar y prevenir el surgimiento de enfermedades, enseñando a sus pacientes a llevar dietas estrictas, realizar actividad física y mantener un estado de regulación

tanto físico como espiritual. Propuso la esencia de lo que actualmente se conoce como estilos de vida saludable. Fue contemporáneo de Platón y Aristóteles, quienes lo criticaron al considerar que sus métodos restringían a sus pacientes de los placeres humanos. Su discípulo Hipócrates es considerado el padre y figura máxima de la medicina, al crear para la posteridad una obra de 58 tratados en 73 libros, donde se deja de lado por completo en la medicina el misticismo para dar paso a la observación y la experimentación como herramientas fundamentales del quehacer médico. Por otra parte, en su obra *Corpus Hippocraticum* también descansan muchos de los principios de conducta y prácticas éticas del profesional de la salud, es especialmente esta parte de su obra la que continúa teniendo mayor vigencia (Espinar, 2011; Katz, 2007).

Con el auge, la expansión y la posterior caída del imperio Romano por parte de oriente y occidente fueron difundidos en todos los pueblos conquistados por Roma las ideas griegas, que pasaron a llamarse tradiciones grecolatinas, entre ellas los métodos de Hipócrates ya conocidos para la época como medicina (Lugones & Ramírez, 2010). Posterior a los romanos Europa sucumbe ante el oscurantismo y retornan las explicaciones paranormales para entender las enfermedades, el ejercicio de la cirugía se convierte en tarea de los barberos sin fundamentación teórica. Mientras tanto, en oriente surge el movimiento musulmán impulsado por las ideas de Mahoma, esta nueva religión y cultura se expanden por el mediterráneo orientada por su libro sagrado el Corán, este texto sagrado manifiesta a sus fieles la importancia mantener las ropas limpias, lavarse el cuerpo con frecuencia y llevar una dieta variada excluyendo únicamente el cerdo. Entre Bagdad y Córdoba prosperó una postura médica orientada éticamente por el Corán y teóricamente por los clásicos grecolatinos heredados de Roma y traducidos a la lengua de estos pueblos. La medicina oriental abogaba por dejar al cuerpo sanarse por sí mismo y solo intervenir con medicación u operar en casos extremos (Pérez & Varela, 2009).

El siguiente gran salto de la medicina surgió en el renacimiento con la revolución de la anatomía, apoyado en la visión antropocentrista de la época, por toda Europa se comenzaron a diseccionar cadáveres y a impartir clases de anatomía en las escuelas de medicina europeas de aprobación obligatoria para los estudiantes. Muchos de los textos dogmáticos de medicina de la edad media fueron desechados y otros tantos corregidos. Adicionalmente, esta nueva forma de enseñar las características del cuerpo llamó la atención de algunos de los artistas más representativos del renacimiento como Miguel Ángel y Leonardo Da Vinci, quienes mediante sus obras acompañadas de minuciosos estudios sacaron de las instituciones académicas la anatomía y la medicina para convertirlas en la bandera de su estética y reforzar la idea del hombre como centro de la existencia (García, 2012). Dentro de la comunidad médica científica la figura que mayores aportaciones dejó a esta época fue Paracelso, un personaje sumamente controversial y misterioso que mediante su método logró movilizar los conocimientos anteriormente conocidos como alquimia a nuevos horizontes desarrollando la química y de paso la farmacología (Esteban, 2003).

El renacimiento fue corto temporalmente comparado con el medioevo, pero a diferencia de este las transformaciones ideológicas, artísticas y científicas fueron convulsivas (Sánchez, 2013). Especialmente en la medicina donde el descubrimiento del nuevo mundo y las masivas migraciones desataron epidemias que cobraron cantidades incontables de vidas, debido al contacto entre personas de diferentes continentes (Fernández, 2012). En esta época también comenzó a hablarse de la enfermedad mental como un tema de salud, empezando a dejar de lado el supuesto de posesión demoníaca para explicación estos desórdenes. Erasmo de Rotterdam con su ensayo *Elogio de la locura* puso de manifiesto la importancia de atender al enfermo mental (Salaverry, 2012).

La modernidad y uno de sus hitos más representativos la revolución francesa y con ella la declaración de los derechos del hombre, trae a la civilización los estados nacionales y junto con ellos la evidente necesidad de implementar estrategias administrativas que permitan a más personas acceder a los servicios de salud (Cardona, 1998). Difundiéndose por todo el mundo la idea de acceso a servicios sanitarios para todos y no solo para quienes pudieran pagarlos. En esta época Descartes y el movimiento filosófico mecanicista sientan las bases del método científico. Al mismo tiempo, promueven la disyunción entre cuerpo y espíritu, lo cual sitúa la medicina como rama de las ciencias encargada del estudio el cuerpo y su funcionamiento, dando al médico y demás profesionales que para su esta época atienden personas enfermas la categoría de científicos (Bacarlett & Fuentes, 2007; Fernández, 2012).

El cierre del siglo XIX y el nacimiento del siglo XX, traen para la medicina y las ciencias de la salud una nueva figura, Sigmund Freud este médico Vienés que inició sus estudios interesándose por la neurología y la psiquiatría terminaría generando todo un corpus teórico que revolucionaria el área más ambigua abordada por lo médicos de su época; la psiquiatría. Sus polémicas aportaciones sobre la conciencia, la sexualidad, la vida y la muerte sentaron las bases de la psiquiatría moderna y su método el psicoanálisis allanó el camino para el surgimiento de la psicología como disciplina independiente de la medicina (Bolívar, 2008; Castellanos, 2010; Pérez, 2010).

Al romper en el modernismo con la tradición Hipocrática, la medicina se abocó a cuatro corrientes durante los siglos XIX y XX, la anatomopatológica, la fisiopatología, la etiopatogenia y la mentalidad antropológica, estos cambios de paradigma fueron acompañados por múltiples desarrollos científicos y tecnológicos, nuevas vacunas, novedosos instrumentos para detectar signos de enfermedad, métodos de intervención más específicos y la concientización pública de

problemáticas como el manejo de la bacterias y la importancia de evitar la proliferación de epidemias (Valdez, 2007). Sin embargo, todos estos saltos nunca antes experimentados en un margen tan corto de tiempo tuvieron su lado oscuro, esta faceta desagradable fue dos guerras mundiales (Reyes, 2004; Sotomayor, 2008). Como respuesta a los vejámenes llevados a cabo en la guerra por muchos profesionales de la salud, quienes ejecutaron peligrosos procedimientos sobre algunos prisioneros. Surge la Bioética, como disciplina encargada de valorar los aspectos éticos de los proyectos de investigación, especialmente cuando se investigan con seres humanos y animales (Castillas-González, 2017).

Desde el surgimiento de la medicina el rol de las personas encargadas de la sanación de a variado de forma lenta pero constante. No obstante, su contraparte en el proceso de salud el paciente solo hasta el siglo XX con el surgimiento de estatutos internacionales y de comités de ética, ha empezado a dejar su histórica vocación de agente pasivo de su propia recuperación, retomando algunas de las propuesta de los primeros filósofos médicos de Grecia y de estudiosos de la medicina de oriente, quienes concebían al paciente como protagonista de la recuperación y conservación de su salud (Jovell, Navarro, Maldonado & Blancafort, 2006; Lázaro & Gracia, 2006; Mi-Moreno,2002). Inclusive, algunos autores han ido más allá proponiendo y demostrando la importancia del núcleo familiar en la recuperación del paciente (Achury & Achury, 2013; Lischinsky, 2013).

## **5.2.Relación médico paciente**

La relación médico paciente (RMP) es el eje principal del ejercicio medico (Calendó, 2016). Consiste en una interacción dos o más personas, que ejercen roles distintos, estableciendo contacto dentro de un sistema que implica una serie de responsabilidades compartidas, que tiene por finalidad restaurar la salud del enfermo (Rodríguez, 2008; Mejía & Romero, 2017). Por estos

motivos, la RMP ha pasado por diferentes momentos, iniciando con una extremadamente extensa primera etapa paternalista que abarca desde las primeras formas rudimentarias de la medicina en la Grecia Clásica hasta la década de los sesenta, esta era fue marcada principalmente por investir al médico de un poder casi sacerdotal de omnisapiencia que le permitían tomar decisiones unilaterales sobre el paciente (Cañete, Guilhem, & Brito, 2013). Por su parte, en la segunda mitad de del siglo XX trajo innumerables mejoras en los procedimientos sanitarios, brindando mayor autonomía al paciente y generando un cambio drástico en la RMP, durante esta época el paciente pasó a ocupar el papel de cliente y el médico la función de comerciante de cirugías, medicamentos y procesos de intervención, dando un bajo impulso a las campañas de prevención (Aguilar, 2017). Cabe destacar que, este fenómeno de mercantilización de la salud se dio especialmente en países desarrollados donde los pacientes llegaron a tener la capacidad adquisitiva para costear sus tratamientos (Jonsen, Siegler & Winslade, 2005).

Por otra parte, los países en vía de desarrollo entraron directamente en la tercera edad de la RMP surgida en los años 60 esta etapa se ha caracterizado por una administración estatal de los servicios de salud, donde se busca evitar costosas intervenciones por tal razón se da prioridad a la promoción y prevención de la salud entre los ciudadanos (Abadía & Oviedo, 2010). No obstante, esta apuesta por disminuir los gastos estatales en salud se ha convertido en un obstáculo para que los profesionales sanitarios, puedan ejecutar procedimientos necesarios para preservar la vida de sus pacientes, como resultado, la RMP se ha convertido en una interacción tensa entre dos actores prácticamente antagónicos el médico y su paciente (Jonsen, Siegler & Winslade, 2005).

Durante los últimos años, las IPS y las facultades de medicina se han apresurado en mejorar la calidad de los procedimientos que brindan, estableciendo criterios de evaluación para

categorizar el desempeño del su personal asistencial, debido a ello es común encontrar instrumentos y protocolos centrados en evaluar la competencia del equipo de salud, sin embargo, solo hace pocos años se ha vinculado la calidad de la atención con criterios de mayor complejidad, como la ética médica y la RMP en general (Aguirre-Gas, 2004). Por tanto, este proceso de revaloración de los principios éticos en las prácticas del profesional de la salud ha descubierto que la constante hiperespecialización, junto a la pérdida de libertades del profesional sanitario en lo referente a su estatus laboral, administrado por sistemas burocráticos y poco competentes, que han terminado alejando al profesional sanitario del cuidado del paciente eje central de su labor, para orillándolo a convertirse en un simple técnico que cumple una serie de funciones operativas desconectadas del sentir del paciente (Acosta & Ramírez, 2009; AyalaFuentes, 1997).

Sumado a lo anterior, “el cambio de paradigma en la relación médico-paciente favorece el cuestionamiento del médico y estimula el reconocimiento de los derechos del paciente” (Varas, 2011, p. 240). Debido a ello actualmente ha aumentado el número demandas a profesionales de la salud por malos tratos a sus pacientes, errores de procedimiento o insatisfacción con los resultados de intervenciones y tratamientos (Restrepo, 2015). Por su parte, los comités de bioética de las IPS han realizado esfuerzos para aumentar el uso del consentimiento informado que permitan evitar al equipo de salud estas querellas (Farralli, 2016). No obstante, en la actualidad las IPS han optado también por capacitar a sus trabajadores en temáticas como relaciones humanas y trato digno al paciente con la intención de prevenir cualquier tipo de inconveniente legal con los pacientes y en procura de mejorar la experiencia de sus usuarios (Sánchez, 2017).

### **5.3. Adherencia al tratamiento**

La modernidad y sus progresos tecnológicos han permitido el desarrollo de múltiples medicamentos y tratamientos capaces de aumentar la esperanza de vida, curando y evitando la polución de muchas enfermedades. Sin embargo, el impacto de dichos avances se ve estancado cuando los pacientes no se adhieren completamente a los tratamientos o los abandonan (Silva, Galeano & Correa, 2005). La adherencia al tratamiento es entendida por Haynes (1979, citado por López-Romero, Romero-Guevara, Parra & Rojas-Sánchez, 2016) como la serie de conductas mediante las cuales el paciente toma los medicamentos, sigue la dieta o atiende a la modificación de hábitos de vida, que le recomienda su médico.

La no adherencia al tratamiento es considerada un problema de salud pública que aumenta la mortalidad y morbilidad de los pacientes (Acosta, 2001; Rojas, Echeverría & Camargo, 2014; Varela-Arévalo & Hoyos-Hernández, 2015). Por otra parte, se estima que la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad crónica cuesta al sistema de salud 11.250 millones de pesos anuales al estado colombiano (Heraldo, 2016). A pesar de lo mencionado anteriormente, una de las principales razones del aumento en la mortalidad de pacientes crónicos es la no adherencia al tratamiento, esta se produce por diversos motivos, entre los que se encuentra la ineficacia de los sistemas de salud (Rojas, Echeverría & Camargo, 2014), la incomprensión de la enfermedad, su tratamiento o de las precauciones que el paciente debe tener para no tener recaídas (Pascacio-Vera, Ascencio-Zarazua, Cruz-León & Guzmán-Priego, 2016). Además, una revisión sistemática realizada recientemente por Ruiz-Lurdury, TorresTorres, y Velandia-Novoa (2017) les permitió afirmar que la RMP, ejerce una influencia directa sobre la actitud del paciente frente al tratamiento y el cumplimiento de las indicaciones dadas por el médico, todo esto desde la óptica del paciente.

En este mismo sentido a pesar de que son muy pocos los estudios en español que exploran la influencia de la RMP en la adherencia al tratamiento desde la perspectiva de profesionales de la salud, un ejercicio reflexivo realizado por un grupo de médicos de familia (Del Duca, Gallegos, Da Col & Trenchi 2013) refieren que: una RMP inadecuada donde el paciente y el médico no se tiene confianza, la baja preparación o experticia del equipo de salud para tratar la enfermedad y un antagonismo terapéutico entre las indicaciones de distintos procedimientos del tratamiento, pueden obstaculizar fuertemente la adherencia al tratamiento del paciente.

#### **5.4. Enfermedad cardiovascular**

Históricamente, el corazón y la sangre ha recibido un sin número de significados dentro de las culturas ancestrales que se ha perpetuado hasta la actualidad (Barrera-Ramírez & Guerrero-Orduña, 1999; Fernández-Travieso, 2016). En su momento, Aristóteles e Hipócrates consideraron al corazón como centro indiscutible del hombre por su capacidad de transmitir calor al cuerpo, fue solo hasta el renacimiento que los primeros anatomistas diseccionando y dibujando cadáveres en morgues identificaron la capacidad del corazón para bombear sangre por todo el cuerpo (Escaned, 2009).

Actualmente se estima que, el corazón pesa entre 200 y 454 gramos y es el eje central del sistema cardiovascular este término denota la capacidad del corazón para bombear sangre, gracias a su diseño semejante a un sistema de válvulas, acompañado por una extensa ramificación de arterias que distribuyen y regulan riego sanguíneo, con el fin de transportar, nutrientes, hormonas y desechos de una célula a otra dentro del cuerpo (Marieb, 2008). Cuando alguna de las estructuras de este sistema falla o funciona de forma ineficiente se afirma que el paciente experimenta una enfermedad cardiovascular (ECV) (Imizcoz, 2008).

Dentro de las ECV, la Asociación Americana del Corazón incluye a las cardiopatías tanto coronarias como isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares, la hipertensión arterial y la cardiopatía reumática (Segura & Marrugat, 2009). Debido a su alta prevalencia, son consideradas la causa número uno de muerte a nivel mundial Organización mundial de la salud (OMS, 2015). Su origen radica en la falta de hábitos saludables como realizar actividad física con frecuencia, el consumo de sustancias nocivas para la salud como el tabaco y la ingesta de alimentos con altos niveles de grasas (OMS, 2008). Aunque en la actualidad, los sistemas de salud han logrado hacer frente con relativo éxito a enfermedades no transmisibles como el VIH, las ECV continúan aumentando su presencia a nivel global (Gómez, 2011; Pérez & Soto, 2017).

En América Latina, Pereira-Rodríguez, Peñaranda-Florez, Reyes-Saenz, Caceres-Arevalo y Cañizares-Pérez (2015) afirman que, esta región tienen una alta prevalencia de obesidad, sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo. Por estos motivos consideran que en la población latinoamericana tiene una alta vulnerabilidad para el desarrollo de ECV. Por su parte, en Colombia el Ministerio de Salud (2014) manifestó que las ECV alcanzaron el nivel de epidemia nacional. Del mismo modo, el departamento de Santander, según el Observatorio de Salud Pública de Santander (2015) presenta un estimado de 156 fallecimientos debido a ECV por cada 100.000 habitantes al año.

La medicina actual cuenta con diversas intervenciones para atender la mayoría fallas del sistema cardiovascular, que van desde planes de ejercicio y cambios en el estilo de vida, hasta complicadas intervenciones quirúrgicas y tratamientos post quirúrgicos (Rubial, Duraran & Gonzales, 2003; Atehortúa, Gallo, Rico & Durango, 2011). Del mismo modo, la industria farmacológica se ha esmerado por crear diferentes medicamentos orientados a prevenir, tratar y

palear las ECV (Sebastián, Caldearon & López, 2016). Sin embargo, una vez desarrollada la ECV tiende a acompañar al paciente durante toda su vida, no obstante, el paciente puede llevar una vida funcional si se adhiere satisfactoriamente al tratamiento recomendado por su médico (Zambrano, Duitama, Posada & Flórez, 2012).

Entre las razones que justifican la no adherencia se encuentran las barreras económicas para acceder a los medicamentos o a los centros médicos, la inoperancia del sistema de salud y las dificultades que experimenta el paciente para relacionarse con los profesionales de la salud que acompañan su tratamiento (Achury 2007; Pramparo, Boissonnet & Schargrotsky, 2011; García-Reza et al, 2012). Debido a ello, las IPS, se han movilizado para intervenir el fenómeno de la adherencia al tratamiento en pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular, un claro ejemplo puede verse en el proyecto TXT4 HEART COLOMBIA ejecutado por la Función Cardiovascular de Colombia (FCV), que busca a través de la salud móvil mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico de sus pacientes (Adler, Casas, Martin, Free & Perel, 2018).

#### **5.4. Relación médico paciente y adherencia**

Entre las barreras que experimentan los pacientes para adherirse al tratamiento mencionadas en el párrafo anterior, se resalta la RMP como una variable trascendente para aumentar las posibilidades de que un paciente cumpla exitosamente con los diferentes procedimientos a los que debe someterse a causa de su padecimiento (D'Anello, Barreat, Escalante, D'Orazio & Benitez; 2009). En esta etapa donde los pacientes tienen muchos medios para acceder por su cuenta a información que les permita tomar decisiones autónomas sobre su enfermedad, el rol del profesional sanitario ha dejado de ser netamente directivo para convertirse en un actor que orienta al paciente a través de una clara y cercana comunicación en la toma de

estas decisiones (Hernández-Torres, Fernández-Ortega, Irigoyen-Coria & Hernández-Hernández, 2006; Mosquera & Saad, 2015).

Teniendo en cuenta la importancia de la RMP, algunos investigadores se han aventurado a estudiar a fondo esta variable desde diferentes perspectivas (Turabian & Pérez, 2010). En primer lugar, es importante destacar que la gran mayoría de estos procesos se han realizado durante varios años, consultando a los pacientes acerca de su satisfacción con la atención recibida y sus sugerencias para el mejoramiento del servicio (De la Rosa, Alemán, Cañizares & Ibarra, 1999; Escalona, Ávila, Pérez & Ávila, 2011). Sin embargo, desde hace algunos años se ha sumado al interés de los estudiosos de la RMP entender la perspectiva de los profesionales de la salud (Mejía & Romero, 2017; Ramiro & Cruz, 2017).

Debido a la multiplicidad de elementos que comprenden la RMP, los investigadores han tratado de evaluarla de formas distintas, algunos parten desde el análisis del ejercicio comunicativo de base que implica la RMP como proponen Moorea, Gómez y Kurtz, (2012). Otros se han centrado en desarrollar formatos de observación que capten una serie de conductas que se espera el profesional de salud ejecute, durante la sesión que comparte con el paciente (Ruiz-Moral & Pérula, 2006; Gavilán, Ruiz-Moral, Pérula & Porras, 2010). Algunos por su parte, desarrollaron y validaron encuestas para evaluar la RMP como es el caso de (AlcortaGarza, González-Guerrero, Tavitas-Herrera, Rodríguez-Lara & Hojat, 2005; Rodríguez, Mardones & Villarroel, 2012). Por otra parte, con la aceptación que va ganando paulatinamente el uso de métodos cualitativos en ciencia de la salud (González, 2009) aparecen investigaciones que estudian la RMP mediante entrevista y otras formas de recolección de datos cualitativas (Girón, Beviá, Medina & Talero, 2002; Kvarnström, Airaksinen & Liira, 2018).

Con el uso de algunas de las herramientas mencionadas en el párrafo anterior, los investigadores han evaluado la RMP desde dos perspectivas la del usuario de servicios de salud en mayor medida y la de los profesionales que los atienden (Roldán, 2001). Las investigaciones que exploran la importancia que dan los pacientes a la RMP, manifiestan que para este grupo una RMP adecuada es fundamental para motivar una satisfactoria adherencia al tratamiento, mientras que una relación con el equipo de salud negativa desestimula la adherencia (D'Anello et al., 2009; Araujo, Nogueira & de Oliveira, 2017). Por su parte los trabajos centrados en evaluar la RMP desde la mirada del profesional de la salud manifiesta que las áreas donde estos cometen más errores a la hora de establecer una buena RMP son la actitud con la que se dirigen al paciente y la dificultad para hacerse el mensaje que desean transmitir a sus pacientes (Girela, Rodríguez & Girela, 2018). No obstante, los profesionales de la salud afirman que la RMP constituye un espacio fundamental para el adecuado surgimiento de los elementos que definen la práctica asistencial (Sánchez & Contreras, 2014).

## **Capítulo 6 Método**

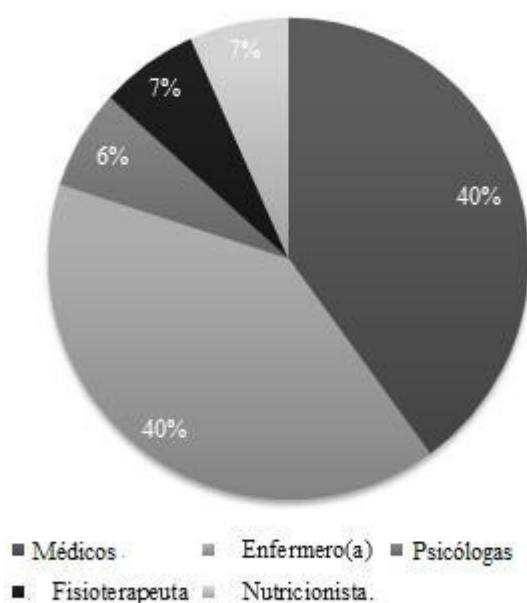
### **6.1. Diseño**

Este estudio fue realizado bajo un enfoque mixto con un diseño explicativo secuencial (DEXPLIS), de alcance descriptivo y corte transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 2016). Los diseños DEXPLIS se caracterizan por la recolección de datos cuantitativos en una primera fase que alimenta una segunda etapa cualitativa, dando el mismo peso a los dos enfoques de recolección de datos u otorgando más peso a uno de ellos (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Este diseño fue seleccionado considerando que el proyecto tuvo un mayor influjo de datos cualitativos, interpretados desde un marco referencial fenomenográfico. El modelo fenomenográfico surgió en la década de los 70 en la Universidad de Gotemburgo, con una perspectiva centrada en el análisis de las experiencias vividas, sus temas de análisis más frecuentes son la enseñanza y el aprendizaje (Ortega, 2007). Sin embargo, desde hace unos años algunas investigaciones lo han implementado en el área de la salud para comprender las experiencias de usuarios, profesionales y estudiantes (López & López, 2017; Montealegre, 2011; Prekert, Carlsson, Svantesson & Anderzén-Carlsson, 2017; Röing, Holmström & Larsson, 2018).

### **6.2. Muestra**

Los participantes fueron escogidos mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, fueron evaluados inicialmente 30 sujetos profesionales de la salud, 23,3% masculinos y 76,6% femeninos con un rango de edad entre los 22 y los 73 años, para una edad promedio de 38,6 años, quienes actualmente se desempeñan como médicos, enfermeras, psicólogas, fisioterapeutas y nutricionistas en una clínica especializada en el tratamiento de afecciones cardíacas del nororiente colombiano. El tipo de muestreo fue escogido aprovechando la accesibilidad a la población como lo recomiendan Otzsen y Monterola (2017). De igual

manera, se debe tener en cuenta que los muestreos de estas características son frecuentemente utilizados en fases preliminares de estudios que buscan depurar información, sobre la cual generarán nuevos instrumentos de evaluación (Mórale, 2012). Lo cual fue uno de los fines de esta investigación. Para una mejor descripción de los participantes en función de profesión véase figura 1.



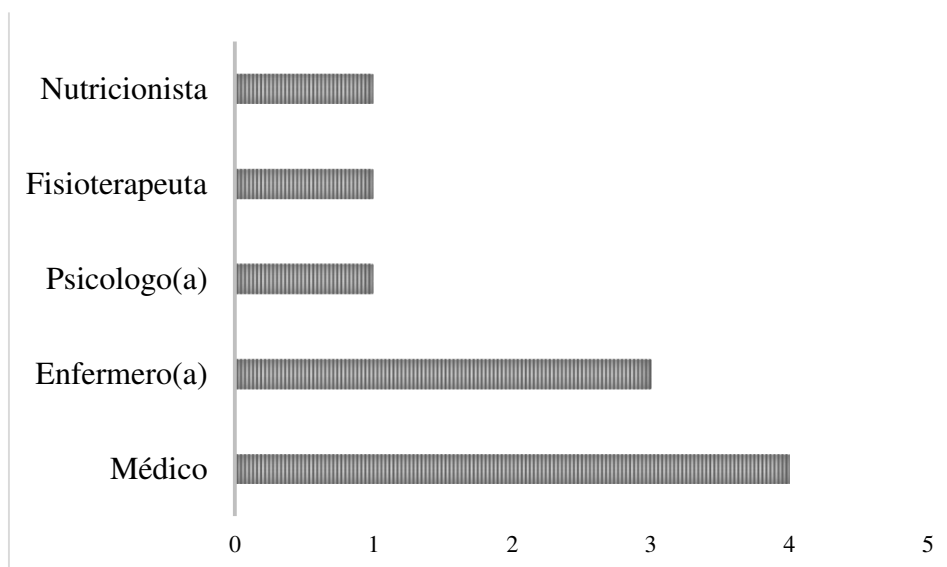
*Figura 1.* Participantes de la fase cuantitativa según profesión. Elaboración propia.

El acceso a la población se obtuvo gracias al permiso brindado por la clínica privada donde se realizó el estudio. Dicha institución evaluó y avaló el proyecto de investigación mediante el juicio de dos comités, uno conformado por expertos técnicos científicos y otra asamblea constituida por especialistas en bioética (para verificar esta información véase Anexo 1 y Anexo 2). El primer contacto con los potenciales participantes se realizó por medio de la estrategia bola de nieve, invitando a los profesionales del centro médico a hacer parte del estudio

y se les preguntó si conocían a otros profesionales que pudieran estar interesados en participar (Hernández, Fernández & Baptista, 2016).

Los sujetos se evaluaron con la ayuda de dos instrumentos psicométricos uno orientado a medir la calidad de la RMP y el otro para medir la comunicación entre personal asistencial y pacientes en el momento de la consulta. Los resultados de este proceso de evaluación cuantitativa sirvieron como insumo para el diseño de una entrevista semiestructurada, la cual fue validada por cinco jueces expertos en psicología de la salud. En una segunda etapa se entrevistó a 10 sujetos, miembros del personal asistencial de la misma clínica privada, pertenecientes al grupo de 30 que desarrollaron la etapa anterior del proyecto, estos fueron escogidos mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Con la intención de incluir una proporción igual de sujetos de cada una de las profesiones participantes en la fase de recolección de datos cuantitativos. El número de participantes se determinó siguiendo las sugerencias de Hernández, Fernández y Baptista (2016), quien para estudios cualitativos donde se analizan datos desde una mirada fenomenológica o fenomenográfica, recomienda trabajar con aproximadamente 10 individuos.

Para participar en cualquiera de las dos etapas del estudio los sujetos cumplieron los siguientes requisitos: ser médicos generales, médicos especialistas, enfermera jefes, auxiliares de enfermería, nutricionistas, fisioterapeutas o psicólogos. Tener al menos un año experiencia en la atención a pacientes con ECV. No se tuvieron en cuenta: estudiantes de las carreras mencionadas ni profesionales con menos de un año de experiencia en la atención de pacientes con ECV. Para garantizar estos criterios los sujetos contestaron una ficha de datos sociodemográficos, donde se indagó sobre su carrera profesional, tiempo de experiencia laboral y diagnósticos frecuentes de los pacientes con los que han tenido contacto en el último año. Para una mejor descripción de los participantes de las entrevistas en función de su profesión véase figura 2.



*Figura 2.* Participantes de las entrevistas según su profesión. Elaboración propia.

### **6.3. Instrumentos y materiales**

Consentimiento informado: Se empleó un consentimiento informado acorde con la Ley 1090 del año 2006, norma para el ejercicio práctico y la investigación en psicología a nivel nacional, este documento también contó con la aprobación del comité de ética y el comité técnico científico de la clínica donde se ejecutó la investigación. Del mismo modo, fue construida y estructurada una encuesta sociodemográfica con el fin de recabar datos como edad, sexo, nivel de formación, ocupación, tiempo de experiencia laboral en salud y principal área de trabajo en salud.

Los instrumentos de medición cuantitativa utilizados fueron: en primer lugar, el cuestionario de calidad de la RMP, para médicos, estudiantes de medicina y paciente de Rodríguez, Mardóñez y Villaroel (2012): Esta escala consta de 28 ítems, que indagan tres

dimensiones: concepción antropológica, deshumanización de la medicina y relación médico paciente. Validada con población de dos hospitales chilenos, obteniendo un alfa de Cronbach de 0,77, con un valor  $p < 0,0001$ , con un análisis factorial mediante la prueba KMO cercano a 0.8. Esta herramienta fue seleccionada ante la inexistencia de instrumentos psicométricos validados en profesionales de la salud en ejercicio en el contexto colombiano, orientados a medir RMP. Por tanto, se escogió este instrumento validado en pacientes, estudiantes de medicina y profesionales de la salud chilenos, diseñado por (Rodríguez, 2006) y validado por (Rodríguez, Mardones & Villaroel, 2012). En segundo lugar, se utilizó, un formato de observación orientado a valorar la relación clínica durante el proceso asistencial el CICAA (Ruiz-Mora & Perola, 2006).

Herramienta diseñada para evaluar la relación clínica entre profesionales de la salud y pacientes, fue desarrollada mediante un examen externo donde el investigador principal como observador valoró la interacción medico paciente en consulta. Este instrumento consta de 29 ítems y evalúa cuatro dimensiones de la interacción médico paciente en consulta, conectar con el paciente, identificar y comprender los problemas de salud del paciente, generar acuerdos con el paciente sobre sus problemas de salud, tomada de decisiones y acciones a seguir en el tratamiento y finalmente, examina como el profesional ayuda al paciente a comprender sus problemáticas y tomar decisiones que lo lleven a cambiar su comportamiento. Este instrumento ha sido validado en dos oportunidades en personal asistencial de diferentes carreras. Según su última revisión hecha por Gavilán, Ruiz-Mora, Perula y Parras (2010) el alfa de Cronbach es de 0,94. Su concordancia global intraobservadores oscila entre 0,94 y 0,97, mientras que su concordancia global inter observadores medida con el índice kappa, coeficiente de correlación intraclass es de entre 0,82 y 0,90. Este instrumento fue seleccionado ya que permite la estandarización del proceso de observación en campo para el evaluador.

Entrevista semiestructurada: Este instrumento fue diseñado a partir de los resultados arrojados por las dos pruebas psicométricas aplicadas el test de calidad de la RMP (Ruiz-Mora & Perola, 2006) y el listado de observación sobre comunicación entre profesionales de la salud y pacientes de Gavilán, Ruiz-Mora, Perula y Parras (2010) acompañados de una revisión sistemática de artículos de investigación de los últimos 10 años, para la cual fue diseñada una rejilla de criterios de inclusión que se aplicó a cada artículo, esta rejilla fue revisada y aprobada por tres evaluadores con experiencia en proceso de revisión de la literatura. Posteriormente, con los datos de estas suministrados por estas dos fuentes de información se elaboró una entrevista semiestructurada que consto de treinta preguntas, la cual fue examinada por cinco árbitros expertos en psicología y salud, esta última evaluación fue guiada por otra rejilla de evaluación que orientaba a los cinco evaluadores sobre como examinar cada pregunta. La versión final de la entrevista consto de 12 ítems divididos en tres dimensiones RMP, Adherencia al tratamiento cardiovascular e importancia de la RMP en la adherencia al tratamiento cardiovascular. Finalmente, cada entrevistado fue grabado con una grabadora de audio para su posterior transcripción y análisis. Para poder ver con mayor detalle la versión final de la entrevista véase (Anexo, 3), para ver más detalladamente la rejilla utilizada por los árbitros en la valoración de los ítems de la entrevista véase (Anexo 4).

### **6.3. Procedimiento**

El primer paso del proyecto fue la elaboración de dos consentimientos informados para los participantes del estudio, un consentimiento exclusivo para los profesionales de la salud invitados a participar del proyecto y otro, para los pacientes atendidos por los profesionales que aceptaron participar con quienes se desarrolló el proceso de observación, ver (Anexo 5). Con la ayuda de estos documentos se les informo como podrían participar, dichos documentos fueron

revisados por el comité de ética y el comité técnico científico de la clínica junto con los cuestionarios calidad de RMP de (Rodríguez, Mardonez & Villaroel, 2012) y el CICAA de (Ruiz-Mora & Perola, 2006). Luego del visto bueno de los comités se abordó por medio de la estrategia bola de nieve a los profesionales de la salud candidatos para ser parte de la muestra, a quienes se les invitó a participar de manera voluntaria de la primera etapa cuantitativa del proyecto. En esa misma oportunidad se acordó el lugar y la fecha de la primera evaluación, para una revisión más detallada de los instrumentos véase (Anexo 6) y (Anexo 7).

La primera etapa de recolección de datos cuantitativos se ejecutó en el área de trabajo de los profesionales de la salud participantes, iniciando con la lectura y firma del consentimiento informado, posteriormente el diligenciamiento de la encuesta sociodemográfica, luego se explicó a cada profesional de la salud las características del cuestionario sobre calidad de RMP de (Rodríguez, Mardonez & Villaroel, 2012) y cómo debían contestarlo, así mismo se resolvieron sus dudas sobre la investigación y se agendó un segundo encuentro donde se realizó la observación.

En la segunda visita el evaluador acompañó durante una de las consultas al profesional de la salud participante mientras atendía a uno de sus pacientes, durante la consulta el investigador principal en calidad de observador de la cita diligenció el CICAA de (Ruiz-Mora & Perola, 2006). Para la ejecución de este paso el paciente autorizó mediante consentimiento informado la presencia del evaluador en la consulta, en los casos donde la respuesta del paciente fue negativa, se reagendó este proceso para otra consulta con un paciente distinto.

Posteriormente los datos que fueron obtenidos por medio de los instrumentos estadísticos fueron sometidos a análisis descriptivos de frecuencias a través del paquete estadístico IBM SPSS versión 22. Los resultados de estos análisis sirvieron con insumo para la elaboración de la

entrevista semi estructurada, que protagonizó la etapa cualitativa final del estudio. El diseño de la entrevista fue basado en los resultados cuantitativos del proyecto, en complemento con una revisión sistemática de la literatura según las recomendaciones de (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández & Varela-Ruiz, 2013; Rodríguez, 2006).

En un tercer momento se efectuó una revisión sistemática de la literatura, orientada por el manual de la Cochrane de revisiones sistemáticas (Centro Cochrane Iberoamericano, 2011) y la guía PRISMA (Welch, Petticrew, Tugwell, Moher, O' Neill, Waters & White, 2012). Esta búsqueda fue desarrollada hacia la especificidad como sugieren Cardona-Arias, Higuita-Gutiérrez y Ríos (2016). Solamente fueron tenidos en cuenta artículos de investigación originales publicados en español, inglés y portugués entre los años 2008 y 2018. Se evaluaron, trabajos de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, también publicaciones de enfoque cualitativo que hubieran realizado procesos de observación, entrevista o grupos focales, así mismo se revisaron investigaciones mixtas con diseños concurrentes y secuenciales, centrados en estudiar la RMP desde la óptica de profesionales de la salud. La exploración se llevó a cabo en los motores de búsqueda Google Scholar, Scienedirect y Pubmed. En este mismo sentido, la búsqueda fue realizada con los descriptores adherencia al Tratamiento acompañado del conector booleanos AND y combinado con los descriptores Barreras de Comunicación, Enfermedades Cardiovasculares y Relaciones Médico-Paciente en español, en inglés: Treatment Adherence and Complianc seguido del conector booleano AND y combinado con los descriptores Communication Barriers, Cardiovascular Diseases y Physician-Patient Relations, el mismo procedimiento se repitió con los descriptores en portugués: Cooperaçã o e Adesã o ao Tratamento con Barreiras de Comunicaçã o, Doenç as Cardiovasculares y Relaçõ es Médico-Paciente. Cada uno de los descriptores de búsqueda fue revisado y seleccionado previamente en la biblioteca

virtual de Descriptores en ciencias de la salud (DeCS). Por otra parte, todos los documentos escogidos se clasificaron en el administrador de referencias Zotero, para evitar el análisis de artículos duplicados presentes simultáneamente en varios motores de búsqueda.

En la tercera etapa, la entrevista fue evaluada por cinco árbitros con nivel de posgrado y experiencia en psicología de la salud, el proceso de evaluación de la entrevista fue guiado por los criterios de estructura y contenido exigidos por la literatura para entrevistas semiestructuradas en el ámbito de la salud (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008; Urrutia, Barrios, Gutiérrez & Mayorga, 2014). Para el cumplimiento de este proceso, se diseñó una rejilla de evaluación siguiendo los criterios de calificación que fueron tomados y adaptados de Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008). El listado de preguntas fue diseñado según las recomendaciones de estructura y orientación sugeridas por Williams y Unrau (2009); Mertens (2010) citados por Hernández, Fernández y Baptista (2016). Para una visión más detallada de la rejilla de evaluación véase (Anexo 8). Por otra parte, la recolección de datos mediante entrevistas se desarrolló siguiendo un muestreo no probabilístico por conveniencia, invitando participantes de cada una de profesión evaluada en la fase cuantitativa anterior a las entrevistas. Se entrevistó a 10 miembros del personal asistencial de la clínica. Toda la información fue grabada en archivos de audio y transcrita para su posterior clasificación con el software ATLAS ti versión 7.

#### **6.4. Análisis de datos**

Para analizar las características sociodemográficas de la muestra y las respuestas que los participantes dieron a las pruebas de calidad de RMP y el CICAA, se realizó un análisis descriptivo de frecuencias con ayuda del software IBM SPSS versión 22, los resultados de dichos análisis permitieron identificar las preguntas dentro de los test en las cuales los sujetos obtuvieron las puntuaciones más altas en las dos pruebas.

En un segundo momento, se realizó el proceso de revisión sistemática siguiendo las recomendaciones del (Centro Cochrane Iberoamericano, 2011) y la guía PRISMA (Welch, Petticrew, Tugwell, Moher, O' Neill, Waters & White, 2012). Posteriormente, se agruparon las categorías derivadas de la revisión de los artículos que cumplieron por todos los criterios establecidos en la rejilla de revisión sistemática y se organizaron de acuerdo con la significancia (Equivalencia) semántica.

El tercer paso implicó la triangulación de los datos cuantitativos y cualitativos para la creación del banco de preguntas del cual se extrajo la entrevista final aplicada a profesionales de la salud, inicialmente se realizó un proceso de cualificación de los datos cualitativos, el cual consiste según (Hesse-Biber, 2010) en interpretar los datos cuantitativos en un contexto cualitativo, para tal fin, las preguntas seleccionadas por haber tenido altas puntuaciones en el análisis de frecuencias realizado a las pruebas calidad de la RMP y CICAA fueron recodificadas en categorías descriptivas. Posteriormente, se realizó una triangulación por coincidencia; este análisis buscaba comparar las categorías emergentes con otras categorías predeterminadas anteriormente (Hernández, Fernández & Baptista, 2016), para el caso de esta investigación se emparejaron las categorías semánticas extraídas del proceso de revisión sistemática ya mencionadas en este párrafo.

Durante un cuarto momento, con el fin de identificar la concordancia entre las calificaciones asignadas por los cinco evaluadores expertos a cada una de las preguntas que conformaron la primera versión de la entrevista, se realizó un análisis W de Kendal. El coeficiente de Kendall (W) es una prueba no paramétrica frecuentemente utilizada para medir el grado de asociación entre las puntuaciones que un grupo de árbitros asignan a una serie de preguntas, hallando las correlaciones entre todos los rangos y calculando el promedio de esos

coeficientes para determinar la asociación general, adicionalmente, esta prueba permite establecer el índice de divergencia entre el acuerdo real de los datos y el máximo acuerdo posible, cuando el índice de significancia es  $p < 0,05$  se considera que hay concordancia significativa entre las calificaciones de los árbitros, del mismo modo se estima la fuerza de la concordancia, que aumenta cuando el índice W se acerca más a 1 (Siegel, 1998; Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008).

Por su parte, los análisis cualitativos de la segunda etapa del proyecto se realizaron con el software ATLAS ti versión 7. Los datos de esta etapa final fueron analizados desde una perspectiva fenomenográfica, siguiendo la estructura y procedimientos ejecutados por (Åkerlind, 2005b). Sin embargo, se considera fundamental en este apartado explicitar brevemente los orígenes, objetivos y características del método fenomenográfico, dado lo novedoso de su utilización en ciencias de la salud. Esta manera de analizar los fenómenos surgió en la década de los años setenta en la universidad de Göteborg, en Suecia, como parte del auge en el uso de métodos cualitativos en ciencias sociales y naturales, la primera área donde se utilizó esta metodología fue la pedagogía centrada en la comprensión del proceso de aprendizaje de los estudiantes (Åkerlind, 2005a). A diferencia de la fenomenología que se propone captar y caracterizar completamente la experiencia de un individuo respecto a un fenómeno, la fenomenografía busca identificar aspectos puntuales de las maneras cualitativamente distintas en que un fenómeno es experimentado por un grupo de personas pertenecientes a un colectivo (D'Amour, 2008; Gonzales-Ugalde, 2014). Por ende, la intención principal de este tipo de análisis es describir las distintas formas en que los sujetos experimentan los fenómenos en su contexto (Marton, 2000). Aunque, las raíces de la fenomenografía radican en la pedagogía

actualmente ha aumentado su uso dentro de estudios cualitativos en ciencia de la salud como lo demuestra el trabajo de Bolse Tylén y Strömberg, (2013).

El resultado final que persigue el análisis fenomenográfico es identificar un espacio de resultados partiendo desde categorías fragmentadas hasta llegar a categorías cohesionadas, para cumplir dicha meta, divide la experiencia en dos subtipos de análisis a priori uno referencial y otro estructural, el primero fija su mirada sobre que es la experiencia para el sujeto, mientras el segundo identifica como accede el sujeto a esa experiencia, la división es de carácter arbitrario ya que los sujetos experimentan las experiencias como un todo, sin embargo, separarlas de esta forma facilita a investigador dilucidar las diferentes maneras en que un fenómeno es vivido por un grupo particular de personas (Gonzales-Ugalde, 2014).

Para que emergiera el espacio de resultados mencionado en el parágrafo anterior se siguió la siguiente secuencia de procesos basados en las recomendaciones de (Åkerlind, 2005b; 2005c; 2005d).

Primer paso: se realizó una lectura general de todas las entrevistas como un todo, durante esta lectura inicial identificaron a priori la forma en que los sujetos entiendan el fenómeno.

Segundo paso: se llevó a cabo una segunda lectura de todas las entrevistas con la intención de excluir toda la información suministrada por los entrevistados que no tuviese nada que ver con los temas centrales de la investigación.

Tercer paso: se leyeron las transcripciones de las entrevistas en una tercera oportunidad durante la cual se tomaron notas que resumían los temas clave identificados durante la primera lectura, cada uno de estos resúmenes fue plasmado en documentos individuales. Posteriormente con la información extractada de las citas y las entrevistas se creó la primera versión del esquema de categorías estructurales y referenciales.

Cuarto paso: consistió en leer paralelamente las transcripciones de las entrevistas y las notas del investigador para ir las comparando, teniendo como criterio las similitudes y diferencias entre ellas, luego de esto, se realizó un nuevo grupo de resúmenes con el cual se estableció la segunda versión del esquema de categorías.

Quinto paso: durante esta parte del análisis se organizaron las transcripciones de entrevistas y las notas en grupos, según sus similitudes y sus diferencias, posteriormente se desarrolló la quinta lectura, en la cual se leyó cada grupo de transcripciones y notas con el fin de encontrar nuevas similitudes y diferencias entre ellos, esta lectura permitió refinar una tercera versión del esquema de categorías estructurales y referenciales.

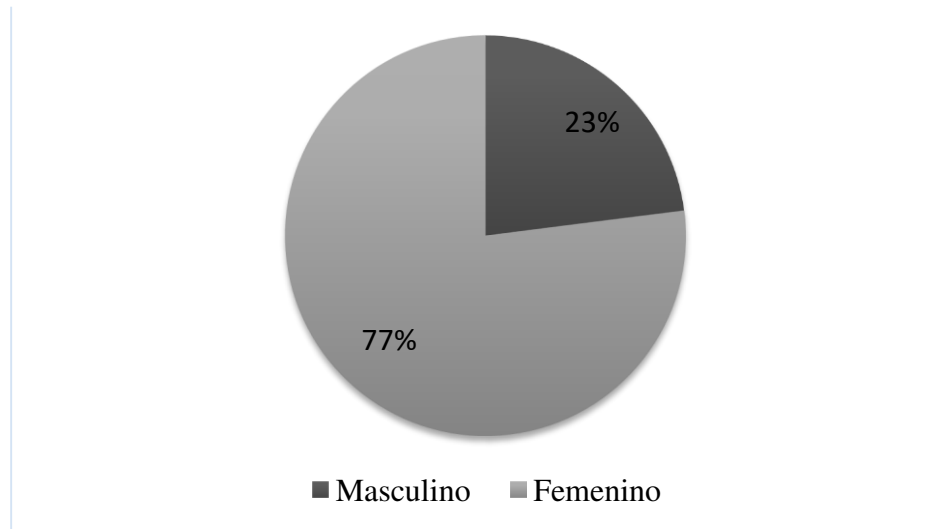
Sexto paso: finalmente, se leyeron nuevamente los grupos de transcripciones y citas tres veces más, con la intención de confirmar o refutar el esquema de categorías semánticas estructurales y referenciales refinándolo a en cada revisión.

El procedimiento descrito anteriormente, se ejecutó sobre los datos en dos oportunidades con la intención de cumplir con dos de los objetivos más importantes de este proyecto, primero identificar las percepciones que el personal de salud otorga a la relación médico paciente en el proceso de adherencia al tratamiento cardiovascular y también, para caracterizar desde la experiencia de los profesionales de la salud en la relación médico paciente su rol en la adherencia al tratamiento cardiovascular.

## **Capítulo 7 Resultados**

A continuación, se presentan detalladamente los resultados de este estudio en cinco apartados, comenzando por las características sociodemográficas de la muestra en la fase de recolección de datos cuantitativos. Seguido del resultado de los análisis descriptivos de frecuencias obtenidos de las pruebas de calidad de la RMP y CICAA. Posteriormente, se reporta el proceso de revisión sistemática de la literatura, el análisis de concordancia realizado a la evaluación de la entrevista hecha por los jueces expertos y para finalizar el resultado del análisis fenomenográfico de las entrevistas realizadas a profesionales de la salud que atienden a pacientes cardiovasculares. Por tanto, los cuatro primeros apartados responden al primer objetivo específico de la investigación, que fue: diseñar y validar una entrevista semiestructurada para evaluar la percepción de los profesionales de la salud en la relación médico-paciente y su rol con la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad cardiovascular. Mientras que, el análisis final se orientó a alcanzar los otros dos propósitos específicos del proyecto, identificar las barreras percibidas por el personal asistencial para la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular, e identificar las percepciones que el personal de salud otorga a la relación médico paciente en el proceso de adherencia al tratamiento cardiovascular.

### **7.1. Características sociodemográficas de los participantes.**



*Figura 3.* Distribución de la muestra de profesionales de la salud participantes según género.

Elaboración propia.

La muestra total de participantes del proyecto fue constituida por 30 profesionales de la salud, empleados de una clínica especializada en el tratamiento de ECV del nororiente colombiano, el grupo estuvo conformado por 7 hombres y 23 mujeres equivalentes a un 23% y 77% de la muestra respectivamente.

De la misma manera en la figura número 4 se reporta el nivel de formación profesional de los participantes.

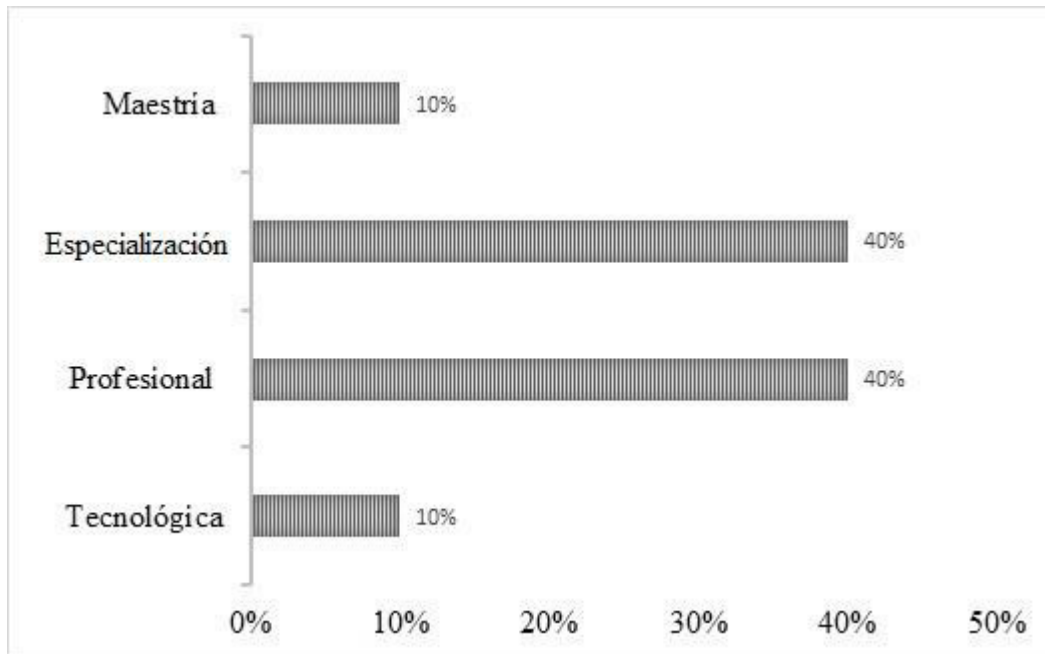


Figura 4. Nivel de formación profesional de los participantes. Elaboración propia.

De los treinta profesionales que participaron en la investigación 3 el 10% tenían un nivel de formación académica de maestría, otros 12 sujetos un 40% eran profesionales especialistas, 12 más el 40 % eran profesionales sin ningún tipo de posgrado adicional a su carrera y los 3 restantes el 10% final eran tecnólogos, ninguno de los participantes reportó haber cursado o estar cursando un nivel formativo de doctorado.

Del mismo modo, en la siguiente tabla la distribución de la muestra a partir de su edad y sus años de experiencia atendiendo a pacientes con ECV.

**Tabla 1.**

*Distribución de la muestra de profesionales de la salud según su edad y años de experiencia laboral.*

<b>Profesionales de la salud (N= 30)</b>	
<b>Edad de los participantes</b>	<b>Años</b>
Media	38,64
Rango mínimo	22
Rango máximo	73
<b>Años laborando en salud</b>	<b>Años</b>
Media	13,10
Rango mínimo	1
Rango máximo	46
<b>Años atendiendo pacientes con ECV</b>	<b>Años</b>
Media	9,20
Rango mínimo	1
Rango máximo	35

*Nota:* N= Tamaño de la muestra. Elaboración propia.

En la tabla 1, se reporta la media de edad de los participantes de la investigación 38,64 años con un rango de edad entre los 22 y los 73 años, en cuanto a los años de experiencia en ciencia de la salud la muestra reportó un promedio de 13,10 donde el participante con menos experiencia lleva laborando en el área de la salud un año mientras que el más experimentado de los participantes trabaja en este rama laboral desde hace 46 años, respecto a la experiencia atendiendo a pacientes con ECV los datos manifiestan que este grupo de trabajadores de la salud llevan una media de 9,20 años dedicados a la atención de pacientes con ECV, resaltando que el

más novel de los participantes lleva un año atendiendo pacientes cardiovasculares mientras el más veterano atiende esta población desde hace 35 años.

## 7.2. Resultado del análisis descriptivo de las pruebas calidad de la RMP y CICAA.

A continuación, se presentan en las tablas 2 y 3 las puntuaciones de los participantes en algunos de los ítems de los cuestionarios calidad de la RMP (Rodríguez, Mardonez & Villaroel, 2012) y CICAA (Ruiz-Mora & Perola, 2006) que más llamaron la atención del investigador, a razón de su similitud o contraste con los reportes de la literatura.

**Tabla 2.** Puntuación de los ítems destacados de la prueba de calidad de la RMP.

RESPUESTAS TEST DE CALIDAD DE LA RMP (N=30)				
NP	Preguntas		F	%
		Muy en <u>desacuerdo</u>	1	3%
		<u>En desacuerdo</u>	0	0%
5	La medicina es una ciencia, por eso lo religioso es innecesario.	Medianamente en <u>acuerdo</u>	4	13%
		<u>En acuerdo</u>	16	53%
		Muy de acuerdo	9	30%
		Muy en <u>desacuerdo</u>	17	57%
		<u>En desacuerdo</u>	10	33%
11	La alta eficacia de los avances científicos y técnicos en medicina, hacen innecesario tomar en cuenta la opinión y el sentir de los pacientes.	Medianamente en <u>acuerdo</u>	1	3%
		<u>En acuerdo</u>	1	3%
		Muy de acuerdo	1	3%
		Muy en <u>desacuerdo</u>	8	27%
		<u>En desacuerdo</u>	13	43%
12	Como los criterios de la ciencia y la fe religiosa se contradicen, el trabajo del médico debería centrarse solamente en la enfermedad del paciente.	Medianamente en <u>acuerdo</u>	5	17%

		<u>En acuerdo</u>	<u>3</u>	<u>10%</u>
		Muy de acuerdo	1	3%
<hr/>				
13	El médico es quien determina lo mejor para el paciente.	Muy en desacuerdo	4	13%
		<u>En desacuerdo</u>	<u>2</u>	<u>7%</u>
		Medianamente en acuerdo	13	43%
		<u>En acuerdo</u>	<u>10</u>	<u>33%</u>
		Muy de acuerdo	1	3%
<hr/>				
15	El paciente prefiere que el médico tome las decisiones, porque él es el experto.	Muy en desacuerdo	1	3%
		<u>En desacuerdo</u>	<u>6</u>	<u>20%</u>
		Medianamente en acuerdo	10	33%
		<u>En acuerdo</u>	<u>13</u>	<u>43%</u>
		Muy de acuerdo	0	0%
<hr/>				
16	La tecnología y los avances científicos aseguran el éxito del trabajo médico.	Muy en desacuerdo	1	3%
		<u>En desacuerdo</u>	<u>6</u>	<u>20%</u>
		Medianamente en acuerdo	9	30%
		<u>En acuerdo</u>	<u>8</u>	<u>27%</u>
		Muy de acuerdo	6	20%
<hr/>				
18	Es más importante en el trabajo médico, el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad que poner atención a los problemas personales del paciente.	Muy en desacuerdo	6	20%
		<u>En desacuerdo</u>	<u>18</u>	<u>60%</u>
		Medianamente en acuerdo	3	10%
		<u>En acuerdo</u>	<u>3</u>	<u>10%</u>
		Muy de acuerdo	0	0%

22	Un documento legal firmado ante notario sobre deberes y derechos mejoraría la relación entre el médico y el paciente.	Muy en desacuerdo	En	5	17%
		<u>desacuerdo</u>		17	57%
		Medianamente en acuerdo		7	23%
		<u>En acuerdo</u>		1	3%
		Muy de acuerdo		0	0%
23	<u>desacuerdo</u> El paciente debería asesorarse con un abogado cuando <u>En desacuerdo</u> está insatisfecho con la atención del médico.	Muy en		3	10%
		<u>desacuerdo</u>		14	47%
		Medianamente en acuerdo		10	33%
		<u>En acuerdo</u>		1	3%
		Muy de acuerdo		2	7%
24	El médico interroga al paciente únicamente para diagnosticar y proponer un tratamiento.	Muy en desacuerdo	En	3	10%
		<u>desacuerdo</u>		10	33%
		Medianamente en acuerdo		10	33%
		<u>En acuerdo</u>		7	23%
		Muy de acuerdo		0	0%
25	La relación entre el médico y el paciente es similar a la relación entre un agente de ventas y un comprador o cliente.	Muy en desacuerdo	En	7	23%
		<u>desacuerdo</u>		13	43%
		Medianamente en acuerdo		5	17%
		<u>En acuerdo</u>		4	13%
		Muy de acuerdo		1	3%
26	El médico actúa como consejero, el paciente es el que toma la decisión según sus valores.	Muy en desacuerdo	En	1	3%
		<u>desacuerdo</u>		8	27%
		Medianamente en acuerdo		5	17%
		<u>En acuerdo</u>		10	33%
		Muy de acuerdo		6	20%

*Nota:* NP= Numero de la pregunta en la prueba de Rodríguez, Mardones y Villaroel, (2012); N= Tamaño de la muestra, F= frecuencia de sujetos que contestaron la opción y % porcentaje de sujetos que contestaron la opción. Elaboración propia.

En la tabla 2, fueron señaladas las preguntas de la prueba calidad de la RMP de Rodríguez, Mardones y Villaroel, (2012) que llamaron la atención del investigador por sus altos puntajes, acompañadas de la frecuencia de sujetos que seleccionaron cada opción de respuesta y su valor porcentual respecto al total de la muestra.

**Tabla 3.**

*Puntuación de los ítems destacados de la prueba CICAA.*

**Conductas Observadas CICAA (N=30)**

<u>NP</u>	<u>Pregunta</u>	<u>Puntuación</u>	<u>F</u>	<u>%</u>
		np	11	37%
2	En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación	0	3	10%
		1	5	17%
		2	11	37%
		np	0	0%
6	En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente	0	2	7%
		1	6	20%
		2	22	73%
		np	0	0%
8	En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente	0	9	30%
		1	11	37%
		2	10	33%
		np	0	0%
10	En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente	0	11	37%
		1	9	30%

		2	10	33%
		np	0	0%
13	En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente	0	22	73%
		1	2	7%
		2	6	20%
		np	0	0%
14	En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno socio familiar o laboral	0	12	40%
		1	7	23%
		2	11	37%
		np	0	0%
17	En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente	0	19	63%
		1	4	13%
		2	7	23%
		np	0	0%
18	En qué medida el profesional ha explorado el entorno socio familiar	0	16	53%
		1	2	7%
		2	12	40%

*Nota:* Puntuación np= No procede; NP= Numero de la pregunta en la prueba de (Ruiz-Mora & Perola, 2006); N= Tamaño de la muestra; F= frecuencia de sujetos que contestaron la opción y % porcentaje de sujetos que contestaron la opción. Elaboración propia.

En la tabla 3, fueron señaladas especialmente las conductas que se esperaba los profesionales de la salud realizaran y que no llevaron a cabo, durante las consulta o ronda médica estos datos fueron registrados en el CICAA de (Ruiz-Mora & Perola, 2006).

### 7.3. Revisión sistemática de la literatura.

En primer lugar, se presenta el resultado del proceso de búsqueda de artículos de investigación obtenido siguiendo las recomendaciones de (Welch, Petticrew, Tugwell, Moher, O' Neill, Waters & White, 2012). Posteriormente, se señalan los artículos que cumplieron todos los criterios de inclusión establecidos en la rejilla de revisión sistemática arbitrada por tres expertos.

Para finalizar este apartado, se exponen las categorías de análisis extraídas de los artículos que cumplieron todos los criterios selección, cuyo contenido fue tenido en cuenta para el diseño de la entrevista semiestructurada que se aplicó a profesionales de la salud.

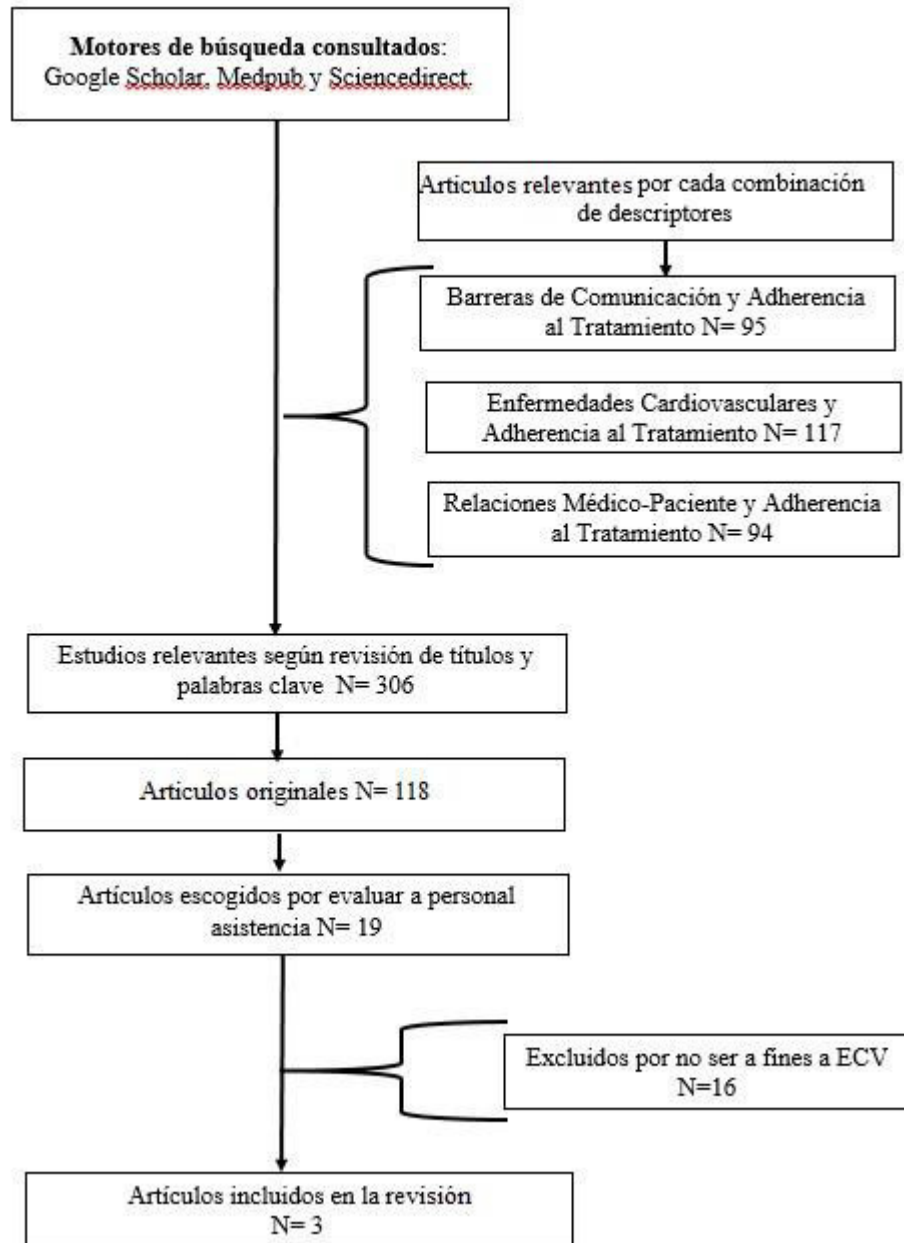


Figura 5. Resultado de proceso de búsqueda y evaluación de artículos de la revisión sistemática.

Elaboración propia.

De los 306 artículos seleccionados durante la búsqueda documental en los motores de búsqueda Google Shoolar, Siencedirect y Medpud, solo aprobaron todos criterios tres artículos.

**Tabla 4.**

*Artículos seleccionados mediante el proceso de revisión sistemática.*

<b>Cita</b>	<b>Muestra</b>	<b>Origen de la muestra</b>	<b>Metodología</b>	<b>Diseño</b>
(Farahani, Sahragard, Carroll & Mohammadi, 2011)	35 profesionales de la salud médicos y enfermeras	Teherán (Irán)	Cualitativa	Análisis de contenido
(George, Ramadas, Norman, Mukherjee & Rao, 2016)	34 médicos	Bangalore (India)	Mixta	Paralelo convergente
Miller, et al (2017)	69 sujetos entre pacientes, médicos, enfermeras y practicantes	Ontario (Canadá) y Delhi (India)	Cualitativa	Descriptivo

*Nota:* Elaboración propia.

La tabla número 5, presenta los resultados de la extracción de categorías realizado sobre los tres artículos identificados en la revisión sistemática, a partir de los cuales fue diseñado parte del banco de preguntas sometido a evaluación de expertos para la creación de la entrevista semiestructurada.

**Tabla 5.***Categorías de análisis extraídas del proceso de revisión sistemática de la literatura.*

<b>Categorías</b>	<b>Reporte de la literatura</b>	<b>Autores</b>
Actitud del paciente	Búsqueda de medicina alternativa	(George, Ramadas, Norman, Mukherjee & Rao, 2016) al
	No cumplimiento	
	Seguir las opiniones de otras personas diferentes médico	Miller et al (2017)
	Orientación en la toma de medicamentos	
Comunicación	Pobre explicación de los médicos	(George, Ramadas, Norman, Mukherjee & Rao, 2016)
	Falta de comunicación entre el equipo médico	
	Problemas de comunicación entre el equipo médico el paciente y su familia	(Farahani, Sahragard, Carroll & Mohammadi, 2011)
Apoyo social	Falta de apoyo social	(George, Ramadas, Norman, Mukherjee & Rao, 2016)
	Tareas de los profesionales	Miller et al (2017)
Educación	Falta de entendimiento de la enfermedad	(George, Ramadas, Norman, Mukherjee & Rao, 2016)
	Falta de guías terapéuticas	
	Disponibilidad y acceso al medicamento	Miller et al (2017)
	Tiempo restringido de las citas	
	(Farahani, Sahragard,	

Barreras socioeconómicas	Retos culturales	Carroll & Mohammadi, 2011)
	Falta de acceso	(George, Ramadas, Norman, Mukherjee & Rao, 2016)
	Recursos financieros	

*Nota:* Elaboración propia.

Los artículos revisados fueron de métodos mixto y cualitativo, las cinco categorías extraídas de la revisión de artículos permitieron el diseño de algunas de las preguntas evaluadas por los expertos.

#### **7.4. Triangulación de datos cuantitativos y cualitativos.**

En este párrafo, se presentan los resultados de la triangulación de datos cuantitativos y cualitativos que permitieron el surgimiento de las categorías a partir de las cuales se creó el banco de preguntas inicial, que posteriormente fue evaluado por cinco evaluadores expertos. En la siguiente tabla se presenta el resultado del análisis de cualificación que transformó en categorías los datos obtenidos a partir de los test calidad de la RMP y CICAA. Posteriormente, se muestra mediante un esquema el resultado de la triangulación por coincidencia, entre las categorías surgidas de los test psicométricos y las categorías extraídas de la revisión de la literatura.

#### **Tabla 6.**

*Resultado del proceso de cualificación de datos cuantitativos a categorías.*

<b>Categoría</b>	<b>Instrumento de origen</b>
Espiritualidad	Rodríguez, Mardonez y Villaroel,
Autonomía	

---

Avances tecnológicos	(2012)
Altercados con el paciente	
Relación mercantil	
Comunicación	
Emociones del paciente	Ruiz-Mora y Perola (2006)
Red de apoyo	

---

*Nota:* Elaboración propia.

En la tabla número 7, se exponen las categorías extraídas de los instrumentos de Calidad de la RMP y CICAA, las cuales emergieron de las preguntas con mayores puntuaciones en el análisis de frecuencia, que llamaron la atención el investigador por su similitud y contraste con la literatura.

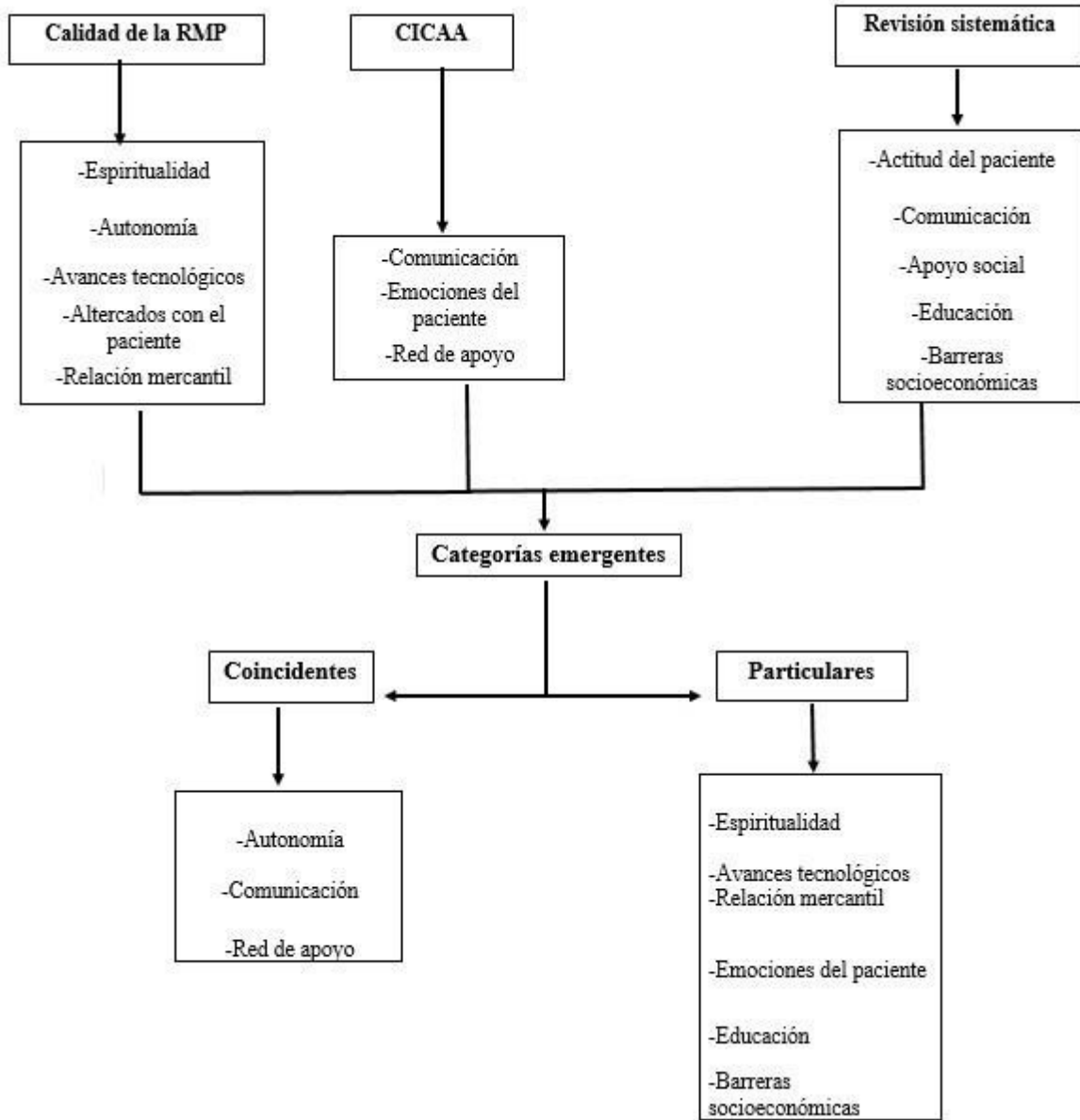


Figura 6. Resultado de la triangulación por coincidencia. Elaboración propia.

### 7.5. Concordancia inter-jueces.

En este párrafo, se presenta el resultado del análisis de concordancia W de Kendal realizado sobre las puntuaciones que los cinco evaluadores expertos otorgaron a cada ítem del banco de 30 preguntas iniciales, creadas con la información extraída del análisis de frecuencias

de los instrumentos cuantitativos y las categorías extraídas de los artículos que cumplieron todos los criterios de inclusión de la revisión sistemática.

**Tabla 7.**

*Rangos de concordancia W de Kendal de las preguntas que conformaron la entrevista.*

<b>NP</b>	<b>Rango promedio</b>
1	19,20
3	15,30
4	13,80
5	20,40
10	22,40
16	20,20
18	15,49
21	19,20
22	21,40
23	18,90
26	16,10
29	21,40

*Nota:* NP= Numero de la pregunta. Elaboración propia.

**Tabla 8.**

*Estadístico de concordancia prueba W de Kendal*

<b>Estadísticos</b>	<b>Total</b>
N	5
w	0,35
Chi-cuadrado	52,05
gl 29 P	0,005

*Nota:* n= número de árbitros; w= Kendal; gl= grados de libertad; p= significancia asintótica. Elaboración propia.

La tabla 6, muestra los rangos de concordancia entre las puntuaciones que los jueces otorgaron a los 12 ítems que conformaron la entrevista semiestructurada final que se aplicó a profesionales de la salud. Mientras la tabla 7, expone los niveles de significancia de  $p < 0,005$  y la fuerza de la concordancia de  $W = 0,35$ . Lo cual significa, que existe una concordancia aceptable entre las puntuaciones que los árbitros otorgaron a las preguntas de la entrevista.

#### **7.6. Análisis de las barreras para la adherencia al tratamiento cardiovascular percibidas por profesionales de la salud.**

Este párrafo se dedica a resolver el segundo objetivo específico de esta investigación, identificar las barreras percibidas por el personal asistencial para la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular. Por tanto, para su cumplimiento se utilizó la red semántica generada por el programa Atlas ti versión 7, la cual ilustra de forma clara las barreras percibidas para la adherencia al tratamiento cardiovascular que experimentan los pacientes, según el reporte de los profesionales de la salud que participaron en las entrevistas. La tabla presentada a continuación es un extracto de la red semántica la cual puede ser consultada en el (Anexo 9).

#### **Tabla 9.**

*Barreras para la adherencia al tratamiento cardiovascular desde la percepción de profesionales de la salud.*

Barreras para la adherencia al tratamiento	Verbalizaciones	
Barreras socioeconómicas	Procedencia del paciente	<p>“Los pacientes del campo ellos tienen costumbres muy arraigadas por ejemplo en la parte de la nutrición ellos consumen mucha harina por tiempo de comida, son personas que están trabajando todo el tiempo en el campo y uno no les puede decir no mire su merienda debe ser una fruta y no un pedazo de yuca con carne" (<i>Informante 7</i>).</p>
	Malos manejos de la EPS	<p>"Digamos que hay una parte por los cambios en los contratos las citas no son oportunas, digamos que el paciente le cambian el contrato y dura dos o tres meses sin consultar y es como volver a empezar, hay otra parte que es el despacho de los medicamentos algunos pacientes dicen como no me han entregado la dosis completa de los medicamentos me toma la mitad, la mayoría es por razones administrativas" (<i>Informante 4</i>).</p>
	Nivel de alfabetización	<p>"Juumm (<i>sonido gutural</i>), que no se adhiere, aquí hay pacientes que por lo que no saben leer no saben escribir" (<i>Informante 3</i>).</p>
Barreras individuales	Edad	<p>"Algunos pacientes son muy mayores y les cuesta comprender lo que uno les dice" (<i>Informante 2</i>).</p>
	Problemas psicológicos	<p>"Ahora tengo dos que, aunque tienen buen servicio de salud no se me adhieren creo que es por su parte de personalidad, uno dice que es alcohólico y que no va a dejar de tomar igual se toma el medicamento, pero sigue tomando trago, el otro igual tiene un problema con el cigarrillo entonces uno les dice no lo pueden hacer" (<i>Informante 4</i>).</p>
	Alta ingesta de medicamentos	<p>"Mmm (<i>sonido gutural</i>), Yo creería la cantidad de medicamentos". (<i>Informante 10</i>).</p>
	Desinformación	<p>"Juum (<i>Sonido gutural</i>) es más creíble lo que les dice el cura que lo que les decimos nosotros, finísimo hay más confianza en lo que les dice el cura o el vecino que en lo que les dice el médico" (<i>Informante 10</i>).</p>
Autonomía	<p>"La mayoría de los pacientes, que se atienden están en la adultez media y tardía y se logra ver cierta dependencia de los pacientes hacia sus familiares" (<i>Informante 1</i>).</p>	

---

Factores	"El paciente quiere una cosa, pero toca hacer lo que Facilitadores u dice el familiar porque el familiar es Ecopetrol y si obstaculizadores <u>Acompañamiento familiar</u> <u>no se le forma a uno un problema</u> " ( <i>Informante 7</i> ). "Se puede prestar para inconformidades, ese tema me parece a mí que uno no lo debe tocar a menos que sea evidente que el paciente tiene una religión como tal, es católico es cristiano, si no, es mejor no tocarlo" ( <i>Informante 8</i> ).
Espiritualidad	

---

*Nota:* Elaboración propia.

Las categorías enunciadas en la tabla anterior fueron extractadas de las verbalizaciones de profesionales de la salud durante sus entrevistas, estas enuncian una serie de barreras para la adherencia y algunos factores que pueden convertirse tanto en facilitadores como en obstáculos para el paciente con enfermedad cardiovascular según la experiencia de los informantes.

### **7.7. Identificar las categorías convergentes y divergentes entre los participantes desde su experiencia en la RMP con pacientes cardiovasculares.**

Ya que el objetivo del análisis fenomenográfico es identificar la manera en que los miembros de un grupo experimentan un fenómeno, en este caso como los profesionales de la salud experimentan la RMP y de qué modo esta impacta la adherencia de sus pacientes cardiovasculares. Para ello, fue necesario identificar que elementos de la experiencia son captados de manera similar por todos los participantes y qué aspectos particulares la experiencia se percibe de manera diferente entre los sujetos. Este proceso se considera una de las tareas más importantes del análisis fenomenográfico (ver figura 8).

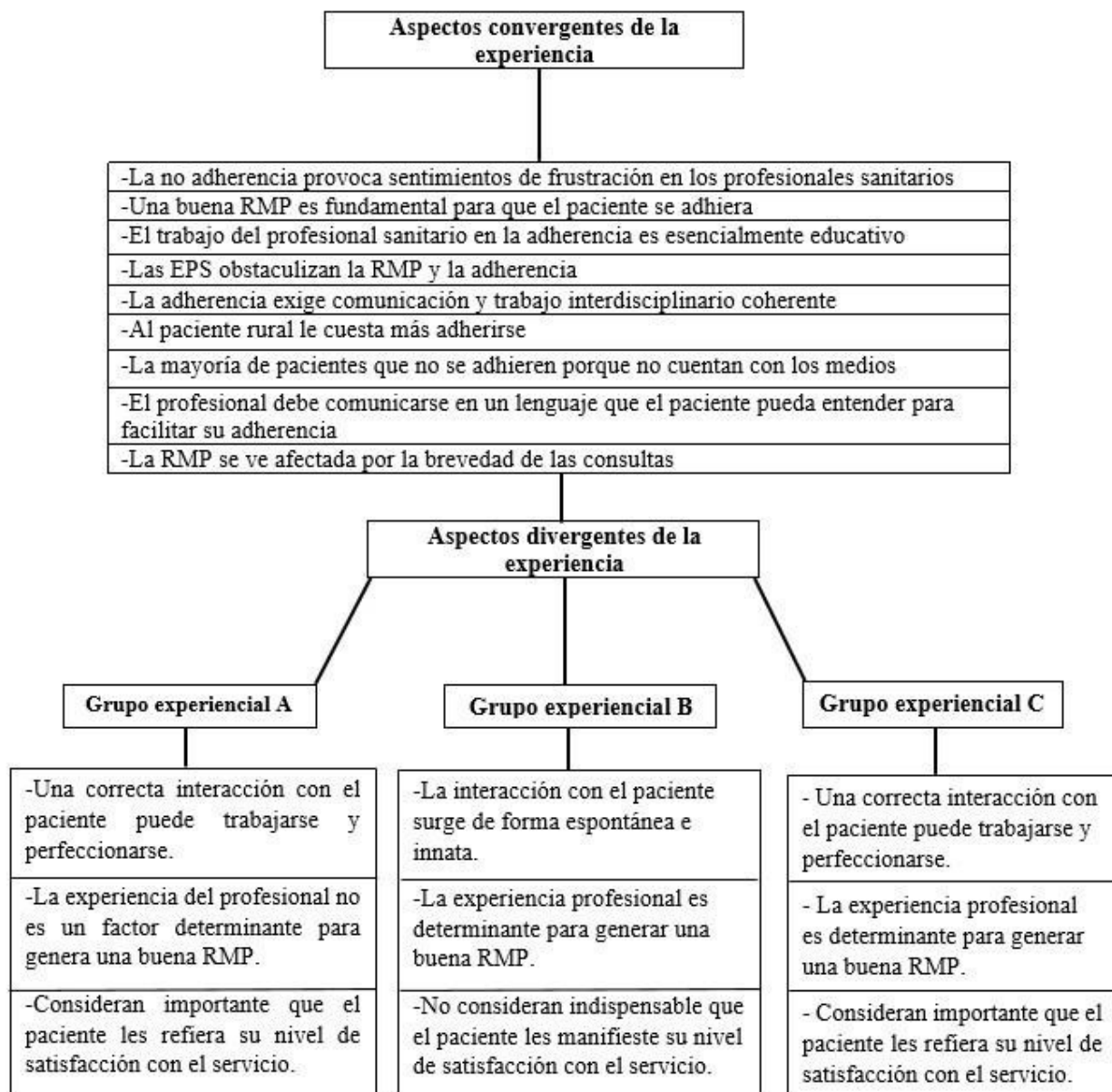


Figura 7. Aspectos convergentes y divergentes entre las formas de experimentar la influencia de la RMP según profesionales de la salud. Elaboración propia.

**7.8. Identificar el papel que el personal de salud otorga a la relación médico paciente en el proceso de adherencia al tratamiento cardiovascular.**

Este apartado se enfoca en presentar el resultado del análisis fenomenográfico centrado en describir el papel que los profesionales de la salud que atienden a pacientes con enfermedad cardiovascular otorgan a la RMP en la adherencia al tratamiento. Correspondiente, al tercer objetivo específico de este proyecto de investigación.

En la tabla 10, se plasman las relaciones jerárquicas que conforman las diferentes formas en que los profesionales de la salud experimentan la influencia de la RMP en la adherencia al tratamiento, este rango de significados es conocido como espacio de resultados y es producto de la interacción entre los aspectos referenciales y estructurales que conforman la experiencia de los 10 profesionales entrevistados.

**Tabla 10.**

*Papel de la RMP en la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular desde la experiencia de profesionales de la salud, análisis fenomenográfico.*

		<b>Importancia de la RMP en la adherencia</b>			
		<b>Aspectos estructurales</b>			
		<b>1. Trabajo en equipo</b>	<b>2. Comunicación efectiva</b>	<b>3. Empatía</b>	<b>4. Trato diferencial</b>
<b>Aspectos referenciales</b>	<b>Entender las circunstancias del paciente</b>	Facilitar el acceso del paciente a los servicios	Utilizar un lenguaje amable y sencillo	Ofrecer un servicio equitativo	Adaptar el tratamiento a las características psicosociales del paciente
	<b>Interesarse por el paciente</b>	Explorar las diversas necesidades del paciente	Escucha activa y paciente	Conectar con el sentir del paciente y demostrar la importancia del	Demostrar la focalizada paciente para su equipo de salud

<b>Favorecer la adherencia</b>	Atender las esferas concisa y sincero	Comunicación espontánea y sincero	Diálogo del paciente y coherente	Aumentar la comprensión del paciente sobre su tratamiento a detalle
<b>Generar comunidad terapéutica</b>	Ampliar la red de comprensión del tratamiento	Crear un escenario idóneo para la adherente	Motivar al apoyo del paciente a ser paciente	Fomenta la cohesión entre pacientes, familiares y equipo de salud

*Nota:* Aspectos referenciales= La intención que persigue el profesional de la salud en la RMP; Aspectos estructurales= Las acciones que llevan a cabo los profesionales para alcanzar sus objetivos; la numeración que acompaña a las categorías estructurales denota su orden jerárquico. Elaboración propia.

A continuación, se describen los aspectos referenciales y estructurales extraídos de las verbalizaciones de los participantes en las entrevistas. **Aspectos referenciales:** *Entender las circunstancias del paciente* “Cada paciente es un mundo y yo no puedo mandar al paciente que vive en la verdad X usted debe comer salmón, no le digo usted tiene que comer esto, esto y esto sino que le pregunto cuénteme usted que desayuna y le pregunto ¿por qué no come esto?, porque no le gusta o porque no lo puede comprar eso ellos lo valoran mucho” (Informante 7), este aspecto hace referencia sobre como la RMP permite al profesional crear prescripciones médicas que el paciente puede cumplir facilitando su adherencia.

**Interesarse por el paciente:** “Si claro, las personas sienten se preocupan, yo lo que he visto es que cuando uno le hace una entrevista los pacientes se dan cuenta si al personal de salud le interesa, dicen mire me está preguntando sobre tal cosa, por ejemplo yo me demoro mucho en una consulta porque el paciente se suelta a hablar, hablar, hablar y hablar cosas importantes y yo les digo, en esta vamos a anotar todo lo que le tiene que decir al médico, hay que ayudarlo a priorizar lo más importante” (Informante 2), Este aspecto referencial muestra como la RMP es percibida como una experiencia que se alimenta del interés mutuo por parte del

profesional al recibir la información que el paciente suministra y por el paciente quien al ser escuchado otorga una mejor valoración a al profesional, lo que termina facilitando la recolección de un mayor número de datos que faciliten el diseño y seguimiento del tratamiento.

**Favorecer la adherencia:** *“Si él quiere se las toma, si no quiere no se las toma, si le cayó mal el médico no se las toma, hay que ser lo suficientemente cordial para que tenga una buena aceptación, en la medida en que sea uno aceptado por el paciente tiene una mejor probabilidad de ser adherente”* (Informante 8). En el anterior fragmento de una de las entrevista se identifica como según la experiencia de los profesionales de la salud establecer una buena RMP aumenta las posibilidades de que el paciente cardiovascular se adhiera al tratamiento.

**Generar comunidad terapéutica:** *“Yo trato de enlazarlos con otros pacientes en talleres educativos para que conozcan otras experiencias para al ver la experiencia de otros se motiven a mejorar. Por eso hacemos entrevista paciente a paciente, entrevistas grupales y seguimientos telefónicos que hacemos a los pacientes de alto riesgo”* (Informante 2). El aspecto referencia esgrimido en esta cita muestra la intención del profesional por expandir la red de apoyo del paciente para favorecer su permanencia en el tratamiento.

**Aspectos estructurales de la experiencia:** Estas categorías describen las maneras en que los profesionales de la salud actúan dentro de la RMP para cumplir con su intención subyacente, en este caso que el paciente se adhiera al tratamiento. **Trabajo en equipo:** *“La adherencia depende de muchos factores es un trabajo en equipo, el medico formula y da el mejor tratamiento, la enfermera le explica al paciente, el paciente se toma los medicamentos y el familiar le ayuda en la consecución, entonces todos tenemos que trabajar en equipo para que sea exitoso el tratamiento”* (Informante 3). Para los profesionales de la salud, uno de los aspectos referenciales más consistente entre las distintas formas de experimentar la influencia de la RMP

en la adherencia al tratamiento cardiovascular, fue el contar con equipos interdisciplinarios capaces de trabajar en alianza con el sistema familiar del paciente para que crear redes que aseguren el correcto cumplimiento del tratamiento, sin eximir al paciente de su responsabilidad.

**Comunicación efectiva:** *“Creo que el profesional de salud es responsable de que el paciente se lleve la idea clara porque si le hablo en terminología que solo entiendo yo, va a sonar muy bonito voy a quedar como una doctísima pero el paciente se va a su casa sin tener idea de que hacer”* (Informante 4). Desde la experiencia de los profesionales la RMP posibilita un escenario que facilita la explicación de las características de la enfermedad y el tratamiento a los pacientes.

**Empatía:** *“La empatía esa es la estrategia principal a la hora de que un paciente se quiera adherir o no, si el paciente ve que yo como profesional me intereso por el en que quiere logra, como lo quiere lograr.”* (Informante 05). El aspecto estructural captado en verbalizaciones como la anterior y otras similares, muestra la importancia que tiene el trato empático dentro de la RMP para los profesionales con el fin de lograr que el paciente se interese por la información que el profesional le suministra sobre su enfermedad y el tratamiento que le recomienda.

**Trato diferencial:** *“El escucharlos, el enfocarse a cada paciente de forma individual, el hacerle ver las cosas de su manejo, no es tómesese una aspirina que eso le va a ayudar al manejo en la sangre, es decirle mire tómesese una aspirina que eso le ayudara del tal manera”* (Informante 09). Como se muestra en la cita anterior los informantes resaltan según su experiencia la importancia de que el paciente perciba un trato diferencial en tanto en la relación humana que implica la RMP como en el diseño de su tratamiento.

## 7.9. Caracterizar el rol en la adherencia al tratamiento cardiovascular del profesional de la salud desde su experiencia.

**Tabla 11.**

*Rol del profesional de la salud en la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular.*

		Rol de profesional en la adherencia				
		Aspectos estructurales				
		1. Brindar un servicio	2. Guiar al paciente	3. Generar credibilidad	4. Educar al paciente	5. Garantizar el seguimiento
Aspectos referenciales	<b>Empoderar al paciente</b>	Dar herramientas para la adherente	Promover la recuperación de la autonomía	Aclarar las expectativas sobre el tratamiento	Enseñar al paciente como cuidar su salud	Informar sobre el desarrollo del tratamiento
	<b>Generar confianza en el paciente</b>	Atención amable y respetuosa	Responder las dudas del paciente	Demostrar conocimiento sobre la enfermedad	Explicar la gravedad de la enfermedad y como tratarla	Monitorear constantemente el desarrollo del tratamiento
	<b>Vincular a la familia del paciente</b>	Identificar la red de apoyo del paciente	Establecer alianzas con los cuidadores	Incluir a la familia como actor del tratamiento	Enseñar a la familia como cuidar al paciente	Orientar sobre trámites y otros procedimientos.
	<b>Cumplir su vocación</b>	Servir a la <u>comunidad</u>	Mejorar la calidad de <u>vida del paciente</u>	Atender los requerimientos del <u>paciente</u>	Prevenir recaídas y deterioros en la salud del paciente	Evidenciar el interés profesional por tratamiento
	<b>Promover la adherencia</b>	Acompañar el proceso de salud	Indicar el tratamiento y acompañar su desarrollo	Inspirar confianza en el paciente	Concientizar al paciente sobre la importancia de ser adherente	Disminuir los índices de deserción del tratamiento

*Nota:* Aspectos referenciales= La intención que persigue el profesional de la salud en la RMP; Aspectos estructurales= Las acciones que llevan a cabo los profesionales para alcanzar sus objetivos; la numeración que acompaña a las categorías estructurales denota su orden jerárquico. Elaboración propia.

A continuación, se desglosan los aspectos referenciales y estructurales emergentes del análisis fenomenográfico, centrado en caracterizar el rol que los profesionales de la salud ejercen

en la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular. Comenzando por los aspectos referenciales: **Empoderar al paciente:** *“Mmmm, pues ahí va en la parte de los equipos multidisciplinarios en poder atender al paciente desde la parte psicológica, desde la parte este... ya física o si lo que le está produciendo una enfermedad y abordarlo desde distintos puntos de vista para que le hagamos ver desde todas las partes la importancia del tratamiento, ya es decisión propia lo que terminante haciendo”* (Informante 9). La intención perseguida por los profesionales en este aspecto de la experiencia es dotar al paciente de todos los medios informativos y procedimentales para que decida autónomamente como actuar frente a su enfermedad.

**Generar confianza en el paciente:** *“El respeto, por el paciente en todo sentido en hablarle cordialmente decentemente, respetar el tiempo del paciente, no citar al paciente a las ocho y atenderlo a las once, si pudo haber sido así, darle una explicación amble cordial diciéndole que ha pasado y respetuosa, como le gustaría a uno que lo traten.”* (Informante 6).

Este aspecto referencial exhibe como el correcto manejo de una situación que podría obstaculizar la RMP puede convertirse en un instrumento para fortalecer la confianza del paciente en los profesionales que lo atienden, al mostrarlos como personas comprometidas y respetuosas del paciente.

**Vincular a la familia del paciente:** *“Nosotros tratamos con el paciente que es medio desordenadito qué la familia nos refuerce y le recuerde las citas la toma de medicamentos y toda esa parte”.* (Informante 4). Como lo muestra la cita anterior, una de las tareas que los profesionales de la salud perciben de vital importancia durante su interacción con el paciente es hacer partícipe a la familia del tratamiento, con la intención de que los familiares apoyen al

paciente en actividades como la toma de los medicamentos, asistir a los controles y realizar las diligencias de la EPS.

**Cumplir su vocación:** *“Como te digo, uno como profesional de la salud tiene que hacer las cosas con amor y porque te guste, la vocación hay pacientes de verdad muy mal que ya bastante tienen con su enfermedad como para que de pronto ahora con el personal de salud con quien más comparten te haga a ti una mala cara, no te brinde un buenos días si en esa partecita se bastante humanos.”* (Informante 5). Este aspecto referencia describe como el rol de profesional de la salud en la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular se asocia con su vocación laboral, teniendo en cuenta que, la interacción entre paciente y profesional es de carácter recíproco y constante durante todo el proceso de salud.

**Promover la adherencia:** *“Uno debe trabajar con ellos la motivación, la autonomía la toma de decisiones el afrontamiento, entonces se debe fomentar, primero la calidad de vida, segundo la adherencia al tratamiento y la salud emocional, salud física”.* (Informante 1). La verbalización anterior, hace hincapié en una serie de conductas, valores y emociones que el profesional de la salud busca exaltar en el paciente con la intención final de lograr el cumplimiento exitoso del tratamiento.

Dentro de los aspectos estructurales centrados en como los profesionales de la salud se mueve dentro de la experiencia que brinda su rol para conseguir que el paciente se adhiera al tratamiento, se destacan cinco categorías primero, **Brindar un servicio:** *“Témenos que trabajar en relaciones humanas que es de lo que adolece mucha gente, la gente no le tiene respeto a los demás hay que explicarles servirles, esto es un servicio, tenemos que explicar, tenemos que servir, tenemos que ayudar, informarle de la mejor manera posible.”* (Informante 5) La cita anterior hace referencia a la forma en que los profesionales de la salud experimentan

principalmente su labor, como un servicio de orientación al paciente, el cual se ejerce de diferentes maneras en la interacción con el paciente, por ejemplo: mostrando una actitud respetuosa, explicando, educando en general sirviendo al paciente en su proceso de salud enfermedad.

***Guiar al paciente:*** “Nosotros con nuestro mejor esfuerzo indicamos cuales terapias debe recibir el paciente, pero el paciente es autónomo en decidir si lo quiere tomar o no lo quiere toma” (Informante 10). Este fragmento exhibe de forma general la postura sobre la cual se plantan los profesionales de la salud respetando la autonomía del paciente para decidir sobre el tratamiento que le plantean.

***Generar credibilidad:*** “Creo que a veces no mostramos la suficiente confianza en lo que decimos y cuando los pacientes están cambiando de cedes o IPS continuamente y no tienen un médico continuo las cosas se complican más” (Informante 8). El aspecto estructural captado en esta cita indica cuán importante es para los profesionales demostrar su dominio sobre la enfermedad y el tratamiento, para convencer al paciente de que siga sus recomendaciones y como esta imagen de seguridad puede ser minada por las barreras que interpone el sistema de salud.

***Educar al paciente:*** “Yo quisiera agregar que es fundamental incentivar mejorar la relación médico paciente, en qué sentido la educación pienso que la educación es la base fundamental de la sociedad, pues al conocer lo que tú tienes que hacer las cosas maso menos vas disminuyendo las barreras que te impiden una buena relación con tu salud” (Informante 1). A pesar de no ser la categoría principal dentro de los aspectos estructurales que moviliza a los profesionales de la salud en función de su rol de promotores de la adherencia, la educación si fue considerada la herramienta más importante para el equipo de salud en su intención de aumentar la adherencia de los pacientes cardiovasculares.

***Garantizar el seguimiento:*** “Yo tengo un celular solo para los pacientes y con el medico cuando vienen con los exámenes alterados y no hay cita se les ve y con el médico se les hacen los ajustes” (Informante 4). Para los profesionales participantes de la fase de entrevistas de este estudio, una de las tareas fundamentales de su rol en la adherencia del paciente cardiovascular fue frenetizar el seguimiento oportuno del tratamiento, para detectar complicaciones de que puedan surgir en el transcurrir del proceso.

## **Capítulo 8**

### **Discusión**

A continuación, se discuten los resultados obtenidos a la luz de los objetivos específicos y el objetivo general desarrollados en esta investigación, comenzando por el diseño y validación de una entrevista semiestructurada para evaluar la percepción de los profesionales de la salud en la relación médico-paciente y su rol con la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad cardiovascular. Para este proceso, se diseñó y validó una entrevista semiestructurada, por medio, de tres estrategias de recolección de datos distintos; información cuantitativa provista por una prueba psicométrica (Rodríguez, Mardóñez & Villaroel, 2012), datos observacionales organizados con la ayuda de un formato de registro (Gavilán, Ruiz-Moral, Pérula & Porras, 2010) y su posterior cotejo con el resultado de estudios similares identificados mediante un proceso de revisión sistemática orientado por el manual de la Cochrane de revisiones sistemáticas (Centro Cochrane Iberoamericano, 2011) y la guía PRISMA (Welch, Petticrew, Tugwell, Moher, O' Neill, Waters & White, 2012).

Todo esto con la intención de obtener un instrumento correctamente soportado capaz de captar de forma idónea los datos con los que se efectuó el análisis fenomenográfico final, atendiendo a las recomendaciones de autores como (Martínez-Miguélez, 2006; Corrales, 2010), quienes plantean la necesidad de generar instrumentos de extracción de datos cualitativos mediante protocolos rigurosos y multiaxiales como contramedidas a las críticas realizadas por autores como Mejía (2011) quien considera que uno de los principales obstáculos cuando se realizan análisis cualitativos radica en la falta de rigurosidad por parte de los investigadores a la hora de diseñar sus herramientas de recolección de información.

Respecto al segundo objetivo específico del proyecto, identificar las barreras percibidas por el personal asistencial para la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular, el análisis de categorías muestra como los profesionales de la salud identificaron

las barreras que presentaban sus pacientes con enfermedades cardiovasculares para adherirse al tratamiento en tres grandes grupos: barreras socioeconómicas, barreras individuales y factores bidireccionales que pueden convertirse en facilitadores u obstaculizadores de la adherencia; esta división general de las barreras es similar a la encontrada por (Farahani, Sahragard, Carroll & Mohammadi, 2011; George, Ramadas, Norman, Mukherjee & Rao, 2016; Miller, et al 2017).

Del mismo modo, al profundizar en las barreras específicas ubicadas en las dimensiones ya mencionadas, se observó que factores como la procedencia del paciente, su nivel de alfabetización, la edad, padecer trastornos psicológicos, participar de varios tratamientos de salud que exijan la ingesta de altas cantidades de fármacos, el bajo apoyo familiar y la desinformación, son circunstancias que dificultan la adherencia del paciente cardiovascular, lo cual se asemeja ampliamente con los hallazgos de investigaciones hechas a nivel hispanoamericano en trabajos como los de (Carhuallanqui, Diestra-Cabrera, Tang-Herrera & Málaga, 2010; Romero & Romero, 2010) y algo similar puede encontrarse en investigaciones recientes desarrolladas en el contexto colombiano (Rocha-Nieto, Herrera-Delgado & Vargas-Olano, 2017).

En este mismo sentido, al comparar las barreras para la adherencia al tratamiento de los pacientes cardiovasculares percibidas por los pacientes de salud que los atienden en este estudio, con las barreras que reportan los pacientes en trabajos como los de (Flórez, 2009; Herrera, 2012), especialmente en lo concerniente a las barreras de carácter socioeconómico. Por su parte, al cotejar las barreras para la adherencia señaladas por los profesionales participantes de este proyecto, también se encuentran similitudes con las reportadas por pacientes, familiares de pacientes y profesionales de la salud, alrededor de otras enfermedades no transmisibles como la diabetes, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el cáncer (Hoyos-Duque,

ArteagaHenao, & Muñoz Cardona, 2011; Palacios-Espinosa & Vargas-Sterling, 2011; Varela-Arévalo & Hoyos-Hernández, 2015).

En esta misma dirección, los resultados orientados a identificar las percepciones que el personal de salud otorga a la relación médico paciente en el proceso de adherencia al tratamiento cardiovascular, fueron obtenidos mediante el análisis fenomenográfico, en el cual se destacó, la frustración que provoca en los profesionales sanitarios la no adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular, especialmente cuando este no logra adherirse por no contar con los medios económicos para acceder al tratamiento, estos datos apoyan las caracterizaciones de algunos autores como (Orellana, 2007; Valoy & Benavides, 2014), respecto al gestionamiento emocional en profesionales que establecen una RMP empática y solidaria ante el dolor de sus pacientes.

Del mismo modo, todos los entrevistados concordaron en que una buena RMP es decisiva para la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular, pero para su acompañamiento el profesional debe tener un contacto empático genuino con el paciente en lo humano, acompañado de la exhibición de un alto grado de conocimientos respecto a la enfermedad y el tratamiento para generar confianza en el paciente. Los aspectos mencionados, son congruentes con los postulados de (Arrubarrena, 2011) quien promulga la importancia de que el ejercicio del profesional sanitario cumpla con los más altos niveles de conocimiento teórico y habilidades prácticas de su labor, sin dejar de lado el trato cálido y cordial con sus pacientes.

Según los entrevistados, existen tres elementos además de los ya mencionados en este apartado que aumentan la calidad de la RMP y las posibilidades de que el paciente sea adherente; primero establecer una comunicación efectiva y asertiva entre los pacientes y los distintos miembros del equipo de salud, con el ánimo de captar todas sus dudas y aumentar la

comprensión de sus necesidades, sin embargo este tipo de comunicación puede surgir según los informantes, dependiendo del estilo comunicativo del profesional y su capacidad para llevar conceptos técnicos y científicos abstractos a un lenguaje comprensible para el paciente. Una mirada similar del fenómeno comunicativo que identifican los participantes de este proyecto en su experiencia atendiendo a pacientes cardiovasculares, puede encontrarse en trabajos que exploran de diversas formas la comunicación entre médicos y pacientes con otras patologías como (MezaRodríguez, Sánchez-Bravo & Mancilla-Ramírez, 2014).

El segundo elemento fortalecedor de la RMP y la adherencia es el trato diferencial el cual consiste en tener la capacidad de hacerle sentir al paciente que su caso es único y de mucha importancia para el equipo de salud, según los informantes este aspecto de la RMP es fácilmente percibido por los pacientes quienes le dan una valoración muy positiva. La importancia de este aspecto en la RMP también ha sido reportada por estudios enfocados en averiguar las actitudes y comportamientos que mejor valoran los pacientes de los profesionales sanitarios que los atienden como el de (Morales, 2009). Por otra parte, puede convertirse en una herramienta para tener en cuenta para resolver las críticas realizadas a las actitudes displicentes de algunos profesionales de la salud hacia los pacientes encontrados en trabajos como el de (Hernández-Torres, AguilarRomero, Santacruz-Varela, Rodríguez-Martínez, Fajardo-Dolci, 2009).

El tercer elemento fortalecedor de la RMP y la adherencia fue vincular al paciente a comunidades terapéuticas, conformadas tanto por profesionales de la salud, familiares del paciente y otros pacientes con afecciones cardiovasculares similares. Según la experiencia de los entrevistados estos espacios de interacción permiten que el paciente cuente con escenarios adicionales a la consulta y la hospitalización para resolver sus inquietudes sobre el tratamiento, además de conocer a otras personas que están viviendo una situación similar. Estos grupos se han

convertido en una recomendación frecuente para el tratamiento de las enfermedades no trasmisibles cuyos beneficios han sido sustentados empíricamente por estudios como el de (Dura & Sánchez, 2003; Manoel, Nascimento, Oliveira, Aparecida & Silva, 2015).

Opuesto a lo mencionado en los párrafos anteriores, los profesionales sanitarios han experimentado que la RMP y la adherencia al tratamiento se ven altamente afectados por la crisis del sistema de salud representada en las Entidades Promotoras de Salud EPS, las cuales limitan el tiempo de consulta que tienen los profesionales para atender a sus pacientes, cambian frecuentemente a los usuarios de Institución Prestadora de Salud IPS lo que implica un constante retroceso en el tratamiento y adicionalmente, dificultan el acceso al tratamiento de los pacientes al no programar sus seguimientos en las fechas pertinentes o al negarse a entregar todos los medicamentos formulados por el médico para el tratamiento. Situaciones similares a estas han sido reportada con anterioridad en otras investigaciones a nivel nacional como la realizada por (Santamaría, Cid de León & Vázquez, 2013; Rodríguez, Rodríguez & Corrales, 2015).

Los elementos mencionados hasta aquí hacen referencia a aquellos aspectos de la RMP que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular, experimentados de forma similar por todos los profesionales de la salud participantes en la fase de entrevistas de este proyecto. Sin embargo, también se identificaron algunos aspectos de la experiencia que no todos los informantes reportan experimentar de la misma manera. Estos aspectos fueron tres principalmente; la influencia de la experiencia laboral del profesional en el establecimiento de una RMP que facilite la adherencia, el deseo de los profesionales por conocer el nivel de satisfacción de los pacientes con su servicio y la necesidad de recibir una formación enfocada en mejorar la interacción con los pacientes. Teniendo en cuenta estas tres características disimiles entre los informantes, se organizó a los profesionales en tres subgrupos.

El grupo A estuvo conformado por aquellos profesionales para quienes según su experiencia la correcta interacción con el paciente puede entrenarse, la experiencia del profesional no determina la calidad de la RMP, además están abiertos a escuchar las críticas y sugerencias del usuario sobre el servicio. Por otra parte, el grupo B enmarcó aquellos profesionales que consideran que la RMP se da de forma espontánea y no se aprende por medio de cursos o capacitaciones, de la misma manera sostienen que la experiencia es un factor de suma importancia para generar una buena RMP, así mismo, no muestran interés en recibir una retroalimentación por parte del paciente sobre su servicio. Finalmente, el grupo C agrupa aquellos que coinciden con el grupo A en que la RMP puede mejorarse mediante la participación en procesos formativos y también se muestran abiertos a escuchar la percepción del paciente sobre el servicio brindando, pero a diferencia del grupo A, consideraron a la experiencia como un factor indispensable para establecer una RMP que facilite la adherencia del paciente.

Debido a lo mencionado en párrafos anteriores y teniendo en cuenta que este proyecto estudia la RMP y su influencia en la adherencia al tratamiento desde la mirada del profesional de la salud, la forma en la cual el análisis fenomenográfico permitió agrupar las similitudes y diferencias en las maneras de experimentar la RMP por parte de los profesionales sanitarios, puede guardar alguna similitud con estudios de carácter cuantitativo orientados a identificar rasgos de personalidad como introversión y extroversión en trabajadores sanitarios como el de (Llanque-Nieto, 2014; Ruiz, Enríquez, Gómez & León, 2016).

En lo concerniente a los resultados centrados en caracterizar el rol del profesional de la salud en la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular, el análisis fenomenográfico mostró que, los profesionales de la salud promueven la adherencia del paciente desde aspectos como el empoderamiento del usuario, para lo cual se valen de estrategias pedagógicas como la

asociación de objetos y horas del día a medicamentos o la constante explicación de las características de la enfermedad y el tratamiento. Otra de las intenciones principales de los profesionales es vincular a la familia del paciente al proceso de salud, con el ánimo de convertirlos en actores activos del tratamiento. Estos aspectos referenciales ubican a los profesionales sanitarios que atiende a pacientes cardiovasculares en un rol de carácter educativo, que persigue fundamentalmente concientizar al paciente sobre su enfermedad, para convertirlo un conocedor profundo de su condición de salud y su tratamiento. Esta postura coincide con la propuesta de establecer al profesional de la salud como un educador sanitario, hecha desde tiempo atrás por Rosen (1959) contemporáneamente adoptadas por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud.

En este mismo sentido, los profesionales experimentan la necesidad de generar confianza en el paciente, para que este siga sus instrucciones y cumpla sus prescripciones garantizando de este modo la adherencia al tratamiento, para lograr producir dicha confianza los profesionales han identificado algunas acciones que según su experiencia hacen que el paciente siga con mayor rigurosidad sus indicaciones, como mostrar claridad conceptual sobre la enfermedad y el tratamiento, llevar su lenguaje técnico a un vocabulario entendible por el paciente, emitir mensajes coherentes que sean apoyados por todo el equipo asistencial, además de mostrarse como guías del paciente durante el proceso de salud enfermedad capaces de respetar la autonomía del paciente en cada paso del tratamiento. Postura coherente con las actuales recomendaciones de algunos investigadores del campo bioético como (García, Cózar & Álmenara, 2004; Arango, 2013). Por otra parte, la identificación de los profesionales con este rol más cercano al de un acompañante del tratamiento que al de un dictador que da órdenes que el paciente debe cumplir a cabalidad, implica una evolución con la cual se deja de lado el paradigma

paternalista que durante mucho tiempo predominó en la medicina como lo describieron (Cañete, Guilhem & Brito, 2013).

Otro de los aspectos estructurales de la RMP al que los profesionales otorgan mucha importancia en su rol respecto a la adherencia del paciente del paciente cardiovascular, es el ser los encargados de garantizar el constante seguimiento tanto dentro de la IPS como fuera de ella. Este compromiso hace parte según (De la Luz, 1998; Peña, 2014) de las actitudes que demuestran la vocación de servicio del profesional sanitario, elemento subyacente a su actividad laboral y al mismo tiempo el aspecto referencial de mayor jerarquía mostrado por el análisis fenomenográfico, capaz de movilizar las diferentes intenciones y acciones de los profesionales sanitarios para establecer una buena RMP que favorezca la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular.

Es muy importante destacar que este trabajo fue un estudio mixto de preponderancia cualitativa por tanto tiene un carácter fundamentalmente descriptivo, debido a esto como manifiesta (Quesedo & Castaño, 2002) no puede pretender dar generalizaciones ni aseveraciones absolutas o a gran escala sobre los fenómenos de la RMP, el proceso de adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular o el inmenso gremio de los profesionales sanitario. También, es necesario resaltar que este estudio al no contar con la participación de pacientes, familiares o cuidadores de pacientes da a conocer la experiencia del fenómeno exclusivamente de un grupo de actores y no del total de sujetos que participa de la RMP y la adherencia al tratamiento cardiovascular.

Esta investigación describe, las diferentes formas en que un grupo de profesionales de la salud que atienden a pacientes cardiovasculares experimentan la influencia de la RMP en la adherencia al tratamiento de sus pacientes, del mismo modo, caracteriza el rol que consideran

tener los profesionales de la salud en la adherencia al tratamiento de sus pacientes cardiovasculares. Al enfrentarse a la inexistencia de un instrumento adaptado al contexto colombiano capaz de captar estas experiencias, se ocupó de diseñar y validar una entrevista semiestructurada, siguiendo las recomendaciones de algunos metodólogos de la investigación en ciencias sociales y de la salud como (Hernández, Fernández & Baptista, 2016; Ulin, Robinson & Tolley, 2006).

Estos procesos permitieron identificar que los profesionales de la salud entrevistados en la fase final del proyecto, consideran el establecimiento de una buena RMP con sus pacientes como un aspecto fundamental en la adherencia al tratamiento del paciente, señalando la existencia de barreras psicosociales, individuales y otros factores que pueden presentarse en algunos pacientes y otros no como el apoyo familiar y la pérdida de autonomía adicionados a la crisis del sistema de salud, provean la no adherencia del paciente cardiovascular al tratamiento, en este mismo sentido todos los profesionales participantes perciben a las EPS como entes que generan discordia entre profesionales y pacientes. En lo concerniente al rol del profesional cabe destacar la orientación al servicio o vocación como la intención que subyacente que moviliza a los profesionales a promover la adherencia del paciente. Por tanto, para cumplir este propósito los profesionales manifiestan asumir un rol de carácter educativo centrado en el acompañamiento del paciente respetando su libertad y la toma de decisiones, desarrollado más desde la experiencia empírica de su que hacer laboral cotidiano que desde la fundamentación teórica.

## **Capítulo 9 Conclusiones**

Los profesionales de la salud que atienden a pacientes con enfermedades cardiovasculares perciben que su rol en la adherencia del paciente es de carácter orientativo y pedagógico, pero

para que este se desarrolle se hace necesario ofrecer al paciente un seguimiento riguroso de su proceso, teniendo en cuenta las circunstancias psicosociales y las características individuales de cada paciente, sin perturbar su autonomía.

En esta misma dirección, los profesionales de la salud muestran interés en hacer partícipe al sistema familiar del paciente del proceso de salud enfermedad del mismo, con la intención de que se conviertan en vigilantes del cumplimiento de las prescripciones médicas, teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes con enfermedad cardiovascular son personas mayores, quienes en muchos casos padecen varias enfermedades simultáneamente.

Conforme al primer objetivo específico del proyecto: diseñar y validar una entrevista semiestructurada para evaluar la percepción de los profesionales de la salud en la relación médico-paciente y su rol con la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad cardiovascular. Los distintos procedimientos ejecutados y descritos de forma minuciosa en el apartado metodológico de este documento permitieron la creación de un instrumento de carácter cualitativo capaz de extraer las diferentes maneras de experimentar la RMP y su influencia en la adherencia al tratamiento desde la mirada de los profesionales de la salud que atienden a pacientes cardiovasculares.

Respecto a las barreras percibidas por los profesionales de la salud para la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular, los resultados de este proyecto fueron muy similares a los encontrados por la mayoría de estudios en este campo en el contexto colombiano y latinoamericano, realizados con pacientes y cuidadores, donde se evidencia la existencia de tres tipos de barreras principales para la adherencia al tratamiento de los pacientes, el primer grupo conformado por algunas barreras de carácter socioeconómico entre las que destacan el incumplimiento del sistema de salud con la entrega de medicamentos y la ejecución de

procedimientos de salud, el constante cambio de IPS al que se ven sometidos los pacientes, la escases de recursos económicos para acceder a los medicamentos o asistir a los centros de salud y la residencia del paciente en zonas apartadas.

En lo concerniente al tercer objetivo específico de la investigación, los participantes de la fase de entrevistas del proyecto consideraron que el establecimiento de una RMP respetuosa, cordial y empática con el paciente cardiovascular es un factor fundamental para que este logre adherirse exitosamente al tratamiento, del mismo modo, reportaron experimentar sentimientos como frustración y tristeza ante la no adherencia de sus pacientes, especialmente de aquellos que no logran completar el tratamiento por no contar con los recursos físicos o económicos, así mismo manifestaron que desde su experiencia la mayoría de pacientes que no se adhieren son incapaces de hacerlo debido a las barreras que tienen para acceder a servicios de salud, mientras que son muy pocos los que no se adhieren tendiendo todos los medios físicos y económicos para acceder al tratamiento.

Entre las diferencias en la manera de experimentar la RMP y su influencia sobre la adherencia del paciente cardiovascular desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, se conformaron tres grupos, el primero reunió a aquellos participantes con una actitud más abierta a la opinión del paciente sobre la calidad de la atención recibida, dispuestos a formarse para mejorar sus habilidades a la hora de interactuar con los pacientes, que adicionalmente consideraban que la experiencia no es un factor determinante para establecer una RMP, un segundo grupo, que comparte las dos primeras características del grupo anterior pero que a diferencia de este, los participantes si percibían que la experiencia profesional juega un papel importante a la hora de entablar una buena RMP con el paciente cardiovascular y finalmente, un tercer grupo más cerrado a atender la opinión del paciente sobre la calidad del servicio, pues

consideraban que la capacidad para entablar una RMP cooperativa con el paciente se debe a características intrínsecas y de la personalidad del profesional.

Por otra parte, este estudio permite dimensionar algunas de las bondades del uso de análisis de tipo cualitativo a fenómenos experienciales en el campo de la salud, en este caso específico la utilización del método fenomenográfico para caracterizar la forma en que los profesionales sanitarios experimentan su interacción con los pacientes cardiovasculares y su influjo en la adherencia de dichos pacientes.

Para finalizar, en esta investigación se encontraron datos que aportan de manera significativa a la descripción de la relación entre los profesionales de la salud y pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular. A partir de estas características se puede comprender algunos aspectos que facilitan la adherencia al tratamiento cardiovascular, resaltándose dentro de éstas la empatía, el establecimiento de una relación con la red de apoyo del paciente y el uso de un lenguaje adaptado a las condiciones y necesidades de los pacientes.

## **Capítulo 10 Recomendaciones**

Uno de los principales limitantes que evitó que este proyecto de investigación mixto tuviese un diseño concurrente que permitiera brindar más luces sobre los temas que abarcó, fue el

no contar con instrumentos de carácter cuantitativo que explorasen estos fenómenos adaptados o validados al contexto colombiano, por tanto, se considera fundamental a futuro desarrollar instrumentos psicométricos de este tipo que faciliten la extracción de datos sobre la RMP y su influjo en la adherencia de los pacientes cardiovasculares y crónicos en general, para tal fin, la entrevista desarrollada para este trabajo de investigación, puede representar una primera aproximación que abra camino al desarrollo de este tipo pruebas.

Por otra parte, los resultados de este proyecto atienden únicamente a la forma en que un grupo de profesionales de la salud colombianos que atienden a pacientes cardiovasculares experimentan la RMP y su influencia en la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular, por tal motivo no pueden extrapolarse, directamente a fenómenos similares en el caso de otras enfermedades crónica del alta prevalencia como el VIH o el cáncer, no obstante algunos de los aspectos metodológicos y procedimentales mediante los cuales se desarrolló este proyecto si pueden servir de guía para explorar la RMP y la adherencia desde la óptica de profesionales de la salud, en enfermedades como las mencionadas y otras.

Por último, se recomienda aumentar la implementación de estudios mixtos así como la de algunas estrategias cualitativas de investigación como el método fenomenográfico en ciencias de la salud, con el ánimo de aumentar la comprensión de las múltiples dimensiones que involucran a los fenómenos sociales en contextos sanitarios, del mismo modo se aconseja promover el acercamiento y la integración de las ciencias de la salud con algunas propuestas teóricas y prácticas provenientes de los campos de la psicología educativa y de la salud, con el fin de aumentar el abanico de herramientas a través de las cuales los profesionales de la salud eduquen y oriente a sus pacientes sobre diversas enfermedades y tratamientos.

## **Referencias**

- Abadía, C., & Oviedo, D. (2010). Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Revista Generación y Política de Salud*, 9(18), 86-102.
- Acosta, M. (2001). Falta de adherencia al tratamiento en el enfermo diabético: un problema de salud pública. *Investigación en Salud*, 3(1), 66.
- Acosta, J., & Ramírez, A. (2009). Implicaciones éticas de las decisiones médicas en ambientes controlados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(1), 81-86.
- Achury, D. (2007). Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca, *Aquichan*, 7(2), 139-160.
- Achury, D., & Achury, L. (2013). Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 15(2), 137-151.
- Adler, J., Casas, J., Martin, N., Free, C., & Perel, P. (2018). Cochrane corner: text messaging to improve adherence to drugs for secondary prevention of cardiovascular disease. *BMJ Heart Journal* 104(22), 1-3. doi: <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-312888>
- Aguilar, B. (2017). Las edades de la medicina. La medicina burocrática. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 32(2), 114-120.
- Aguirre-Gas, H. (2004). Principios éticos de la práctica médica. *Cirugía y Cirujanos*, 72(6), 503-510.
- Åkerlind, G. (2005a). Learning to do phenomenography: A reflective discussion. En Bowden, J.

- A., & Green, P. (Eds.). *Doing Developmental Phenomenography*. Melbourne: RMIT University Press.
- Åkerlind, G. (2005b). Phenomenography methods: A case illustration. En Bowden, J. A., & Green, P. (Eds.). *Doing Developmental Phenomenography*. Melbourne: RMIT University Press.
- Åkerlind, G. (2005c). Appendix B: Interim Stages of the Analysis of Ways of Experiencing Being a University Researcher. En Bowden, J. A., & Green, P. (Eds.). *Doing Developmental Phenomenography*. Melbourne: RMIT University Press.
- Åkerlind, G. (2005d). Variation and commonality in phenomenographic research methods. *Higher Education Research & Development*, 24(4), 321–334. doi: 10.1080/07294360500284672
- Alcántara, G., (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J., Tavitas-Herrera, S., Rodríguez-Lara, F., & Hojat. M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28, (5), 57-63.
- Álvarez, M., Martínez, M., Pina, L., Guillen, F., Bernal, M., García, S., Illan, C. (2015). El enfermero como apoyo imprescindible en la relación del paciente oncológico con la enfermedad. *Enfermería Docente*, 1(103), 3-7.
- Arango, G. (2013). Enfermería y el respeto a la autonomía en el ámbito hospitalario: entre la sobreprotección y el descuido. *Avances en enfermería*, 31(1), 126-132.
- Araujo, O., Nogueira, E., & de Oliveira, E. (2017). Relación médico-paciente en oncología: un estudio desde la perspectiva del paciente. *Revista Bioética*, 25(3), 563-76.

doi.org/10.1590/1983-80422017253213

- Arimany-Manso, J. (2012). La responsabilidad profesional en cardiología. *Revista Española de Cardiología*, 65(9), 788-790. doi: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2012.04.006>
- Ariza, C. (2004). Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. *Medwave*, 4(3), 2712. doi: 10.5867/medwave.2004.03.2712
- Arrubarrena, V. (2011). La relación médico-paciente. *Cirujano General*, 33(2), 122-125.
- Atehortúa, D-. Gallo, J., Rico, M., & Durango, L. (2011). Efecto de un programa de rehabilitación cardiaca basado en ejercicio sobre la capacidad física, la función cardiaca y la calidad de vida, en pacientes con falla cardiaca. *Revista Colombiana de Cardiología*. 18(1), 25-36.
- Ayala-Fuentes, M. (1997). Relación médico-paciente. *Persona y Bioética*, (1), 68-82.
- Ávila Sansores, G. M., Gómez-Aguilar, P., Yam-Sosa, A. V., Vega-Argote, G., Franco-Corona, B. E. (2013). Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. *Aquichan*, 13(3), 373-386.
- Bacarlett, M., & Fuentes, R. (2007). Descartes desde Canguilhem: el mecanicismo y el concepto de reflejo. *Ciencia ergo sum*, 14(2), 161-171.
- Barrera-Ramírez & Guerrero-Orduña, (1999). El corazón y la sangre en la cosmovisión mexicana. *Gaceta médica de México*, 135(6), 641-651.
- Batanero, A., Arranz, S., Pareja, L., Vaquero, P., Enríquez, M., & Álvarez. S. (2014). Enfermería y la adherencia al tratamiento en el asma. *Revista de Patología Respiratoria*, 17(3), 90-93.

- Beca I, J., Browne L, F., Repetto L, P., Ortiz P, A., & Salas A, C. (2007). Relación estudiante de medicina-enfermo: visión de los estudiantes. *Revista Médica de Chile*, 135(12). doi: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872007001200001>
- Bermúdez-Román, V., Bran-Piedrahita, L., Palacios-Moya, L., & Posada-Zapata, I. (2016). Relación médico-paciente: impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH, Medellín 2012. *Revista Salud Pública*, 18(4), 543-553. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n4.41665>
- Blázquez-Manzanol, A., Feu, S., Ruiz-Muñoz, E., & Gutiérrez-Caballero, J. (2012). Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Revista Española de comunicación en Salud*, 3(1), 51-65.
- Bolívar, G. (2008). Freud en el siglo XXI consecuencias de su descubrimiento homenaje al 150 aniversario del nacimiento de Sigmund Freud. *Revista CES Psicología*, 1(1), 51-60.
- Bolse, K., Thylén, I., & Stromberg, A. (2013). Healthcare Professionals' Experiences of Delivering Care to Patients with an Implantable Cardioverter Defibrillator. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(4), 346-352.
- Bosch, X., Alfonso, F., & Bermejo J. (2002). Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Revista Española de Cardiología*. 55(5), 525-527.
- Bover, R., & Moreno, A. (2009). Fármacos Cardiovasculares. En A. López & C. Macaya (Ed.), Libro la enfermedad cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y La Fundación BBVA (pp. 87-97). España: Fundación BBV.
- Brotons, C., Alemán, J., Banegas, J., Fondón, C., Lobos-bejarano, J., Martín, E., Navarro, J., Orozco-Beltrán, D., & Villar, F. (2018). Recomendaciones preventivas cardiovasculares.

- Actualización PAPPs 2018. *Atención primaria*, 50(1), 4-28. doi: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30360-3)
- Cabezas-Zabala, C., Hernández-Torres, B., & Vargas-Zárate, M. (2016). Azúcares adicionados a los alimentos: efectos en la salud y regulación mundial. Revisión de la literatura. *Revista de la Facultad de Medicina*. 64(2), 319-29. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.52143>
- Calendó, C. (2016). Relación médico paciente. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 76, 51-54.
- Cañete, R., Guilhem, D., & Brito, K. (2013). Paternalismo médico. *Revista Médica Electrónica*, 35(2), 144-152.
- Cardona-Arias, J. A., Higuera-Gutierrez, L. F. y Rios Osorio, L. A. (2016). Ejecucion de revisiones sistematicas y metaanálisis. En *Revisiones sistemáticas de la literatura científica: la investigación teórica como principio para el desarrollo de la ciencia básica y aplicada* (pp. 25-40). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/9789587600377>
- Carhuallanqui, R., Diestra-Cabrera, G., Tang-Herrera, J., & Málaga, G. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Revista Médica Herediana*, 21(4), 197-201.
- Cardona, J. (1998). La salud pública en periodo de crisis. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 14(3), 286-294.
- Casanova, J. (2017). Factores asociados en la percepción del médico sobre la relación médicopaciente. *Horizonte Médico*, 17(3), 43-49.

- Castellanos, S. (2010). Reflexiones sobre la relación entre las neurociencias y el psicoanálisis. *Universita Psychologica*, 9(3), 729-735.
- Castellano, J., Narula, J., Castillo, J., Fuster, V. (2014). Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Revista española de cardiología*, 67(9), 724-230.  
doi: 10.1016/j.recesp.2014.01.024
- Castillas-González, E. (2017). Por una historia de la Bioética. *Revista Médica Electrónica*, 39(5). 1172-1179.
- Castro, W., & Urenda, C. (2014). La medicina en la civilización griega antigua prehipocrática. *Gaceta Medica de México*, 150 (2), 369-376.
- Centro Cochrane Iberoamericano. (2011). *Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0*. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano. Recuperado de: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>
- Cófreces, P., Ofman, S. D., & Stefani, D. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*, 4, 19-34.
- Contreras, A. (2010). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia), 2006. *Salud Universidad del Norte*, 26(2), 201-211.
- Coronado-Cordero, I., Escalante-Pulido, J., & Cabrera, C., (2011). Percepción del tratamiento y la relación médico-paciente en sujetos con alteraciones de la función sexual y diabetes mellitus: una revisión de la literatura. *El Residente*, 6(1), 59-64.

- Corrales, M. (2010). *Metodologías de Investigación Cualitativa*. San José, Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.
- D'Anello, S., Barreat, Y., Escalante, G., D'Orazio, A., & Benitez; A. (2009). La Relación MédicoPaciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico. *MedULA*, 18(1), 33-39.
- Del Duca, M., Gallegos, Y., Da Col G., & Trenchi, M. (2013). Adherencia al Tratamiento desde la perspectiva del Médico de Familia. *Revista Biomedicina*, 8(1), 6-15.
- De la Luz, M. (1998). Conocer y amar: vocación médica. *Cuadernos de Bioética*, (2), 336-343.
- De la Rosa, M., Alemán, M., Cañizares, M., & Ibarra, A. (1999). Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 15(5):541-7.
- Díaz-Bravo, L., & Torruco-García, U., & Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2 (7), 162167.
- D'Amour, L. (2008). *An illustrative phenomenographic case study charting the landscape of "Public understanding of science"*. (Tesis de maestría en educación). University of Lethbridge, Alberta, Canadá.
- Dura, E., & Sanche, S. (2003). Los grupos de auto-ayuda como apoyo social en el cáncer de mama. Las asociaciones de mujeres mastectomizadas de España. *Boletín de Psicología*, (78), 21-39.
- Escalona, M., Ávila, G., Pérez, D., & Ávila, T. (2011). Calidad de la atención y su Satisfacción. Servicio de Urgencias Médicas. 2009. *Ciencias Holguín*, 17(1), 1-11.

- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición, 6*, 27–36.
- Escaned, J. (2009). Breve historia del corazón y los conocimientos cardiológicos. En: A. López & C. Macaya, ed., *Libro de la salud cardiovascular del hospital clínico San Carlos y la Fundación BBVA*, (pp.23-34) Bilbao: Editorial Nerea.
- Espinar, J. (2011). La medicina en la antigüedad. *Pasaje a la Ciencia, 14*, 4-15.
- Esteban, J. (2003). Paracelso el médico, Paracelso el alquimista. *Anales de la Real Sociedad Española de Química, 53*-61.
- Faralli, C. (2016). Normas éticas y normas jurídicas en la relación Médico-Paciente. *Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales, 18* (3), 399 -414.
- Farahani, M., Sahragard, R., Carroll, J., & Mohammadi, E. (2011). Communication barriers to patient education in cardiac inpatient care: A qualitative study of multiple perspectives. *International Journal of Nursing Practice, 17*, 322–328.
- Fernández, N. (2012). La historia de la medicina y de la enfermedad: metáforas del cuerpo y de las instituciones. De la Edad Media al siglo XIX. *Thémata. Revista de Filosofía, (45)*, 109117.
- Fernández-Travieso, J. (2016). Síndrome Metabólico y Riesgo Cardiovascular. *Revista CENIC Ciencias Biológicas, 47*(2), 106-119.
- Flórez, I. (2009). Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería, 27*(2), 25-32.
- Flores-Guerrero, R. (2004). Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural. *Revista del Magister en Antropología y Desarrollo Antropología Social Aplicada*.

(10), 1-9.

Fuentes, R., Aguirre, Rebeca., Ramírez, O., Arroyo, A., & Hamui, A. (2013). El Siusex2, cuestionario para medir satisfacción desde la perspectiva del usuario del sistema de salud. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 22(2), 179-190.

Furgione-Péres, V. (2015). Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. *Revista Médicas UIS*, 28(1), 7-13.

Fuster, V. (2012). Un problema alarmante en prevención secundaria, bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). *Revista Española de Cardiología*, 65(2), 10-16.  
doi: 10.1016/j.recesp.2012.07.005

García, M. (2012). Medicina y arte. La revolución de la anatomía en el Renacimiento. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 35(1), 25-27.

García-Reza, C., Landeros-López, M., Gollner-Zeitoune, R., Solano-Solano, G., Alvarado Ávila, L., & Morales Del Pilar, M. (2012). Rol socioeconómico y la adhesión al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial - contribución de enfermería. *Revista Cuidarte*, 3(1), doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v3i1.22>

Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*. (26), 161-175. doi: 10.7203/DCES.26.1935

García, Cózar, Álménara, (2004). La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la ley 41/2002. *Revista Española de Salud Pública*, (78), 469-479.

- García-Vera, E. M., Robles-Rodríguez, A., Villegas-Bernabé, M. de L., Figueroa-García, J., & Mota-Cumpean, A. E. (2016). La comunicación médico paciente ¿reto para el paciente geriátrico o para el médico familiar? *Atención Familiar*, 23(2), 63-66. doi: <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.03.007>
- Garnica, B., Paz, A., Canaviri, Z., Prado, G., & Romero, B. (2014). Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Temporal. *Revista Científica Ciencia Médica*, 17(1), 11-14.
- Gavilán, E., Ruiz-Moral, R., Pérula, L., & Porras, J. (2010). Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICAA. *Atención Primaria*, 42(3), 162–168.
- George, C. E., Ramadas, D., Norman, G., Mukherjee, D., & Rao, T. (2016). Barriers to cardiovascular disease risk reduction: Does physicians' perspective matter? *Indian Heart Journal*, 68(3), 278-285. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ihj.2015.08.014>
- Girela, B., Rodríguez, M., & Girela, E. (2018). La Relación Médico-Paciente analizada por estudiantes de medicina desde la perspectiva del portafolio. *Cuadernos de Bioética*, 29(95), 59-67.
- García, R. F., Hernández, R. A., Valerio, G. A., & Sutton, A. H. (2013). El Siusex2, cuestionario The Siusex2, a para medir satisfacción Questionnaire to Evaluate desde la perspectiva del Satisfaction from the usuario del sistema. *Health System User's de salud Perspective*, 22, 12.
- Girón, M., Beviá, B., Medina, E., & Talero, M. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 75(5), 561-575.

- Gómez, L. (2011). Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. *Biomédica*, 31(4), 469-473.
- Gonzales, M. (2009). La Investigación Cualitativa en Salud. Avances y Desafíos. *Revista de la facultad de ciencias de la salud. Universidad de Carabobo*, 13, 4-10.
- González, P., Baso, V., de Paula, P. S., de Antonio, L. J., & Godoy, J. (2017). Promoviendo la educación médica centrada en el paciente para los estudiantes de medicina: una experiencia de dos décadas en Brasil. *Educación Médica*, 18(4), 276-284. doi: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.024>
- González-Ugalde, C. (2014). Investigación fenomenográfica. *Magis. Revista Internacional de Investigación en Educación*, 7(14), 141. doi. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.M7-14.INFE>
- González, H., Uribe, C., & Delgado, H. (2015). Las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes. *Educación médica*, 16(4), 227-233. doi: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.10.008>
- Graña-Aramburú A. (2015). Filósofos que contribuyeron al progreso de la medicina. *Acta Médica Peruana*. 32(1), 41-49.
- Hesse-Biber, S. N. (2010). *Mixed Methods Research: Merging Theory with Practice*. New York: Guilford.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F. México: Mac Graw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2016). *Metodología de la investigación*. México D.F. México: Mac Graw Hill.

Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M., Irigoyen-Coria, A., & Hernández-Hernández, M. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(2), 137-143.

Hernández Vela, S., & Urrego-Mendoza, D. Z. (2015). Caracterización de los niveles de empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa en Bogotá. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 415-422. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43927>

Hernández-Torres, F., Aguilar-Romero, M., Santacruz-Varela, J., Rodríguez-Martínez, A., Fajardo-Dolci, G., (2009). Queja médica y calidad de la atención en salud. *Revista Conamed*, 14, 26-34.

Herrera, E. (2012). Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Avances en Enfermería*, 33(2), 67-75.

Herrera, C., Campero, L., Caballero, M., & Kendal, T. (2008). Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidades vida. *Revista Salud Publica*, 42(2), 249-255.

Hoyos-Duque, T., Arteaga-Henao, M., & Muñoz Cardona, M. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(2), 194-203.

Imizcoz, M. (2008). Insuficiencia cardíaca. Definición, fisiopatología y cambios estructurales. *Cirugía Cardiovascular*, 15(1), 15-20.

Jonsen, A., Siegler, M., & Winslade, W. (2005). *Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica* (5.ª ed.). Barcelona: Ariel.

Jovell, A., Navarro, M., Maldonado, L., & Blancafort, S. (2006). Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención Primaria*, 38(3), 234-237.

Katz, L. (2007). La medicina en tiempos de Hipócrates. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 7(1), 59-62.

Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *PloS One*, 9(4). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>

Kvarnström, K., Airaksinen, M., & Liira, H. (2018). Barriers and facilitators to medication adherence: a qualitative study with general practitioners. *BMJ Journal*, 8(1), 18. doi:10.1136/bmjopen-2016-015332

La falta de adherencia al tratamiento en pacientes crónicos cuesta 11.250 millones anuales. (1 de agosto de 2016). *Heraldo*. Recuperado de: <https://www.heraldo.es/noticias/suplementos/salud/2016/07/01/falta-adherenciatratamiento-pacientes-cuesta-250-millones-anuales-942436-1381024.html>

Leal, E., Aparicio, D., Luti, Y., & Velasco, M. (2009). Actividad física y enfermedad cardiovascular. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 4(1), 2-17.

Lischinsky, A. (2013). Participación de los familiares en el cuidado de los pacientes luego de UCI.

*Seguimiento y rehabilitación*, 30(3), 159-160.

López, R., & López, N. (2017). *Atención integral a la infancia en la prestación de servicios de salud: concepciones en el programa de promoción de la salud prevención de la enfermedad (PyP) del municipio de Caucasia Antioquia* (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Caucasia, Antioquia.

- López-Romero, L., Romero-Guevara, S., Parra, D., & Rojas, L. (2016). Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 117 - 137 doi: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10
- Lugones, M., & Ramírez, M. (2010). La medicina en la antigüedad: Esculapio y la cultura. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 26(2), 439-444.
- Manoel, M., Nascimento, B., Oliveira, G., Aparecida, C., & Silva, S. (2015). Efectividad de las intervenciones individual y en grupo en personas con diabetes tipo 2. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 23(2):200-207. doi:10.1590/0104-1169.0247.2543
- Margulies, S. (2010). La adherencia a los tratamientos: un desafío para la atención del VIH/sida. Una lectura desde la antropología. *Actualizaciones En SIDA*, 18(68), 63-69.
- Marieb, E. (2008). *Anatomía y fisiología humana*. Madrid: Pearson.
- Marton, F., & Trigwell, K. (2000). Variatio Est Mater Studiorum. *Higher Education Research & Development*, 19(3), 381-395.
- Martínez-Miguélez, J. (2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*, 27(2), 07-33.
- Mazón-Ramos, P., Bertomeu-Martínez, V., Palma-Gámiz, L., Quiles-Granado, J., GuindoSoldevilla, J., & González-Juanatey, J. (2007). Tratamiento global del riesgo cardiovascular en el paciente hipertenso. *Revista Española de Cardiología*, (60), 79-9. doi: 10.1157/13099715
- Mejia, J. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 1(1), 47 – 60.

Mejía, A., & Romero, H. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Revista Médica Electrónica*, 39, 832- 842.

Miller, V., Nambiar, L., Saxena, M., Leong, D., Banerjee, A., Werba, J. P., Khandelwal, S. (2017).

Exploring the Barriers to and Facilitators of Using Evidence-Based Drugs in the Secondary Prevention of Cardiovascular Diseases. *Global Heart*, 13(1), 27-34. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2017.08.001>

Mendoza, A. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 555-564.

Meza-Rodríguez, M., Sánchez-Bravo, C., & Mancilla-Ramírez, J. (2014). Relación médicopaciente con cáncer. *Perinatología y reproducción humana*, 28(1), 41-44.

Ministerio de la Protección Social. (6, Septiembre 2006). Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Recuperado de:

<http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>

Ministerio de Salud. (2014). Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-enfrentaepidemia-de-enfermedades-cardiovasculares-y-diabetes.aspx>

Ministerio de salud. (2016). Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>

Mi-Moreno, P. (2002). La medicina griega. *Revista de otorrinolaringología cirugía de cabeza y cuello*. (62), 207-210.

- Montealegre, G. (2011). Enfoques de enseñanza y aprendizaje de la medicina. El caso del programa de Medicina de la Universidad del Tolima. *Revista Perspectivas Educativas*, 4, 33-50.
- Moorea, P., Gómez, G., & Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferentes. *Aten Primaria*, 44(6), 358-365.
- Moore, P., Vargas, A., Núñez, S., & Macchiavello, S. (2011). Un estudio de reclamos hospitalarios: el rol de la relación médico-paciente. *Revista médica de Chile*, 139(7), 880885. doi: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000700008>
- Morales, C. (2009). *Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risarladas. Febrero a abril de 2009* (Tesis de grado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Morales, P. (2012). Tamaño de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesito? Recuperado de: <http://web.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%flomuestra.pdf>
- Mosquera, J., & Saad, W. (2015). La relación médico-paciente bajo la influencia de la referencia bioética de la autonomía. *Revista Bioética*, 23(2), 308-15. doi.org/10.1590/198380422015232069
- Muñoz, C. (2013). Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17(3), 218-223.
- Lázaro, J., & Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(3), 7-17.

Llanque, A. (2014). Rasgos de personalidad y síndrome de Burnout en personal de salud de la unidad de quemados y cirugía plástica del "Hospital de Clínicas" de la ciudad de La Paz. *Revista de Investigacion Psicológica*, (12), 93-115.

Observatorio de Salud Pública de Santander. (2015). En Santander las enfermedades cardiovasculares afectan más a los hombres. Recuperado de:  
<https://web.observatorio.co/las-enfermedades-cardiovasculares-en-santander-afectanmas-a-los-hombres-que-a-las-mujeres/>

Ordoñez, J., Domínguez, R., Gómez, C., Laguado, L., & Prada, D. (2010). Validación de una encuesta para evaluar la satisfacción del paciente en la consulta externa. *Revista CES Salud Pública*, 1(1), 49-64.

Orellana, C. (2007). La actitud médica ante el dolor ajeno. *Persona y Bioética*, 11(2), 146-155.

Organización Mundial de la Salud. (2008). Prevención de las enfermedades cardiovasculares, Ginebra, Suiza: Biblioteca de la OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Enfermedades cardiovasculares. Recuperado de:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud es un derecho humano fundamental. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-humanright/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud es un derecho humano fundamental. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-humanright/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Preguntas más frecuentes. Recuperado de:  
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Ortega, S. & Vargas, E. (2014). Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería*, 32(1). 25-32.
- Ortiz, G. (2010). *Psicología y Salud. Los actores del proceso salud-enfermedad: profesionales, pacientes y cuidadores*. México D, F: Ducere S.A.
- Otzen, T. & Manterola C. (2017) Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232.
- Palacios-Espinosa, X., & Vargas-Sterling, L. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 8(2-3), 423-440.  
doi: 10.5209/rev\_PSIC. 2011.v8. n2-3.37890
- Pascacio-Vera, G., Ascencio-Zarazua, G., Cruz-León, A., & Guzmán-Priego, C. (2016). Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 22(1-2), 23-31.
- Peña, D. (2014). El arte de la medicina: ética vocación y poder. *Panorama Cuba y Salud*, 9(3), 31-41.
- Pereira-Rodríguez, J., Peñaranda-Florez, D., Reyes-Saenz, A., Caceres-Arevalo, K., & CañizarezPérez, Y. (2015). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en América Latina: una revisión de la evidencia publicada de 2010 a 2015. *Revista mexicana de cardiología*, 26(3), 125-139.
- Pérez, P., & Varela, J. (2009). Evolución y desarrollo de la medicina medieval en occidente.

*Oceanside*, 1-6.

Pérez, J. (2010). La vigencia de Sigmund Freud. *Desde el Jardín de Freud*, (10), 87-98.

Pérez, I., & Sánchez, R. (2014). El bastón de Esculapio: su historia. *Humanidades Médicas*, 14(1), 220-237.

Pérez, E. (2015). *Relación médico paciente en atención primaria: comunicación no verbal en la atención a pacientes inmigrantes del Vallés Occidental* (Tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Pérez, Y. & Soto, A. (2017). *Factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular* (Tesis de grado). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Pérez-Rivero, P., & Uribe-Rodríguez, A. (2018). Patient's perception on e-health intervention for improving medications adherence in occlusive arterial disease. *Public Health and Nutrition* 8. doi: 10.4172/2161-0711-C1-032

Plans, P., Tresseras, R., Navas, E., & Pardel, H. (2001). Cost-effectiveness of hypertension treatment in Catalonia. *Medicina Clínica*, 118(2), 211- 216.

Pramparo, P., Boissonnet, C., & Schargrodsky, H. (2011). Evaluación del riesgo cardiovascular en siete ciudades de Latinoamérica: las principales conclusiones del estudio CARMELA y de los subestudios. *Revista argentina de cardiología*, 79(4), 377-382.

Preker, M., Carlsson, E., Svantesson, M., & Anderzén-Carlsson, A. (2017). Health-care professional patients' conceptions of being ill and hospitalised a phenomenographic study. *Journal of clinical nursing*, 26(11-12), 1725-1736.

Quesedo., R., & Castaño., C. (2003). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, (14), 5-40.

- Ramiro, H., & Cruz, A. (2017). Empatía, relación médico-paciente y medicina basada en evidencias. *Medicina Internacional de México*, 3(3), 299-302.
- Ramos, C. (2008). Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(1), 12-16. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v69i1.1173>
- Recalde, L. (2010). Los filósofos Presocráticos: La naturaleza como fuente de experiencia abstracta. *Revista de Ciencias*, 14, 87-99.
- Restrepo, N. (2015). *Tendencia de las demandas por responsabilidad médica radicadas en el CENDES entre el 2010 y el 2014* (Tesis de especialización). Universidad CES, Medellín, Colombia.
- Reyes, R. (2004). Avances quirúrgicos en los conflictos armados. *Revista Colombiana de Cirugía*, 19(4), 201-210.
- Ríos-Álvarez, M., Acevedo-Giles, Ó., & González-Pedraza, A. (2011). Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 19(4), 149-153.
- Rillo, A. (2008). El origen griego del caduceo: Esculapio. *Colombia Médica*, 39(4), 384-388.
- Rocha-Nieto, L., Herrera-Delgado, C., & Vargas-Olano, M. (2017). Adherencia al tratamiento en rehabilitación cardíaca: diseño y validación de un programa de intervención Biopsicosocial. *Revista Colombiana de Psicología* 26(1), 61-81.

Rodríguez, A., & Gómez, A. (2010). Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería*, 28(1), 63-71.

Rodríguez, A., Mardones, F., & Villarroel, L. (2012). Relación médico-paciente en la Pontificia Universidad Católica de Chile: evaluación de una escala de medición. *Revista médica chilena*, 140(2), 176-183. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000200005>

Rodríguez G., A. (2006). Modelos de la relación médico-paciente reflejo de la deshumanización de la salud. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 35(1), 55. doi: <https://doi.org/10.11565/arsmed.v35i1.191>.

Rodríguez, M. (2008). *Relación Médico-Paciente*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Rodríguez, J., Rodríguez, D., & Corrales, J. (2015). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1947-1958. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>

Rodríguez-López, M., Varela, M., Rincón-Hoyos, H., Velasco, M., Caicedo, D., Méndez, F., & Gómez, O. (2015). Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(2), 192-199.

Röing, M., Holmström, K., & Larsson, J. (2018). A metasynthesis of phenomenographic articles on understandings of work among healthcare professionals. *Qualitative Health Research*, 28(2), 273-291.

Rojas., L., Echeverría., L. & Camargo, F. (2014). Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardíaca. *Enfermería Global*, 13(36), 1-19.

- Roldán, I. (2001). Reflexiones acerca de la Relación Médico-Paciente. *Revista de la Facultad de Medicina*, 49(1), 288-290.
- Romero, T., & Romero, C. (2010). Prevención cardiovascular estancada: tendencias alarmantes y barreras socioeconómicas persistentes. *Revista Española de cardiología*, 63(11), 1340-1348. doi: [https://doi.org/10.1016/S0300-8932\(10\)70303-1](https://doi.org/10.1016/S0300-8932(10)70303-1)
- Romero, T. (2014). Adherencia al tratamiento antihipertensivo: ¿por qué aún no despegamos, y en qué medida influye en el control de la Presión Arterial? *Revista Chilena de Cardiología*, 33(3), 210-214. doi:<https://doi.org/10.4067/S0718-85602014000300007>
- Romero-Guevara, L., Parra, D. & Rojas-Sánchez, L. (2016) Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 117-137.
- Rondanelli, R., & Rondanelli, R. (2014). Estilo de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(1), 69-77.
- Rosas-Peralta, M., & Attie, F. (2007). Enfermedad cardiovascular. Primera causa de muerte en adultos de México y el mundo. *Archivos de Cardiología de México*, 77(2), 91-93.
- Rosen, G. (1959). El médico como educador sanitario. *The Health Education Journal*, 16(2), 43-47.
- Ruiz, J., Enríquez, M., Gómez, E., & León, S. (2016). Relación entre rasgos y tipos de personalidad con la especialidad médica elegida por un grupo de médicos residentes. *Intervención en Educación Médica*, 5(20), 238-243. doi: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.03.002>

Ruiz-Lurdury, R., Torres-Torres, L., & Velandia-Novoa, K. (2017). Relación médico-paciente y adherencia al tratamiento. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 4(1), 29-37.

Ruiz-Moral, R., & Pérula, L., (2006). Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. *Atención Primaria*, 37(6), 320-324.

Ruiz-Moral, R. (2007). Relación médico-paciente: desafíos para la formación de profesionales de la salud. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 619-623. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300015>

Rubial, A., Duraran, G., & Gonzales, V. (2003). Tratamiento de la enfermedad cerebrovascular en su fase aguda. *Revista Cubana de Medicina*, 42(2), 40-48.

Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicio histórico de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 143-48.

Sánchez, M. (2013). La cultura renacentista. *Publicaciones Didácticas*, (36), 69-76.

Sánchez, M. (2017). *Identificación de estrategias para la humanización y calidad en la prestación de los servicios de salud en Bogotá Colombia*. (Tesis de especialización). Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá.

Sánchez, J. (2013). Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. *Revista Médica Risaralda*, 19 (2), 154-157.

Sánchez, D., & Contreras, Y. (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4).

- Sebastián, J., Caldearon, C., & López, C. (2016). Nuevos enfoques farmacológicos en el manejo de la angina de pecho estable. *Médicas UIS*, 29(3), 79-93.
- Segura, A., & Marrugat, J. (2009). Epidemiología Cardiovascular. En: A. López & C. Macaya, ed., *Libro de la salud cardiovascular del hospital clínico San Carlos y la Fundación BBVA*, (pp.101-110). Bilbao: Editorial Nerea.
- Santamaría, O., Cid de León, B., & Vázquez, S. (2013). La comunicación como instrumento de capacitación a pacientes con diabetes mellitus: caso ciudad victoria, Tamaulipas. La comunicación como instrumento de capacitación a pacientes con diabetes mellitus: caso Ciudad Victoria, Tamaulipas. *Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social*, 6 (2), 72-87.
- Siegel, A. (1998). *Estadística no paramétrica aplicada a ciencias de la conducta*. México D.F.: Editorial Trillos.
- Silva, G., Galeano, E., & Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento Implicaciones de la noadherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273.
- Sotomayor, H. (2008). La medicina y las guerras. Una introducción. *Revista de la Facultad de Medicina*, 16(2), 263-266.
- Suárez, R. (2 de marzo de 2017). Males cardiacos le cuestan 6,4 billones de pesos al país. El Tiempo. Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/vida/salud/gasto-por-enfermedadescardiacas-en-el-sistema-de-salud-de-colombia-63672>
- Suárez, F. (2016). Manteniendo la relación médico-paciente a pesar de las dificultades del sistema de salud colombiano. *Médicas UIS*, 29(2), 7-9.

Torres, J., Fernandez, G. F., & Días, G. D. (2014). Aportación de la homeopatía en la relación médico-paciente. *Revista Médica de Homeopatía*, 7(1), 39-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.homeo.2014.02.001>

Turabian, J., & Pérez, L. (2010). The satisfaction adventures with the doctor-patient relationship in the land of questionnaires. *Atención primaria*. 42(4):204-5. doi: 10.1016/j.aprim.2010.01.002

Ulin, P., Robinson, E., & Tolley, E., (2006). *Investigación aplicada en salud pública métodos cualitativos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Universidad Nacional de educación a Distancia. (2018). Introducción: Un poco de historia. Recuperado de: [https://www2.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/enfermedades/cardiovasculares/intro\\_un\\_poco\\_de\\_hist.htm](https://www2.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/enfermedades/cardiovasculares/intro_un_poco_de_hist.htm)

Urrutia, M., Barrios, S., Gutiérrez, M., & Mayorga, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*, 28(3), 547-558.

Valdez, J. (2007). Desarrollo histórico de la medicina científica. *Revista Avances*, 4(12), 35-39.

Varela-Arévalo, M., & Hoyos-Hernández, P. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista Salud Pública*. 17(4), 528-540.

Varas, J. (2011). Responsabilidad médica y acto médico. *Revista de Obstetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente*, 6(3), 240-244.

Valoy, T., & Benavides, A. (2014). Habilidades sociales y frustración en estudiantes de medicina. *Ciencias Psicológicas*, 8(2), 163-172.

Varela-Arévalo, M., & Hoyos-Hernández, P. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista Salud Pública*, 17(4), 528-540.

doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n4.38429>

Vergara-Quintero, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 41 – 50.

Welch, V., Petticrew, M., Tugwell, P., Moher, D., O'Neill, J., Waters, E., & White, H. (2012) PRISMA-Equity 2012 Extension: Reporting Guidelines for Systematic Reviews with a Focus on Health. *Equity PLOS Medicine*, 9(10), 60-67. doi: 10.1371/journal.pmed.1001333.

Zambrano, R., Duitama, J., Posada, J., & Flórez, J. (2012). Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 163-174.

Zapata, O. (2005). ¿Cómo encontrar un tema y construir un problema de investigación?. *Innovación Educativa*, 5(29), 37-45.

**Anexos 1. Aval comité técnico científico.**



Floridablanca, Santander, 23 de Marzo de 2018

Estudiante de Psicología  
EDGAR SAÚL BARAJAS SOTO  
Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga

**Asunto:** protocolo "Caracterización de las percepciones sobre adherencia al tratamiento cardiovascular en profesionales de la salud y su papel desde la relación médico paciente "

Respetado Edgar Saúl,

Con la presente nos permitimos dar respuesta al sometimiento de su solicitud enunciada en el asunto, registrada en acta No.130 de 2018.

El Comité Técnico Científico de la Fundación Cardiovascular de Colombia -FCV (CTC-FCV) de manera conjunta, manifestó lo siguiente

**DECISIÓN TOMADA:**

En consenso de los asistentes con voz y voto **SE APRUEBA** el protocolo sometido a ésta sesión y se realizan las siguientes observaciones para que sean implementadas:

- Una vez terminada la recolección de los datos la base de datos debe ser entregada al Dr. Anderson Bermon para custodia en la fcv de manera formal y en formato electrónico
- Asegurar la protección de datos personales y la confidencialidad tanto del personal de salud como de los pacientes participantes
- Anonimizar la información del personal y pacientes participantes
- Este trabajo de grado será incluido en el grupo de Estudios Epidemiológicos y Salud Pública - FCV

Cordialmente,

ANDERSON BERMÓN  
Miembro CTC

NIT: 890212568-0

Instituto del Corazón Floridablanca; Calle 155A No 23-58 Urbanización El Bosque - PBX: (7639 9292 - (7639 6767 Floridablanca - Santander  
Instituto del Corazón Santa Marta; Carrera 44 No 26A-71 PBX: (5931 6485 - Santa Marta  
Sede FCV Bogotá; Carrera 14 No 98-73 Of. 503 - PBX: (1636 4676 - (1522 0128 - Bogotá D.C.  
Centro Tecnológico Empresarial; Carrera 5a No 6-33 PBX: (7679 6470 - Floridablanca - Santander  
[www.fcv.org](http://www.fcv.org)

Floridablanca, 30 de Abril de 2018

Doctor:  
**EDGAR SÁUL BARAJAS SOTO**  
Investigador Principal



31) REF. "CARACTERIZACIÓN DE LAS PERCEPCIONES SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CARDIOVASCULAR EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y SU PAPEL DESDE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE."

Cordial saludo:

Para su información y fines pertinentes le estamos transcribiendo la parte correspondiente al acta N° 447, reunión de fecha 24 de Abril de 2018:

"El Comité de Ética en Investigación – CEI de la Fundación Cardiovascular de Colombia revisa el protocolo de la referencia, cuyo objetivo general es caracterizar desde la experiencia de los profesionales de la salud en la relación médico paciente su rol en la adherencia al tratamiento cardiovascular. El CEI conceptúa la pertinencia del estudio y le solicita acogerse a todo lo dispuesto en la Guía Operativa del comité última versión, cuidando de presentar mínimo 2 informes de avance y el informe final de cierre del estudio. Por lo anterior el CEI aprueba el sometimiento sin recomendaciones: El protocolo no requiere ninguna modificación y puede empezar a ejecutarse de manera inmediata.

Solicitado y sometido a consideración por el Dr. Edgar Saúl Barajas Soto, Investigador Principal. Fecha 11 de Abril de 2018. Presentado por el Dr. Mario Javier Forero y Sr. Jaime Rueda Prada.

*Nota: Se inhabilita al Dr. Anderson Bermon Angaña por hacer parte del protocolo de la referencia. Se declara que no hubo conflicto de intereses con la revisión de este sometimiento."*

A la reunión asistieron:

- **Dra. Elsa María Serpa Isaza:** Miembro versado, Médica Cirujana Especialista en Adm. Servicios de Salud, Magister en Gerencia de Negocios MBA. Presidente.
- **Dr. Mauricio Ariel Orozco-Levi:** Miembro versado, Médico Cirujano, Doctorado en Medicina, Especialista en Neumología, Liderazgo Educativo y Clínico en Instituciones Médicas. Vice-Presidente.
- **Dr. Omar Fernando Gomezese Ribero:** Miembro versado, Médico Cirujano, Especialista en Anestesiología y Reanimación. Especialista en Dolor y Cuidado Paliativo. Magister en Terapia de Conducta.
- **Dra. Diana Ivonne Cañón Gómez:** Miembro versado, Médica Cirujana, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Cardiología.
- **Dr. Mario Javier Forero Manzano:** Miembro versado, Médico Cirujano, Pediatra, Neumólogo Pediatra, Especialista en Epidemiología.
- **Dra. Sandra Milena Sanabria Barrera:** Miembro versado, Bacterióloga y Laboratorio Clínico. Especialista en Docencia Universitaria. Doctora en Ciencias Biomédicas.
- **Sr. Jaime Rueda Prada:** Miembro no versado, Representante de la Comunidad, Técnico en Procesos de Supervisión.

Calle 135A No. 23 - 58  
Tfn. El Bosque, Floridablanca, Santander.  
Teléfonos: +57 7 6398292 / +57 7 6398767  
Email: info@fcv.org

[www.fcv.org](http://www.fcv.org)



Datos Generales de Identificación del Comité de Ética en Investigación – CEI de la Fundación Cardiovascular de Colombia:

- Centro Avalado: **Fundación Cardiovascular de Colombia- Instituto del Corazón Floridablanca.**
- Nombre completo del Comité: **Comité de Ética en Investigación – CEI de la Fundación Cardiovascular de Colombia.**
- Dirección: Carrera 5ª # 6-33, Centro Tecnológico Empresarial.
- Ciudad: Floridablanca-Santander, Colombia.
- Teléfono: PBX: 6796470 Ext. 4320
- Fax: 6796480
- Número de miembros del CEI: Nueve (9).
- Número de miembros para que haya quórum: Cinco (5).

Cordialmente,



**ELSA MARÍA SERPA / SAZA, M.D.**  
Presidente Comité de Ética en Investigación – CEI  
de la Fundación Cardiovascular de Colombia

Calle 195A No. 23 - 58  
Urb. El Bosque, Floridablanca, Santander.  
Teléfonos: +57 7 6399292 / +57 7 6396757  
Email: info@fcv.org

[www.fcv.org](http://www.fcv.org)

### Anexos 3. Entrevista semiestructurada.

**Entrevista caracterización de las percepciones sobre adherencia al tratamiento cardiovascular en profesionales de la salud y su papel desde la relación médico paciente Buen (Día-Tarde)**, a continuación, procederemos a ejecutar la etapa final del proceso de investigación, en la cual usted participa desde hace algunas semanas, en esta oportunidad le realizare algunas preguntas concernientes a su experiencia en temas como adherencia al tratamiento y relación e interacción con los pacientes. Cabe resaltar que sus respuestas serán grabadas en formato de audio, según lo acordado en el consentimiento informado que firmo al inicio de su participación en el proyecto. Del mismo modo le recuerdo que el objetivo central de esta investigación es: Caracterizar desde la experiencia de los profesionales de la salud en la relación médico paciente su rol en la adherencia al tratamiento cardiovascular.

1. ¿Según su experiencia cuáles son las razones principales por las que un paciente cardiovascular no se adhiere exitosamente al tratamiento?
2. ¿En su experiencia, cuál cree que es el papel del equipo de salud en la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular?
3. ¿Desde su experiencia qué papel tiene la autonomía del paciente en la adherencia al tratamiento cardiovascular?
4. ¿Cuál es el rol de la espiritualidad en la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular?
5. ¿Qué estrategias utiliza para fomentar la adherencia al tratamiento en los pacientes cardiovasculares que atiende?
6. ¿Durante la consulta, entrevistas, procedimientos o rondas, sobre qué temas debería conversar un profesional de la salud con su paciente?
7. ¿De qué maneja la experiencia del profesional de la salud puede influenciar la calidad de relación médico paciente?
8. ¿Según usted, cuáles son las actitudes que más valoran los pacientes cardiovasculares de los profesionales que los atienden?
9. ¿Qué debería hacer un paciente que se sienta inconforme con el servicio que usted le brinda?
10. ¿Según su experiencia, qué papel tiene la comunicación entre equipo de salud y pacientes cardiovasculares en la adherencia al tratamiento?

11. ¿Qué formación ha recibido orientada a temas como comunicación y trato entre paciente y profesionales de la salud?
12. ¿Desde su punto de vista, de qué manera el sistema de salud actual puede influenciar la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular?

**Para finalizar.**

13. ¿Cómo se ha sentido durante la entrevista?
14. ¿Desea agregar algo más?

#### Anexos 4. Regilla de evaluación para árbitros de la entrevista.

##### Instrucciones para la evaluación

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda en el archivo de Excel “Reglilla de evaluación entrevista” que usted encontrará en la primera hoja la primera hoja del documento adjunto.

CATEGORIA	INDICADO	PUNTAJE
<b>Suficiencia:</b> Las preguntas que pertenecen a esta dimensión son suficientes.	Las preguntas no son suficientes para medir la dimensión.	1
	Las preguntas miden algunos aspectos de la dimensión, pero no en su totalidad.	2
	Se deben mejorar algunas preguntas para evaluar la dimensión completamente.	3
	Las preguntas son suficientes.	4
<b>Claridad:</b> La pregunta se comprende fácilmente, su sintáctica y semántica son correctas.	La pregunta no es clara.	1
	La pregunta requiere bastantes modificaciones o tiene errores en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por el orden de las mismas.	2
	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos.	3
	La pregunta es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.	4
<b>Coherencia:</b> La pregunta tiene relación lógica con la dimensión que explora.	La pregunta no tiene relación lógica con la dimensión.	1
	La pregunta tiene una relación tangencial con la dimensión.	2
	La pregunta tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.	3
	La pregunta se encuentra completamente relacionado	4

	con la dimensión que está midiendo.	
<b>Relevancia:</b> La pregunta es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	La pregunta puede ser eliminada sin que se afecte la entrevista.	1
	La pregunta tiene alguna relevancia, pero otra pregunta puede explorar la misma dimensión de mejor manera.	2
	La pregunta es relativamente importante.	3
	La pregunta es muy relevante y debe ser incluida en la entrevista.	4

## Anexos 5. Consentimiento informado profesionales.

**Consentimiento Informado**  
**PARA PROFESIONALES DE LA SALUD**

**Estudio: " Caracterización de las percepciones sobre adherencia al tratamiento cardiovascular en profesionales de la salud y su papel desde la relación médico paciente."**

ID: \_\_\_\_\_

Fecha: Día: \_\_\_ Mes: \_\_\_ Año: \_\_\_

**INTRODUCCIÓN**

La Fundación Cardiovascular de Colombia y la Universidad Pontificia Bolivariana, se encuentran desarrollando un proyecto de investigación cuyo objetivo es: " Caracterizar desde la experiencia de los profesionales de la salud en la relación médico paciente su rol en la adherencia al tratamiento cardiovascular." Esto significa que buscamos comprender cómo desde la interacción entre médico y paciente se percibe la adherencia al tratamiento.

Este proyecto de investigación es muy importante, si tenemos en cuenta que la interacción que el paciente experimenta con los distintos profesionales de la salud que lo atiende puede fortalecer el compromiso del paciente con su tratamiento. Debido a esto, la investigación tiene un vital interés en la experiencia de los profesionales de la salud que tratan en su cotidianidad con personas que por diversas circunstancias no logran seguir de forma adecuada el tratamiento orientado a salvaguardar su salud. Por estos motivos, esta investigación pretende evaluar la relación entre profesionales de la salud y pacientes, desde la perspectiva del personal asistencial encargado de la atención a pacientes con enfermedad cardiovascular de la Fundación Cardiovascular de Colombia.

Este proyecto consta de tres fases, en un primer momento el participante contesta una encuesta sociodemográfica que adicionalmente indaga por información de carácter privada del participante como: estado de salud, antecedentes clínico y de decesos en su círculo social y familiar cercano. Acompañada por un test autoadministrable orientado a explorar la relación médico paciente, esta encuesta consta de 28 preguntas de opción múltiple con única respuesta y conlleva un tiempo aproximado de 20 minutos para su diligenciamiento. Luego de estos procedimientos, en un segundo momento cuya fecha será concertada con el participante, el profesional será acompañado por un observador, a una de sus consultas o sesiones de atención con un paciente, a quien el observador solicitará permiso mediante consentimiento informado para registrar en una lista de chequeo las interacciones entre el profesional y su paciente en el consultorio, habitación o escenario de atención donde el profesional y el paciente interactúan. Para finalizar, semanas después el profesional de la salud podrá participar de una entrevista individual en la cual se le realizarán algunas preguntas basadas en la información obtenida en el test de la primera etapa y la lista de chequeo de la segunda etapa.

Consentimiento Informado proyecto: Caracterización de las percepciones sobre adherencia al tratamiento cardiovascular en profesionales de la salud y su papel desde la relación médico paciente.

FUNDACION CARDIOVASCULAR  
DE COLOMBIA  
COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION  
VERSION APROBADA  
FECHA 27 FEB 2018



**PARTICIPACIÓN**

Usted está siendo invitado a participar en el estudio titulado "Caracterización de las percepciones sobre adherencia al tratamiento cardiovascular en profesionales de la salud y su papel desde la relación médico paciente" debido a que tiene experiencia en el tratamiento de pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular. Su participación en el mismo es completamente voluntaria y la institución no tomará ninguna represalia si no decide participar, así mismo, incluso si decide participar puede solicitar en cualquier momento que su información y cualquier dato relacionado con usted sea eliminado del estudio.

**GARANTÍAS PARA SU PARTICIPACIÓN**

Es importante destacar que, cada uno de los procedimientos e instrumentos utilizados dentro de este proyecto, fueron evaluados y aprobados por el comité técnico científico y el comité de ética de la Fundación Cardiovascular, quienes certifican el cumplimiento de los criterios establecidos por la Resolución 8430 de 1993, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y el cumplimiento de la Ley 1090 del 2006, que regula la correcta ejecución del ejercicio de la psicología y la investigación en esta área.

A través de lo anterior, se garantiza que ninguno de los protocolos que se desarrollarán durante el proyecto lleguen a generar afectaciones de carácter físico, psicológico, ni ponen en riesgo el buen nombre y la imagen de los participantes.

La información suministrada por los participantes se guardará bajo la custodia del Doctor Anderson Bernon Angarita, asesor del proyecto en la Fundación Cardiovascular de Colombia. Los nombres, así como cualquier dato que pueda permitir la identificación de los sujetos del estudio será reemplazado por códigos numéricos, con la intención de mantener el anonimato de cada uno de los participantes. Por otra parte, al firmar este documento el profesional de la salud manifiesta que su participación es completamente voluntaria. Por tanto, el profesional de la salud puede decidir si hace parte o no del estudio, así mismo, una vez ha aceptado participar del estudio en cualquier momento puede abandonar libremente sin que por ello sufra alguna consecuencia.

**BENEFICIOS**

Los resultados obtenidos de esta investigación pueden llegar a beneficiar tanto a pacientes como a profesionales de la salud, interesados en mejorar la adherencia al tratamiento cardiovascular, así como a aquellas personas e instituciones que buscan mejorar el trato empático y asertivo de su personal hacia sus usuarios. Por otra parte, los resultados individuales de las dos pruebas empleadas en la primero y segunda etapa del estudio pueden ser entregados exclusivamente al participante si este desea consultarlos. Para finalizar, es importante resaltar que los participantes no recibirán ninguna bonificación económica ni de ningún otro tipo por su participación.

Consentimiento Informado proyecto: Caracterización de las percepciones sobre adherencia al tratamiento cardiovascular en profesionales de la salud y su papel desde la relación médico paciente.

FUNDACION CARDIOVASCULAR  
DE COLOMBIA  
COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION  
VERSION APROBADA  
FECHA 27 ABR 2018



**CONSENTIMIENTO**

Con mi firma declaro que el objetivo, metodología, participación y los alcances de este proyecto me han sido explicados, que todas mis preguntas fueron respondidas. Entiendo que tengo el derecho de no participar o de dejar de participar en cualquier momento, sin que por ello sufra alguna consecuencia en el desarrollo de mi profesión en la institución, y que la información que pueda identificarme no será publicada. Yo, por lo tanto, doy mi autorización para participar en el proyecto "Caracterización de las percepciones sobre adherencia al tratamiento cardiovascular en profesionales de la salud y su papel desde la relación médico paciente".

Si desea acepta participar de las dos primeras fases del proyecto conteste. Si ( ) No ( )

Si desea ser tenido en cuenta para la fase de entrevistas del proyecto conteste. Si ( ) No ( )

Nombre del participante: \_\_\_\_\_  
CC: \_\_\_\_\_  
Fecha: día/ Mes/ Año/ \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo 1: \_\_\_\_\_  
CC: \_\_\_\_\_  
Fecha: día/ Mes/ Año/ \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Relación con el participante: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo 2: \_\_\_\_\_  
CC: \_\_\_\_\_  
Fecha: día/ Mes/ Año/ \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Relación con el participante: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que aplica el consentimiento informado: \_\_\_\_\_  
CC: \_\_\_\_\_  
Fecha: día/ Mes/ Año/ \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

Consentimiento Informado proyecto: Caracterización de las percepciones sobre adherencia al tratamiento cardiovascular en profesionales de la salud y su papel desde la relación médico paciente.

FUNDACION CARDIOVASCULAR  
DE COLOMBIA  
COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION  
VERSION ENCOPIADA  
FECHA: 24 ABR 2018



PREGUNTAS REALIZADAS POR LOS PARTICIPANTES:

---

---

CONTACTO

En caso de alguna duda con respecto a la investigación usted puede comunicarse con el Investigador Principal, Psicólogo en formación Edgar Saúl Barajas teléfono: 3204915782, o con el Dr. Anderson Bermon Angarita al teléfono: 3002053041, y con la Psicóloga Clínica Paula Fernanda Pérez, asesores del proyecto al teléfono: 3166331613 de lunes a viernes de 8 am a 12m y de 2 a 5 pm.

El presente consentimiento informado fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigaciones (CEI), precedido por su presidente Dra. Elsa María Serpa Isaza; si presenta alguna duda acerca de sus derechos como participante en este proyecto de investigación o desea obtener información u ofrecer su opinión, o si desea hablar con alguien que no esté directamente involucrado con el proyecto puede comunicarse al Comité de Ética en investigaciones (CEI), el cual está ubicado en la Carrera 5 No 6-33 Floridablanca-Santander Tel: (07) 6 796470 EXT:4320 o directamente con la Dra. Elsa María Serpa Isaza al 300-3237062.

Consentimiento informado proyecto: Caracterización de las percepciones sobre adherencia al tratamiento cardiovascular en profesionales de la salud y su papel desde la relación médico paciente.

FUNDACION CARDIOVASCULAR  
DE COLOMBIA  
COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION  
VERBON ABOGADA  
FECHA 24 ABR 2018

### Anexos 6. Cuestionario calidad RMP.

**CUESTIONARIO RELACION MEDICO PACIENTE**  
 Ángel Rodríguez Francisco Mardones Luis Villarroel

**Instrucciones:** A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que permiten describir cómo se está visualizando la relación médico-paciente. Frente a cada afirmación marque con una "X" la opción que más represente su opinión.

Si resulta no pertinente contestar alguna de las afirmaciones, por favor, déjela en blanco.

Dimensión antropológica						
N°	Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Medianamente en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo
1	El paciente requiere ser tratado por el médico integralmente, considerando desde lo físico hasta lo espiritual.					
2	La salud es un estado de equilibrio integral de todas las dimensiones de la persona, incluyendo la religiosa o espiritual.					
3	El médico debe desarrollar la sensibilidad para captar las necesidades del paciente.					
4	Lo espiritual fortalece y compromete mucho más el profesionalismo del médico.					
5	La medicina es una ciencia, por eso lo religioso es innecesario.					
Deshumanización de la medicina						
N°	Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Medianamente en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo
6	En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): hombre o mujer.					
7	En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): Homosexual (gay, lesbianas) u otras tendencias sexuales.					
8	En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): Edad.					
9	En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): Nivel Socio-económico.					
10	En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): Nivel Socio-económico.					
Modelo paternalista						
N°	Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Medianamente en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo
11	La alta eficacia de los avances científicos y técnicos en medicina, hacen innecesario					

FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR  
 DE COLOMBIA  
 COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
 PROBADA  
 FECHA 24 ABR 2013

CUESTIONARIO RELACION MEDICO PACIENTE						
Ángel Rodríguez Francisco Mardones Luis Villarroel						
	tomar en cuenta la opinión y el sentir de los pacientes.					
12	Como los criterios de la ciencia y la fe religiosa se contradicen, el trabajo del médico debería centrarse solamente en la enfermedad del paciente.					
13	El médico es quien determina lo mejor para el paciente.					
14	El médico debe centrarse solamente en tratar al paciente en función de su enfermedad.					
15	El paciente prefiere que el médico tome las decisiones, porque él es el expert.					
16	La tecnología y los avances científicos aseguran el éxito del trabajo médico.					
17	El médico sabe más que el paciente sobre su enfermedad.					
18	Es más importante en el trabajo médico, el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad que poner atención a los problemas personales del paciente.					
Modelo de alianza						
Nº	Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Medianamente en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo
19	La relación entre el médico y el paciente se basa en el voto de confianza que el paciente le da al médico.					
20	El médico debe informar de modo gradual, claro y veraz sobre la enfermedad al paciente, aunque ésta sea grave o fatal.					
21	El compromiso de confidencialidad implica que el médico guardará en secreto aspectos personales e íntimos que el paciente desea que se resguarden.					
Modelo legal						
Nº	Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Medianamente en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo
22	Un documento legal firmado ante notario sobre deberes y derechos, mejoraría la relación entre el médico y el paciente.					
23	El paciente debería asesorarse con un abogado cuando está insatisfecho con la atención del médico.					
24	El médico interroga al paciente únicamente para diagnosticar y proponer un tratamiento.					
25	La relación entre el médico y el paciente es similar a la relación entre un agente de ventas y un comprador o cliente.					
Modelo de autonomía en la toma de decisiones médicas						

FUNDACIÓN VASCOVASCULAR  
 DE URUGUAY  
 COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
 MÉDICA ASOCIADA  
 FECHA 24 ABRIL 2019

**CUESTIONARIO RELACION MEDICO PACIENTE**  
**Ángel Rodríguez Francisco Mardones Luis Villarroel**

N°	Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Medianamente en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo
26	El médico actúa como consejero, el paciente es el que toma la decisión según sus valores.					
27	El conocimiento que el paciente tiene de sí mismo, le permite tomar buenas decisiones con su médico sobre el tratamiento de su enfermedad.					
28	Las expectativas del paciente deben ser consideradas en el proceso de diagnóstico y tratamiento por parte del médico.					

FUNDACION CARITATIVA ESCOLAR DE CHILE  
 COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION MEDICA  
 FECHA 24 AGO 2018

**Anexos 7. Cuestionario calidad CICAA.**

**Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial CICAA**  
Roger Ruiz Moral

Código del participante			
Duración de la consulta			
Profesión			
Código del paciente			
Motivo de consulta			
Tipo de consulta	Visita inicial	Seguimiento	

NP: No procede. (0): Muy escasamente o Escasamente; (1): Aceptablemente; (2): Casi totalmente o Totalmente.

Conectar		Puntaje			
N°	Tarea	N P	0	1	2
1	¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?				
2	¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?				
3	¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?				
4	¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?				
5	¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?				
6	¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?				
Identificar y comprender los problemas		Puntaje			
N°	Tarea	N P	0	1	2
7	¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?				
8	¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?				
9	¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual -facial adecuado?				
10	¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?				
11	¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?				
12	¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso?				
13	¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				

FUNDACIÓN CARBIOVASCULAR DE COLOMBIA  
 COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACION VASCULARES  
 Versión Aprobada  
 FECHA: 27 ABR 2018

**Escala para valorar la relación clínica  
durante el proceso asistencial CICAA  
Roger Ruiz Moral**

1 4	¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su sintoma o proceso en su vida diaria, entorno socio familiar o laboral?				
1 5	¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
1 6	¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
1 7	¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?				
1 8	¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno socio familiar?				
1 9	¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?				
2 0	En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				
2 1	¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
2 2	¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?				
2 3	¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
2 4	¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?				
2 5	¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
2 6	¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
2 7	Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)?				
2 8	¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
2 9	¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				

Puntuación total: \_\_\_\_\_

Puntuación total/NP: \_\_\_\_\_

FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR  
DE COLOMBIA  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
VERSIÓN APROBADA  
FECHA: 24 ABR 2018

**Anexos 8. Rejilla de evaluación revisión sistemática.**

<b>Criterios de elegibilidad</b>	<b>Definición</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Características generales</b>	<b>Características específicas</b>
<i>Idiomas</i>	Lengua de un pueblo o nación	Lengua en la cual está escrito el trabajo en su totalidad	Español	
			Inglés	
			Portugués	
<i>Rango de tiempo</i>	Amplitud temporal entre un límite menor y uno mayor	Rango de publicación: serán tenidos en cuenta los artículos publicados entre los años 2008 y 2018, sin importa la fecha en que fueron recibidos por las revistas.	10 años	2008 a 2018
<i>Tipo de publicación</i>	Obra que busca comunicar o difundir información respecto a un tema específico.	Solo serán tenidos en cuenta artículos científicos originales y de revisión publicados en revistas científicas con ISSN disponibles para su lectura en formato digital.	Artículos de investigación	Artículos originales
<i>Metodología de la investigación</i>	Procedimientos y técnicas que se ejecutan al realizar el estudio.	El artículo deberá enunciar claramente el objetivo, enfoque y diseño del estudio, también tendrá que describir los procedimientos realizados para la ejecución de la investigación.	Cualitativo	Entrevistas
				Observación
				Grupos focales
			Cuantitativo	Validación de instrumentos
				Adaptación de instrumentos
				Descriptivos
Mixtos	Concurrentes			
	Secuenciales			
<i>Participantes</i>	Personas sobre las cuales se llevaron a cabo las investigaciones.	Se aceptarán estudios que enuncien el tipo de muestreo, tamaño de la muestra y su distribución según sexo y profesión.	Muestra	Personal asistencia en salud
				Especialistas
				Profesionales
				Técnicos
			Muestreo	Representativo
				Por conveniencia
				Estratificado
				Por cuotas
<i>Instrumentos de recolección de datos</i>	Recursos utilizados por el investigador para capturar los datos según	El artículo debe enunciar el o los instrumentos utilizados para la extracción de datos, describiendo	Cuantitativos	Encuestas
				Pruebas psicométricas

	la naturaleza de su objeto de estudio.	características como: su formato de aplicación, número de aplicaciones durante el estudio y su validez.	Cualitativos	Diarios de observación
				Formatos de observación cuantitativos
				Grupos focales
				Entrevistas

				Formatos de observación cuantitativos
<b>Análisis de resultados</b>	Proceso mediante el cual se ordenan, clasifican e interpretan los datos de una investigación.	El artículo deberá mencionar y describir los procedimientos utilizados para analizar los datos, ofreciendo una interpretación de los mismos coherente con el objetivo de la investigación.	Cuantitativos	Descriptivos
				vivariámos
				Uní variados
			Cualitativos	Fenomenológicos
				Fenomenográficos
				Teoría fundamentada
<b>Descriptores</b>	Palabra, término o enunciado válido y formal que define el contenido de un texto y facilita su ubicación.	El artículo deberá enunciar mínimo uno de los descriptores de búsqueda, validados por la biblioteca virtual de Descriptores en ciencias de la salud (DeCS).	Español	Barreras de Comunicación
				Adherencia al Tratamiento
				Enfermedades Cardiovasculares
				Relaciones MédicoPaciente
			Inglés	Communication Barriers
				Treatment Adherence and Compliance
Portugués	Cardiovascular Diseases			
	Physician-Patient Relations			
				Barreiras de Comunicação
				Cooperação e Adesão ao Tratamento

				Doenças Cardiovasculares
				Relações Médico-Paciente
<b>Fuentes de informacion</b>	Motores de búsqueda centradas en publicar trabajos en ciencias de la salud.	Los artículos revisados podrán ser encontrados en mínimo uno de los motores de búsqueda o bases de datos mencionados en esta tabla.	Motores de búsqueda	Google Scholar
				Medpub
				Sciencedirect

**Anexos 9. Red semántica producto del análisis de categorías de las entrevistas aplicadas a profesionales de la salud.**

