



# TREBALL FINAL DE MÀSTER



ESCOLA  
POLITÈCNICA SUPERIOR  
UNIVERSITAT DE LLEIDA  
INSPIRING THE FUTURE

**Estudiant:** Sara Carolina Montoya Alzate

**Titulació:** Màster en Disseny d'Experiència d'Usuari

**Títol de Treball Final de Màster:** Evaluación de la experiencia del paciente en el programa de riesgo cardiovascular

**Director/a:** Flor Maria Hernández Pérez Co – Director: Toni Granollers

Presentació

Mes: Juliol

Any: 2024

## **Evaluación de la experiencia del paciente en el programa de riesgo cardiovascular**

Sara Carolina Montoya Alzate

Director:

Flor Maria Hernández Pérez

Co – Director:

Toni Granollers

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD  
Escuela de Ciencias Básicas, Tecnología e Ingeniería  
Maestría en diseño de experiencia de usuario  
Julio 2024

## **Agradecimientos**

Expreso mis agradecimientos a:

Todos los docentes que han sido parte fundamental de mi formación durante este proceso de máster. Sus conocimientos, dedicación y apoyo han sido invaluable para mi desarrollo académico.

## Resumen

Objetivo: Evaluar la experiencia del paciente en el programa de riesgo cardiovascular con el propósito de hallar oportunidades para mejorar el acceso y adherencia a este programa específico a través del diseño de la experiencia. Metodología: Desde un enfoque cualitativo, pues intenta interpretar los fenómenos de acuerdo con los sentidos atribuidos por los mismos actores, en este caso los pacientes, haciendo uso de técnicas que permitan acceder al lenguaje de los pacientes y los diferentes actores en el programa, como la entrevista semiestructurada. Resultados: Tras la aplicación de 12 entrevistas a pacientes del programa de riesgo cardiovascular y 3 a personal médico se hallan 5 tipos de pacientes los cuales se diferencian según el comportamiento de las siguientes 4 categorías emergentes en el estudio: Conocimiento y creencias sobre la enfermedad, uso y acceso a TICS, Experiencia en el programa de riesgo cardiovascular y adherencia al programa. Se Identifican los patient Journey maps y se construyen recomendaciones para el mejoramiento de la experiencia.

**Palabras clave:** Experiencia del paciente, evaluación de la experiencia, patient Journey map, adherencia del paciente, riesgo cardiovascular.

### **Abstract**

**Objective:** To evaluate the patient's experience in the cardiovascular risk program with the purpose of finding opportunities to improve access and adherence to this specific program through the design of the experience. **Methodology:** From a qualitative approach, since it attempts to interpret the phenomena according to the meanings attributed by the actors themselves, in this case the patients, making use of techniques that allow access to the language of the patients and the different actors in the program, such as the semi-structured interview.

**Results:** After the application of 12 interviews with patients in the cardiovascular risk program, 5 types of patients were identified, which were differentiated according to the behavior of the following 4 emerging categories in the study: education and/or technical knowledge about the disease, use of and access to ICTs, experience in the cardiovascular risk program and adherence to the program. Patient Journey maps are identified and recommendations for improving the experience are constructed.

**Keywords:** patient experience, experience evaluation, patient Journey map, patient adherence, cardiovascular risk.

## Contenido

Introducción .....	10
Planteamiento del problema.....	17
Justificación .....	19
Objetivos .....	20
Objetivo General .....	20
Objetivos Específicos.....	20
Estado de la cuestión.....	21
Diseño metodológico .....	36
Las fases metodológicas .....	38
Resultados y análisis .....	42
Categorías de análisis.....	42
Adherencia .....	43
Conocimiento y creencias .....	45
Uso de TICS.....	46
Experiencia en el Programa de Riesgo Cardiovascular .....	47
Tipos de pacientes.....	48
Tipo de paciente 1: El Timonero .....	50
Tipo de paciente 2: El Pirata.....	54
Tipo de paciente 3: El tripulante.....	56
Tipo de paciente 4: El explorador independiente .....	59
Tipo de paciente 5: El naufrago .....	62
Experiencia actual de los pacientes a través de los Patient Journey Map.....	62

Recomendaciones que buscan mejorar la experiencia de los tipos de pacientes .....	68
Fase 1. Ajustes razonables en la experiencia análoga: .....	68
Fase 2. Creación de interfaz que permita reemplazar trámites presenciales actuales como renovación de medicamentos, solicitud de cita de control, cancelación o reprogramación de cita y cambio de profesional. ....	70
Fase 3, aumentar el nivel de la interfaz de transacción a la construcción de una red de cuidado y de interacción entre actores .....	72
Fase 4, creación de contenido en la interfaz con fines pedagógicos y de construcción de comunidad .....	73
Conclusiones .....	80
Recomendaciones .....	82
Referencias Bibliográficas .....	84
Apéndices.....	94
Matriz de acoplamiento bibliográfico.....	94

**Lista de Tablas**

<b>Tabla 1</b> Recomendaciones para el mejoramiento de la experiencia. ....	74
---	----

## Lista de Figuras

Figura 1. Mapa conceptual Riesgo cardiovascular. Elaboración propia.....	14
Figura 2 Pacientes de riesgo cardiovascular. Fotografías y composición propia. ....	42
Figura 3 Categorías que definen tipos de pacientes del PRC. Elaboración propia. ....	43
Figura 4 Tipos de paciente según categorías de análisis. Elaboración propia. ....	<b>¡Error!</b>

### **Marcador no definido.**

Figura 5 PJM del Timonero. Elaboración propia.....	63
Figura 6 PJM del Pirata. Elaboración propia. ....	64
Figura 7 PJM del Tripulante. Elaboración propia.....	65
Figura 8 PJM del Explorador Independiente. Elaboración propia.....	66
Figura 9 PJM del Naufrago. Elaboración propia. ....	67
Figura 10 Esbozo de fase 2 de solución digital. Elaboración propia. ....	71
Figura 11 Esbozo de fase 2 de solución digital. Elaboración propia. ....	71
Figura 12 Representación de la red de cuidado. Elaboración propia.....	73
Figura 13 Esbozo de fase 4 de solución digital. Elaboración propia. ....	74

## **Lista de Apéndices**

Apéndice A. Matriz de acoplamiento bibliográfico .....	93
--	----

## **Introducción**

La salud en Colombia es un derecho fundamental que implica el poder disfrutar de un estado óptimo en los aspectos físico, mental, emocional y social, que permita a las personas desarrollar plenamente y con dignidad sus capacidades, en beneficio propio, de sus familias y de la comunidad en general (Gañán Echavarría, 2013). Además, la salud fue consagrada como un derecho humano en la Declaración Universal de Derechos Humanos en el numeral 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948.

Su importancia como derecho fundamental radica en el hecho de que se relaciona directamente con la preservación de la vida y de la dignidad humana. Con el fin de garantizar este derecho cada país diseña e implementa un sistema de salud el cual contempla una gobernanza para la implementación de acciones que garanticen este derecho. La gobernanza de los sistemas de salud se refiere a los procesos, estructuras e instituciones que supervisan y gestionan la atención sanitaria, incluyendo la gestión de relaciones entre actores como organismos gubernamentales, proveedores, pacientes y comunidades. Una gobernanza eficaz asegura marcos políticos estratégicos, supervisión adecuada, regulaciones, incentivos, diseño del sistema y rendición de cuentas, garantizando servicios de salud accesibles, equitativos, eficientes y de alta calidad. También promueve la equidad y justicia social, respondiendo a las necesidades de todos los miembros de la sociedad, independientemente de su estatus socioeconómico, origen étnico, cultura o género (OMS, 2024).

El más reciente sistema de salud implementado por Colombia se definió en los artículos 48 y 49 de la Constitución de Colombia, los cuales fueron desarrollados por la Ley 100 de 1993, que estructuró el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este sistema regula el

servicio público de salud, asegura el acceso a todos los niveles de atención, cubre enfermedades generales y maternidad, y garantiza la promoción, protección y recuperación de la salud. Para cumplir estos objetivos, la Ley 100 implementó el Plan Obligatorio de Salud (POS), que establece un conjunto básico de servicios para los afiliados y beneficiarios (Gañán-Echavarría, 2013).

Los servicios de salud del POS se prestan a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) las cuales se encargan de gestionar y garantizar el acceso, y a su vez contratan a ciertas entidades que prestan directamente los servicios de salud a los pacientes, estas entidades se denominan Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

La reforma de 1993 fue un paso importante para universalizar el aseguramiento social, proteger financieramente a las familias frente a gastos de salud y asegurar la equidad en el acceso a los servicios de salud. En los últimos 20 años, la mayoría de estos objetivos se han logrado con cierta proporción (MinSalud, 2013).

No obstante, el Ministerio de salud (2013) hace énfasis en que el desarrollo del modelo ha generado problemas como: un sistema de prestación de servicios centrado en la alta complejidad con baja capacidad para acciones preventivas y de promoción de salud; un aseguramiento enfocado más en el manejo financiero que en la gestión de riesgos de salud; y resultados negativos para los usuarios, manifestados en barreras de acceso, especialmente en la limitada efectividad de los procedimientos que requieren acceso a tecnología en servicios de alta complejidad.

Complementando la información anterior, podemos encontrar que, según la Encuesta de Calidad de Vida del DANE (2023), las razones por las cuales las personas que han enfrentado un problema de salud en Colombia y no han recibido o no han solicitado atención médica son: la

oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención y la cantidad de trámites. Estas barreras impiden que las personas ejerzan su derecho, y que su dignidad y calidad de vida se vean afectadas. Por lo que garantizar este derecho fundamental sigue siendo un reto para el país.

Reconocer las brechas existentes, invita a identificar de manera integral los elementos que interfieren en la consecución del objetivo principal de garantizar el derecho a la salud, además, las tendencias actuales en los sistemas de salud a nivel mundial subrayan la importancia de integrar a los pacientes y sus cuidadores como componentes cruciales para implementar las mejores prácticas en la gestión hospitalaria. Y de forma enfática se reconoce que entender la perspectiva de los pacientes es vital para evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud. (Gómez Ramírez et al., 2016)

La encuesta del DANE, al tener una naturaleza cuantitativa no alcanza a profundizar en aspectos emocionales y subjetivos como lo es la experiencia del paciente, sólo a través de la identificación de los elementos que impiden que un usuario acceda al servicio de salud, que renuncie o lo rechace dentro de un contexto específico, se logrará tener insumos para una comprensión profunda e integral de dichas brechas, con estos hallazgos poder tener elementos para un diseño centrado en las personas, que facilite y garantice el acceso a la salud.

Ya que se identifica en la disciplina de la experiencia de usuario (UX), un elemento crucial para mejorar el acceso a la salud y la adherencia a programas de riesgo cardiovascular. Una UX positiva en los servicios de salud implica la facilidad de uso, la accesibilidad, la eficiencia y la satisfacción del paciente con los servicios recibidos. Cuando se diseñan sistemas de salud centrados en el paciente, se eliminan barreras significativas como los largos tiempos de espera, la complejidad en la obtención de citas, y la poca claridad en la información médica,

facilitando así el acceso oportuno y equitativo a la atención. La mejora en la UX no solo incrementa la satisfacción del paciente, sino que también fomenta una mayor adherencia a los programas de prevención y manejo de enfermedades cardiovasculares, al identificar con profundidad las necesidades y contextos de los pacientes y al hacer a través del diseño de la experiencia que los pacientes se sientan más apoyados y valorados. La adherencia a estos programas es fundamental para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a enfermedades crónicas, promoviendo así una mejor calidad de vida y bienestar general, ese es el fin último.

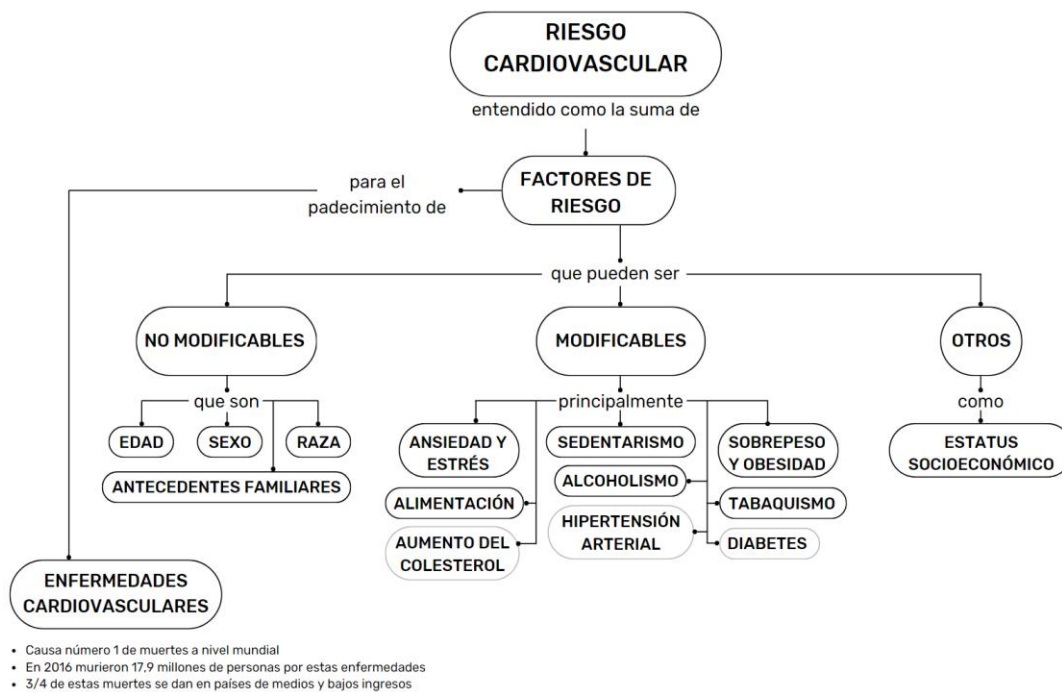
Se plantea la necesidad de conocer desde un enfoque cualitativo cómo es la experiencia del paciente y cuáles son las oportunidades para que los programas de salud estén centrados en las personas. En el presente ejercicio se limita el estudio a un programa específico, este se elige por su naturaleza, la cual implica una serie de contactos frecuentes del paciente con el sistema de salud a lo largo de su vida. El programa a evaluar será el Programa de Riesgo Cardiovascular (PRC), gestionado por una IPS en Antioquia, Colombia. Se elige este programa dado que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte mundial (OMS, 2021) y afectan desproporcionadamente a países de ingresos medios y bajos, es crucial adaptar los programas a las necesidades y contextos específicos de estos pacientes.

Para comprender este programa, es pertinente comprender lo que significa el riesgo cardiovascular, el cual se entiende como la suma de factores de riesgos para el padecimiento de enfermedades cardiovasculares, las cuales son la causa número uno de muertes a nivel mundial, además 3/4 de estas muertes se dan en países de medios y bajos ingresos (OMS, 2021). Ver

Figura 1

**Figura 1**

*Mapa conceptual riesgo cardiovascular.*



Fuente: Elaboración propia.

Las personas que acumulan algunos de los factores de riesgo enunciados en la Figura 1, se exponen con mayor probabilidad al padecimiento de una enfermedad cardiovascular. Ante la relevancia que tienen estas enfermedades en la mortalidad de la humanidad, los programas enfocados a la gestión de estos factores de riesgo, a la prevención y contención de ellos, hacen parte del POS.

Entre los factores de riesgo cobran relevancia aquellos que son modificables como los estados emocionales, el sedentarismo, el sobrepeso y obesidad, el aumento del colesterol, hipertensión arterial y diabetes, alcoholismo, tabaquismo y alimentación. El tratamiento que se brinda a los pacientes con riesgo cardiovascular en Colombia está a cargo de las entidades

promotoras de salud (EPS) las cuales prestan la asistencia a los pacientes, es decir, ejecutan el programa a través de las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

SURA EPS enuncia dentro de su modelo de atención (2024):

El programa de riesgo cardiovascular nace con el propósito de gestionar la salud de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia en el nivel primario de atención. Está enfocado en concordancia con la propuesta del Ministerio de Salud en población adulta y su objetivo es disminuir la morbimortalidad por causas cardiovasculares entre los 18 y 70 años. La población es captada desde la ruta de promoción y mantenimiento de la salud a partir del curso de vida de juventud o por el servicio de consulta externa. También son identificados y captados aquellos afiliados que declaren su condición de salud al momento del traslado.

El talento humano destinado a la atención es distinto a la población general ya que se cuenta con un médico de riesgo cardiovascular (encargado no solo de la patología de base sino también la enfermedad general).

Además, el programa de acuerdo con la necesidad se acompaña de actividades educativas por personal de enfermería, acompañamiento por parte de nutrición y valoraciones por medicina interna. El programa tiene su base en el nivel primario de atención y cada IPS básica a nivel nacional cuenta con el programa de riesgo Cardiovascular basado en el modelo de estratificación del riesgo. Puedes acceder al listado a través del siguiente enlace.

Este modelo de atención contempla unos momentos de identificación, captación, tratamiento y seguimiento; de esta manera, una vez un paciente se identifica con riesgo cardiovascular se ingresa a un programa de salud de gerenciamiento de la enfermedad. Allí inicia

una ruta de control en donde tiene acceso a consultas médicas, medicamentos y exámenes diagnósticos. Este programa tiene una frecuencia dada según la complejidad de los casos, en algunos los encuentros pueden ser semanales, mensuales, trimestrales hasta semestrales; y es un programa permanente, ya que, por las características del riesgo, puede desencadenar en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, por ende, requiere seguimiento constante de la evolución de los factores de riesgo.

Además, la experiencia de dicho programa en el contexto mencionado (IPS de Antioquia, Colombia), se da de manera análoga, sin asistencia de interfaces que permitan gestionar la relación del paciente con el programa, esto quiere decir que todos esos momentos vividos, como son la captación, el tratamiento y seguimiento, la prevención y la educación; y los trámites y gestiones en cada momento, los brinda de manera presencial.

Diferentes estudios han concluido que el poder adquisitivo de las personas determina la posibilidad de desarrollar riesgo cardiovascular, es decir, que hay una relación directa entre el Producto Interior Bruto (PIB) y la mortalidad cardiovascular. (Agencia Sinc, 2017) Dadas las condiciones socio económicas de Colombia, en donde aproximadamente el 42,5% de la población se encuentra en condición de pobreza, hace que, además de tener mayor riesgo de muerte por riesgo cardiovascular, se dificulte el acceso a la salud.

Toda esta problemática presentada, posibilitó el siguiente interrogante, en donde se identifica la disciplina del diseño de la experiencia como una oportunidad para comprender de manera profunda esos elementos subjetivos de los pacientes y dar recomendaciones para mejorar el acceso a la salud: ¿Cómo se puede mejorar el acceso a la salud a través del mejoramiento de la experiencia de los pacientes del Programa de Riesgo Cardiovascular?

### **Planteamiento del problema**

En Antioquia las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de muerte, atribuidas principalmente a estilos de vida como el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad y altos niveles de estrés, entre otros factores (Gobernación de Antioquia, 2021).

En este departamento, el riesgo de morir por enfermedad cardiovascular se debe principalmente a las enfermedades isquémicas del corazón, con tasas que oscilan entre 69.4 y 91.4 por 100,000 habitantes durante el período de 2005 a 2018. En 2018, la tasa fue de 70.8 por 100,000 habitantes, seguida por las enfermedades cerebrovasculares con tasas entre 27.4 y 38.7 por 100,000 habitantes en el mismo período. Las enfermedades hipertensivas han mostrado una tendencia intermitente al aumento en los últimos años, con tasas que varían entre 13.1 y 21.8 muertes por 100,000 habitantes.

En cuanto a la hipertensión arterial, Antioquia fue la segunda entidad territorial con mayor número de casos reportados en 2018 y 2019, con 76,144 incidentes, en comparación con 496,155 nuevos casos a nivel nacional en el último año, lo que representa un 15.35% de los casos en Colombia (Gobernación de Antioquia, 2021).

Esta preocupación por la prevención del Riesgo Cardiovascular, hace que el programa se enfoque no sólo en que el paciente asista a un centro de salud para tener los momentos establecidos del PRC con los profesionales de la salud, sino que también fomente un importante cambio comportamental en hábitos, una apropiación del conocimiento de su patología y un contexto cuidador, ante esta situación se presenta el problema de que existen pacientes que no presentan una adecuada adherencia al programa, dejando de asistir, olvidando citas y no

atendiendo las recomendaciones médicas (S. Garlicio, comunicación personal, mayo de 2023), este problema deriva en consecuencias negativas principalmente para el paciente que puede llevar a padecer enfermedades cardiovasculares, incluso la muerte, consecuentemente para su familia y cercanos y así mismo para la IPS en su consecución de su propósito como entidad y en los indicadores de su gestión.

Partiendo de lo relevante que es la gestión de los factores de riesgo cardiovascular en países en vía de desarrollo, y frente al interés general de las IPS de mejorar sus indicadores de gestión en donde la adherencia al programa por parte de los pacientes beneficia su sostenibilidad, además los acerca más a su propósito de brindar salud a sus afiliados, se propone conocer a profundidad la experiencia actual de los pacientes en el PRC en una IPS de Antioquia, Colombia.

Reconociendo en la disciplina del diseño de la experiencia, como una oportunidad metodológica, apoyada en las ciencias sociales y en la investigación social, para identificar aquellos aspectos que influyen en la adherencia desde la propia experiencia de los pacientes en dicho programa de salud.

Se plantea realizar una evaluación cualitativa del PRC basado en la experiencia del paciente, por lo tanto, se abordarán aspectos subjetivos y relacionales que permitirán, desde casos específicos y contextuales, identificar aquellos elementos que desde el diseño de la experiencia afectan la adherencia al programa.

Se propone realizar estudio de caso cualitativo con pacientes de riesgo cardiovascular de una misma IPS en Antioquia, Colombia que se encuentran en el PRC.

Pregunta de investigación:

¿Cómo se puede mejorar el acceso a la salud a través del mejoramiento de la experiencia de los pacientes del programa de Riesgo Cardiovascular de una IPS en Antioquia, Colombia?

## **Justificación**

El desarrollo de este proyecto es de interés para diferentes públicos.

Para los pacientes directos del PRC porque centrándose en su experiencia actual, se identificarán las oportunidades para poder aportar al rediseño de la experiencia del programa. Esta evaluación será entonces, la base de conocimiento cualitativo para la posterior implementación de mejoras en el servicio, las cuales permitirán para los pacientes que el acceso al servicio sea fácil; construya confianza con el programa y sus profesionales; sea deseable para ellos en la medida en que lo ven ajustado a sus necesidades; accesible, eliminando barreras que ya desde otros estudios se han identificado; y que sobretodo sea utilizable, en el sentido de una fácil interacción entre el paciente y el programa. (Rizo, 2022)

Aportará conocimiento para la posible implementación de estrategias que, en pro de mejorar la experiencia del paciente, permitirá aumentar la adherencia y a su vez, disminuir los casos de descompensación, que se traducen en afectaciones a la salud y a la calidad de vida (Piedrahíta et al., 2013), o incomunicación con los pacientes.

Para las IPS y el sistema de salud en general, porque permitirá tener información de valor para el rediseño de la experiencia de su programa, impactar la salud de sus usuarios y mejorar sus indicadores, además permitirá que la red de apoyo, de cuidadores y familiares del paciente estén relacionados de una manera más directa y empática con el programa y el proceso de su familiar.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Evaluar la experiencia del paciente en el PRC en una IPS de Antioquia, Colombia con el propósito de hallar oportunidades para mejorar el acceso y adherencia a este programa específico a través del diseño de la experiencia.

### **Objetivos Específicos**

Identificar los tipos de pacientes del PRC, sus necesidades y oportunidades para mejorar su adherencia al programa.

Identificar la experiencia actual a través de los Patient Journey Map de cada uno de los tipos de pacientes del PRC.

Proponer un conjunto de recomendaciones que buscan mejorar la experiencia de los tipos de pacientes del PRC.

## Estado de la cuestión

La experiencia del usuario es una disciplina y campo de conocimiento que se ha consolidado especialmente en las dos últimas décadas, permitiendo a organizaciones de diversos sectores comprender mejor a sus usuarios y fortalecer su vínculo con ellos mediante experiencias centradas en sus necesidades. En el ámbito de la salud, se utiliza comúnmente el concepto de “experiencia del paciente”, definido como los aspectos que el paciente recuerda y valora de la atención médica, así como su relación con el sistema y programas de salud, incluyendo las interacciones relacionadas con los trámites y la comunicación con los diferentes actores.

Según Ellor (2021), este concepto se introdujo en los años 90 con el programa Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (CAHPS), diseñado para encuestar a los pacientes sobre sus experiencias. En la década de 2000, los avances tecnológicos permitieron la realización de encuestas a través de SMS y dispositivos portátiles, mejorando la recolección de datos con un enfoque cuantitativo. Con la pandemia de Covid-19, la comprensión de la experiencia del paciente ha cambiado significativamente, obligando a los proveedores de salud a encontrar nuevas formas de gestionar la afluencia de pacientes y sus expectativas. Han surgido debates sobre las emociones y la comprensión subjetiva y personalizada de la relación del paciente con el programa, lo que ha llevado a innovaciones en el sector, tales como la telesalud, la atención domiciliaria y la personalización en la atención.

A continuación, se presentarán los resultados de la revisión bibliográfica, que partió de una selección de artículos referentes a la experiencia del paciente, con el objetivo de identificar antecedentes en este campo y especialmente evidenciar casos similares sobre la evaluación de la experiencia de pacientes con riesgo cardiovascular. La búsqueda de fuentes secundarias se enfocó en localizar, analizar y sistematizar los antecedentes obtenidos de una revisión de fuentes

bibliográficas y documentales. La producción científica se organizó utilizando la ecuación: (“experiencia del paciente” OR “percepción del paciente” OR “satisfacción del paciente”) AND (“riesgo cardiovascular” OR “enfermedad cardíaca” OR “enfermedad crónica”). Las bases de datos empleadas fueron Science Direct, SCOPUS, Dialnet, Scielo y Redalyc, y se consideraron estudios publicados a partir del año 2000, ya que en esta década se encuentra la mayor producción científica sobre el tema. El análisis se llevó a cabo a través de una matriz de acoplamiento bibliográfico, ver Anexo 2, que permitió identificar los objetos de estudio, metodologías, teorías y conceptualizaciones sobre el tema, constituyendo el estado del conocimiento.

Las fuentes elegidas incluyen diversos tipos de elaboraciones académicas como tesis de grado de maestría y doctorado, artículos científicos y páginas web sobre la experiencia del paciente. Su selección se basó en la pertinencia y relación con el problema en cuestión, es decir, estudios y análisis relacionados con la experiencia del paciente en el PRC u otras patologías crónicas. A continuación, se presentarán los resultados de esta revisión bibliográfica.

### **Objetos de estudio identificados en la revisión bibliográfica**

Los abordajes de los objetos de estudio mayoritariamente se desarrollan sobre estudios de casos con pacientes que participan en diferentes programas de atención a enfermedades crónicas bajo diversos programas y modelos de salud desarrollados en países de Latinoamérica y el caribe. De este último Resaltan los trabajos realizados en Colombia por diferentes instituciones de educación superior que han evidenciado su interés por la experiencia del paciente como lo es la (Pontificia Universidad Javeriana, 2015), La “Universidad de Antioquia con sede en Medellín” y los diferentes trabajos realizados por (Piedrahita et al., 2013), (Zarauz Céspedes et al., 2021), (Madrigal et al., 2021), (Tabares et al., 2021) y (Salazar Ospina et al., 2021). De igual manera los

académicos han abordado la realidad de la salud desde un análisis de la jurisprudencia realizado por (Gañán-Echavarría, 2013). No obstante, el interés por la experiencia del paciente también ha sido desarrollado por instituciones prestadoras de servicios como la “IPS Suramericana” y el trabajo de (Masso & Peña, 2013), el “Centro Hospitalario Barranquilla” (Santiago De Castro, 2016) y la “EPS SURA” (EPS SURA, 2012). Se identifica además, que en Colombia son muy pocos los trabajos realizados por instituciones encargadas del diseño e implementación de políticas públicas, destaca el trabajo realizado por “Ministerio de Educación” (Ministerio de Educación Nacional, 2021) y la Revista Nacional de Salud Pública. (Gallego Álvarez et al., 2020).

En Perú, destacan los trabajos realizados por los centros de atención médica a pacientes como el realizado por el Centro de Salud San Juan de Miraflores I - IV, distrito de San Juan Bautista, (Ramirez, Castro et al., 2016) y por el Centro de Primer Nivel de Atención (Domínguez-Samamés et al., 2022). De igual manera las instituciones de educación superior han desarrollado trabajos relacionados con la temática como lo es la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Villegas Flores, 2023) y Universidad de San Martín de Porres Lima, Perú (Trujano et al., 2011).

En Cuba resaltan los trabajos realizados por la “Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Cienfuegos” (Roméu Escobar et al., 2005), por la “Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo” (Soler-Sánchez et al., 2021), por la “Sociedad Cubana de Administración de Salud La Habana, Cuba” (Martín Alfonso et al., 2014) y “Revista Cubana de Ciencias Informáticas” (Benítez et al., 2021).

En Ecuador han desarrollado trabajos sobre la experiencia del paciente la “Universidad Técnica de Ambato – Ecuador” (Intriago-Guzmán et al., 2024), en México el “Instituto

Mexicano del Seguro Social Distrito Federal, México” (Peña-Valenzuela et al., 2023), en Venezuela la “Universidad de Los Andes. Mérida” Venezuela (Koch et al., n.d.), en Paraguay la “Universidad Nacional de Asunción” (Villalba-Arias et al., 2021), en Chile la “Universidad de Concepción” Concepción, Chile (Galiano G et al., 2013), en Argentina la “Universidad del Aconcagua, Argentina” (Escalante & Granados, 2010) y la “Organización Panamericana de la Salud (OPS), con sede en Washington DC, Estados Unidos de América” (Ordunez et al., 2024)

En Europa el interés por el abordaje de estos temas se ha concentrado mayoritariamente en España donde diferentes instituciones relacionadas con la salud han desarrollado trabajos en este sentido, destacando la “Sociedad Española de Enfermería Nefrológica Madrid, España” (Moreno et al., 2015), la “Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Minera” (Vargas Negrín, 2014). (Zarauz, Céspedes et al., 2021) (iglesias maragoni, et al., 20212), “la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria Madrid, España” (Márquez-Peiró & Pérez-Peiró, 2008), “la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA (SEISIDA)” (Puerto et al., 2018). Las universidades han abordado esta temática desde sus áreas de investigación como la “Universidad de Granada”, (García Perea et al., 2021), (Santandreu, Jaume et al., 2021), (Martínez, 2015). La “Universidad de Murcia Murcia, España” (Gómez Ramírez et al., 2016), la “Universidad Rey Carlos” (García Bravo, 2021), la “Revista Clínica de Medicina de Familia” (Gómez Barraza et al., 2021), Revista “Enfermería Nefrológica” (Fernández-Díaz et al., 2023), la “Revista Central de Ciencias Sociales” (Pérez-Herrero et al., 2024) la cual desarrolló el único estudio en área rurales encontrado. El “Hospital Universitario de Torrejón (Madrid, España)” (Ruiz-García, 2022) y el Institut Guttmann( Cegarra & Hernández, 2022)

Estos múltiples contextos permitieron observar que el interés principal por investigar sobre la experiencia del paciente con enfermedades crónicas en la atención tanto en

Latinoamérica como en Europa se concentran principalmente en los centros de investigación de las universidades, seguido por las múltiples organizaciones o instituciones privadas y públicas relacionadas con el sector de la salud.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud han aumentado el interés por comprender cómo se da la experiencia del paciente bien sea en procesos de hospitalización o en la implementación de programas especializados. Es muy poca la evidencia de investigaciones desarrolladas por el gobierno o sus ministerios o entidades para la comprensión de esta realidad, por lo cual se halla un campo para explorar porque no es de interés mayoritario para los gobiernos la comprensión de la experiencia del paciente que conlleve a la construcción de políticas públicas. Latinoamérica presenta un mayor número de investigaciones en este campo en países como Colombia, México, Chile, Argentina, Ecuador, Paraguay, Venezuela y Cuba, mientras que en Europa esta temática ha sido desarrollada mayoritariamente en España.

Los Objetos de estudio de las investigaciones académicas seleccionadas abordan principalmente el reto de la adherencia de los pacientes y las múltiples variables que pueden contribuir al estado o al fracaso de la misma, los grados de satisfacción o insatisfacción de los pacientes, el conocimiento y creencias de los pacientes sobre su salud y temas asociados, el diseño de herramientas tecnológicas como apoyo al control y seguimiento así como la experiencia propia del paciente en el proceso de atención y participación en programas de salud. Diferenciándose 4 líneas de objetos de estudio.

1- La adherencia del paciente y los múltiples factores asociados al éxito o al fracaso. El concepto de la adherencia es definido por la OMS (2003), como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el

profesional sanitario”, esta definición, la cual ha sido ampliamente adoptada se basó en la propuesta de Haynes (1976), el cual introdujo inicialmente el término de cumplimiento del paciente con las recomendaciones médicas, la precisión que realiza la OMS se direcciona a dar un papel participativo al paciente en la gestión de su enfermedad, tomando protagonismo. Este concepto ha sido el objeto de estudio de diversos casos.

Se reconoce en la revisión bibliográfica que “la adherencia de los pacientes” (Vargas Negrín, 2014) (Piedrahita et al., 2013), a los diferentes programas tiene una estrecha relación “con los factores demográficos y socioeconómicos” (Piedrahita et al., 2013), además, algunos estudios mencionan factores subjetivos propios de los pacientes, mencionando que éstos tienen una fuerte influencia sobre la adherencia, por ello se tiene en cuenta “la variable personalidad en las conductas de adherencia al tratamiento” (Escalante & Granados, 2010) si bien este estudio parte de la psicología, su metodología aborda datos cuantitativos para la identificación de los tipos de personalidades. Otro tipo de factores predominantes en estos estudios son “los factores clínicos”, (Villegas Flores, 2023) mencionan que tienen un grado alto de influencia en la adherencia. Se halla además en diversos estudios “el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida” como un factor determinante que impacta directamente la adherencia de los pacientes a los programas de salud (Ochando García et al., 2008), la relación del paciente con sus “médicos, e instituciones de salud públicas y privadas” (Trujano et al., 2011). Esto ha llevado a un interés académico por desarrollar “los conceptos en los que se funda la adherencia terapéutica” (Villalba-Arias et al., 2021) y un “marco conceptual que fundamenta desde el punto de vista teórico la comprensión del concepto de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas” (Martín Alfonso et al., 2014).

Así pues, se identifica la adherencia como una categoría relevante a la hora de comprender la experiencia del paciente en determinado programa, pues es éste concepto el que permite afirmar que se establece o no una relación entre el paciente y la gestión de su enfermedad a través del programa de salud.

Se concluye además que la adherencia no sólo hace referencia a la asistencia a citas médicas y la toma o cumplimiento del tratamiento farmacológico, sino también, con un énfasis importante el cambio del comportamiento y los hábitos de vida. (Dilla et al., 2009)

2- La satisfacción e insatisfacción del paciente como variables. En los estudio revisados se aborda “el grado de satisfacción de pacientes y profesionales” (Moreno et al., 2015), (Zarauz Céspedes et al., 2021), (Rodríguez Arroyo, 2017), así como “los motivos de insatisfacción” (Márquez-Peiró & Pérez-Peiró) y su relación con “la calidad del cuidado” (Castro Ramírez et al., 2016). Este objeto de estudio da cuenta de la importancia que tiene la percepción de la calidad en el servicio de salud por parte de los pacientes y los profesionales de la salud, así mismo es una aproximación a la experiencia del paciente, en la medida en que aborda no sólo elementos relacionados con la efectividad de un programa o tratamiento, sino también de formas de comunicación y relación médico paciente.

3.- Conocimiento y creencias de los pacientes en relación a su salud. Este objeto de estudio, hace referencia al conocimiento que los pacientes tienen sobre su enfermedad, el tratamiento y las consecuencias de no seguirlo, se hallaron estudios en donde se realiza una medición de los “Conocimientos de la población en temas de salud” (Salazar Ospina et al., 2021). En otros se afirma que es fundamental “Identificar las creencias de los pacientes sobre la efectividad de las distintas prácticas terapéuticas y/o preventivas (adaptación de estilo de vida y medicación)” (Gómez Baraza et al., 2021). Y se hace énfasis en la comprensión de creencias o

conocimientos como un factor elemental para entender el comportamiento de los pacientes dentro de un programa, siendo “factores que afectan la persistencia” en procesos básicos para el éxito integral de los programas como es “la reclamación de los medicamentos” (Zarauz, Céspedes et al., 2021).

4- La experiencia propia del paciente en el proceso de atención y participación en programas. Este objeto fue hallado en trabajos que se propusieron “Conocer el significado de las experiencias vividas” en procesos de atención médica (Santiago De Castro, 2016) entendiendo estas experiencias como un insumo esencial para el desarrollo de estrategias de mejora y adherencia. Dentro de estos estudios toma relevancia la relación del paciente con los profesionales de la salud, especialmente con el médico tratante, donde se debe evaluar constantemente “la comunicación médico-paciente” (Domínguez-Samamés et al., 2022), (Peña-Valenzuela et al., 2023) y “el trato “humano” de los profesionales sanitarios” (Cegarra & Hernández, 2022) y más cuando se ha venido manejando la categoría de “pacientes de difícil control” (Roméu Escobar et al., 2005) “Evaluar la experiencia del paciente” (Fernández-Díaz et al., 2023) de manera constante es fundamental, dichas evaluaciones revisadas han sido sobretodo, en experiencias análogas o tradicionales de programas o servicios de salud, no obstante, se hallaron algunos estudios enfocados en la evaluación de la experiencia en herramientas tecnológicas y digitales que apoyan el desarrollo de un programa específico, como (Madrigal, et al., 2021), en diferentes “intervenciones farmacéuticas vía tele orientación” (Ospina, Zalazar et al., 2021) y otros estudios que proponen como un reto “Diseñar una herramienta novedosa online de apoyo a la docencia del Servicio de Dispensación” (García, Perea et al., 2021). En general estos estudios afirman que la evaluación debe ir acompañada de estrategias de mejora, es por ello, que en algunos de ellos se han dado recomendaciones

orientadas al rediseño de programas e incluso se ha evaluado resultados de la utilización de herramientas tecnológicas. Parte de las recomendaciones que han surgido en estos estudios se encuentra el uso sistemático de tecnologías digitales para favorecer mejores resultados en salud y eficiencia en sus programas (Consejo Privado de Competitividad, 2023).

Estas 4 líneas son la base a priori del análisis de la información empírica de las entrevistas realizadas.

### **Enfoques y métodos identificados en la revisión bibliográfica**

Estos objetos de investigación se abordaron haciendo uso de diferentes métodos con enfoque cuantitativo, como el “Estudio: cuantitativo, observacional de corte transversal. Con encuesta anónima a pacientes” (Moreno et al., 2015), (Castro Ramírez et al., 2016) , (Domínguez-Samamés et al., 2022), el “Análisis de caso de paciente” (Vargas Negrín, 2014), el “test de Morisky” (Piedrahíta et, al., 2013), el “Estudio descriptivo de pacientes crónicos” (Madrigal et al.,2021), el “Método DÁDER de Seguimiento Farmacoterapéutico adaptado a Colombia” (Zalazar-Ospina et al., 2021), el “Estudio observacional” (Iglesias-Maragoni et al.,2021), el “estudio prospectivo aleatorizado de intervención farmacéutica” (Jaume-Santandreu). El “Estudio de prevalencia” (Galiano G et al., 2013), el “Estudio experimental, aleatorio” (Martínez, 2015), la “investigación cuasi experimental” (Pérez-Herrero et al., 2024)

También se hallaron estudios con enfoque cualitativo y con métodos como el “Análisis bibliográfico” (Villalba-Arias et al., 2021), (Gómez Ramírez et al., 2016), (EPS SURA, 2012), (Cegarra & Hernández, 2022), el “Diseño un estudio transversal descriptivo cualitativo” (Gómez Baraza et al., 2021), la “Investigación descriptiva” (Masso & Peña, 2013), el “diseño: transversal con metodología descriptivo-correlacional y triangulación de datos cualitativos obtenidos mediante entrevistas” (Escalante & Granados, 2010), el “Estudio observacional (EPA-OD),

descriptivo, transversal y multicéntrico” (Rodríguez Arroyo, 2017), (Fernández-Díaz et al., 2023), (Santiago De Castro, 2016), (Ochando García et al., 2008), (Intriago-Guzmán et al., 2024), (Puerto et al., 2018), el “Estudio observacional, retrospectivo, comparativo y relacional” (Villegas Flores, 2023), (Soler-Sánchez et al., 2021), el método “Analítico–sintético: este método se utiliza en la investigación para analizar y comprender la teoría y documentación relacionada con el tema de investigación” (Martín Alfonso et al., 2014), la “intervención, cuasi experimental” (Soler-Sánchez et al., 2021).

En el uso de métodos se concluye que prevalecen las miradas cuantitativas de la experiencia del paciente en programas de salud. De igual manera, se identifica que desde las miradas cualitativas el Estudio de caso toma relevancia ya que el contexto sociocultural del paciente es fundamental a la hora de comprender su experiencia con el programa de salud.

A su vez estos métodos de investigación emplearon categorías y conceptos para comprender sus objetos de estudio, que permitieron dar cuenta del reto de la adherencia de los pacientes y las múltiples variables, los grados de satisfacción o insatisfacción de los pacientes, el conocimiento y creencias de los pacientes sobre su salud y temas asociados, el diseño de herramientas tecnológicas como apoyo al control y seguimiento, así como la experiencia propia de la paciencia en el proceso de atención y participación en programas de salud. Utilizando los conceptos de «adherencia» comprendida “como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (OMS, 2003), la “adherencia terapéutica” entendida como “un proceso complejo que está influido por múltiples factores relacionados entre sí; entre ellos, hay factores relacionados con el paciente (edad, problemas sociales, laborales, económicos, nivel de formación-instrucción, creencias,

motivación” (Vargas Negrín, 2014), (Martín Alfonso et al., 2014), la “Adherencia al tratamiento”, el cual “está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud (Piedrahíta et al., 2013), el concepto de “práctica colaborativa” entendida como “Un proceso de comunicación y toma de decisiones conjunta con el objetivo de satisfacer la salud, las necesidades de las enfermedades y el bienestar de los pacientes respetando cualidades y habilidades específicas de cada profesional” (Molina Sanchez, 2021), el concepto de “Gamificación” comprendido como “una técnica de aprendizaje que traslada la mecánica de los juegos al ámbito educativo profesional con el fin de adquirir mejor algunos conocimientos, habilidades o recompensar acciones concretas” (Garcia-Perea et al., 2021), los conceptos de “Modelo Biomédico” que en el “concepto de salud requiere meramente la ausencia de enfermedades”, así como el concepto de “modelo biopsicosocial” donde se “habla de un bienestar biológico, psicológico y social como criterio necesario para la salud” (Villalba-Arias et al., 2021), el concepto de “Humanizar” “consiste en poner en valor la dignidad y la individualidad de cada persona prestando una atención personalizada alineada con sus valores y aquello que la define como persona” (Cegarra & Hernández, 2022), el concepto de “enfermedades cardiovasculares (ECV)” entendida como “el conjunto de enfermedades que afectan al corazón y los vasos sanguíneos” (García Bravo, 2021)

Como conclusión fundamental de ambos enfoques (cuantitativo y cualitativo) se encuentra que la experiencia del paciente se refleja en la percepción del cuidado, y que esto implica centrar los servicios a las realidades de cada paciente, rescatando el aspecto humano y transpersonal, facilitando trámites y cerrando brechas de información y comunicación.

### **Discusiones y conclusiones identificados en la revisión bibliográfica**

El desarrollo de estas metodologías y el empleo de las categorías y conceptos dio como resultado una serie de discusiones y conclusiones que están directamente relacionadas con la adherencia, el contexto, el uso de las TICS, las creencias e información de los pacientes sobre su enfermedad y la experiencia de los pacientes en los programas de salud, resaltando 4 líneas de discusión principales:

1- La Adherencia al tratamiento Como un reto,” Se plantean los factores que posibilitan el éxito en la adherencia y los factores que la dificultan, para el éxito se recomienda que “Las intervenciones para mejorar la adherencia deben ser discutidas con el paciente, considerando sus problemas y necesidades individuales” (Vargas Negrín, 2014), dado que “La adhesión del paciente al tratamiento prescrito se ve influenciada por la valoración que el paciente tiene de los beneficios potenciales del tratamiento” esto en gran parte muestra porque los “conocimientos sobre la enfermedad y conocimientos sobre sí mismo, explican el alto nivel de adherencia” (Escalante & Granados, 2010). “Cuando los pacientes reciben información sobre el tratamiento son más adherentes que cuando el médico les explica sobre su enfermedad” (Trujano et al., 2011), así mismo es “más difícil conseguir una adhesión al tratamiento cuando éste es prolongado” (Ochando García et al., 2008), de ahí en esta dinámica entre “la relación médico-paciente afecta la adherencia” (Koch et al., n.d.),

2- El contexto como un factor determinante pero constantemente olvidado o mal interpretado en la implementación de programas de salud. Es necesario tener en cuenta que “Las modificaciones de los estilos de vida están sujetas a condicionantes socioculturales y socioeconómicos que la actuación sanitaria debe atender” (Gómez Baraza et al., 2021), en diversos estudios “se encontró diferencia significativa entre adherencia y no adherencia en

relación a la edad, estado civil, nivel socioeconómico y cobertura de salud variables que en su contexto pertenecen al aspecto sociodemográfico” (Villegas Flores, 2023)

La experiencia en el programa y los factores que la determinan. Se determina que “Recoger y evaluar la experiencia del paciente nos permite conocer mejor la percepción y las necesidades de las personas atendidas y, en consecuencia, introducir mejoras en la atención clínica, la seguridad y su satisfacción, así como en la efectividad de los tratamientos rehabilitadores” (Cegarra & Hernández, 2022), Situar la experiencia de los pacientes en la estrategia de las organizaciones, medirla y mejorarla, implica una mejora de su satisfacción y de su experiencia, incrementa la calidad percibida, le empodera, y le hace partícipe y corresponsable de su tratamiento y de la toma de decisiones, mejorando así el grado de adherencia al tratamiento y los resultados clínicos obtenidos” (Cegarra & Hernández, 2022), en la experiencia del paciente aparece como factor relevante “mejorar la relación médico paciente” (Villalba-Arias et al., 2021), dado que el “ modo en que médico y paciente interactúan es primordial para la relación que se instituye entre ellos y, luego, para el adecuado diagnóstico y tratamiento” (Villalba-Arias et al., 2021) dado que los “pacientes insatisfechos tienen más riesgo de complicaciones que los satisfechos” (Galiano G et al., 2013), todo tratamiento médico conlleva a “una serie de sentimientos negativos en la persona, que marcan de manera significativa su experiencia de vida. Pero también influyen aspectos positivos derivados de la atención humanizada del personal de enfermería” (Santiago De Castro, 2016), “La satisfacción con el tratamiento es menor a medida que aumenta el número de años desde el diagnóstico” (Rodríguez Arroyo, 2017),

3- Creencias y conocimientos sobre la salud. Resalta “la importancia y necesidad de información sobre la patología”, dado que genera tranquilidad y aporta a la mejora de los pacientes, por ejemplo “personas mayores, muestran gran interés y expresan la necesidad e

importancia de información cuando ésta se refiere a su salud” (Moreno et al., 2015), dado que “los conocimientos sobre la enfermedad se constituyen en factor de riesgo o factor protector” (Piedrahíta et al., 2013). De ahí la importancia de “utilizar las mejores estrategias y técnicas para ayudarlo a conocer su enfermedad y tener capacidad de tomar de decisiones, reduciendo el riesgo” (Iglecias-Maragoni et al., 2021). Sin duda uno de los “aspectos importantes que influyen en los resultados de salud son la influencia de las creencias del paciente acerca de su tratamiento, la visión personal sobre lo que ha causado su enfermedad, los síntomas que cree que se asocian a su trastorno y el control que percibe para su manejo. los pacientes hacen una interpretación personal a corto plazo según los síntomas que perciben” (Gómez Baraza et al., 2021) “Es necesario tener en cuenta las creencias y experiencias de los pacientes respecto a sus condiciones de salud y sus tratamientos, para poder responder adecuadamente a sus dificultades, necesidades y garantizar el mejor resultado de sus tratamientos”.

Si bien estas líneas de discusiones abordan los factores de éxito y fracaso en la adherencia a los programas médicos, teniendo en cuenta factores subjetivos, de contexto, externos y contingentes, y abordan el contexto como un factor determinante puesto que las formaciones culturales y sociales determinan la adaptabilidad de los pacientes y el éxito de los programas, las creencias e información como factores de riesgo o fortalezas frente a la enfermedad y la experiencia del paciente en los procesos de atención como factor transversal para la adherencia, para reforzar creencias y conocimientos y para la adaptación de los contextos. No se halló una caracterización de los tipos de pacientes según su comportamiento y nivel de adherencia a los programas de riesgo cardiovascular en Colombia, por lo cual abordar Cómo es la experiencia del paciente del programa de salud de riesgo cardiovascular de una IPS de

Antioquia, Colombia y categorizar los pacientes según su nivel de adherencia al programa aporta al desarrollo de las discusiones en este campo del conocimiento.

### **Diseño metodológico**

El diseño de la metodológica de este estudio parte de la necesidad de evaluar cualitativamente. La evaluación requiere una revisión crítica de la relevancia y los métodos empleados en los proyectos actuales. Además, ofrece la oportunidad de mejorar en el futuro alineando las acciones presentes con las proyecciones futuras. Así, la evaluación se convierte en un proceso que integra el pasado, presente y futuro para desarrollar proyectos que respondan mejor a las necesidades sociales (Espinosa & Van de Velde, 2007).

Esta evaluación se haría en términos cualitativos pues intenta interpretar los fenómenos de acuerdo con los sentidos atribuidos por los mismos actores, en este caso los pacientes. Ya que partimos de comprender la experiencia del paciente como un elemento fundamental para el desarrollo y la adherencia en el programa. Vieytes (2004) expresa que la investigación cualitativa busca comprender los eventos, acciones, normas y valores desde la perspectiva de quienes los generan y viven. El investigador indaga sobre lo que realmente piensan las personas acerca de una situación específica, cómo experimentan cambios en sus hábitos y costumbres, cómo se sienten respecto a los hechos que les rodean, cuáles son las imágenes que influyen en sus decisiones y qué temores o expectativas les provocan las transformaciones en su vida diaria.

La elección de este enfoque, parte de los hallazgos del fenómeno, ya que desde la exploración de la bibliografía disponible acerca de la experiencia del paciente de riesgo cardiovascular, se hallaron importantes elaboraciones cuantitativas demostrando datos e indicadores que daban cuenta de la falta de adherencia al programa (Moreno et al., 2015), (Piedrahíta et al., 2013), (Zarauz Céspedes et al., 2021), (Madrigal et al., 2021) y otros; entre estos hallazgos, que más adelante se desarrollarán, se identifica la ausencia de un entendimiento

cualitativo que permita hacer sentido o interpretar la experiencia de acuerdo a los sentidos atribuidos por los mismos pacientes (Denzin & Lincoln, 1998).

El diseño cualitativo parte de que las ideas y significados no son fijos, sino que varían según el uso que se les da en cada contexto, y entiende que el sujeto está inmerso en un proceso constante de construcción de significados y el lenguaje es el lugar adecuado para interpretar esos significados (Vieytes, 2004).

Partiendo de un enfoque cualitativo, se eligen como método Estudio de caso. Este método implica un análisis detallado de un caso específico, evento, organización o individuo en su contexto real; en este caso se tratará de la experiencia actual de los pacientes del programa de RCV. En este estudio de caso se recopilan datos de diversas fuentes, como entrevistas a profundidad, tanto a pacientes (12) como a profesionales de la salud (3), observaciones y documentos, para obtener una comprensión profunda de la experiencia del paciente en el PRC. Este método es ampliamente usado, ya que sirve para explorar fenómenos complejos, desarrollar nuevas hipótesis o evaluar la efectividad de intervenciones y políticas (Atlas TI, 2024).

Es importante aclarar que el método de estudio de caso no se limita únicamente en la descripción empírica, sino en la exploración de datos y relaciones entre la teoría y esos datos cualitativos, además, no se rige por una lógica estadística o de representatividad, sino que está en la búsqueda de la comprensión profunda del caso para que luego pueda ser comparado en estudios posteriores.

La elección de este método responde a que, en la exploración inicial del fenómeno, se identifica que no hay modelos que puedan ser usados como una base o punto de partida con el propósito de comprender la experiencia del paciente del PRC.

Los datos recogidos en la presente investigación fueron de dos tipos:

Secundarios, especialmente a través de una revisión bibliográfica que permitiera identificar los antecedentes y marco referencial y conceptual del problema de investigación.

Primarios, recogidos a través de 12 entrevistas a profundidad a pacientes del PRC (la elección se da de manera intencional con el apoyo del personal médico de la IPS), 3 entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud, 1 médica coordinadora y 2 enfermeras; también se aplicaron pruebas de usuario a 5 pacientes con un prototipo de baja fidelidad que se incluyó en las recomendaciones.

### **Las fases metodológicas**

#### ***Revisión bibliográfica***

Se parte de una revisión bibliográfica, la cual constó de localizar, analizar y sistematizar los antecedentes obtenidos de la revisión de fuentes bibliográficas y documentales acerca de las investigaciones o conceptualizaciones que ya se han hecho y publicado sobre la experiencia del paciente en el PRC, u otras patologías crónicas. Esta revisión bibliográfica permitió la comprensión especialmente de evidencia empírica y algunas elaboraciones teóricas o conceptuales relacionadas con la cuestión.

La búsqueda y elección de las fuentes bibliográficas se hizo a través de bases de datos indexadas, con la elaboración de ecuaciones de búsqueda direccionadas a publicaciones sobre experiencia del paciente de riesgo cardiovascular. Las bases de datos empleadas fueron Science Direct, SCOPUS, Dialnet, Scielo y Redalyc.

Estas publicaciones fueron sistematizadas en una matriz de acoplamiento bibliográfico, en donde se leyeron sistemáticamente los documentos, con el objetivo de identificar la información relevante acerca de los objetos de estudio, las teorías o conceptos, los métodos y las discusiones planteadas.

Con base en los hallazgos de esta revisión bibliográfica, se identifica la oportunidad de desarrollar un estudio de caso.

### ***Estudio de caso***

El estudio de caso consiste en la recopilación e interpretación detallada sobre una situación en particular, en este caso se trata de la experiencia del paciente de RCV. El estudio de caso tiene la posibilidad de permitir una comprensión profunda de una situación o fenómeno que pueda ser comparado con otros semejantes en estudios de caso diferentes.

En el presente estudio, el estudio de caso inició con entrevistas a personal de la salud de la IPS, con dos enfermeras y una médica coordinadora, quienes como actores inmersos en el programa y como conocedoras de los pacientes, aportan desde su conocimiento para tener una primera aproximación a pacientes típicos y atípicos del programa y con el apoyo de ellas se realiza la selección de la muestra.

- El muestreo, entendiendo que se da desde un enfoque cualitativo, por ende es *intencional*, es decir, no obedece a reglas fijas, sin embargo permite según Vieytes (2004) tener cierta representatividad, ya que el contexto y el caso específico es identificado y seleccionado con el apoyo de los profesionales de la salud, eligiendo pacientes “típicos” o “atípicos”, esto no se lograría con una muestra del mismo tamaño si se hubiera realizado de manera aleatoria, esta elección intencional también permite captar dicha heterogeneidad de los casos, incluidos el caso crítico de nula adherencia al programa.

Los criterios que guiaron el muestreo fueron principalmente el de la *adecuación*, o saturación de la información, esto se refiere a que luego de la décima entrevista a pacientes y la tercera al personal médico se pudo contrastar con los hallazgos bibliográficos y se concluyó que no aparecían datos nuevos relevantes o distintos a los ya identificados. El segundo criterio fue el de

*pertinencia*, el cual establece las características para elegir a los pacientes, con la guía de los profesionales de la salud de la IPS, algunos de los criterios fueron que estuvieran vinculados o diagnosticados con riesgo cardiovascular hace más de un año, pues esto permitiría que pudiera haber vivido los diferentes momentos en el PRC, además se privilegió la conversación con pacientes mayores de 50 años, siendo la población más relevante dentro del programa. Este tipo de muestreo es denominado *opinático* (Vieytes, 2004).

- La recolección de los datos en este estudio de caso, se dio a través de la *entrevista semiestructurada*, ya que es una técnica de investigación cualitativa privilegiada porque permite acceder a la información desde la perspectiva, en este caso, de los pacientes, ya que nuestro objetivo general se centra en captar lo que es importante para ellos, sus significados, perspectivas y definiciones, en suma, como lo define Vieytes (2024) el modo en que ellos ven y entienden su experiencia.

Esta técnica combina elementos de preguntas abiertas y preguntas predefinidas, facilitando la fluidez de la conversación, se realizaron las entrevistas de manera individual en diferentes momentos y espacios, acordados previamente con las personas a entrevistar. Todas las personas entrevistadas estuvieron de acuerdo en participar del estudio y firmaron un consentimiento informado, que no sólo protegerá su identidad, sino que también informa los fines académicos de la entrevista.

La elección de la entrevista como técnica de investigación se da principalmente porque permitía el abordaje de temas que pueden ser censurados en entornos colectivos, como son las creencias, comportamientos en función de la salud o historia clínica, buscando favorecer la confianza de las personas.

- El análisis de los datos. Cada una de las entrevistas fue transcrita y posteriormente analizada y codificada a través de Atlas Ti. Se partió de un sistema previo de codificación de datos cualitativos creados a priori basados en la revisión bibliográfica, además en la medida en que se realizó el análisis surgieron códigos o categorías emergentes, o in vivo, los cuales surgen directamente de los datos, del testimonio de las personas. Algunos de los códigos empleados son: “adherencia”, “conocimiento de la enfermedad”, “experiencia del paciente”, “percepción”, “emoción”, “relación médico - paciente”, “contexto sociocultural”, “creencias”.

Posterior a la codificación e identificación de unas categorías predominantes, se interpretan aquellas agrupaciones, relaciones y diferencias que permitieron identificar los tipos de pacientes, su experiencia con el programa y las pautas para mejorar su experiencia dentro de él.

## Resultados y análisis

**Figura 2**

Pacientes de riesgo cardiovascular.



Fuente: Fotografías y composición propia.

### Categorías de análisis

Se realizaron 12 entrevistas semiestructuradas a pacientes del programa de Riesgo Cardiovascular y 3 a profesionales de la salud, las cuales se transcribieron, codificaron y analizaron a través del Software de análisis de datos cualitativos Atlas TI. Se inicia la codificación con un listado a priori, que fue resultado de la revisión bibliográfica, la identificación de estos códigos, la emergencia de otros in vivo y sus relaciones entre sí, da como

resultado 4 categorías base que definen los tipos de pacientes de RCV de una IPS en Antioquia, Colombia. Ver figura 3.

### Figura 3

*Categorías que definen tipos de pacientes del PRC.*



Fuente: Elaboración propia.

### ***Adherencia***

Partiendo de la definición de la OMS (2003) anteriormente enunciada, la adherencia se refiere al grado en que “la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”, esta definición sumada con los hallazgos del análisis de las entrevistas, se logra identificar que la adherencia en el paciente de riesgo cardiovascular puede ser parcial o completa. Completa en tanto asiste al programa y realiza su tratamiento farmacológico de manera disciplinada, y además realiza cambios en hábitos de vida para mejorar su condición, mientras que la adherencia parcial se refiere al cumplimiento de una de las dos características previas, es decir, o sólo asiste al programa, o sólo cambia hábitos de vida.

La adherencia puede ser entendida también como la categoría de indicadores de resultado del programa, porque en la medida en que la adherencia es completa, el programa está teniendo un impacto positivo en los pacientes y además está cumpliendo con su meta de ejecución, ya que al tratarse de un programa que se sostiene a largo plazo, depende en gran medida de la responsabilidad, constancia y permanencia del paciente en el mismo. Es decir, el éxito del programa depende en última instancia de la adherencia que logra el paciente en él y a las indicaciones que el personal médico brinde, así mismo, la no adherencia al programa tiene consecuencias negativas en la salud del paciente, en su familia y en las entidades prestadoras de servicios de salud. La adherencia en el programa de RCV es en tanto un asunto de interés familiar, de las instituciones de salud, el personal médico, el Estado y que debe ser un propósito al diseñar la experiencia del paciente.

Esto ha sido probado por diferentes investigaciones descritas en el capítulo del Estado de la cuestión, entre ellas se destaca la realizada por Cerda et al., (2018), bajo el título de *Adherencia terapéutica: un problema de atención médica* donde se especifica que “La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran impacto a nivel mundial, predominando sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, en las cuales la adherencia a largo plazo comprende poco más del 50%, pero es más baja en países en desarrollo. Como consecuencia, tenemos mayores tasas de hospitalización, aumento en los costos sanitarios y fracasos terapéuticos, entre otros problemas.

En la comprensión de los pacientes y sus experiencias, se identifica que los pacientes pueden tener una adherencia completa en la medida en que son conscientes de su rol en la gestión de su salud, y utilizan conceptos como “yo me cuido” (Anónimo, comunicación personal, 2023), “depende de mí” (Anónimo, comunicación personal, 2023) o "Me cuido mucho, trato de llevar

una vida sana, la alimentación la cambiamos mucho debido al programa que es muy bueno" (Anónimo, comunicación personal, 2023). En los casos en que la adherencia era parcial o nula, se encontraron afirmaciones como "Uno enfermo, no piensa, no analiza ni entiende. Lo único que quiere es que lo atiendan ahí mismo" (Anónimo, comunicación personal, 2023) o por ejemplo un paciente que mencionó en la conversación que "yo tengo mucha fé que con el cambio de médico me pueda mejorar", (Anónimo, comunicación personal, 2023) en un momento en donde se cuestionaba porque no había logrado mejorar sus condición de salud en la última revisión.

Se propone entonces a partir de la evidencia empírica comprender la adherencia no como un requisito que se cumple o no, si no como un elemento complejo que se presenta en diversos grados en diferentes momentos de la vida del paciente en el programa y que tiene no sólo como indicador la asistencia a las citas, sino también un cambio comportamental por parte del paciente.

### ***Conocimiento y creencias***

Esta categoría, parte inicialmente desde la revisión bibliográfica como la necesidad de que los pacientes conozcan su patología e identifiquen factores de riesgo en ella, como lo expresan Escalante & Granados, (2010) "los conocimientos sobre la enfermedad y conocimientos sobre sí mismo, explican el alto nivel de adherencia". En el análisis cualitativo de las entrevistas emerge una categoría in vivo semejante, la cual hace referencia a las creencias o el conocimiento 'no científico' en el que pueden estar creencias religiosas, medicina ancestral, el uso de plantas medicinales.

A pesar de que ambos campos no necesariamente son contrarios, en las entrevistas se halla que entre más conocimiento técnico tiene el paciente, menos creencias 'no científicas' interfieren en su comportamiento y relación con el programa, por ejemplo "A veces me llegan

correos de conferencias o cosas, pero yo no puedo ir, son al medio día, entre semana, o son cosas que puedo leer en Wikipedia. Yo soy mucho de buscar por internet, cuando supe que tenía hipertensión busqué mucho, me gusta estar informado, trato de estar actualizado" (Anónimo, comunicación personal, 2023), mientras que los pacientes en los que predominan las creencias 'no científicas' tienden a poner en duda los tratamientos y la gestión que realizan los profesionales de la salud, "Cuando me dijeron que tenía hipertensión yo me encomendé a Dios, mi hermana me habló de unas monjas de Italia que vendían pastillas curativas bendecidas por unos padres y las encargué, yo me he sentido muy bien desde eso, gracias a Dios" (Anónimo, comunicación personal, 2023).

No implica necesariamente un nivel académico superior, pero suele tener correspondencia el nivel académico alto con la consciencia frente a la enfermedad y el conocimiento de los cuidados que debe de tener. En esta medida una persona puede tener una educación/conciencia científica sobre su enfermedad, o tener conocimiento 'no científico' y creencias mágicas sobre su enfermedad.

### ***Uso de TICS***

A pesar de que esta categoría no fue predominante en la revisión bibliográfica, aunque sí se identificó en algunos estudios como (García-Perea et al., 2021), sí fue una de las más predominantes a través del análisis categorial de las entrevistas emergiendo in vivo. Esta categoría se refiere al acceso a internet y el acceso a dispositivos para navegar en la web. Además de los hábitos de consulta y comunicación por estos medios. El acceso y el uso de TICS- cuando es positivo significa que los pacientes están habituados y pueden utilizar celulares inteligentes, tabletas y computador en su vida cotidiana y son herramientas para solucionar problemas en su día a día, por ejemplo, comunicarse con su familia, realizar pagos y trámites,

consultar contenido sobre temas de interés, etc. "A mí siempre se me olvida llevar ese carnet, me lo piden y me regañan y yo sinceramente pienso que eso es para viejitos, hoy en día con tanta tecnología, debería de ser digital, no me siento bien cargando ese carnet" (Anónimo, comunicación personal, 2023).

Cuando el paciente no tiene el acceso a las TICS o no hace uso de éstas, generalmente en su vida cotidiana busca y prefiere otros canales como el presencial y el telefónico.

El uso de las TICS además, estuvo presente en las diferentes recomendaciones de entidades públicas como: (Ministerio de Educación Nacional, 2021), (Consejo Privado de Competitividad, 2023), (Agencia Sinc, 2017), viendo en esta categoría una importante oportunidad para hacerle frente a varias de las barreras que tienen los colombianos para acceder al servicio de salud.

### ***Experiencia en el Programa de Riesgo Cardiovascular***

Se refiere al modo en cómo el usuario percibe su experiencia con el PRC, en donde los procesos se ajustan o no a su estilo de vida. Es una categoría fundamental, relevante tanto en la revisión bibliográfica en donde aparece como factor relevante “mejorar la relación médico paciente” (Villalba-Arias et al., 2021), dado que el “ modo en que médico y paciente interactúan es primordial para la relación que se instituye entre ellos y, luego, para el adecuado diagnóstico y tratamiento” (Villalba-Arias et al., 2021) dado que los “pacientes insatisfechos tienen más riesgo de complicaciones que los satisfechos” (Galiano G et al., 2013), todo tratamiento médico conlleva a “una serie de sentimientos negativos en la persona, que marcan de manera significativa su experiencia de vida. Pero también influyen aspectos positivos derivados de la atención humanizada del personal de enfermería” (Santiago De Castro, 2016), “La satisfacción con el tratamiento es menor a medida que aumenta el número de años desde el diagnóstico” (Rodríguez Arroyo, 2017). Y también fue relevante y predominante desde la información

empírica, por ejemplo un paciente con baja adherencia y una mala experiencia en el programa relató: "Tuve una experiencia muy negativa con el médico, yo llegué tarde, casi que no salgo del trabajo, yo sabía mi error, pero el médico me regañó horrible, me hizo sentir muy mal, ellos también lo hacen esperar a uno, pero vale más el tiempo de ellos. En esa consulta yo sabía que me tenían que pesar, que medir, etc. pero este señor ponía cosas sin pesarme, sin examinarme, y yo qué voy a saber si este señor si está haciendo las cosas bien, yo ya había tenido citas con otro médico y me examinaba y este señor se estaba inventando las cosas, así será con los exámenes, yo puse la queja y me lo cambiaron" (Anónimo, comunicación personal, 2023).

De esta manera quien tiene una experiencia positiva es quien logra acoplarse a los tiempos, a los modos, a los contenidos y a los canales que dispone el programa para sus pacientes, su estilo de vida logra acoplarse a esos tiempos, por facilidad o por necesidad, además consolida una relación con el personal médico de confianza; mientras que quien tiene una experiencia negativa es aquella persona que no encuentra en el programa posibilidad para sumarse a él porque los tiempos no logran ser los adecuados, ni los modos, ni los contenidos, ni los canales, y desconfía del personal de salud. Se identificó que esta categoría es la categoría pilar, pues define la posible transformación de las otras variables, es decir, si se logra modificar la experiencia, es probable que la educación, el uso de TICS y la adherencia se modifiquen positivamente.

Estas cuatro categorías base, son las que definen los tipos de pacientes hallados y descritos a continuación.

### **Tipos de pacientes**

Se identificaron 5 tipos de pacientes que tienen ciertos comportamientos por cada una de estas categorías. La identificación de los pacientes se realizó a través de la codificación de sus entrevistas en Atlas TI, a su vez, en el análisis integral de los datos se identifica que hay 5 tipos

de pacientes, en donde cada tipo comparte cierto comportamiento, percepción y discurso sobre su experiencia en el programa. Las categorías a priori e in vivo posibilitaron esta diferenciación. Posteriormente se realiza una entrevista adicional con una médica coordinadora del programa, a quien se le exponen los tipos de pacientes, desde el enfoque cualitativo y a través de su mentoría se realiza la validación y ajuste de éstos.





Se emplea como recurso creativo para la enunciación de los tipos de pacientes una metáfora que surge en medio de las conversaciones en donde los pacientes recordaban ese momento en que fueron categorizados como pacientes de riesgo cardiovascular, como un momento inesperado y sorprendente, uno de los pacientes enunció ante la descripción de su diagnóstico y su ingreso al programa: “como un viaje no planeado y que iba a durar mucho tiempo” (Anónimo, comunicación personal, 2023). De esta manera se entenderá al programa de riesgo cardiovascular como una embarcación que tiene en su interior diferentes personas que, según su comportamiento en las 4 enunciadas categorías, juegan un papel diferencial.

Si entendemos al PRC como una embarcación, dentro de ella encontraremos a los pacientes, y entre los pacientes se logran identificar 5 tipos: el Timonero, el Pirata, el Tripulante, el Explorador independiente y el Náufrago. En la figura 4 se sintetizan los tipos de pacientes según su comportamiento por categoría.

A continuación, se describirán los tipos de pacientes, iniciando con una síntesis de comportamiento, realizada a través de la extracción y reducción de los datos esenciales y posteriormente la descripción completa que incluye los testimonios de las entrevistas de cada tipo de paciente.

**Figura 4**

*Tipos de paciente según categorías de análisis.*

	TIMONERO	PIRATA	TRIPULANTE	EXPLORADOR INDEPENDIENTE	NAUFRAGO
 CONOCIMIENTO Y CREENCIAS	+	-	-	+	-
 USO DE TICS	+	+	-	+	+
 EXPERIENCIA EN EL PRC	+	+	+	-	-
 ADHERENCIA	+	+	+	+	-

Fuente: Elaboración propia.

### ***Tipo de paciente 1: El Timonero***

Síntesis de su comportamiento: es el tipo de paciente que tiene conocimiento técnico y científico sobre su patología, conoce de manera técnica en qué consiste, cuáles son los factores que generan descompensación y cuáles son sus “tareas” para mantener un buen estado de salud. Además reconoce qué comportamientos pueden afectar sus factores de riesgo.

Hace uso de TICS para comunicarse, realizar trámites y consumir contenido de su interés que le ayuden a formarse más sobre su enfermedad.

Su relación con el PRC en términos generales es positiva, porque éste se ajusta a su estilo de vida, dispone del tiempo para esperar y genera vínculos de confianza y cercanía con el personal médico.

Su adherencia es completa porque ha transformado sus hábitos en función de su cuidado y además asiste de manera disciplinada al programa.

El Timonero es un tipo de paciente que se informa, sabe y decide para dónde va. Como Timonero sabe a qué barco se montó, cómo va a ser el viaje y a dónde va a llegar si pone de su parte, este conocimiento le brinda la posibilidad de permanecer en gran medida de su tiempo en un estado de tranquilidad y seguridad, “para mí es fundamental saber qué tengo y qué me pasa, entonces yo leo, y trato de mantenerme informada, desde que supe que tenía hipertensión me puse a investigar y eso me tranquilizó porque vi que no me iba a morir si era juiciosa con el tratamiento, además yo busco qué hace cada medicina y esas cosas, para estar enterada y no andar por ahí como ciega” (Anónimo, comunicación personal, 2023). Se caracteriza por tener altos niveles de educación con respecto a su salud y enfermedad, pues ha consultado fuentes y ha generado conversaciones con personal de la salud para comprender su estado, además asiste de manera puntual a todas las actividades educativas programadas por el programa de Riesgo Cardiovascular, estos espacios no solo los ve como una oportunidad para aprender sino para compartir con personas con las que se identifica, pues disfruta de relacionamiento con el personal de salud y con otros pacientes. Por ejemplo, un paciente de 67 años expresó lo siguiente en la entrevista: "Las actividades dan la oportunidad de compartir con los demás, porque hay personas que se cierran en un círculo vicioso dentro de sí mismos" (Anónimo, comunicación personal, 2023).

El tipo de paciente Timonero utiliza las Tics y herramientas digitales para comunicarse con sus seres queridos, para consumir contenido de interés a través de diferentes plataformas, destacándose la búsqueda en Google y en redes sociales, también son una herramienta para realizar diversos trámites en su vida cotidiana. Se identifica que tiene hábitos establecidos de consulta y de interacción con sus seres queridos “por aquí me gusta hacer todo a mí, yo anoto las fechas de las citas y hasta el correo del doctor, esta es una herramienta muy útil, me propuse

aprender a manejarla y ya no puedo vivir sin ella”(Anónimo, comunicación personal, 2023), así relató una paciente de 64 años cuando se refería a la utilidad de las TICS en su vida.

La experiencia del Timonero con el programa es positiva, lo percibe integral, y se encuentra muy acoplado a él, conoce bien los tiempos y “la cantidad de vueltas” que se deben de hacer para realizar algunos trámites, dice “estar acostumbrado” (Anónimo, comunicación personal, 2023) y que no le afectan los tiempos de espera porque aprovecha ese tiempo para generar relaciones. Este conocimiento del programa se debe a las consultas que ha hecho con el personal de salud y a la posible experiencia que tenga en el programa, en donde se identificó que son personas que llevan más de ocho meses en el programa. El sentimiento que tienen con el programa es de agradecimiento, valoran la posibilidad de tener seguimientos y de tener acceso a la medicina para su tratamiento. Este agradecimiento se traduce en la vida práctica en compromiso para asistir a todas las citas médicas y charlas educativas, acompañando dicho compromiso con empoderamiento sobre su salud reconociendo signos y síntomas, y adoptando hábitos de autocuidado posibilitando una adherencia total en el programa. Un factor determinante para que esta experiencia sea positiva es la relación que el paciente tiene con el personal de salud, en donde ha establecido una relación de confianza y cercanía, “yo quiero mucho a Martha, ella es un amor, me llama para recordarme la cita, me animó mucho cuando yo me descompensé y me estuvo haciendo seguimiento, mejor dicho gracias a Martha es que yo seguí viniendo, y ya no faltó. Aquí todos son muy queridos” (Anónimo, comunicación personal, 2023).

No obstante, se halló que la adherencia al programa radica sobre todo en los atributos del paciente más que en las facilidades brindadas por el programa. Lo que posibilita al paciente disponer tiempo y afrontar los procesos de una manera más consciente son las condiciones

socioeconómicas. Principalmente son adultos mayores con un proyecto de vida consolidado, y con cierto nivel académico que le permite comprender la dimensión de su enfermedad.

Los cambios en su estilo de vida se reflejan de la siguiente manera: Han modificado malos hábitos alimenticios y han implementado una dieta saludable. Esto lo lograron a partir de procesos de educación del programa y el uso de las TICS como canales para aprender a preparar alimentos. "Me cuido mucho, trato de llevar una vida sana, la alimentación la cambiamos mucho debido al programa que es muy bueno" (Anónimo, comunicación personal, 2023).

También hacen parte de programas deportivos, los cuales se realizan en sus barrios, asisten a grupos de adultos mayores, participan de clases de su Caja de Compensación, principalmente hidroaerobicos. "Yo voy a piscina casi 3 o 4 veces a la semana, entonces mira que mi tiempo para cuidarme y cuidar mi salud está basado mucho en la terapia, los ejercicios, es un tema que yo tengo que decidir o cuidar mi salud físicamente o acabar en otras cosas o con estrés" (Anónimo, comunicación personal, 2023).

Están atentos a su salud mental, y buscan tener redes de apoyo, la principal es su familia, la cual también se vincula a los cambios de estilo de vida y apoya al paciente en todos los cambios que debe realizar, convirtiéndose en cuidadores.

La adherencia es posible porque se reconocen como parte fundamental del éxito del tratamiento y para esto asumen que deben ser activos no sólo con el cumplimiento de las tareas sino también la comunicación hacia el personal médico, en uno de los casos, la paciente hace énfasis en el seguimiento que ella hace de sus propios síntomas y compartió una anécdota en donde le informa al doctor los efectos secundarios de una de las medicinas que le formuló:

“Doctor, usted me recetó esta medicina y yo no sentía calambres en mis piernas, pero resulta que

tres semanas después de empezar a tomarme la medicina, comencé a sentir calambres, yo necesito que por favor lo analice" (Anónimo, comunicación personal, 2023).

### ***Tipo de paciente 2: El Pirata***

Síntesis de su comportamiento: El Pirata es un tipo de paciente que no tiene conocimiento técnico ni científico sobre su patología, su conocimiento está basado en creencias culturales y religiosas, por tanto, modifican su vida en torno a prácticas curativas que los sacará de la enfermedad, dichas prácticas no tienen sustento científico. Este tipo de paciente en ocasiones suspende los tratamientos médicos para reemplazarlos por ‘curas milagrosas’, "Un amigo me dijo que el mejor remedio es el ajo con limón para bajar el colesterol" (Anónimo, comunicación personal, 2023).

Hace uso de TICS para comunicarse y consumir contenido que soporte sus creencias, videos en redes sociales que exponen curas definitivas para la enfermedad. entonces si bien tienen hábitos de uso de TICS, éstas aún no son empleadas para una capacitación técnica o para la gestión de trámites, por ejemplo, pacientes que se encuentran en este tipo mencionaron refiriéndose al celular, “a mí aquí me mandan mucha información, uno con esto ya vive actualizado y se da cuenta de muchas cosas, por ejemplo ese engaño de las vacunas del covid, o usted ¿qué piensa?” (Anónimo, comunicación personal, 2023). Esta forma de comprender el mundo, no necesariamente lo aleja de una adherencia al programa, sin embargo, cuando sus creencias son rechazadas sin una explicación y comprensión empática por parte del personal de salud, suelen abandonar el programa.

Su adherencia es parcial porque aunque asiste al programa, no ha transformado sus hábitos en función de su cuidado y no sigue correctamente el tratamiento porque en ocasiones lo reemplaza por otros alternativos. Uno de los pacientes entrevistados mencionó “a mí a veces sí

me da pereza venir, y vengo es por mi hija que está todo el tiempo pendiente, pero aquí lo hacen esperar mucho a uno, y le dicen que debe de dejar de comer y que haga ejercicio, y yo sé que no puedo hacer ejercicio porque me tengo que cuidar el corazón, si cuando camino rápido siento que se me va a salir” (Anónimo, comunicación personal, 2023), este paciente expresa la dificultad para adoptar hábitos de bienestar, parte fundamental de la adherencia al programa.

Su relación con el programa de riesgo cardiovascular en términos generales es positiva, porque el paciente asiste con la expectativa de comprobar su alivio, además de tener tolerancia para la espera, “es muy bueno cuando uno ya sale de la crisis y se siente mejor, vengo también para darle gusto a mi hija” (Anónimo, comunicación personal, 2023). Su participación en el programa es de asistencia más que de involucramiento.

Este tipo de pacientes desarrolla parte de sus acciones con relación al programa de RCV desde sus imaginarios. El Pirata, está en el barco buscando explicaciones (no necesariamente técnicas o científicas) del porqué está ahí, algunas veces pierde el rumbo por creer que existen atajos (míticos). Este tipo de pacientes se caracteriza por tener pocos niveles de educación con respecto a su salud y enfermedad, puede asistir algunas veces a las actividades educativas pero no logran generar aprendizajes significativos, ya que sus acciones están basadas en sus imaginarios, por ejemplo: consumir determinado tipo de bebida, o asistir a rituales curativos para mejorar su estado de salud.

Para este paciente es muy importante que su médico escuche sus imaginarios y se los confirme o niegue con argumentos claros y con respeto, ya que suelen entrar en conflicto con las nuevas recomendaciones.

### ***Tipo de paciente 3: El tripulante***

Síntesis de su comportamiento: El tripulante es un tipo de paciente que no tiene educación ni conciencia sobre su patología, no logra entender los conceptos técnicos del personal médico, sólo sabe que tiene algo grave y que debe de ir a las citas médicas para cuidarse. Ha estado en un estado de preocupación y miedo, un paciente mencionó en la entrevista: "Me estresó ver ese poco de pastillas por la mañana y por la tarde, y mi esposa me dijo - eso hay que hacerlo, porque si el médico lo recomienda es porque uno lo necesita. Ya me tocó tranquilizarme."(Anónimo, comunicación personal, 2023)

No tiene acceso a las TICS o si lo tiene, no posee el conocimiento para emplearlas como herramientas para su comunicación, formación y resolución de trámites. Prefiere los canales presenciales y telefónicos. A pesar de que puede proceder de contextos rurales de difícil acceso."Yo vengo desde una vereda y me demoro llegando hora y media, eso que me toca venir cada tanto que por los medicamentos, las citas o las reuniones, pero yo vengo" (Anónimo, comunicación personal, 2023).

Su experiencia con el programa de riesgo cardiovascular en términos generales es positiva, basándose en la preocupación que le genera enfermarse está dispuesto a esperar. Depende mucho de las orientaciones que haga el personal de salud para poder seguirlas paso a paso.

Su adherencia es parcial porque aunque asiste al programa, no ha transformado sus hábitos en función de su cuidado y en ocasiones, debido a su desconocimiento, olvida tomarse adecuadamente la medicina y le confunden las indicaciones médicas, nos relataba un paciente que "la otra vez me descompensé porque confundí unas pastillas con otras, yo me las aprendo es por el color de la caja, y entonces la que me tenía que tomar de a dos, me terminé tomando media y la de media me tomé de a dos, me di cuenta cuando se me acabaron unas y fui a reclamar y me

dijeron que aun no me podían entregar, que yo debía de tener según la última entrega y yo sí me estaba sintiendo como mal, me dió mucho susto y me fui para urgencias pero allá me devolvieron, que pidiera otra vez cita con el médico, me la dieron como a la semana y ahí me mandaron otra vez los medicamentos y la enfermera me escribió a mano y claro cómo era que tenía que tomarlos, pero eso es muy difícil y yo no tengo buena memoria”(Anónimo, comunicación personal, 2023).

Ser Tripulante implica montarse al barco sin tener claridad de a dónde va el viaje. Es un paciente que comprende la importancia de asistir al servicio médico, sin embargo, esta comprensión no implica necesariamente conocimiento técnico de su patología, si no que está fundamentada en una emisión de temor y miedo a que pase algo grave con su salud. Prefiere ser guiado paso a paso y no conoce las consecuencias reales de sus hábitos en su estado de salud y cómo impactan éstos su condición actual. Este tipo de pacientes se caracteriza por limitarse al cumplimiento de las indicaciones médicas, así lo expresaba una paciente de 56 años "Uno enfermo, no piensa, no analiza, no entiende. Lo único que quiere es que lo atiendan ahí mismo" (Anónimo, comunicación personal, 2023).

Su experiencia con el programa es positiva en la medida en que valora mucho la "experticia" de los médicos, aunque admite que no entiende mucho de lo que ellos dicen, se limitan a cumplir con las indicaciones. El tripulante expresa tener más cercanía con el personal de enfermería, pues son quienes le explican el paso a paso a seguir, “yo siempre que salgo de la cita paso otra vez donde ella (refiriéndose a la enfermera) para que ella me explique bien”(Anónimo, comunicación personal, 2023). Aunque reconoce que hay tiempos de espera elevados y varios por trámites por hacer, no siente incomodidad frente a los tiempos de espera, ya que su prioridad es ser visto y examinado por el profesional así tenga que hacer trámites y esperar.

Si bien es un paciente que asiste a las citas y se toma el medicamento, podríamos afirmar que su adherencia es parcial, pues no realiza cambios sustanciales en su estilo de vida, por la falta de educación. De esta manera sus prácticas alimenticias no son las adecuadas para su patología, considera que su entorno y su capacidad económica no le permite cambiar hábitos como se lo han indicado en el programa de riesgo cardiovascular, por ejemplo, con la regulación del consumo de harinas y azúcar, consumo de alcohol y cigarrillo, etc. Es el caso de un paciente de 75 años: "Me dieron una cita con la de la comida, la nutricionista, ella me va a decir. Pero la doctora me dijo que no comiera arroz, que comiera arepa, pero yo como arroz cuando no hay nada qué comer, porque si aguanto hambre se me baja la presión, a veces paso mucha hambre, pero cuando me coge ese dolor de cabeza yo como lo que haya, así sea arroz y se me pasa el dolor de cabeza. Que no tomara bebidas negras, pero a mí no me hace falta el café" (Anónimo, comunicación personal, 2023).

Además de sus hábitos de alimentación, la relación con la actividad física, el movimiento del cuerpo y la práctica de deporte no ha sido un aspecto relevante en sus vidas, por diversión en algún momento practicaron algún deporte, pero no está instaurado como un hábito y tampoco se reconoce la importancia para mantener una buena salud cardiovascular. "Yo anteriormente jugaba Softball, Beisball, pero ahora no me atrevo. La cuestión es que el corazón es el motor del cuerpo y si falla, uno queda listo, uno tiene que cuidarse bastante." (Anónimo, comunicación personal, 2023)

En este tipo de pacientes la preocupación principal es la asistencia médica, y a pesar de necesitar apoyo para su salud mental, no se consulte por ello, pues es una condición secundaria desde su visión. Son personas que se sienten solas, "yo vivo con mis dos hijos y la mamá de ellos, pero ya entre nosotros no hay comunicación, a veces me dicen que tengo que traer

acompañante pero la verdad no hay quién venga conmigo” (Anónimo, comunicación personal, 2023), así vivan con miembros de su familia, suelen tener barreras de comunicación con sus parientes y cercanos, configurando redes de apoyo muy reducidas y desconectadas. En ocasiones prefieren ir a las consultas con acompañantes que no desempeñan el rol de un cuidador.

#### ***Tipo de paciente 4: El explorador independiente***

Síntesis de su comportamiento: El explorador independiente es un paciente que tiene conocimiento y consciencia sobre su enfermedad, reconoce cuáles son los factores que alteran su salud y está todo el tiempo actualizándose sobre cómo cuidarse mejor. Tiene acceso a las TICS y prefiere que todos los trámites y contactos que puedan hacerse de manera digital sean así, evita los canales presenciales y telefónicos. Su experiencia con el programa es negativa porque la forma en la que está diseñado no se ajusta a su estilo de vida. No está dispuesto a tener que ir presencialmente por trámites que podrían hacerse de manera digital. No está dispuesto a largas filas, ni a espacios formativos que no le aporten por tener ya un nivel de conocimiento alto de su enfermedad. Su adherencia es parcial, porque si bien cambia sus hábitos de vida centrándose en su cuidado, no asiste al programa, trata de tener el seguimiento en otros encuentros con el personal médico como citas de medicina general.

Este paciente está en el barco, pero aislado, no se siente parte de la embarcación, sabe que necesita viajar, pero busca hacerlo de manera independiente, pues los ritmos del programa no se ajustan a sus preferencias.

Tiene conocimiento y consciencia de lo que implica ser un paciente con Riesgo Cardiovascular, desde el momento del diagnóstico buscó información confiable sobre su patología y los cambios que debía hacer en su vida, de esta manera inició su adherencia, mejorando su alimentación y realizando actividad física. "Yo me preocupé cuando me dijeron que

era hipertenso, como que sentí que tenía que empezar a ser más responsable, a la semana ya estaba yendo al Smart Fit"(Anónimo, comunicación personal, 2023).

Tiene acceso y un uso habitual de las TICS y herramientas digitales, y es por medio de ellas que se informa y gestiona muchas situaciones de su vida, para comunicarse con su familia y sus amigos, para trabajar y para pedir y cancelar citas, prefiere los trámites digitales que presenciales. "Es increíble las filas que me ha tocado hacer sólo para que me entreguen un documento y yo les pregunto: ¿enserio no me lo pueden mandar por correo? parece como de otro siglo esto" (Anónimo, comunicación personal, 2023).

Su experiencia con el programa es negativa, no se siente identificado con el trato que recibe por parte de los profesionales ni con el programa como está diseñado, siente que "es para viejitos"(Anónimo, comunicación personal, 2023), categoría en la que se siente muy lejano, adicional no tiene tiempo para realizar trámites y esperar. Además, considera que el personal de salud es carente de empatía y tiende a prestar un servicio despersonalizado: "Tuve una experiencia muy negativa con el médico, llegué tarde, casi que no salgo del trabajo, yo sabía mi error, pero el médico me regañó horrible, me hizo sentir muy mal, ellos también lo hacen esperar a uno, pero vale más el tiempo de ellos. En esa consulta yo sabía que me tenían que pesar, que medir, etc. pero este señor ponía cosas sin pesarme, sin examinarme, y yo qué voy a saber si este señor si está haciendo las cosas bien, yo ya había tenido citas con otro médico y me examinaba y este señor se estaba inventando las cosas, así será con los exámenes, yo puse la queja y me lo cambiaron" (Anónimo, comunicación personal, 2023); otro paciente que tiene las características del Independiente expresa que "Con las enfermeras me parece que son groseras porque tienen mucho trabajo y son como de afán"(Anónimo, comunicación personal, 2023)

Su adherencia es parcial en la medida en que falta frecuentemente a las citas de control, en ocasiones adquiere los medicamentos por cuenta propia y prefiere hacer el control en cita médica general por la facilidad de agendamiento, no asiste a las charlas porque no se siente atraído ni identificado, como lo expresa este paciente: "Cuando me mandaron el tamizaje tuve que ir tres días seguidos y salí hipertenso, me sentí mal porque era un entorno lleno de viejitos, no me sentía en mi lugar"(Anónimo, comunicación personal, 2023) pero sí ha cambiado su estilo de vida como se mencionó anteriormente, ya que desde su diagnóstico procuró hacer cambios sustanciales en su vida, por ejemplo, tiene como hábito la actividad física, realizando entre 3 y 5 veces a la semana, asiste a gimnasios o practica un deporte específico.

El paciente Independiente se encuentra en un momento de consolidación de proyecto de vida, su tiempo y energía se enfocan en el trabajo y estudio, por lo que buscan que trámites alternos sean lo más fáciles y rápidos posibles, que sean por medios digitales y autogestionados. Este es uno de los motivos de su insatisfacción con el programa, al requerir tanto trámite presencial.

Tienen redes de apoyo articuladas de parientes y cercanos, sin embargo, tienen una actitud empoderada frente a su patología y se consideran autónomos e independientes, por esto no asiste a las consultas con acompañantes, aunque sí informa en su hogar sobre su enfermedad y cuidados que debe de tener, a su vez educa a sus seres queridos en prácticas saludables, "ya mi familia sabe y yo les cuento cualquier novedad, pero yo soy quien está pendiente de mis cosas, de mis citas y medicamentos" (Anónimo, comunicación personal, 2023).

Están en búsqueda de una atención de iguales, respetuosa, que entienda que es un trabajador con tiempos muy limitados y que su tiempo es igual de importante que el del médico.

### ***Tipo de paciente 5: El náufrago***

Síntesis de su comportamiento: El náufrago está buscando salirse de esa embarcación, incluso de asumir el riesgo de saltar de ella. No tiene conocimiento ni conciencia sobre su enfermedad y está en un estado de negación al respecto. Tiene acceso y uso de TICS con el fin de mantenerse entretenido, en juegos, videos y consumo de otro contenido de entretenimiento, pero no para fines educativos y resolutivos de su estado de salud. Su experiencia con el programa es negativa, una vez fue diagnosticado no regresó a controles, no se siente escuchado y prefiere mantener distancia con el sistema de salud, por tanto, su adherencia es nula, pues no asiste al programa y tampoco ha modificado su estilo de vida en función de su cuidado.

Su miedo corresponde a que no se sienten preparados para asumir ese tipo de responsabilidad (cuidado de su salud, cambio de estilo de vida, alimentación, adherencia al programa) ya que no se identifican con un paciente de riesgo cardiovascular (muchos de ellos se sienten (son) muy jóvenes o sanos).

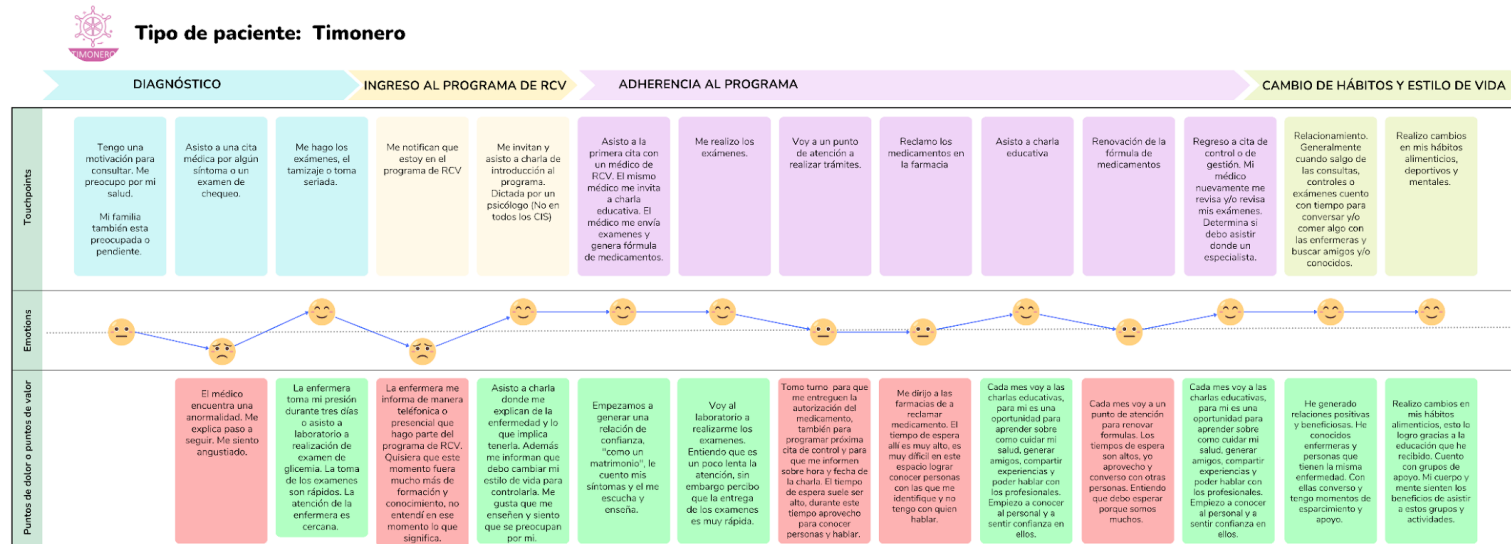
La atención debe centrarse en demostrarle que es posible, que se evidencie la posibilidad de tener una vida normal y que los cambios que se deben hacer son realistas. "No hay miedo a las consecuencias, están de vida de jóvenes con excesos, por lo que es muy difícil convencerlos" mencionó una enfermera en relación a este tipo de pacientes (Anónimo, comunicación personal, 2023).

### **Experiencia actual de los pacientes a través de los Patient Journey Map**

A continuación se presentarán los Patient Journey Map (PJM) por tipo de paciente:

Figura 5

PJM del Timonero.



Fuente: Elaboración propia.

Debido a las características de este tipo de paciente, el cual tiene una disposición y una red de apoyo para insertarse en el PRC y para transformar los elementos necesarios para estabilizar su salud, se encuentra que tiene mayor tolerancia a los puntos de dolor, entre los que se destacan los trámites presenciales y los tiempos de espera en ellos. Se convierten a su vez en un modelo de adherencia.

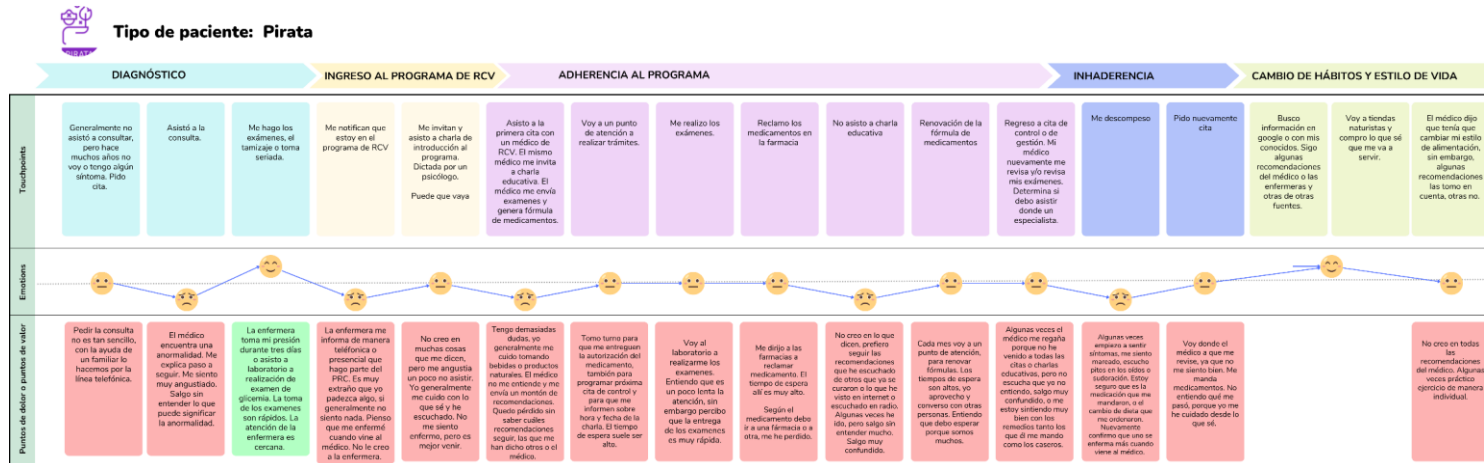
Síntesis de puntos de dolor del Timonero:

Forma de comunicación y contenido de la información, en donde se emplean conceptos muy técnicos que confunden a los pacientes.

Tiempos de espera altos y cantidad de trámites presenciales.

Figura 6

PJM del Pirata.



Fuente: Elaboración propia.

Síntesis de puntos de dolor del Pirata:

Forma de comunicación y contenido de la información, en donde se emplean conceptos muy técnicos que confunden a los pacientes.

Tiempos de espera altos y cantidad de trámites presenciales.

Escaso conocimiento de la enfermedad.

Incomprensión y/o olvido de las instrucciones recibidas.

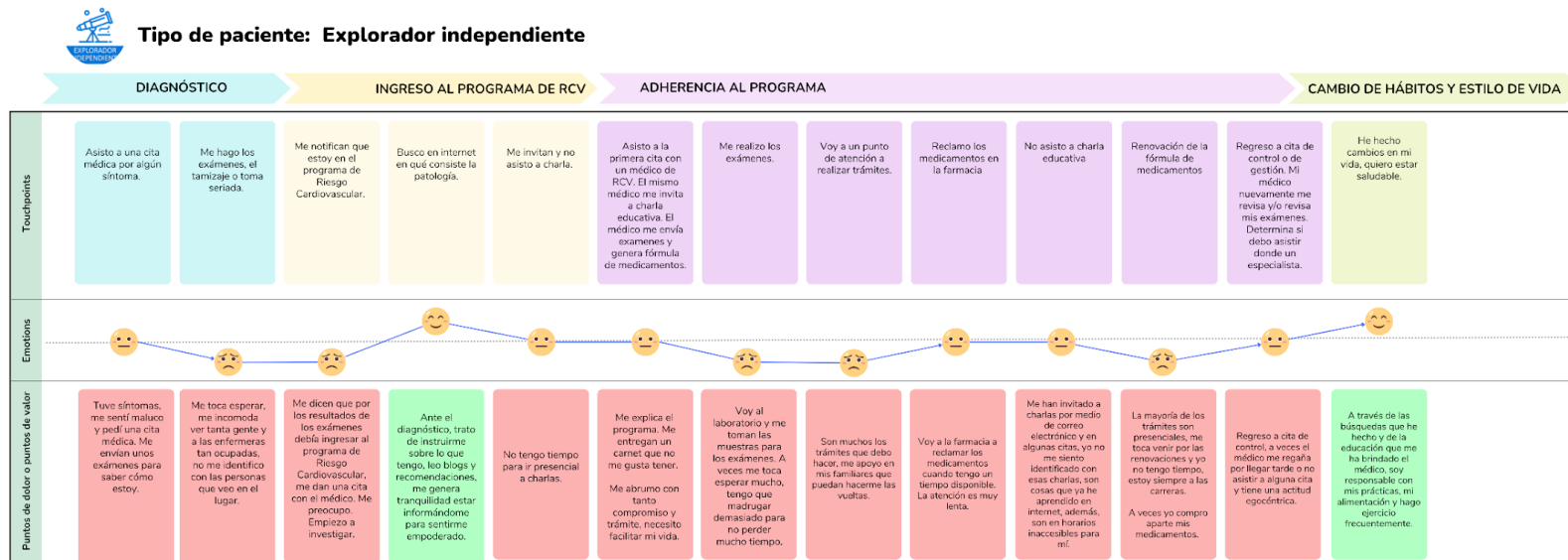
Desconfianza al personal médico.

Alto arraigo a creencias ‘no científicas’



Figura 8

## PJM del Explorador Independiente.



Fuente: Elaboración propia.

Síntesis de puntos de dolor del Explorador Independiente:

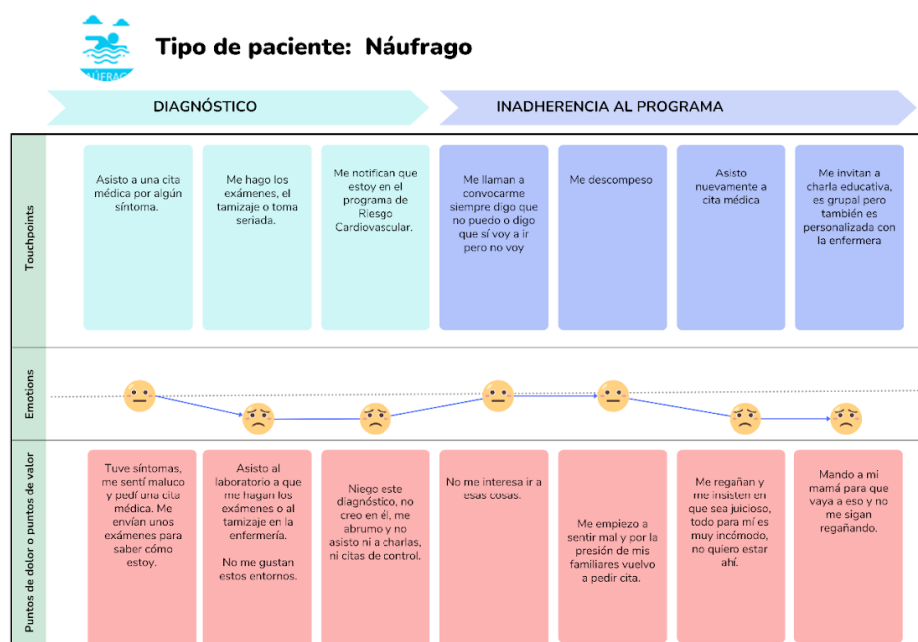
Tiempos de espera altos.

Cantidad de trámites presenciales.

Inconformidad con algunas actitudes del personal de salud.

Figura 9

PJM del Náufrago.



Fuente: Elaboración propia.

Síntesis de puntos de dolor del Explorador Independiente:

Forma de comunicación y contenido de la información, en donde se emplean conceptos muy técnicos que confunden a los pacientes.

Tiempos de espera altos.

Cantidad de trámites presenciales.

Escaso conocimiento de la enfermedad.

Incomprensión y/o olvido de las instrucciones recibidas.

Desconfianza al personal médico.

Alto arraigo a creencias ‘no científicas’.

Inconformidad con algunas actitudes del personal de salud.

## **Recomendaciones que buscan mejorar la experiencia de los tipos de pacientes**

En la búsqueda del mejoramiento de la salud de los pacientes, se vuelve crucial su adherencia al PRC, tanto en asistencia a las citas de seguimiento y de promoción y prevención como en los cambios en sus hábitos de vida, que incluye además, la adecuada gestión de sus medicamentos y tratamientos. Este cambio comportamental es el que se debe lograr homologar o asemejar en los diferentes tipos de pacientes, basados en un contexto que tenga en cuenta sus variables de origen, y partiendo de esas particularidades, es decir una experiencia basada también en sus contextos. A través de los estudios referenciados y en la comparación de los diferentes tipos de pacientes se identifica que el comportamiento del paciente se irá modificando en la medida en que el programa se ajuste a sus necesidades, en la medida en que los reconozca y que su experiencia sea diseñada para acompañarlos y apoyarlos en dicha transformación. De esta manera una persona que no tenga conocimiento sobre su enfermedad, si se siente acogido y con las herramientas adecuadas y centradas en sus características para iniciar su tratamiento, logrará aprender y cualificarse en su autocuidado. Esta experiencia debe de ser intuitiva y fácil, que permita el acceso a la información, facilite los trámites y conecte a los pacientes con los profesionales de la salud y con una comunidad que comparta características e intereses.

A continuación, se presentan una serie de recomendaciones que buscan mejorar la experiencia actual de cada uno de los tipos de pacientes del PRC. Las recomendaciones se presentan en fases que buscan iniciar con algunos ajustes razonables en la experiencia actual:

### ***Fase 1. Ajustes razonables en la experiencia análoga:***

Como primer momento para que la IPS avance en el mejoramiento de la experiencia de sus pacientes, se propone como acción a implementar una estrategia dirigida a la ‘humanización de la salud’, esta estrategia está orientada a algunos dolores expresados por los diferentes tipos de

pacientes que mencionan sentirse “regañados”, “mal atendidos”, “humillados” o “incomprendidos” por parte del personal de salud.

Cegarra & Hernández, (2022) afirman que humanizar implica valorar la dignidad y la individualidad de cada persona, ofreciendo una atención personalizada que respete sus valores y características únicas. Esto significa adoptar una visión holística del paciente, considerándolo en su totalidad: cuerpo, emociones, sentimientos, entorno social y cultural, así como el lugar donde vive. Esta definición, acorde a la evidencia empírica de este estudio, soporta la necesidad de que los profesionales de la salud comprendan de manera empática la diversidad de pacientes con los que interactúan y el grado de incidencia que tiene el contexto, las creencias, el conocimiento y la experiencia en el éxito de la adherencia al programa.

En este camino por la humanización se propone que la IPS emprenda un proyecto para la transformación cultural de los equipos hacia una cultura centrada en las personas, esta estrategia se enfocaría en el diseño de la interacción y relación médico - paciente, tratando de que las conversaciones y consultas sean personalizadas, que el personal médico brinde una atención individualizada, respetando el estado emocional de cada momento.

Acciones:

Diseño de un plan de gestión del cambio cultural hacia una cultura centrada en las personas

Humanización de la interacción médico - paciente. Diseño de la interacción en búsqueda del fortalecimiento de confianza del paciente con el PRC.

A partir de la Fase 2, las recomendaciones estarán asociadas especialmente al mejoramiento de la experiencia actual a través de una interfaz de usuario que pueda asistir a los diferentes actores en la agencia de su rol dentro del programa. Se identifica en la tecnología, y en el desarrollo de una interfaz, la oportunidad para sistematizar y agilizar los trámites que aún los

pacientes deben hacer de manera presencial y que no agregan valor en su experiencia, por el contrario aumentan el malestar con tiempos de espera altos, desplazamientos para entregar o recibir documentación.

La inclusión de tecnologías móviles en los programas de salud tiene un impacto positivo en diversos aspectos, y en algunos casos referenciados, como (PAHO, s. f.) en donde se han propuesto desarrollos para pacientes con riesgo cardiovascular, se identifica el potencial para aplicar un desarrollo semejante, ajustado a las necesidades de los pacientes en la IPS.

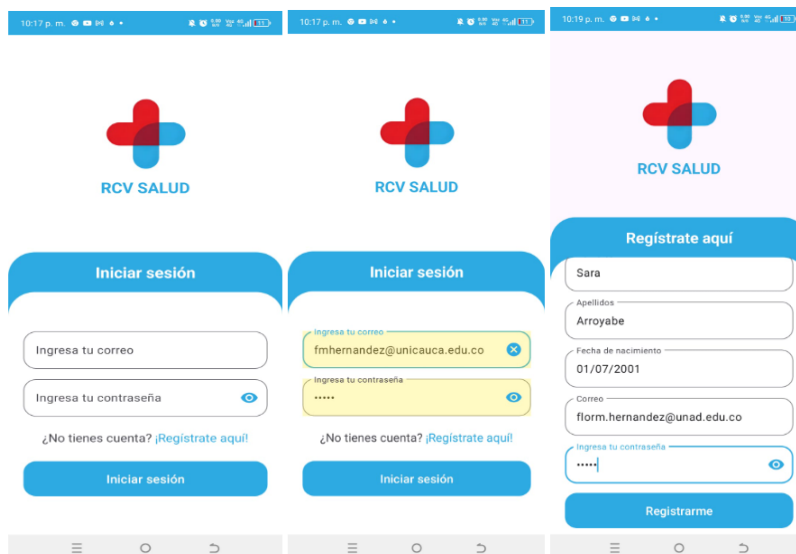
***Fase 2. Creación de interfaz que permita reemplazar trámites presenciales actuales como renovación de medicamentos, solicitud de cita de control, cancelación o reprogramación de cita y cambio de profesional.***

La fase 2 concentra la recomendación en ir escalonadamente desarrollando una App que permita a los usuarios que tienen hábitos y acceso a las TICS (tipo de pacientes: Explorador independiente y Timonero) realizar gestiones y trámites a través de ella, esto no sólo alivianar los tiempos de espera para aquellos pacientes que prefieren el trámite presencial (como el Tripulante), sino que también permitirá que el contacto humano, fundamental en la atención de salud, se concentre en el fortalecimiento del vínculo de confianza, es decir, que en los momentos en que los pacientes estén presenciales en un centro de salud, puedan sentirse reconocidos y valorados, no simplemente como lo relató un paciente: “un ficho, uno ahí esperando, solo para entregar un papel y ya, a eso me toca venir muchas veces, es el colmo”. (Anónimo, comunicación personal, 2023).

A continuación y de manera ilustrativa se presenta un primer esbozo de lo que podría ser esta fase 2. Ver Figura 10 y 11.

**Figura 10**

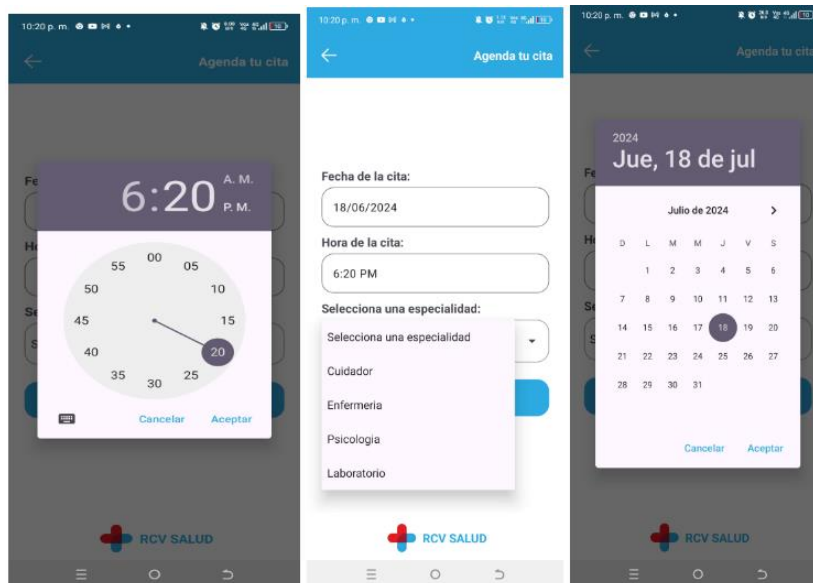
*Esbozo de fase 2 de solución digital.*



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 11**

*Esbozo de fase 2 de solución digital.*



Fuente: Elaboración propia.

***Fase 3, aumentar el nivel de la interfaz de transacción a la construcción de una red de cuidado y de interacción entre actores***

Se recomienda en esta fase, el desarrollo de una interfaz de usuario que logre adaptarse a la población a quién va dirigida, pues ésta tiene unas condiciones específicas: edad, educación, hábitos en uso de TICS, la adherencia al programa y la accesibilidad a cobertura de internet y telefónica. Por esta razón debe ser una herramienta fácil de utilizar que no dependa de la conexión a internet o la cobertura telefónica. Se debe priorizar el uso de imágenes y símbolos, que logren hacer comprensibles los términos médicos. La interfaz deberá tener en cuenta la comunidad, es decir, el paciente, el cuidador, el personal médico. De acuerdo a los hallazgos en la evaluación de la experiencia actual del paciente en el PRC, se recomienda que este desarrollo incluya los siguientes requisitos:

Creación de un perfil único y personalizado según el rol (paciente, personal médico o cuidador)

Creación de una red de cuidado, esto implica la posibilidad de interacción entre los diferentes roles.

Definición de metas acordes con los pasos del PRC y las recomendaciones médicas.

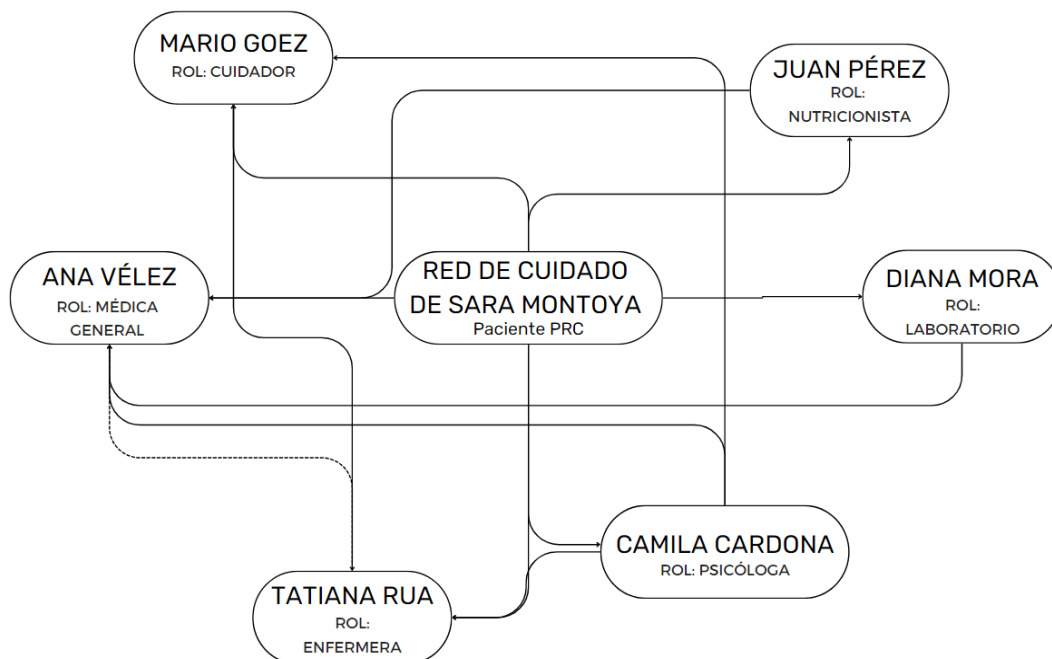
Definición de planes de transformación los cuales incluyen un sistema de recordatorios y recomendaciones para la modificación y adopción de hábitos de bienestar.

**Creación de perfiles por categorías.** Cada actor que haga parte del PRC podrá acceder a la interfaz con su propio perfil, dependiendo del tipo de perfil podrá acceder a ciertos contenidos y tendrá ciertas posibilidades. Algunos de las categorías son las siguientes: Personal médico, que incluye los perfiles de Médico general, Enfermero o Enfermera, Nutricionista, Psicólogo o Psicóloga, Internista (u otra especialidad), Laboratorio; la otra categoría sería la de Paciente y/o

Cuidador. De esta manera se podrá diferenciar el rol que cumple en la comunidad. Esta creación de perfiles además permitirá identificar la red de cuidado de cada uno de los pacientes, gráficamente se podrá ver de la siguiente manera Ver Figura 12:

### Figura 12

*Representación de la red de cuidado.*



Fuente: Elaboración propia.

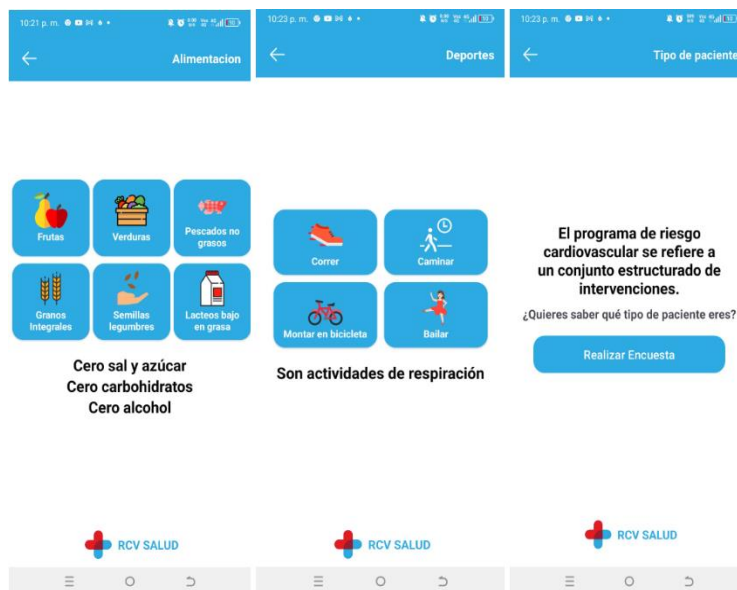
### ***Fase 4, creación de contenido en la interfaz con fines pedagógicos y de construcción de comunidad***

Una vez la interfaz se encuentre con la red de cuidado consolidada, en donde el paciente pueda interactuar con su médico, enfermera o cualquier otro profesional de la salud del PRC, se propone la creación de contenido que permita aumentar la categoría de conocimiento del paciente, esto realizarlo a través de una comunicación simple, sencilla, pedagógica y didáctica para que cada paciente, según su condición comprenda su patología y se forme en su propio autoconocimiento.

Contenido de carácter formativo, sobre lo que son los factores de riesgo cardiovascular, cómo identificar síntomas, tips de alimentación, de salud mental y de actividad física. Ver Figura 13.

### Figura 13

*Esbozo de fase 4 de solución digital.*



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, en la tabla 1 se enuncian dichas recomendaciones según el tipo de paciente y los puntos de dolor identificados en los PJM. Ver Tabla 1.

### Tabla 1

*Recomendaciones para el mejoramiento de la experiencia.*

Puntos de dolor	Tipos de paciente en donde aplica					Recomendación
	Timonero	Pirata	Tripulante	Explorador Independiente	Naufrago	
Forma de comunicación y contenido de la información, en donde se emplean conceptos muy técnicos que confunden a los pacientes.	x		x		x	Visualizar su proceso e indicadores de salud, traduciendo términos médicos en un lenguaje claro y sencillo. Este requisito permitirá al paciente conocer gráficamente y de forma pedagógica la evolución de su estado de salud y el cumplimiento de su proceso. Los indicadores tendrían la explicación de cómo la variación en ellos, se manifiestan en el cuerpo. Ejemplo índice de azúcar bajo: debilidad, mareo, desgano, etc. A su vez de

recomendaciones y alertas en situación de criticidad. De esta manera no será únicamente saber que tiene una alteración o una nivelación, si no comprender y sentir esos cambios en su cuerpo. Aumentará su autoconocimiento.

Tiempos de espera altos.	x		x	x	Se recomienda que los trámites actuales que debe realizar el paciente de forma presencial sean automatizados y/o digitales, para facilitar el acceso. Por ejemplo, la autorización de medicamentos, la renovación de fórmulas, la programación o solicitud de una cita médica, el cambio de IPS o de médico, la programación de exámenes a domicilio, la programación de entrega de medicamentos a domicilio. Una ganancia emergente es el ahorro de papel e impresión y tiempo de las personas alrededor de estos trámites.
Cantidad de trámites presenciales.	x	x	x	x	
Escaso conocimiento de la enfermedad.		x		x	La consolidación de la red de cuidado toma relevancia cuando entre los diferentes actores se pueden gestar intercambios de contenidos y de experiencias, por lo que se recomienda la creación de Foros de apoyo y de resolución de 'preguntas frecuentes'. Este requisito permitirá la interacción de los pacientes y la consolidación de una comunidad, en donde los pacientes podrán acceder a espacios de conversación sincrónica y asincrónica sobre sus procesos de salud y temas específicos. Se busca tener espacios para la resolución de dudas, compartir experiencias y darles una voz a los pacientes y sus cuidadores, acercándolos a una comprensión del riesgo cardiovascular de manera pedagógica.
Incomprensión y/o olvido de las instrucciones recibidas.		x		x	Uno de los motivos de la falta de adherencia a ciertos aspectos del PRC es el olvido, olvidar citas, olvidar la toma de exámenes o la toma de medicamentos es una situación muy recurrente que afecta la adherencia y la evolución positiva del estado de salud de los pacientes, por lo que se recomienda que la interfaz tenga un sistema de recordatorio de fechas y momentos importantes durante el PRC, como los exámenes, las citas y los medicamentos. La planeación del tiempo del paciente gira en relación a

las fechas donde debe realizarse exámenes médicos o controles de seguimiento. Este requisito permite que el paciente tenga recordatorios periódicos sobre las citas y así programe sus desplazamientos. También servirá para informar sobre la modificación de horas, día e institución, recomendaciones específicas a la hora de exámenes y la posibilidad de programar, reprogramar o cancelar citas. Ahora solo se puede realizar de manera presencial, por la naturaleza del PRC, otros trámites médicos si han implementado la programación y reprogramación de citas (como las citas con médico general o especialistas).

Desconfianza al personal médico.	x	El contacto del paciente del PRC con el personal médico actualmente se da durante las citas de control, es decir, presencial, esto supone un tiempo prolongado en el cual no tienen contacto, adicional sucede a menudo que los pacientes son trasladados a otros profesionales que continuarán con su seguimiento y estas asignaciones son repentinas sin un previo aviso. Con la creación de perfiles y de redes de cuidados, el paciente podrá tener contacto con el personal médico que lo apoya en su tratamiento. Se recomienda propiciar canales de contacto más efectivos donde se puedan abrir conversaciones periódicas para resolver dudas y para realizar seguimiento, se busca generar un sentimiento de confianza en el que el paciente sentirá que su proceso es personalizado. Este contacto permitirá que el paciente tenga información profesional sobre sus dudas o creencias. Además de ser notificado del cambio de profesionales si se presenta dicha situación. Las conversaciones para el personal médico tendrán el apoyo de IA (Inteligencia Artificial) para activar recomendaciones personalizadas y como apoyo de redacción clara para los pacientes.	
Alto arraigo a creencias 'no científicas'.	x	x	El desarrollo de esta interfaz deberá incluir información amigable sobre los tratamientos alternativo, haciendo énfasis en los aspectos que sí benefician al tratamiento o en los momentos en que puede afectar el proceso, esta información puede estar incluida en

			‘preguntas frecuentes’ o puede ser la oportunidad para la creación de contenido más cercano, con los mismos pacientes en conversación con el personal médico, tipo videos incluidos en los sitios informativos de la interfaz.
Inconformidad con algunas actitudes del personal de salud.	x	x	A pesar de que algunos de los dolores pueden ser solucionados a través del desarrollo de una interfaz centrada en los diferentes actores del PRC, es de altísima importancia que el contacto humano se fortalezca y permita consolidar una relación de confianza entre el personal médico y el paciente, por lo que además de recomendar el desarrollo de la interfaz, se recomienda que se implementen estrategias dirigidas al personal de los centros de salud, tanto personal médico como administrativo, en donde todos comprendan a profundidad el programa y tengan una cultura centrada en las personas. Para esto es de utilidad los planes formativos y de reflexión acerca de la relación médico paciente, la comprensión de las emociones de los pacientes y el manejo con cada uno de los pacientes para potenciar a través de una mentoría empática, la adherencia de cada uno en el programa.
Falta de motivación para el cambio de hábitos.	x	x	En la búsqueda de la modificación o adopción de hábitos de bienestar. Se recomienda que esta interfaz permita al paciente tener recomendaciones de profesionales asociadas al PRC, recomendaciones basadas en su historial clínico. Es decir, visualizar y acceder a las recomendaciones del nutricionista, deportólogo, médico general, psicólogo. Estas recomendaciones podrán ser incluidas en su plan de cuidado y podrá dividirlos en pasos, asignarles recordatorios y plazos, por ejemplo, aumentar el consumo de agua, y la aplicación orientará y recordará al paciente. Para este tipo de función se recomienda el uso de gamificación, en donde el paciente pueda involucrarse en la definición de metas y así mismo reciba ciertas recompensas. Y frente al reto de transformar el hábito de la alimentación y orientarla hacia una alimentación saludable y diferenciada, se recomienda que la interfaz aborde la angustia a la que se enfrenta el paciente cuando no sabe

cómo alimentarse. La aplicación identificará los factores de riesgo y dará recomendaciones de platos fáciles de preparar con las indicaciones claves: cantidades, uso o no uso de ciertos alimentos. Los ingredientes podrán ser elegidos por el paciente según su capacidad y su disponibilidad de estos, por lo que las sugerencias deberán ser cercanas y fáciles de alcanzar, pidiendo reemplazar ciertos ingredientes y agregando sus preferencias. Que motive a la consecución de logros. Este requisito permitirá al paciente conocer el porcentaje logrado y faltante de sus metas. Las metas son en relación a la estabilización de los factores de riesgo cardiovascular y a los plazos establecidos con su red de cuidado, desde un lenguaje positivo que invite a retomar en caso de existir alguna pausa en el progreso.

Fuente: Elaboración propia.

Esta interfaz debe diseñarse con un enfoque de accesibilidad universal, entendiendo que los tipos de usuarios están en situaciones diversas, algunas de discapacidad. Esto es una herramienta de inclusión. Que busca apoyar estos procesos médicos y de bienestar hacia la consecución de mejores estados de salud en los pacientes.

Con estas recomendaciones, se busca que la interfaz, con una experiencia centrada en las personas y sus diferentes roles, pueda comprender los comportamientos y metas de cada paciente, con una estrategia de gamificación, podrán ganar puntos según ascendiendo, lo que se refleja en los indicadores de salud. Uno de los propósitos es enfocar la atención y la energía de los pacientes en su proceso de autoconocimiento y cuidado y que aquellos aspectos que pueden ser automáticos y digitales lo sean, como son los trámites de solicitud, programación, cancelación, así como la posibilidad de tener encuentros virtuales con el personal médico en lugar de hacerlos presenciales si es de preferencia para el paciente y su estado de salud lo permite. El paciente podrá realizar el control de sus metas y registrar resultados y cuando un

paciente se desconecte de su proceso, la aplicación genera una alerta en la IPS para que el personal médico se contacte con el paciente, converse sobre su proceso y lo invite a regresar.

## Conclusiones

En este estudio el análisis reveló que se pueden definir cinco tipos de pacientes según cuatro categorías fundamentales: educación, uso de tecnologías de la información y comunicación (TICS), experiencia en el PRC y adherencia. El tipo de paciente denominado "Timonero" se destaca por su elevado nivel de educación y conciencia de su patología, mientras que el "Pirata" se basa en creencias culturales y religiosas. Por otro lado, el "Tripulante" depende en gran medida de la orientación del personal de salud, el "Explorador Independiente" se destaca por su autonomía y conocimiento, y el "Náufrago" muestra negación y evita el sistema de salud. La experiencia del paciente en el programa y su adherencia se ven influidas por estos tipos de comportamiento, lo que destaca la importancia de personalizar la atención médica para abordar las necesidades específicas de cada tipo de paciente.

Este estudio ofrece una visión detallada de cómo las categorías de educación, uso de TICS, experiencia en el PRC y su adherencia confluyen en la definición de cinco tipos de pacientes. Esta segmentación de pacientes puede servir como guía para adaptar estrategias de atención y educación médica, reconociendo que cada tipo de paciente requiere enfoques y abordajes distintos para optimizar su experiencia en el programa y su adherencia al tratamiento.

Comprender y diseñar la experiencia del paciente es un paso importante hacia la mejora de la atención médica y la calidad de vida de los pacientes. Al abordar desafíos como la falta de adherencia, el olvido de citas y la necesidad de información comprensible.

Se construyen una serie de recomendaciones, entre las que se destaca el desarrollo de una interfaz de usuario adaptada a las necesidades de pacientes, cuidadores y profesionales médicos ya que se convierte en un paso crucial para mejorar la adherencia y la experiencia en el PRC. Esta herramienta debe ser intuitiva, personalizada y fácil de usar, proporcionando recordatorios,

información clara y recomendaciones de salud, y promoviendo la interacción entre los diferentes actores involucrados. Con la posibilidad de este desarrollo, se espera que los pacientes se sientan más apoyados, motivados y empoderados en su proceso de autocuidado, lo que a su vez contribuirá a una mejora significativa en su estado de salud.

El conocimiento acerca de la experiencia de usuario y ésta trasladada a la experiencia del paciente, debe de ser vista desde el potencial que tiene para la transformación de la calidad de vida de ser humano y la contribución a una mejor sociedad. En este caso particular una buena experiencia de paciente, dentro de un programa de salud específico como lo es el PRC, contribuye trascendentalmente en las condiciones de vida de un paciente, de su familia y el contexto que los rodea. Los desarrollos que sean necesarios en este ámbito no sólo serán un apoyo para la reducción de siniestros, sino también al gran propósito de preservar y cuidar la vida del ser humano.

## Recomendaciones

Se propone emprender un camino hacia la humanización de la experiencia de los pacientes del PRC, esta transformación cultural será la base para siguientes fases que implican una transformación digital del programa, partiendo del contexto actual y de los hallazgos de la revisión bibliográfica, en donde las aplicaciones móviles han emergido como una herramienta esencial para mejorar tanto la experiencia del paciente como la eficiencia operativa, y que el desarrollo de una interfaz propuesta podría enfocarse en diversas funcionalidades que abordan necesidades de los diferentes actores y la gestión remota de enfermedades crónicas como lo es el riesgo cardiovascular. Fueron los mismos pacientes quienes demandaron en sus entrevistas una solución digital para aquellos trámites presenciales, por lo tanto, una aplicación móvil permitirá a los pacientes gestionar su salud activamente y a los profesionales acceder a datos y colaborar de manera efectiva. El desarrollo de estas aplicaciones representa una oportunidad para una atención médica más accesible y centrada en el individuo.

Las aplicaciones móviles en salud ofrecen numerosos beneficios, (Ordunez et al., 2024) incluyendo mayor accesibilidad a información y servicios, especialmente para poblaciones vulnerables y en zonas remotas, como es el caso de varios pacientes del PRC que desde zonas rurales deben de desplazarse al casco urbano no sólo para la asistencia médica, sino también para la gestión de trámites. Mejoran la eficiencia al simplificar procesos como citas y gestión de medicamentos, y permiten un monitoreo continuo de la salud, facilitando un seguimiento personalizado. También promueven hábitos saludables a través de recordatorios y educación, y mejoran la interacción entre pacientes y profesionales mediante consultas virtuales y acceso a registros médicos. En general, una solución digital para el PRC apunta a una mejor calidad de vida y a la sostenibilidad del programa y de la IPS, optimizando recursos y promoviendo la

prevención de enfermedades, enfocándose en fortalecer el vínculo humano como una oportunidad para la consolidación de una confianza que medie la relación médico - paciente. Para maximizar su potencial, es crucial atender a las necesidades de los diferentes tipos de pacientes, garantizar la seguridad de los datos, fomentar la alfabetización digital e integrar estas tecnologías con los sistemas de salud existentes.

## Referencias Bibliográficas

- Accesibilidad web Iniciativa ESPERA. (2023, diciembre 6). *Principios de accesibilidad. Estrategias, estándares y recursos para hacer la Web accesible a personas con discapacidad*. <https://acortar.link/sg2Xyc>
- Agencia Sinc. (2017). *El nivel socioeconómico, factor determinante en el riesgo cardiovascular*. Sinc Ciencia contada en español. <https://acortar.link/Vq74aJ>
- Almenara, A. P. (s. f.). *Las personas con discapacidad y el acceso a la Web*. Curso de Interacción Persona-Ordenador. <https://acortar.link/dd047R>
- Anónimo. (2023). *Entrevista a pacientes de RCV* [Comunicación personal].
- Atlas TI. (2024). *Guía fundamental de la investigación cualitativa—Parte 1: Conceptos básicos*. Atlas TI. <https://acortar.link/fEePUW>
- Benítez, Y. B., Casañola, Y. T., & Lombida, Y. M. (2021). *Marco de trabajo de evaluación de experiencia de usuario en el desarrollo de software*. 15(3).
- Castro Ramírez, C. S., Moreno Rodríguez, C. R., & Harold Davis, P. S. (2016). *Calidad del Cuidado de Enfermería y Grado de Satisfacción del Usuario Externo del Centro de Salud San Juan, año 2016* [Profesional, UNAP]. <https://acortar.link/thzIYh>
- Cegarra, B., & Hernández, E. (2022). Humanización y evaluación de la experiencia del paciente. *Sobre ruedas*, 109, 15-20. <https://acortar.link/yMXiVW>
- Cerda, J. J. O., Herrera, D. S., Miranda, Ó. A. R., & Legaspi, J. M. O. (2018). *Adherencia terapéutica: Un problema de atención médica*. 3.
- Consejo Privado de Competitividad. (2023, 2024). *Informe Nacional de Competitividad 2023-2024 » Salud* [Consejo Privado de Competitividad]. <https://acortar.link/As3KbV>

- DANE. (2023). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2023*. Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2023. <https://acortar.link/g8Snw4>
- Denzin, Norman K., & Lincoln, Y. S. (1998). *The landscape of qualitative research: Theories and issues*. Sage.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: Causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342-348. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>
- Domínguez-Samamés, R., Romero-Albino, Z., & Cuba-Fuentes, M. S. (2022). Comunicación médico-paciente y satisfacción del usuario en un centro de primer nivel de atención de Lima Metropolitana, Perú. *Revista Médica Herediana*, 33(1), 35-40. <https://doi.org/10.20453/rmh.v33i1.4166>
- Ellor, R. (2021). *La historia de la experiencia del paciente*. purple. <https://purple.ai/es/blogs/la-historia-de-la-experiencia-del-paciente/>
- EPS SURA. (2024a). *Modelos de Atención EPS SURA*. <https://acortar.link/K19wyX>
- EPS SURA. (2024b). *Servicios a un Clic*. EPS SURA. <https://www.epssura.com/afiliados>
- EPS SURA. (2024c). *Plan de Beneficios en Salud EPS SURA*. [https://www.epssura.com/files/cartilla\\_pos\\_epssura.pdf](https://www.epssura.com/files/cartilla_pos_epssura.pdf)
- EPS SURA, C. C. (2012). *Guías de abordaje y seguimiento Paciente con sospecha y diagnóstico de riesgo vascular por Diabetes Mellitus*. EPS SURA. [https://www.epssura.com/guias/diabetes\\_mellitus.pdf](https://www.epssura.com/guias/diabetes_mellitus.pdf)
- Escalante, E., & Granados, E. E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus. *Liberabit*, 16(2), 203-216. <https://acortar.link/EDuNXs>

Espinoza Corrales, L., & Van de Velde, H. (2007). *Monitoreo, Seguimiento y Evaluación de Proyectos Sociales*.

Fernández-Casado, P. (2021). *UX Design Hazlo fácil pensando en el usuario* (Primera edición). Ediciones de la U.

Fernández-Díaz, R., Cifuentes-Rivera, B., López-Sierra, E. M., & Pablos-de Pablos, M. (2023). Evaluación de la experiencia asistencial en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada. *Enfermería Nefrológica*, 26(3), 260-267.

<https://doi.org/10.37551/S2254-28842023025>

Galiano G, M. A., Calvo A, M. S., Feito T, M. A., Aliaga B, M. W., Leiva M, S., & Mujica P, B. (2013). Condición de salud de pacientes diabéticos y su satisfacción con el tratamiento para la enfermedad. *Ciencia y enfermería*, 19(2), 57-66.

<https://doi.org/10.4067/S0717-95532013000200006>

Gallego Álvarez, E. A., Castillo Gutiérrez, J., & Cardona Arias, J. A. (2020).

Reproducibilidad y validez del Picker Patient Experience (versión con 26 ítems) en participantes de investigaciones en Medellín, Colombia, en 2018. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(1), 1-9.

<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v38n1e338423>

Gañán-Echavarría, J. L. G. (2013). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en

Colombia. *Superintendencia Nacional de Salud*, 3, 7-19. <https://acortar.link/GMqSGm>

García Bravo, S. (2021). *Realidad virtual semi-inmersiva y videojuegos en los programas de rehabilitación cardiaca en pacientes con cardiopatía isquémica en fase ii* [Universidad

Rey Juan Carlos]. <https://acortar.link/sw0Qak>

Garlicio, S. (2023, mayo). *Coordinadora médica PRC* [Comunicación personal].

- Gómez Baraza, M. <sup>a</sup> C., Pibernat Mir, L., & Silva Castro, M. M. (2021). Creencias de pacientes con riesgo cardiovascular sobre la efectividad de las medidas higiénico-dietéticas y los tratamientos farmacológicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(2), 118-119. <https://doi.org/10.55783/rcmf.140218>
- Gómez Ramírez, O. J., Carrillo González, G. M., & Cárdenas, D. C. (2016). Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 15(4), 321. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.4.226851>
- Haynes, R. (1976). Una revisión crítica de los determinantes del cumplimiento de los regímenes terapéuticos por parte de los pacientes. En *Cumplimiento de los regímenes terapéuticos* (pp. 26-35). Johns Hopkins.
- Hirschberg, S., Donatti, S., Rijana, I., & Selan, V. (2014). The Relationship between the Therapeutic Adherence and Quality of Life in Hypertension. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6(2), 64-70. <https://doi.org/10.5872/psiencia/6.2.22>
- Intriago-Guzmán, A., Velastegui-Hernández, R., Saltos-Salazar, L., & Altamirano-López, L. (2024). La disminución de las habilidades sociales y la calidad de vida en el grupo de adultos mayores y sus afectaciones. *593 Digital Publisher CEIT*, 9(1-1), 99-111. <https://doi.org/10.33386/593dp.2024.1-1.2264>
- Koch, S. D., Barreat, Y., & Escalante, G. (s. f.). *La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico*. 18.
- Madrigal, J., González-Correa, M., Cruz-Sánchez, H., Tabares, J. E., Giraldo, P., Estrada, J., Gómez, C., & Amariles, P. (2021). Factores que afectan la persistencia en la

reclamación de medicamentos e intervenciones farmacéuticas en pacientes crónicos de una institución de salud (Medellín-Colombia). *Ars pharmaceutica*, 62, 32.

Márquez-Peiró, J. F., & Pérez-Peiró, C. (2008). Evaluación de la satisfacción y de la insatisfacción de pacientes atendidos en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos. *Farmacia Hospitalaria*, 32(2), 71-76. [https://doi.org/10.1016/S1130-6343\(08\)72817-4](https://doi.org/10.1016/S1130-6343(08)72817-4)

Martín Alfonso, L. de los Á., Grau Ábalo, J. A., & Espinosa Brito, A. D. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 225-238. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21431239007>

Martínez, P. B. (2015). *Evaluación de los servicios de educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, su fidelización, costes y satisfacción en farmacia comunitaria. Estudio fisftes-pm* [Universidad de Granada]. <https://acortar.link/7pq557>

Martínez-Domínguez, G. I., Martínez-Sánchez, L. M., Lopera-Valle, J. S., & Vargas-Grisales, N. (2016). La importancia de la adherencia terapéutica. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 14(2), 107-116. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375546666003>

Masso, E. M., & Peña, M. P. G. (2013). *Eficacia del ajuste al programa de riesgo cardiovascular en servicios de salud DE IPS SURAMERAMERICANA ALMACENTRO en pacientes de riesgo extremo* [Universidad CES]. [https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1264/Eficacia\\_programa\\_riesgo\\_cardiovascular.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1264/Eficacia_programa_riesgo_cardiovascular.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

- Ministerio de Educación Nacional. (2021). *Programa vigilancia riesgo cardiovascular*. Colombia Potencia de la Vida. <https://acortar.link/VWSXW8>
- MinSalud. (2013). *Exposición de motivos del Proyecto de Ley “Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Moreno, R. G., López, L. P., Pueyo, C. G., Torrents, M. R., Alba, T. L., & Mejía, C. M. (2015). Acercando la eHealth al paciente renal. *Sociedad Española de Enfermería*, 18(1), 9-10. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359843732002>
- Novartis. (2021). *Estas Son Las Soluciones Ganadoras En Tecnología E Innovación Que Continuarán Latiendo Para Mejorar La Salud Cardiovascular De Los Colombianos*. Novartis. <https://acortar.link/QIrHYT>
- Ochando García, A., Royuela García, C., Hernández Meca, M. E., Lorenzo Martínez, S., & Paniagua, F. (2008). Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis en la adherencia terapéutica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 11(4). <https://doi.org/10.4321/S1139-13752008000400005>
- OMS. (2024). *Gobernanza del sistema de salud* [https://www.who.int/]. Gobernanza del sistema de salud. [https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab_1)
- OMS. (31 de agosto 2021). *La OMS publica un nuevo compendio de tecnologías sanitarias innovadoras para la COVID-19 y otras enfermedades prioritarias*. Who.int. <https://acortar.link/3k2DQi>
- Ordunez, P., Campbell, N. R. C., DiPette, D. J., Jaffe, M. G., Rosende, A., Martínez, R., Gamarra, A., Lombardi, C., Parra, N., Rodríguez, L., Rodríguez, Y., & Brettler, J.

(2024). HEARTS en las Américas: Impulsar el cambio en el sistema de salud para mejorar el control de la hipertensión en la población. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.17>

PAHO. (s. f.). *HEARTS* (Versión 2022) [Software].

<https://www.paho.org/cardioapp/web/#/howtobloodpressure>

Peña-Valenzuela, A. N., Ruiz-Cervantes, W., Barrios-Olán, C., & Chávez-Aguilasocho, A. I. (2023). Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(1), 55-60. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457775054010>

Pérez-Herrero, S., González-Moreno, J., Rivera Rufete, F., & Cantero García, M. (2024). Evaluación de un programa de psicología positiva para la promoción del bienestar y la salud emocional en personas mayores del ámbito rural. *Revista CENTRA de Ciencias Sociales*, 3(1). <https://doi.org/10.54790/rccs.65>

Piedrahíta, M. C. C., Olarte, L. M. C., & Rivas, D. C. (2013). Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. *Hacia la Promoción de la Salud*, 18(1), 81-96. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126802007>

Pontificia Universidad Javeriana. (2015). ¿Cuál es el propósito de nuestro sistema de salud? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(28), 5-8. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54540401001>

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, Ley 100 (1993).

Puerto, M. J. G., Cotarelo, M., Sánchez-Vega, N., & Ferrer, P. (2018). La experiencia del paciente crónico. Encuesta anónima a pacientes con distintas enfermedades crónicas

- sobre su experiencia con el sistema de salud con la escala IEXPAC. *Monográfico*, 6(14). <https://acortar.link/3Ok45a>
- Ries, E. (2021). *El método lean startup* (11.<sup>a</sup> ed.). Planeta.
- Rizo, E. (2022). *Más que diseño de experiencia (UX) Life-centered design para productos y servicios* (Primera edición). Alpha Editorial SA.
- Rodríguez Arroyo, Luis Alberto. (2017). *Estudio para evaluar la satisfacción y adherencia del tratamiento en pacientes que por su dislipemia puedan requerir del tratamiento con pitavastatina = Efectiveness and treatment satisfaction in dyslipidemia with pitavastatina. Post-authorization, observational and multicentric study (REINA study)* [Universidad de León]. <https://acortar.link/vk2Fg7>
- Roméu Escobar, M., Sabina Molina, D., & Sabina Roméu, B. (2005). Evaluación del paciente hipertenso: Experiencia de la consulta especializada de hipertensión arterial. *MediSur*, 3(2), 5-11. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180019826003>
- Ruiz-García, J. (2022). Cuadruple meta en mSalud para la mejora del control de factores de riesgo cardiovascular en población de muy alto riesgo. *Rev Esp Salud Pública*, 96, 1-11.
- Sánchez-Urbano, C., Pino, M. J., & Herruzo, C. (2021). *Personality Prototypes in People with Type 1 Diabetes and Their Relationship with Adherence* [Universidad de Córdoba]. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/9/4818>
- Santiago De Castro, E. (2016). Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. *Avances en Enfermería*, 33(3), 381-390. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.41841>
- Soler-Sánchez, K. R., Soler-Sánchez, Y. M., PérezRosabal, E., Rodríguez-Rodríguez, D. R., & Castañeda-Castro, M. (2021). Programa educativo para favorecer la adherencia

- terapéutica en pacientes hipertensos de Manzanillo. *Revista Información Científica*, 100(3), 1-11. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551768286011>
- Toffoletto, M. C., Riquelme, N. E. C., Reese, D. A. G., Salinas, M. S. M., Gálvez, M. A. M., & Bacigalupo, C. A. M. (s. f.). *Página web para la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedades cardiovasculares de la Atención Primaria de Salud: Desarrollo y evaluación de la usabilidad*.
- Trujano, R. S., Valero, Z. V., & Quiroz, C. N. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit. Revista de Psicología*, 17(2), 223-230. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68622584011>
- Vargas Negrín, F. (2014). Adherencia al tratamiento: Un reto difícil pero posible. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 6(1), 5-7. <https://doi.org/10.4321/S1889-836X2014000100002>
- Vergara Gallego, Y. L., & Arango Yepes, N. (2014). *Evaluación y sistematización del programa de riesgo cardiovascular de salud en su empresa de la EPS Sura* [Fundación Universitaria Luis Amigó]. <https://acortar.link/KXppaK>
- Vieytes, R. (2004). *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad* (1.ª ed.). Editorial de las ciencias.
- Villalba-Arias, J., Almirón-Santacruz, J., & Torales, J. (2021). Comprendiendo la conducta del paciente con diabetes: Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. *Medicina Clínica y Social*, 5(2), 90-99. <https://doi.org/10.52379/mcs.v5i2.187>
- Villegas Flores, L. (2023). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento de rehabilitación de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con amputación de miembro

inferior. *Revista Médica Herediana*, 34(3), 117-123.

<https://doi.org/10.20453/rmh.v34i3.4921>

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*.

<https://iris.who.int/handle/10665/42682>

Zarauz Céspedes, J. M., Céspedes Rivas, M. J., ZaráuZ Céspedes, I., ZaráuZ Céspedes, G.,

Zarauz García, J., ; Blázquez Gabarró, M., & Valdeolmillos Carbo, L. (2021). Análisis

de la adherencia al tratamiento y grado de satisfacción del paciente con el tratamiento

antibiótico, desde la oficina de farmacia. *Ars pharmaceutica*, 62, 87.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8738818>

# Apéndices

## Apéndice A. Matriz de acoplamiento bibliográfico

Artículo	Título	ID	Palabras clave	Objeto	Teorías/conceptos. Breve descripción	Metodología	Conclusiones/Discusiones
	¿Cuál es el propósito de nuestro sistema de salud?	Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 14, núm. 28, enero-junio, 2015, pp. 5-8 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia		Reflexión y análisis, el concepto de sistema de salud			Ante estos hechos surge una pregunta: ¿cuáles son los reales objetivos del sistema de salud colombiano y cuál es la forma que hacen las autoridades competentes de las orientaciones de la omv y de los compromisos internacionales del país, finalmente reafirmados en la Ley 1751 del 2015? Siendo así, son pocas las veces que se ven en el camino y muchas las sombras que aún persisten para allanar un camino que conduzca a lo deseado: que se garantice el derecho a la salud a todos los colombianos, sin discriminación.
	Acercando el eHealth al paciente renal	García Moreno, Raquel; Picazo López, Laura; Grau Pueyo, Carme; Rico Toranzo, Mónica; López Albu, Thais; Moya Mejía, Carmen. Enfermería Nefrológica, vol. 18, núm. 1, 2015, pp. 9-10. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Madrid, España	eHealth, paciente renal, guía, adherencia, compromiso.	Analizar las visitas registradas en la "Guía para el paciente con Insuficiencia Renal (IR)". Valorar el grado de satisfacción de pacientes y profesionales sobre la guía.	Actualmente Internet es la mayor fuente de información sanitaria, la tasa de utilización de servicios eHealth en España es una de las más altas de Europa. En este contexto, creemos necesario acercar la eHealth al paciente renal y a su entorno diseñando una guía específica para el en web institucional de nuestro centro.	Estudio: cuantitativo, observacional de corte transversal. Con encuesta anónima a pacientes sobre su grado de interés en las Tecnologías de Información y Comunicación aplicadas a la IR. Guía para el paciente con IR. Duplico y póster informativos para su difusión. Encuesta anónima a pacientes y profesionales para valorar el impacto y grado de satisfacción 6 meses después de publicar la guía.	El alto grado de satisfacción obtenido, nos lleva a creer en la importancia y necesidad de información sobre la patología renal en Internet. * La e-Health es una realidad cada vez más presente en nuestro día a día. Incluso personas mayores, muestran gran interés y expresan la necesidad e importancia de información cuando ésta se refiere a su salud. Los temas más consultados en la guía coinciden con los temas por los que los pacientes muestran más interés en la encuesta previa a la realización de la guía. * Realizar una valoración posterior de la guía, por personas que la han utilizado, es muy enriquecedor para ver la usabilidad y utilidad de ésta, pero también para recoger impresiones sobre temas a mejorar o añadir.
	Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible	Varga Negriñ, F. Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral, vol. 6, núm. 1, enero-marzo, 2014, pp. 5-7. Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral. Madrid, España	Adherencia, Adherencia terapéutica, Pacientes	Analizar la adherencia de los pacientes con las diversas recomendaciones y tratamientos recomendados por los profesionales sanitarios.	Concepto: "adherencia" como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. La Concepto: adherencia terapéutica es un proceso complejo que está influido por múltiples factores relacionados entre sí, entre ellos, hay factores relacionados con el paciente (edad, problemas sociales, laborales, económicos, nivel de formación-instrucción, creencias, motivación...), la enfermedad (presencia o ausencia de sintomatología, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, pérdida de memoria, gravedad del proceso, enfermedades asociadas, otros tratamientos...).	Análisis de caso de pacientes con fractura.	(1) - Los pacientes fracturados tomar el tratamiento con 64más adherencia que los no fracturados con cifras de un 75,9% versus un 66,1%. - La adherencia terapéutica es un problema complejo, requiere de intervenciones de eficacia demostrada, útiles y fáciles, y de un abordaje multidisciplinario, donde profesionales con las enfermedades y los farmacéuticos pueden desempeñar un papel relevante en las intervenciones a aplicar. Las intervenciones para mejorar la adherencia deben ser discutidas con el paciente, considerando sus problemas y necesidades individuales. Recomendaciones a tener en cuenta. * Si un paciente presenta falta de adherencia, indagar si es intencional o no. * Analizar las creencias y preocupaciones del paciente sobre su medicación. * Realizar intervenciones dirigidas a los problemas específicos: sugerir a los pacientes que lleven un registro de las tomas de la medicación, simplificar el régimen posológico, utilizar pastilleros o similares, etc. * Si se producen efectos adversos, hablar con el paciente sobre los beneficios y efectos adversos, los efectos a largo plazo de la medicación, las preferencias del paciente a la hora de manejar los efectos adversos, considerar el ajuste de dosis, el cambio a otro medicamento y otras estrategias. * Preguntar al paciente si el coste de la medicación le supone un p
	Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia, 2010-2011	Casas Piedrahíta, María Cristina; Chavarró Olarte, Liliana María; Cardona Rojas, Dora. Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia, 2010-2011. Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 18, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 81-96. Universidad de Caldas	Adhesión, tratamiento, hipertensión arterial, riesgo (fuente: DoCS, BIREME).	Establecer la relación entre la adhesión al tratamiento con los factores demográficos y socioeconómicos, satisfacción con los servicios de salud, percepción de la calidad de la atención por parte del personal médico y conocimientos sobre la enfermedad de pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de los dos municipios de Colombia en 2010-2011.	Salud pública, mundial. Concepto: Adherencia al tratamiento, está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la modificación de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud (8).	Se realizó un estudio transversal en una muestra aleatoria (95% nivel de confianza, error 5%) de 295 usuarios. Se utilizaron el test de McNemar para medir la adherencia, y la encuesta y la hoja de registro para las variables incluidas en el estudio.	En igualdad de condiciones sociodemográficas, socioeconómicas y relacionadas con la atención en salud, solo los conocimientos sobre la enfermedad se constituyen en factor de riesgo o factor protector.
	Práctica colaborativa entre farmacéutico comunitario y médico en los servicios profesionales farmacéuticos: Programa CoSIGRE: sostenibilidad de los servicios profesionales farmacéuticos.	Dña. Ana Sánchez Molina. Farmacéutica Comunitaria. Cándida María José Fuen Dáster de Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.	Práctica colaborativa	Evaluar la práctica colaborativa entre farmacéutico comunitario y médico en el ámbito de los servicios profesionales farmacéuticos y comparación con un grupo control.	La práctica colaborativa entre profesionales de la salud fue definida por Colucco M. et al (1) como: "Un proceso de comunicación y toma de decisiones conjunta con el objetivo de satisfacer la salud, las necesidades de la enfermedad y el bienestar de los pacientes respetando cualidades y habilidades específicas de cada profesional". Esta definición ha sido posteriormente aceptada en estudio para el la evaluación de la práctica colaborativa en los que participaban farmacéutico comunitario y médico(2, 3)	La herramienta utilizada para la evaluación fue un cuestionario en el que el farmacéutico respondió sobre la frecuencia con que se producían interacciones relacionadas con la práctica colaborativa en una escala Likert de 1 a 7 donde que tiene las siguientes categorías de respuesta: 1- Nunca, 2- Muy raramente, 3- Raramente, 4-Ocasionalmente, 5- Frecuentemente, 6- Muy raramente y 7- Siempre. L	El servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico tiene un impacto positivo sobre el desarrollo de la práctica profesional colaborativa entre el farmacéutico comunitario y el médico. * Existe una herramienta validada que se podría utilizar para medir el nivel de practica colaborativa en el contexto de otros servicios profesionales de la farmacia comunitaria. * Esta herramienta puede ser útil para la formación en la práctica colaborativa
	DIFERENCIAS DE CONOCIMIENTO EN GENÉTICA ENTRE PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE LA POBLACION ESPAÑOLA.	Alberto Uribe1, María Fernando Rodríguez1, Fernando Martínez2, Alan Ruiz Padilla3, Cristina Plaza Plaza4	Farmacéutico, Conocimientos, cuidado de la salud, Tecnología	Analizar el conocimiento de la población española sobre algunos aspectos en genética, según un cuestionario de 11 ítems, dependiendo de si se trata de personal sanitario o no		El cuestionario se basó en el realizado por Heneman y cols. y consistió en la herramienta Google Forms. Se mantuvo abierto desde 30/10/2019 hasta el 8/11/2019. El cuestionario fue pasado a través de grupos de redes sociales (Facebook, Twitter, WhatsApp). Los datos fueron tratados con paquete estadístico R, mediante tablas de contingencia, tomando como variable de fila al ítem "¿Es ud. profesional de la salud?".	En España se obtuvieron 293 respuestas, de las que se descartaron 3 de ellas por diversas cuestiones (duplicidades, incongruencias). Como características personales, aquellas que resultaron con diferencias significativas fueron: género y nivel de estudio. En cuanto a la tabla de conocimientos, un 88,87% de los profesionales sanitarios contestaron correctamente las preguntas frente a un 81,23 de los no sanitarios. Las cuestiones con diferencia significativa se centraron en las cuestiones de "Una alta edad aumenta sumado el riesgo de tener un hijo con síndrome de Down.", "El uso de comprimidos de ácido fólico reduce el riesgo de tener un niño con defecto del tubo neural" y "La mayoría de las enfermedades genéticas se saltan una generación." donde el mayor porcentaje de aciertos fue para los sanitarios. El ítem con menor porcentaje de aciertos en ambos grupos fue "Las personas están genéticamente más relacionadas con sus padres que con sus hermanos y hermanas". Existen cuestiones que necesitan mayor grado de conocimiento técnico que presentan mayor diferencia de conocimiento, aunque hay cuestiones de conocimiento general con alto grado de desconocimiento en ambos grupos.
	FACTORES QUE AFECTAN LA PERSISTENCIA EN LA RECLAMACION DE MEDICAMENTOS E INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES CRÓNICOS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD (MEDIELLIN- COLOMBIA)	Julianna Madrigal1, Mauricio González-Correa2, Héctor Cruz-Sánchez2, Juan Escobar Tabares3, Paulo Giráldez3, Jorge Estrada3, Carlos Gomez4, Pedro Amareliz5	Adherencia, pacientes, programas, continuidad.	Identificar los factores que afectan la persistencia en la reclamación de los medicamentos y describir la gestión calibrada por el farmacéutico para favorecer la adherencia al tratamiento.	Las enfermedades crónicas representan una alta carga de morbilidad y costos para los sistemas de salud. Por su parte, el tratamiento farmacológico contribuye a controlar la enfermedad y a mejorar la calidad de vida de los pacientes. La no-adherencia al tratamiento es uno de los principales problemas y limita el logro de los objetivos de salud, lo que puede generar exacerbaciones, incapacidades, hospitalizaciones e incluso hasta la muerte del paciente.	Estudio descriptivo de pacientes crónicos con inconsistencias en la reclamación de sus medicamentos, atendidos en una institución de salud, entre agosto de 2020 y enero de 2021. Los pacientes identificados como no persistentes fueron contactados por el farmacéutico para evaluar y gestionar la causa de la inconsistencia en la reclamación del medicamento.	Se evaluaron 5788 pacientes no persistentes en la reclamación de los medicamentos. El 51% de los pacientes presentaron causas susceptibles de ser intervenidas, principalmente olvido del paciente (24%), no adherencia (12%), retraso en la autorización del medicamento (20%), ausencia de fórmula médica (16%) y problemas administrativos (8%). Las acciones realizadas por el farmacéutico para favorecer la persistencia y la adherencia al tratamiento fueron: educación sobre la importancia de la adherencia al tratamiento (57%), gestión administrativa de citas, fórmula médica, autorización del medicamento o exámenes médicos (30%), gestión del envío domiciliario (10%) y gestión de citas de aplicación (3%). En 4859 (84%) pacientes se mejoró la persistencia. Igualmente, se identificaron causas no intervenibles en el 49% de los pacientes, principalmente por terminación del tratamiento por criterio médico (40%), cambio de marca o de medicamento (17%), fallecimiento del paciente (12%). En este caso, cuando se inactivó al paciente o se anulaban los folios que no correspondían. En conclusión, se identificaron las principales causas de inconsistencias en la reclamación de medicamento y se intervinieron y gestionaron los pacientes con causas intervenibles, mejorando la persistencia en un 84% de los pacientes intervenidos.

<p>HERRAMIENTA TECNOLÓGICA PARA IDENTIFICAR REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS E INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES CON MEDICAMENTOS DE APLICACIÓN ASISTIDA</p>	<p>Juliana Madrigal, Juan Esteban Tabares<sup>1</sup>, Paulo Giráldo<sup>1</sup>, Jorge Erazola<sup>1</sup>, Juan Alberto Serna<sup>1</sup>, Carlos Gomez<sup>2</sup>, Newar Gralado<sup>2</sup>, Pedro Amante<sup>1</sup>. 1 Grupo Farmacovigilancia y Gestión de Riesgo, Hejpharma IPS, Medellín, Colombia. 2 Grupo Generación de valor en Salud, Omniavia, Medellín, Colombia. 3 Docente, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.</p>	<p>Describir los resultados de la utilización de la herramienta tecnológica HePhy para identificar RAM y su posterior intervención por el farmacéutico, en pacientes con patología crónica en tratamiento con medicamentos de aplicación asistida, atendidos en una institución prestadora de salud.</p>	<p>Estudio descriptivo con los pacientes en tratamiento con medicamentos de aplicación asistida (ácido zolédronico, desosumab, hierro sacato, carboximalosa de hierro, entropoyetina, ibuprofeno, losartán, degiteles, lantaredo, goserelin, peglistigastin, filgrastim, imungoglobulina, ropivrobromo, somatostatina, benzocetona, diploclima, polidocanol y hiperterial), que fueron atendidos en una institución de salud entre agosto de 2020 y enero de 2021. A los pacientes con medicamentos de aplicación asistida se les envió un formulario, por WhatsApp o mensajes de texto, orientado a identificar RAM (herramienta HePhy). Los pacientes con 1 o más RAM fueron contactados por el farmacéutico para precisar, gestionar y reportar la RAM. Además, se realizó el reporte de farmacovigilancia ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).</p>	<p>La herramienta HePhy se envió a 6006 pacientes, de los cuales el 23% reportaron RAM. Las principales RAM reportadas fueron cefalea, malestar general y fatiga, asociados al uso de ácido zolédronico (34%), hierro sacato (29%), carboximalosa de hierro (9%), desosumab (8%), ritonavir (7%) y peglistigastin (6%). Los pacientes con reporte de RAM se les realizó seguimiento pos-aplicación diariamente para evaluar su evolución y se brindó educación sobre el manejo de la RAM y la importancia de la adherencia al tratamiento. En conclusión, HePhy es una herramienta que facilita la priorización y seguimiento oportuno de pacientes con RAM asociadas al uso de medicamentos de aplicación asistida. Las principales RAM identificadas y gestionadas fueron pos-aplicación de ácido zolédronico y hierro sacato.</p>
<p>SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A TRAVÉS DE TELEORIENTACIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTE PERIQUIRURGICO CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR</p>	<p>Andrea Salazar Ospina<sup>1</sup>, Laura López Echeverri<sup>2</sup>, María Gabriela Viquez Zapata<sup>2</sup>, Viviana Molina Saldarriaga<sup>2</sup>, 1 Universidad de Antioquia, 2 Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias.</p>	<p>Evaluar la farmacoterapia prescrita al paciente, identificando en la necesidad, efectividad y seguridad de la misma, a través de intervenciones farmacéuticas vía teleorientación que mejoró los resultados en salud con la farmacoterapia.</p>	<p>Módulo DADEB de Seguimiento Farmacoterapéutico adaptado a Colombia, bajo el marco de las prácticas en Farmacia Clínica del programa de Química Farmacéutica de la Universidad de Antioquia.</p>	<p>Estado de Simulación inicial y final (Tabla 1 y 2); consolidado de intervenciones farmacéuticas (Tabla 3). Se evaluó la necesidad, efectividad y seguridad de la farmacoterapia en la modalidad de teleorientación, realizando intervenciones farmacéuticas según los hallazgos de médico tratante y paciente para la optimización de la farmacoterapia.</p>
<p>DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA</p>	<p>Fabiana María Marangoni Iglesias<sup>1</sup>, María José Zarrudo Romero<sup>2</sup>, María Isabel Valverde<sup>3</sup>, Fernando Martínez<sup>2</sup>. 1 Estudiante de doctorado en farmacia en la UGR. 2 Profesora de la UGR doctora en farmacia. 3 Coordinadora de proyectos de investigación. Grupo de investigación en Atención Farmacéutica.</p>	<p>Diseñar un protocolo de apoyo para el autocuidado de los pacientes con Enfermedades Cardiovasculares monitorizando el Riesgo Cardiovascular en la farmacia comunitaria. Planificar un planillo dentro de una farmacia comunitaria y verificar su aplicabilidad, validando si los indicadores son adecuados para medir el desempeño del farmacéutico como soporte para la activación del paciente.</p>	<p>Estudio observacional. Se realizó en una farmacia Comunitaria de Granada durante 3 meses desde junio de 2021. La intervención incluyó entrevistas realizadas por el farmacéutico de la farmacia comunitaria, al inicio del estudio y tra los 3 meses, donde se evaluó el conocimiento del paciente sobre el riesgo cardiovascular relacionado con su patología, utilizando las siguientes herramientas: 1. Cuestionario de autoevaluación (medir variables que indican el grado de involucración del paciente con su propia salud). 2. Aplicación de la tabla SCORE (estima la probabilidad de aparición de mortalidad cardiovascular en 10 años). 3. Medida de la presión arterial. 4. Uso de tabla Escala de Visualización Analógica (EVA) para medir la calidad de vida. 5. Medida del impacto económico de la intervención farmacéutica en la población del estudio (cuestionario de observaciones o uso de los servicios de salud durante la investigación).</p>	<p>El protocolo busca integrar todas las variables que componen las dificultades que tiene el paciente en el autocuidado de su enfermedad y a través de estas comprender en qué nivel de activación se encuentra. A partir de esta información, el farmacéutico puede utilizar las mejores estrategias y técnicas para ayudar a conocer su enfermedad y tener capacidad de tomar decisiones, reduciendo el riesgo cardiovascular y así mejorar la calidad de vida del paciente en su enfermedad crónica.</p>
<p>DISPENSAPP: UNA NUEVA HERRAMIENTA DE PACIENTE VIRTUAL PARA EL APRENDIZAJE Y EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE DISPENSACIÓN EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA.</p>	<p>Bautista María Perea García<sup>1</sup>, Víctor Barrios Sánchez<sup>2</sup>, María Isabel Valverde<sup>3</sup>, Fernando Martínez<sup>3</sup>. 1 Doctoranda, Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica, Universidad de Granada. 2 Farmacéutico, Granada. 3 Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.</p>	<p>Diseñar una herramienta novedosa online de apoyo a la docencia del Servicio de Dispensación. Realizar el desarrollo virtual de dicha herramienta. Planificar el pilotaje y la evaluación de la misma como fin del proyecto para su incorporación en la asignatura de Atención Farmacéutica (AF).</p>	<p>Este trabajo pretende ser una primera aproximación al diseño de una herramienta de Paciente Virtual en el Servicio de Dispensación, denominada Dispensapp, mediante tres etapas diferenciadas y sucesivas: A. Diseño conceptual de la herramienta, basada en el procedimiento del Servicio de Dispensación y adaptada para su uso como complemento docente y/o evaluativo. B. Desarrollo técnico de la herramienta a través de lenguaje Python®. C. Selección y elaboración de casos prácticos de Paciente Virtual.</p>	<p>La aplicación Dispensapp es un programa de Paciente Virtual enfocado al Servicio de Dispensación en Farmacia Comunitaria. Consigue una simulación virtual del estudiante para llevar a cabo una experiencia de AF en primera persona, navegando por varias pantallas que se suceden en función de las preguntas y respuestas elegidas, hasta llegar a la intervención final. • El diseño planteado es flexible y con amplia flexibilidad para ser adaptado a las necesidades futuras de la asignatura de AF. • El desarrollo virtual permite ejecutar las acciones pertinentes, tales como la realización de preguntas y la toma de decisiones. • Este trabajo pretende ser punto de partida para un futuro proyecto, siendo necesario su pilotaje para comprobar los beneficios, comparar las metodologías y adaptarlo a las necesidades encontradas.</p>
<p>PROYECTO DE COLABORACIÓN ENTRE FARMACIA HOSPITALARIA Y FARMACIA COMUNITARIA PARA EL FOMENTO DE LA ADHERENCIA EN CÁNCER DE MAMA</p>	<p>Francisca María Santandreu Jaume<sup>1</sup>, Eloy Rodríguez Campos<sup>2</sup>, Emma Suárez Mazariel<sup>3</sup>, Fernando Do Pazó Oubido<sup>2</sup>. 1 Centro de Información del Medicamento, Colegio Oficial de Farmacéuticos de las Islas Baleares, Palma. 2 Servicio de Farmacia, Hospital Universitari Son Espases, Palma.</p>	<p>Fortalecer al farmacéutico comunitario para mejorar la adherencia al THA en pacientes con cáncer de mama y evaluar mediante un proyecto de investigación la eficacia de un programa de atención farmacéutica (AF) en farmacia comunitaria (FC).</p>	<p>Se realizó una formación como requisito previo a la inclusión de los farmacéuticos comunitarios de las Islas Baleares como investigadores. Se planteó un estudio prospectivo aleatorizado de intervención farmacéutica (noviembre 2019 - mayo 2020). Se incluyeron pacientes en THA que acudían a la FC, se aleatorizaron a grupo control y grupo intervención (GI) y se estratificaron en función de la duración previa del THA: &gt;1 año y &lt;1 año. El GI recibió AF en tres visitas (0, 3 y 6 meses). Se registró la tasa de posesión de la medicación (TPM) mediante encuesta electrónica y el cuestionario de Morisky-Green (MG) a los 0 y 12 meses. Fue considerado paciente adherente según MG.</p>	<p>Los resultados de este proyecto revelan un mayor grado de participación de la farmacia comunitaria en actividades formativas que en la elaboración de registros con pacientes. Este hecho puede ser tenido en cuenta para el diseño de nuevos estudios en la FC que midan el impacto clínico de la actividad formativa como intervención sobre farmacia comunitaria y en los que participen los centros sanitarios de su zona geográfica.</p>
<p>CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN, AÑO 2016</p>	<p>Tesis. Bach. Enf. CLAUDIA SUSANA, CASTRO RAMÍREZ Bach. Enf. CLAUDIA RENÉ, MORENO RODRÍGUEZ Bach. Enf. HAROLD DAVIS, FAREDES SALAS</p>	<p>La teoría o modelo que se relaciona con la calidad del cuidado de enfermería y la satisfacción del usuario, es: El Modelo de PEARL, que propone resultados menos abstractos y más específicos en la práctica propia del ejercicio de la enfermería y delimita el campo de la práctica profesional, la edad del paciente, la acción o intervención del enfermero y el resultado propuesto. Peplar identifica dos supuestos explícitos: El aprendizaje de cada paciente cuando recibe una asistencia de enfermería es sucesivamente diferente según el tipo de persona que sea el enfermero. Estimar el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de Enfermería. Sus profesionales aplican principios y métodos que orientan el proceso hacia la resolución de problemas interpretados/fundados sobre calidad de cuidados de enfermería y satisfacción del paciente, estudio sobre perfil y grado de satisfacción de los usuarios que asisten al centro de salud, estudio sobre evaluación de la calidad de la atención de enfermería y nivel de satisfacción en pacientes, estudio sobre calidad percibida de la atención de enfermería en pacientes hospitalizados en una institución prestadora de servicios de salud Concepto: Personalidad en la Atención. Evaluación de la Calidad, Calidad del Cuidado de Enfermería, Trato Humano, Calidad en la Información, Satisfacción del Usuario, Satisfacción del Usuario de los Servicios de Salud, Elementos de la Satisfacción, Dimensiones, Derechos del Usuario.</p>	<p>Se empleó el método cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional, de corte transversal, intencional de la hora de la mañana, en el centro de salud de San Juan. Por ejemplo, el programa estadístico SPSS, versión 22.0, para Windows XP, con un nivel de confianza de 95%. El nivel de significancia menor de 0,05 (p &lt; 0,05) para aceptar la hipótesis planteada.</p>	<p>La calidad del cuidado de enfermería, mostró que 89,9% calificó a la puntualidad en la atención como buena, 72,9% refirió haber recibido un trato humano alto, 81,4% refirió haber recibido claridad en la información alta y 67,4% refirió haber recibido un cuidado estandarizado de enfermería de nivel medio. 2. En cuanto al grado de satisfacción, 56,6% de usuarios calificó con grado de satisfacción de satisfactorio. 3. Al asociar el cuidado de enfermería y el grado de satisfacción, se obtuvo asociación estadística significativa entre: puntualidad en la atención y grado de satisfacción (p=0,00126; p &lt; 0,05), trato humano y grado de satisfacción (p=0,00829; p &lt; 0,05), claridad en la información y grado de satisfacción (p=0,00021; p &lt; 0,05) y cuidado estandarizado de enfermería y grado de satisfacción (p = 0,001218; p &lt; 0,05).</p>
<p>Comprometido la conducta del paciente con diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica</p>	<p>Villalba-Arias, Jorge; Almirón-Santacruz, José; Torales, Julio. Comprender la conducta del paciente con diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. Medicina Clínica y Social, vol. 5, núm. 2, 2021, Mayo-Agosto, pp. 90-99. Clínica de Sociopsicología, Filial de Santa Rosa del Aparaz de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción</p>	<p>Hacer un repaso narrativo sobre los conceptos en los que se funda la adherencia terapéutica, explicando los modelos sobre los que se funda el diseño ante una enfermedad crónica o terminal, resumiendo los conceptos que hacen a la importancia de la comunicación, a la construcción de conductas terapéuticas, a la motivación-acción y a las emociones en salud, arribando todas que forman parte del constructo conocido como "adherencia terapéutica".</p>	<p>Modelo Biopsicosocial y el Biomédico. Existen diferencias cardinales entre un modelo y otro que juegan un papel fundamental a la hora de diseñar el programa de adherencia. Por ejemplo, el Modelo Biomédico el concepto de salud requiere meramente la ausencia de enfermedades, mientras que en el modelo biopsicosocial se habla de un bienestar biológico, psicológico y social como criterio necesario para la salud.</p>	<p>Si el objetivo del lector es simplemente el de obtener las estrategias para mejorar la adherencia terapéutica, todas ellas pueden ser resumidas en dos recomendaciones: mejorar la relación médico-paciente y pasar, de una vez por todas, del Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial (3). Desarrollar estas dos ideas es lo que se hará de aquí en adelante, intentando (a través de ser artículo de revisión) comprender la naturaleza de los pacientes con diabetes a seguir y cumplir con las indicaciones dadas por el personal de blanco.</p>

<p>15</p> <p>Comunicación médico-paciente y satisfacción del usuario en un centro de primer nivel de atención de Lima Metropolitana</p>	<p>Domínguez-Samanés, Rafael; Romero-Albino, Zoila; Cuba-Puentes, María Sofía Comunicación médico-paciente y satisfacción del usuario en un centro de primer nivel de atención de Lima Metropolitana. Peri Revista Médica Heredia, vol. 33, núm. 1, 2022 Universidad Perana Céspedes Heredia, Perú</p>	<p>Comunicación, satisfacción del paciente, atención primaria de salud.</p>	<p>Evaluar la comunicación médico-paciente y la satisfacción del usuario en un centro de primer nivel de atención de Lima Metropolitana</p>	<p>autores argumentan que se ha desgastado la relación entre médicos y pacientes, generando sentimientos de frustración en ambos, entre otras razones, por la relación vertical ejercida por parte de algunos médicos, dando escasa importancia a la opinión de los pacientes. Ante ello surgió la intención central en el paciente, que los identifica como socios, haciéndolos responsables de participar en la planificación de sus cuidados.</p>	<p>El uso de primer nivel de atención la comunicación médico-paciente es deficiente y la satisfacción del usuario es baja. Se requieren más investigaciones sobre este tema en ámbitos de atención primaria. La comunicación médico-paciente es elemento esencial de la relación médico-paciente. El modo en que médico y paciente interactúan es primordial para la relación que se instituye entre ellos y, luego, para el adecuado diagnóstico y tratamiento (15,16). El hablar efectivo solo se alcanza cuando sigue a una escucha efectiva; vale la pena que los médicos se verifiquen que el significado de lo que escuchan es el mismo del de la persona que habla (17). Una buena comunicación favorece la continuidad de la atención, por lo que la comunicación es elemento esencial para lograr mejores resultados en salud (18). Esta destreza clínica permite especialmente apreciable para aquellos profesionales que se desempeñan en la atención primaria (19). La mejora de los sistemas sanitarios basada en el fortalecimiento de la Atención Primaria, considera a ésta como pilar para elevar el nivel de salud de la población (20), obteniendo mejores resultados en salud y menores costos (21). Para contribuir al fortalecimiento de la Atención Primaria, es importante el diseño de los recursos humanos y la investigación asociada, empleando instrumentos que miden variables como las propuestas en esta investigación.</p>
<p>16</p> <p>CONDICIÓN DE SALUD DE PACIENTES DIABÉTICOS Y SU SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD</p>	<p>GALLIANO G., MARÍA ALEJANDRA, CALVO A., MARÍA SILVIA, FEHRE T., MARÍA ALEJIA, ALAAGA B., MARÍA WALENSA, LEIVA M., SARÁ, MUDICA P., BEATRIZ CONDÓN DE SALUD DE PACIENTES DIABÉTICOS Y SU SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD Ciencia e Enfermería, vol. XIX, núm. 2, 2013, pp. 57-66 Universidad de Concepción Concepción, Chile</p>	<p>Diabetes mellitus tipo 2, satisfacción del paciente, atención de salud, enfermedad en atención primaria.</p>	<p>Evaluar asociación de condición de salud, variables sociodemográficas y años de diagnóstico con satisfacción del paciente con características del tratamiento de diabetes</p>	<p>Estudio de prevalencia en 540 pacientes de 1.100 usuarios IM2 controlados en Programa Cardiovascular de un Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Macul, Región Metropolitana, Chile, previo consentimiento informado. Muestreo aleatorio simple (confianza 95%, margen 10%). Recolección de información en CESFAM y/o visita domiciliar por investigadores e internas de enfermería entrenadas. Satisfacción del paciente, medida con subescala satisfacción del cuestionario Diabetes Quality of Life (DQOL-2). Análisis con estadística descriptiva, Chi2, t-Test, Ranks, IC (95%).</p>	<p>la insatisfacción del paciente diabético con características específicas del tratamiento para su enfermedad se asocia mayormente a complicaciones que a compensación de la DM, pacientes insatisfechos tienen más riesgo de complicaciones que los satisfechos. Las características específicas del tratamiento correspondientes a la vida diaria están dadas principalmente por la insatisfacción con la vida sexual, con cómo duermen y con el tiempo que ocupan en ejercicios. Los pacientes con complicaciones de la diabetes refieren menor satisfacción que los pacientes descompensados de la enfermedad.</p>
<p>17</p> <p>Creencias de pacientes con riesgo cardiovascular sobre la efectividad de las medidas higiénico-dietéticas y los tratamientos farmacológicos</p>	<p>Gómez Barana, M.* Cristina; Pibernat Mir, Luis; Silva-Castro, Manha Milena Creencias de pacientes con riesgo cardiovascular sobre la efectividad de las medidas higiénico-dietéticas y los tratamientos farmacológicos Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 14, núm. 2, 2012, pp. 118-119 Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria</p>	<p>Creencias, Pacientes</p>	<p>Identificar las creencias de los pacientes sobre la efectividad de las distintas prácticas terapéuticas y/o preventivas (adecuada de estilo de vida y medicación)</p>	<p>Análisis de estudio de caso.</p>	<p>Las modificaciones de los estilos de vida están sujetas a condicionantes socioculturales y socioeconómicos que la actuación sanitaria debe atender. Otros aspectos importantes que influyen en los resultados de salud son la influencia de las creencias del paciente acerca de su tratamiento, la visión personal sobre lo que ha causado su enfermedad, los síntomas que cree que se asocian a su trastorno y el control que percibe para su manejo. Los pacientes hacen una interpretación personal a corto plazo según los síntomas que perciben. No necesariamente pueden identificar en su cuerpo las alteraciones derivadas de la hipertensión, la hipercolesterolemia o la diabetes, solo asimilan el riesgo. Cuando comprenden que su organismo se deteriora progresivamente sin llegar a sentirlo. Por esto, son sus emociones lo que conecta con la acción del riesgo. Es necesario tener en cuenta las creencias y experiencias de los pacientes respecto a sus condiciones de salud y sus tratamientos, para poder responder adecuadamente a sus dificultades, necesidades y garantizar el mejor resultado de sus tratamientos.</p>
<p>18</p> <p>Cuadruple meta en señalada para la mejora del control de factores de riesgo cardiovascular en población de muy alto riesgo.</p>	<p>Ruiz-García J, Molina Villaverde D. Cuadruple meta en sMhad para la mejora del control de factores de riesgo cardiovascular en población de muy alto riesgo. Rev Esp Salud Pública, 2022; 96: 22 de julio e202207056</p>	<p>Prevención cardiovascular; Cardioprotección; Rehabilitación cardíaca; Triple meta.</p>	<p>Transformar el modelo de prevención secundaria CV en nuestra población de referencia, de forma que éste fuera más proactivo, preventivo, predictivo y eficiente.</p>	<p>El control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en la población de alto riesgo continúa siendo subóptimo, lo cual debe hacernos reconsiderar las estrategias preventivas actuales. El objetivo del estudio fue transformar el modelo de prevención cardiovascular secundaria del Hospital Universitario de Temón (Madrid, España), para hacerlo más proactivo, preventivo, predictivo y eficiente.</p>	<p>Bajo la perspectiva de cuádruple meta se presenta un proyecto de mhd en el que el paciente incluye y revisa periódicamente los parámetros y valores relativos a sus principales FRCV (tabaquismo, dieta, actividad física, peso, tensión arterial, LDL, colesterol y hemoglobina glicosilada), pudiendo así comprobar si alcanza los objetivos terapéuticos recomendados en la guía de práctica clínica, interaccionando con su médico y generando avisos para reforzar sus indicaciones y/o intensificar las medidas terapéuticas y farmacológicas en caso de incumplimiento</p>
<p>19</p> <p>De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia</p>	<p>Jaime León Gutiérrez Echavarré*</p>	<p>Constitución, Salud, Derecho fundamental, Estado social, Juris</p>	<p>Determinar la naturaleza jurídica del derecho a la salud</p>	<p>Jurisprudencia nacional.</p>	<p>Análisis Jurídico del derecho a la salud</p>
<p>20</p> <p>Eficacia del ajuste al programa de riesgo cardiovascular en servicios de salud de IPS SURAMERICANA ALMACENTRO EN PACIENTES DE RIESGO EXTREMO</p>	<p>ELIANA MONCADA MASSO MARIA PAULINA GARCIA PEÑA</p>	<p>Pacientes de Riesgo Extremo.</p>	<p>Evaluar la eficacia del ajuste al programa de Riesgo Cardiovascular en Servicio de Salud de IPS SURAMERICANA ALMACENTRO en pacientes de Riesgo Extremo.</p>	<p>Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La promoción de la salud consiste en proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Interrupción de la cadena de acontecimientos que constituyen la historia natural de la enfermedad y que conducen al deterioro progresivo de la salud.</p>	<p>Investigación descriptiva que pretende hacer un seguimiento a la población de pacientes de RIESGO EXTREMO pertenecientes a los programas de riesgo cardiovascular de Servicios de Salud IPS SURAMERICANA ALMACENTRO.</p>
<p>21</p> <p>Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad crónica</p>	<p>Gómez Ramírez, Olga Inés; Carrillo, Gloria Mabel; Cárdenas, Diana Carolina Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad crónica Enfermería Global, vol. 15, núm. 4, octubre, 2016, pp. 321-330 Universidad de Murcia Murcia, España</p>	<p>Desarrollar y validar la Escala de satisfacción con el cuidado de la salud para personas con enfermedad crónica no transmisible (ECNCT), para ser utilizada en el contexto Latinoamericano.</p>	<p>o Estudio metodológico desarrollado entre 2012 y 2014. Para ello se cumplimentó tres fases: 1) Revisión de la literatura relacionada con la satisfacción con el cuidado en situaciones de ECNT. 2) Enunciación de la propuesta preliminar de la "Encuesta de satisfacción con el cuidado de personas con enfermedad crónica", concebida como GPCUN-ESU. 3) validación y construcción con expertos. 4) Prueba de campo en la aplicación a 111 personas con ECNT</p>	<p>El análisis multidimensional ha puesto de manifiesto, una escasa interacción entre los niveles de adherencia y estilos de personalidad, hecho que deberá ser corroborado aumentando la N en siguientes investigaciones. No obstante, cabe destacar que los estudios que postulan formular la hipótesis sostienen correlaciones entre estilos de personalidad y funcionamiento adaptativo (Cardenal Hernández &amp; Fierro Barrant, 2001), bienestar subjetivo y adaptación social (Fleury Barrant; Cardenal, Cardenal Hernández, 2002), salud psicofísica (tesis doctoral de Desch V., 2006), variables que en mayor o menor medida buscan poner de manifiesto la relación entre estilo de personalidad y salud mental.</p>	<p>Cuando se evalúa la eficacia del programa para el control de hipertensos y diabéticos y se tiene en cuenta los pacientes que asistieron a las 3 citas propuestas por el diseño del programa, el 77,7% de los HPA alcanzaron cifras óptimas y el 47,2% de los diabéticos logaron estabilidad metabólica durante el periodo evaluado, ninguno de los dos grupos cumplieron con la línea del base de la institución.</p>
<p>22</p> <p>Estilo de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus</p>	<p>Elioda Elisabeth Grando*, Eduardo Escalante** Universidad del Cuyo, Argentina.</p>	<p>Diabetes, adherencia, estilos de personalidad, auto-percepción.</p>	<p>examinar la contribución de la variable personalidad en las conductas de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes</p>	<p>El estudio metodológico desarrollado entre 2012 y 2014. Para ello se cumplimentó tres fases: 1) Revisión de la literatura relacionada con la satisfacción con el cuidado en situaciones de ECNT. 2) Enunciación de la propuesta preliminar de la "Encuesta de satisfacción con el cuidado de personas con enfermedad crónica", concebida como GPCUN-ESU. 3) validación y construcción con expertos. 4) Prueba de campo en la aplicación a 111 personas con ECNT</p>	<p>El ACN evidenció escasa interacción entre los niveles de adherencia y estilos de personalidad, del análisis de los casos atípicos se obtuvo que, la interacción de dos categorías cercanas: conocimientos sobre la enfermedad y conocimiento sobre el mismo, explican el alto nivel de adherencia, se pudo delimitar que los estilos de personalidad no asocian de un modo directo con los niveles de adherencia, y que deberá aumentarse la casuística a los fines de poder delimitar elementos más cercanos en relación a esta hipótesis. Si se encuentran asociaciones entre algunos estilos de personalidad que, desde la formulación de sus constructos y los estudios sobre estilos de vida saludables, buscan establecer correlaciones (extraversión, concordancia), así como también se destacó asociación entre conductas no saludables y riesgo de personalidad, como es el caso de preservación y bajo nivel de adherencia.</p>
<p>23</p> <p>ESTUDIO PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN Y ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES QUE POR SU DISLIPEMIA PUEDEAN REQUIERIR DEL TRATAMIENTO CON PITAVASTATINA</p>	<p>LUIS ALBERTO RODRIGUEZ ARROYO</p>	<p>Satisfacción con el tratamiento que reciben en Asistencia Primaria y Hospitalaria</p>	<p>Evaluar en pacientes dislipémicos tratados con pitavastatina el grado de satisfacción con el tratamiento que reciben en Asistencia Primaria y Hospitalaria</p>	<p>Estado observacional (EPA-OD), descriptivo, transversal y multicéntrico de ámbito nacional en el que se han recogido datos de las personas diagnosticadas de dislipemia que cumplieron los criterios de selección</p>	<p>"Comodidad en tomar la medicación" es el dominio mejor valorado al evaluar la satisfacción, mediante el test TQM-9, seguido de los dominios "Satisfacción global con la medicación" y "Eficacia de la medicación". La satisfacción con el tratamiento es menor a medida que aumenta el número de años desde el diagnóstico de dislipemia. La presencia de antecedentes personales de interés se relaciona con un mayor grado de satisfacción con el tratamiento farmacológico. Los pacientes con cifras elevadas de CT o cLDL, presentan mejores datos de satisfacción que los que presentan dislipemia mixta o hipertrigliceridemia aislada. La presencia de antecedentes familiares de primer grado de cardiopatía isquémica o diabetes mellitus, y de dislipemia se relaciona con una mayor satisfacción en los dominios "Eficacia de la medicación" y "Comodidad en tomar la medicación"; "satisfacción global con la medicación", respectivamente. La satisfacción se reduce en presencia de antecedentes personales de interés, al igual que si está presente el consumo de tabaco y/o alcohol.</p>

<p>24</p> <p>Evaluación de la experiencia asistencial en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada</p>	<p>Fernández-Díaz, Reyes; Cifuentes-Rivera, Begoña; LópezSierra, Emilia Margarita; Pablos, Montserrat Pablos de. Evaluación de la experiencia asistencial en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada. <i>Enfermería Nefrológica</i>, vol. 26, núm. 3, 2023, julio-Septiembre, pp. 260-267. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica</p>	<p>paciente; dilúisis renal; HEPAC; enfermedad crónica.</p> <p>Evaluar la experiencia del paciente renal en la atención recibida por los profesionales.</p>	<p>medición y la evaluación de la experiencia del paciente</p>	<p>La experiencia del paciente renal es positiva en la interacción con los profesionales y en la gestión del autocuidado, pero siguen áreas de mejora como el uso de tecnología digital, compartir experiencias con iguales y el seguimiento de la salud tras un episodio agudo. Los resultados clínicos están más condicionados al papel activo del paciente en su autocuidado que por la cualificación profesional, por ello es importante capturar la experiencia del paciente para mejorar la calidad asistencial. Los resultados del estudio confirmaron que nuestros pacientes evaluaron su experiencia como positiva en la interacción con los profesionales sanitarios y en la autogestión de la enfermedad renal, pero demostraron una peor experiencia con las nuevas tecnologías digitales, en la provisión de información de recursos socio-sanitarios y en el contacto con otros pacientes renales, habiendo un margen de mejora en el seguimiento de la salud tras un ingreso hospitalario y, en la coordinación interprofesional de la asistencia socio-sanitaria.</p>
<p>25</p> <p>Evaluación de la satisfacción y de la insatisfacción de pacientes atendidos en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos Farmacia Hospitalaria</p>	<p>Mánquez-Peñó, J.F.; Pérez-Peñó, C. Evaluación de la satisfacción y de la insatisfacción de pacientes atendidos en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos. <i>Farmacia Hospitalaria</i>, vol. 52, núm. 2, 2008, pp. 71-76. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Madrid, España</p>	<p>Insatisfacción del paciente. Satisfacción del paciente. Pacientes externos. Calidad asistencial</p> <p>Conocer tanto el grado de satisfacción como los motivos de insatisfacción de los pacientes que acuden a la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UAFPE) respecto a la atención recibida.</p>	<p>La satisfacción es una de las nuevas dimensiones de la calidad, por lo que conocer el grado de satisfacción del paciente es un indicador de resultado de la calidad de los servicios sanitarios y de la atención que recibe el paciente, convirtiéndose en un medio de valoración general de la asistencia sanitaria. La satisfacción percibida por el paciente está relacionada con un elevado número de variables, tales como el estado de salud, variables socio-demográficas (edad, sexo, nivel cultural), características del proveedor de salud (calidad asistiva, cantidad de información, habilidad técnica, etc.) y el tiempo de espera. Existe una elevada correlación entre las expectativas de los pacientes y su grado de satisfacción, siendo importante conocer las expectativas iniciales del paciente.3 Así, se define la satisfacción del paciente como la adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio sanitario recibido. Los métodos más generalizados para medir la satisfacción de últimos 10 años los pacientes que acuden a las UAFPE son las encuestas de satisfacción en las que se intenta conocer la opinión del paciente acerca de los diversos aspectos que pueden influir en la percepción final del tratamiento o servicio de atención farmacéutica que recibe.</p>	<p>Estudio transversal de dos meses de duración. Se incluyeron todos los pacientes atendidos por la UAFPE que dieron su consentimiento. La satisfacción se midió con una encuesta previamente validada, de tipo Likert, con 5 posibles respuestas cerradas (1: en desacuerdo, 5: muy de acuerdo), utilizándose el indicador índice de satisfacción establecido por la Confederación de Sanitat de la Comunidad Valenciana. La manifestación se evaluó a través de las tarjetas formuladas en el Servicio de Atención e Información al Paciente en los</p> <p>Aunque el índice de satisfacción es un indicador útil para poder establecer mejoras, es necesario conocer también los motivos de insatisfacción como complemento a esta información. Los aspectos a mejorar son la zona y el proceso de dispensación, siendo necesario un aumento de los recursos estructurales y humanos.</p>
<p>26</p> <p>Evaluación de los servicios de educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, su fidelización, coste y satisfacción en farmacia comunitaria. Estudio ISFSTES- PM.</p>	<p>Editorial de la Universidad de Granada Autor: Patricia Boffi Martínez. ISBN: 978-84-9125-055-1 URL: <a href="http://hdl.handle.net/10481/19861">http://hdl.handle.net/10481/19861</a></p>	<p>Analizar el efecto del servicio de educación sanitaria o de seguimiento farmacoterapéutico sobre los Factores de Riesgo cardiovascular: vascular de los pacientes que acuden a una farmacia de la zona valenciana.</p>	<p>Estudio experimental, abaco, por grupos (Grupo: educación sanitaria Grupo- SFT), llevado a cabo en la farmacia comunitaria de la Playa de Miramar (Valencia)</p>	<p>(.) El servicio de seguimiento farmacoterapéutico disminuyó el número de problemas relacionados con los medicamentos un 65,2% y los resultados negativos de la medicación un 64,4%. Tanto el servicio de seguimiento farmacoterapéutico como educación sanitaria aumentaron la adherencia terapéutica, pero con el seguimiento farmacoterapéutico se consiguió un 31,1% más de cumplimiento. La implementación de servicios profesionales en la farmacia comunitaria aumentó los pacientes con grado de fidelización hasta un 12,2% (14,3% en el grupo educación sanitaria y 10,1% en el grupo seguimiento farmacoterapéutico)</p>
<p>27</p> <p>Evaluación de un programa de psicología positiva para la promoción del bienestar y la salud emocional en personas mayores del ámbito rural</p>	<p>Pérez Herreros, S. et al. (2024). Evaluación de un programa de psicología positiva para la promoción del bienestar y la salud emocional en personas mayores del ámbito rural. <i>Revista Centro de Ciencias Sociales</i>, 3(1), 77-97. <a href="https://doi.org/10.54909/rccs.65">https://doi.org/10.54909/rccs.65</a></p>	<p>Distintos estudios (Dean et al., 2008; Grunert et al., 2007; Schaeffer et al., 2014) muestran que las características socioeconómicas, demográficas y los estilos de vida afectan a la calidad de vida de los mayores y que, por tanto, puede haber diferencias en la calidad de vida de estos mayores en función de su lugar de residencia (rural o urbano). En los entornos rurales existen dificultades para acceder a recursos básicos como servicios de salud, alimentación, transporte y general, lo cual repercute negativamente en su calidad de vida y conlleva a la de las personas mayores en particular (Galea et al., 2018).</p> <p>Evaluar una intervención, desde la perspectiva de la psicología positiva, para la mejora del bienestar y la salud emocional en personas mayores.</p>	<p>investigación cuasi experimental con medidas preintervención y postintervención. La muestra está formada por 24 personas de 65 a 85 años. El programa consta de un total de seis sesiones de 90 minutos de duración y se realizó de manera presencial.</p>	<p>Los resultados señalan que el grupo experimental incrementó significativamente sus puntuaciones con respecto al inicio, y en relación al grupo de control. Se podría sugerir que el programa de intervención basado en psicología positiva promovió un incremento del bienestar emocional, lo cual favorece un enriquecimiento saludable. El programa fomenta la participación social y facilita que las personas mayores se relacionen, incluso con individuos de diferentes edades, lo que puede conducir a la creación de vínculos intergeneracionales significativos. Además, promueve un empoderamiento activo alentando a los participantes a involucrarse en diversas actividades que mejoran su flexibilidad y estimulación cognitiva, lo cual es especialmente valioso a medida que envejecen. Por último, es importante destacar que el programa acerca diferentes recursos a las personas mayores, lo cual es especialmente relevante en el entorno rural de Castilla y León, donde la educación emocional suele ser escasa. Participar en estos programas puede ayudar a las personas mayores a normalizar y aceptar sus emociones, lo que contribuye a mejorar su calidad de vida y bienestar emocional.</p>
<p>28</p> <p>Evaluación del paciente hipertenso: Experiencia de la consulta especializada de hipertensión arterial.</p>	<p>Román Escobar, Margarita; Sabina Molina, Dorelis; Sabina Román, Beatriz. Evaluación del paciente hipertenso: Experiencia de la consulta especializada de hipertensión arterial. <i>MediSur</i>, vol. 3, núm. 2, 2005, pp. 5-11. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Cienfuegos, Cuba</p>	<p>Hipertensión; atención primaria de salud</p> <p>Comprobar la utilidad de la consulta especializada de hipertensión arterial en un área de salud por el estado de los pacientes de difícil control o sospecha de hipertensión arterial secundaria o refractaria al tratamiento.</p>	<p>En el Programa Nacional de Control de la Hipertensión Arterial se propuso habilitar consultas especializadas en la atención primaria de salud para el diagnóstico o sospecha de hipertensión arterial secundaria o refractaria al tratamiento. Las consultas especializadas en las poblaciones de la provincia de Cienfuegos se han implantado o no se realizan con sistematicidad, por lo que evaluar los resultados de una de ellas se convierte en una tarea de investigación para conocer su utilidad.</p>	<p>Se incluyeron 80 pacientes hipertensos, que asistieron sistemáticamente, entre los remitidos a la consulta especializada, en la población. Ocurrió de la Concepción y de la Pajarera de enero del 2002 a enero del 2003. A cada paciente se le realizó interrogatorio, examen físico e investigaciones. Fueron reevaluados periódicamente hasta su compensación o la decisión de continuar estudios especiales. R</p> <p>La consulta especializada de hipertensión arterial en la atención primaria de salud resultó muy útil, ya que se logró diagnosticar pacientes con hipertensión secundaria, mejor ostensiblemente el control del tratamiento y compensar a la mayoría</p>
<p>29</p> <p>Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Bartraquilla</p>	<p>Ernestina Santiago de Castro * Elizabeth Vargas Rosero</p>	<p>Experiencia de Vida; Enfermedad Coronaria; Cuidados Intensivos; Enfermedad (fuente: decs) berme</p> <p>Conocer el significado de las experiencias vividas en una unidad de cuidado intensivo coronario de una clínica de Bartraquilla</p>	<p>La experiencia de estar hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo (uci) crea una de las mayores crisis en la persona que pasa por este proceso. La literatura evidencia que este tipo de hospitalización genera en el individuo alteraciones psicológicas, como ansiedad, angustia y entre (1, 2). Las causas percibidas por los pacientes son: la separación y pérdida del contacto familiar, el aislamiento, los múltiples procedimientos invasivos, la iluminación, el ruido de los equipos, el ambiente frío, el horario restringido de las visitas y las condiciones de la persona hospitalizada (3, 4). Estos factores pueden generar en el paciente una situación de miedo e incertidumbre con el entorno hospitalario (2, 5, 6).</p>	<p>Estudio cualitativo, descriptivo, con enfoque fenomenológico, en el que se entrevistaron nueve pacientes entre 59 y 74 años que estuvieron hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo coronario con diagnóstico de infarto agudo de miocardio. Como estrategia de investigación, se utilizó el método de Colaizzi, siguiendo cada uno de los pasos sugeridos y garantizando el rigor ético correspondiente.</p> <p>Las vivencias expresadas por los participantes corroboran lo hallado en estudios similares, los cuales convergen al afirmar que el ingreso a la unidad de cuidado intensivo crea una serie de sentimientos negativos en la persona, que marcan de manera significativa su experiencia de vida. Pero también influyen aspectos positivos dentro de la atención humanizada del personal de enfermería.</p>
<p>30</p> <p>Factores relacionados con la adherencia al tratamiento de rehabilitación de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con amputación de miembro inferior</p>	<p>Villegas Flores, Lourdes. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento de rehabilitación de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con amputación de miembro inferior. <i>Revista Médica Heredia</i>, vol. 34, núm. 3, pp. 117-123, 2023. Universidad Ponencia Cuyateno Heredia. Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33807549006">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33807549006</a></p>	<p>Diabetes mellitus tipo II, cumplimiento y adherencia al tratamiento, rehabilitación.</p> <p>Determinar los factores clínicos y sociodemográficos relacionados con la adherencia al tratamiento de rehabilitación de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con amputación de miembro inferior.</p>	<p>La Organización Mundial de la Salud define a Diabetes Mellitus (DM) como una enfermedad crónica grave cuya prevalencia es mayor en países de ingresos bajos y de medianos ingresos, es un importante problema de salud pública por las complicaciones que conlleva como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, pérdida de visión, daños neurológicos y amputación de miembros inferiores (1). El 7% de la población pensata se encuentra afectada por la DM siendo el 96,8 % DM tipo 2 (2). "La discapacidad por amputación trae consigo alteraciones psicológicas, que tienen repercusiones emocionales, familiares y sociales en los individuos que la padecen, implicando un cambio en su estilo, calidad de vida y un alto costo económico" (3)</p>	<p>Estudio observacional, retrospectivo, comparativo y relacional; se incluyeron 113 pacientes con DM tipo 2 del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Amputados, Quemados y Traumatismos Ponderales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Reboza Flores" AMISTAD PERU - JAPON, que ingresaron en el periodo 2016 al 2019. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas; y para la adherencia al tratamiento de rehabilitación se consideró la asistencia de los pacientes a 5 áreas de atención en salud, y el alta de prótesis de los pacientes</p> <p>La mayoría de los pacientes amputados con DM tipo 2 fueron del sexo masculino cuyo cumplimiento o adherencia a la rehabilitación se relacionó con factores sociodemográficos como la edad, estado civil, nivel socioeconómico y cobertura de salud, determinar el cumplimiento o adherencia a la rehabilitación de los pacientes amputados con DM tipo 2 dependió de diversos factores que de acuerdo con los resultados de este estudio se encontró diferencia significativa entre adherencia y no adherencia a la edad, estado civil, nivel socioeconómico y cobertura de salud variables que en su contexto pertenecen al aspecto sociodemográfico</p>
<p>31</p> <p>Paciente con sospecha y diagnóstico de riesgo vascular por Diabetes Mellitus</p>	<p>Coordinación científica EPS SURA / Diciembre de 2012</p>	<p>orientar la gestión y el manejo de los pacientes con riesgo vascular y algunos de sus comorbilidades y complicaciones</p>	<p>Para la elaboración de esta ficha se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalizada acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las ciencias médicas, en cualquier momento pueden surgir cambios sobre opciones de diagnóstico, tratamiento y farmacoterapia.</p>	<p>Para la elaboración de esta ficha se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalizada acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las ciencias médicas, en cualquier momento pueden surgir cambios sobre opciones de diagnóstico, tratamiento y farmacoterapia.</p>

32	HEARTS en las Américas: impulsar el cambio en el sistema de salud para mejorar el control de la hipertensión en la población	Oulouner P, Campbell NRC, D'Almeida DJ, Jaffe MG, Rosende A, Martínez R et al. HEARTS en las Américas: impulsar el cambio en el sistema de salud para mejorar el control de la hipertensión en la población. <i>Rev Panam Salud Pública</i> . 2024;48:e17. <a href="https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.17">https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.17</a>	Hipertensión; enfermedades cardiovasculares; atención primaria de salud; salud pública; Américas	HEARTS en las Américas es la adaptación regional de la iniciativa mundial HEARTS de la Organización Mundial de la Salud, para la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares (ECV). Su objetivo general es impulsar el cambio de la práctica clínica y de la gestión en los entornos de atención primaria, por parte de los servicios de salud, a fin de mejorar el control de la hipertensión y reducir el riesgo de ECV. En esta revisión se describe la iniciativa HEARTS en las Américas. En primer lugar, se resume la situación epidemiológica regional en cuanto a la mortalidad por ECV y las tendencias en el control de la hipertensión a nivel poblacional; a continuación, se explica la razón de ser de los principales componentes de la intervención: el sistema de manejo orientado a la atención primaria y la vía clínica de HEARTS. Por último, se examinan los factores clave para acelerar la expansión de HEARTS: los medicamentos, la atención basada en el trabajo en equipo y un sistema de monitoreo y evaluación	. Ampliar el uso de un tratamiento eficaz de la hipertensión y optimizar el control del riesgo de ECV es una forma pragmática de acelerar la reducción de la mortalidad por ECV y, al mismo tiempo, de fortalecer los sistemas de atención primaria de salud para responder con calidad y de manera eficaz y equitativa al desafío que enfrentan las enfermedades no transmisibles, no solo en los países de ingresos bajos o medianos, sino en todas las comunidades a nivel mundial
33	Humanización y evaluación de la experiencia del paciente	Blanca Cegarra, Socióloga, Área de Empoderamiento y Calidad de Vida Institut Guttmann	reflexionar sobre el trato "humano" de los profesionales sanitarios y, por lo tanto, de la importancia de ser empático, respetuoso y garantizar la dignidad de los pacientes. ¿qué es realmente humanizar?	Según el diccionario de la Real Academia Española, humanizar es "hacer humano, familiar y dócil a alguien o algo" o "ablandarse, desenojarse, hacerse benigno". Sin embargo, hablar de humanizar la asistencia sanitaria es ir más allá del trato cálido, amable y asagado de las relaciones asistenciales. Humanizar es reclamar la dignidad intrínseca del ser humano y los derechos que de ella derivan (Borroyo, 2014). Humanizar consiste en poner en valor la dignidad y la individualidad de cada persona prestando una atención personalizada alineada con sus valores y aquello que le define como persona. De modo que la humanización implica tener una concepción holística del paciente, es decir, atender a la persona en su totalidad, teniendo en cuenta su cuerpo y sus emociones, sus sentimientos, su lugar donde vive, su entorno social, su cultura y sus valores, etc.	Recoger y evaluar la experiencia del paciente nos permite conocer mejor la percepción y las necesidades de las personas atendidas y, en consecuencia, introducir mejoras en la atención clínica, la seguridad y su satisfacción, así como en la efectividad de los tratamientos rehabilitadores. Evaluar la experiencia del paciente consiste en escuchar sus necesidades profundas y en transformar, juntamente con ellos, el contexto sanitario. Tener en cuenta la percepción y las necesidades del paciente agota valor a la hora de mejorar procesos de nuestra organización. Situar la experiencia de los pacientes en la estrategia de las organizaciones, medida y mejorada, implica una mejora de su satisfacción y de su experiencia, incrementa la calidad percibida, le empodera, y le hace participar y responsable de su tratamiento y de la toma de decisiones, mejorando así el grado de adherencia al tratamiento y los resultados clínicos obtenidos.
34	Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis en la adherencia terapéutica	Antonio Ochoano García - Carolina Royuela García - Mª Encarnación Hernández Meca - Susana Lorenzo Martínez - Fernando Panagau *	SATISFACCIÓN DE PACIENTES ADHERENCIA TERAPÉUTICA CUMPLIMIENTO DIALISIS	La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado. Los términos "adherencia" y "cumplimiento" se emplean, con frecuencia, de forma indistinta. En un principio, solamente se empleaba el término "cumplimiento" para definir la correcta toma de los medicamentos. Sin embargo, algunos autores prefieren el término "adherencia", considerando que define una actitud del paciente, refleja un compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico, con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico2,3.	La adhesión del paciente al tratamiento prescrito se ve influenciada por la valoración que el paciente tiene de los beneficios potenciales del tratamiento3, así mismo es más difícil conseguir una adhesión al tratamiento cuando éste es prolongado14. En nuestro trabajo hemos podido apreciar que la principal causa de no adherencia al tratamiento ha sido "dejo de tomar la medicación cuando me siento mal". Debemos tener en cuenta el elevado número de fármacos que toman los pacientes en hemodiálisis1, y los efectos adversos de algunos de estos fármacos (suplementos biélicos, suplementos nutricionales orales, quelantes de fósforo, resinas de intercambio catiónico...).
35	INTERACCIÓN MÉDICO-PACIENTE Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL DEL PADRIMIENTO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS	Tujano, Rocío Soría, Vega Valero, Zairi, Nava Quiroz, Carlos; Surovito Viquez, Karina INTERACCIÓN MÉDICO-PACIENTE Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL DEL PADRIMIENTO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS Libenahit. Revista de Psicología, vol. 17, núm. 2, 2011, pp. 223-230 Universidad de San Martín de Porres Lima, Perú	Adherencia terapéutica, enfermedades crónicas, relación médico-paciente	Evaluar la adherencia terapéutica en enfermos crónicos y la relación con sus médicos, en instituciones de salud pública y privadas. Participaron 200 pacientes. Se usó una Escala de Adherencia Terapéutica y un cuestionario diseñado para evaluar la relación médico-paciente	Los resultados indican que los enfermos de consulta pública fueron más adherentes. Se encontraron diferencias estadísticas significativas para algunos ítems del cuestionario. Cuando los pacientes reciben información sobre el tratamiento son más adherentes que cuando el médico les explica sobre su enfermedad. Los datos del presente estudio apuntan al hecho de que los pacientes de la muestra total que recibían información con respecto al tratamiento a seguir para controlar su padecimiento, presentaron más adherencia terapéutica. Para ellos fue más importante saber con detalle cómo controlar su enfermedad, que el hecho de conocer las características de ésta. La nota de que se puede una enfermedad crónica tiene un gran impacto sobre el paciente; no obstante, para él adquirir mayor relevancia saber cómo puede controlarla y así prolongar su vida. Se puede decir que si los pacientes pueden llevar un control sobre su tratamiento, se pueden obtener mejores resultados en cuanto a su adherencia. Si la atención médica tiene una «visión centrada en la enfermedad resulta insuficiente y, con frecuencia, un obstáculo para profundizar en otras facetas de la problemática que desflota a los servicios de salud» (Vinegra-Velázquez, 2006, pág. 49)
36	La disminución de las habilidades sociales y la calidad de vida en el grupo de adultos mayores y sus afectaciones	Irevidad Técnica de Ambato - Ecuador atiraggio1935@una.edu.ec Rommel Santiago Velastegui-Hernández2 Universidad Técnica de Ambato - Ecuador rsvlastegui@una.edu.ec Lenin Pabón Salazar3 Universidad Técnica de Ambato - Ecuador Elsalto@una.edu.ec Lorena Fernanda Altamirano Lopez4 Universidad Técnica de Ambato - Ecuador lorinaibala@hotmail.com	estrategias, autoestima, envejecimiento	El enfoque descriptivo en la investigación implica la recopilación y presentación de datos de manera objetiva y sistemática, con el objetivo de describir y caracterizar las habilidades sociales y la calidad de vida de los adultos mayores. Para la realización de esta revisión sistemática se ha buscado a cabo una búsqueda en bases de datos especializadas en dicha temática. Por otro lado, la búsqueda también ha contado con el apoyo de Google Académico como un recurso para añadir información adicional. Se ha realizado una búsqueda inicial para indagar así en los términos empleados en las distintas publicaciones ya existentes que pudieran ser de interés o de relevancia para el objetivo del trabajo	El desarrollo de habilidades sociales en los adultos mayores es crucial para promover su bienestar integral, previniendo problemas de aislamiento social, baja autoestima, deterioro emocional y físico. Los cambios asociados al envejecimiento pueden afectar las relaciones interpersonales y la participación en actividades sociales, repercutiendo en mayor riesgo de padecimientos de salud mental y física. Por esto, es fundamental generar espacios, grupos y actividades diseñadas para los adultos mayores, como el grupo "Amigos de Oro", que permitan desarrollar y mantener habilidades sociales. La compañía, las relaciones significativas y la estimulación cognitiva y física, impactan positivamente en su calidad de vida general.
37	La experiencia del paciente crónico. Escucha autónoma a pacientes con distintas enfermedades crónicas sobre su experiencia con el sistema de salud con la escala BEXPAC	M José Galindo Puelmi1, Manuel Cotarelo2, Nuriu Sánchez Vega2, Pedro Ferrer2, María José Fuster Ruiz de Apodaca1 1 Unidad de Enfermedades Infecciosas-Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valencia 2 Departamento Médico, Merck Sharp & Dohme de España, Madrid 3 Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA (SESIDA), Madrid	Evaluar la experiencia de distintos perfiles de pacientes crónicos con el sistema de salud, por medio de la herramienta BEXPAC. Enfermedad inflamatoria intestinal (EII), VIH, Diabetes mellitus (DM) y Enfermedades reumáticas (ER)	Estudio observacional de carácter transversal en el que se incluyó a 1.618 pacientes con VIH, ER, DM y ER, que respondieron la encuesta. Todos los pacientes tenían además alguna comorbilidad. Los participantes se reclutaron en hospitales y centros de salud en función de su patología. Completaron el cuestionario autónomamente en su domicilio y lo devolvieron por correo preafectado. El cuestionario contenía la encuesta BEXPAC y además preguntas de otros cuestionarios utilizados con frecuencia en práctica clínica: crecimiento en la medicación (BMO), de adherencia (4 ítems Morisky-Green), y de calidad de vida (EuroQoL, five dimension questionnaire [EQ5D-5L]). La recogida de datos se realizó entre junio y noviembre de 2017. La encuesta se entregó a 2.474 pacientes. Se recibieron 1.618 cuyo análisis se presenta ahora.	En general los pacientes crónicos con VIH, ER, EII y DM manifiestan una buena satisfacción en cuanto bienestar y plan de tratamiento. El cuestionario BEXPAC identificó áreas de mejora en el cuidado de pacientes crónicos, especialmente aquellas relacionadas con el acceso a fuentes de información fiables, interacción con otros pacientes y continuidad asistencial tras un ingreso hospitalario. Los pacientes con VIH dieron la mejor puntuación, probablemente debido a que reciben una atención más personalizada. La autoevaluación de los pacientes con VIH mostró una mejor calidad de vida que en pacientes con enfermedades reumáticas, enfermedad inflamatoria intestinal o diabetes. El papel de los profesionales sanitarios en la promoción de auto-cuidados de las personas con VIH tiene una repercusión positiva en la calidad de sus

38	<p>LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO</p>	<p>Silvana D'Amelio Koch, Yuriani Barrero, Gregorio Escalante, Ana R D Ozaeta y Almar Benítez Centro de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela</p>	<p>Cumplimiento del tratamiento, relación médico-paciente, satisfacción del paciente, enfermedades crónicas</p>	<p>En el presente estudio se examinó la influencia de características demográficas, estilo relacional y satisfacción del paciente sobre la adherencia al tratamiento.</p>	<p>Participantes en el estudio 141 pacientes adultos y sus respectivos 37 médicos tratantes (N=178). En promedio, se escogieron tres o cuatro pacientes por médico. La distribución por enfermedad fue: 70 diabéticos, 49 con trastornos cardiovasculares, 18 con cáncer, 32 con padecimientos respiratorios y 12 con trastornos gastro-intestinales. La edad promedio fue encontrada incongruente sin más detalles.</p>	<p>Aunque el papel de los factores asociados al paciente han sido ampliamente estudiados en asociación con el cumplimiento del tratamiento, menor atención han recibido los factores relacionados con el médico. El presente estudio contribuye e identifica cómo la relación médico-paciente afecta la adherencia bajo un diseño novedoso por cuanto se evaluaron ambos variables desde las perspectivas tanto del paciente como del médico. En primer lugar es necesario comentar que la concordancia (54) entre las dos medidas de cumplimiento demuestra que existe un amplio margen de inconsistencia entre la percepción del médico sobre el cumplimiento del tratamiento de su paciente y la propia percepción del paciente. Estudios previos han examinado la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas y en sus familiares.</p>
39	<p>Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas</p>	<p>Martín Alfonso, Libertad de los Angeles, Gran Ahogado, Jorge Ahogado, Epifanio Brito, Alfredo Darío Revista Cubana de Salud Pública, vol. 40, núm. 2, 2014, pp. 225-238 Sociedad Cubana de Administración de Salud La Habana, Cuba</p>	<p>adherencia al tratamiento, factores influyentes, mejora de la adherencia.</p>	<p>presentar un marco conceptual que fundamenta desde el punto de vista teórico la comprensión del concepto de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en contraposición al uso de otros términos utilizados en la investigación y la práctica médica. Para conocer el estado actual de las investigaciones sobre el tema, se revisaron las bases de datos disponibles en la Red Iberoamericana de Salud de Cuba en el periodo de 2003 al 2007</p>	<p>En la literatura sobre el tema se han empleado diversos términos para referirse a la conducta de seguimiento de las indicaciones médicas por parte de los pacientes. Los más utilizados han sido "cumplimiento del tratamiento" y "adherencia al tratamiento" o "adherencia terapéutica", aunque se han propuesto muchos otros como: adhesión, cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, concurrencia,12-14 y conformidad.15 Uno muy utilizado, tanto en la literatura como por los profesionales de la salud en su trabajo cotidiano, es "cumplimiento del tratamiento". Este ha sido criticado en el campo de la psicología de la salud, se le señala un alcance restringido en cuanto a la complejidad del fenómeno que trata. Se considera que se refiere a un comportamiento obediente del paciente dirigido a seguir las instrucciones del profesional de la salud, asumir en tal punto, sumiso que lo presupone incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir las recomendaciones propuestas. En la práctica médica suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos.12-14 Con el fin de superar estas limitaciones se introdujo en la literatura científica, el término "adherencia terapéutica" como una alternativa que permite</p>	<p>El "Modelo de atención crónica" de Wagner y otros,25 ofrece una visión integradora y subyacente de los diferentes componentes que se deben tener en cuenta para la atención a las enfermedades crónicas se debe contemplar ayudar al paciente a mejorar la adherencia a través de intervenciones efectivas y viables.28 aspecto muchas veces deficiente por el equipo de salud que no repara en la importancia de este eslabón. Consideramos que una herramienta metodológica que permita ensanchar las acciones encaminadas a la mejora de la adherencia vinculada al sistema de atención integral al enfermo crónico, debe estar fundamentada en los referentes teóricos dados por los autores antes mencionados y los resultados de investigaciones realizadas en el país sobre los factores que no la favorecen12 y proyectarse desde las políticas del sector de la salud, el trabajo comunitario y los grupos sociales, la familia, el papel de la organización del servicio de salud, la relación entre profesionales y pacientes y el rol del médico como sujeto autoreponsable del manejo de su condición de enfermo (Fig.1)</p>
40	<p>Marco de trabajo de evaluación de experiencia de usuario en el desarrollo de software</p>	<p>Barrero Benítez, Yaniseldy; Trujillo Casado, Yaimi; Millet Lombida, Yaneis Marco Revista Cubana de Ciencias Informáticas, vol. 15, núm. 3, 2021, Julio-Septiembre, pp. 92-117 Editorial Ediciones Futuro</p>	<p>experiencia de usuario; marco de trabajo de buenas prácticas; evaluación; oportunidades de mejora.</p>	<p>Se propone un marco de trabajo de evaluación de experiencia de usuario en el desarrollo de software para identificar las oportunidades de mejora en las aplicaciones web desarrolladas en la Universidad de las Ciencias Informáticas.</p>	<p>Análisis cualitativo: este método se utiliza en la investigación para analizar y comprender la teoría y documentación relacionadas con el tema de investigación, permitiendo así, relacionado e importantes con el objeto de estudio. Análisis histórico-lógico: este método se utiliza para comprender el surgimiento y la evolución del tema de la investigación, así como otras temáticas estrechamente relacionadas con la misma. Inducción-deducción: para la identificación de la problemática y de las soluciones. Modulación: para el desarrollo del marco de trabajo.</p>	<p>La UX constituye un factor esencial en el desarrollo de los sistemas informáticos que va más allá de hacer las interfaces fáciles de usar. Incorpora variables tan importantes como el comportamiento emocional (emociones, sensaciones, disfrute, placer) que no solo ayudan a incrementar la cantidad de usuarios y su satisfacción; sino también su fidelización a largo plazo. Es necesario definir un marco de trabajo de evaluación de experiencia de usuario que permita identificar oportunidades de mejora y sirva como una guía a los proyectos que no tienen estandarizados sus procesos de UX, para que puedan mejorar la UX de las aplicaciones web que desarrollan. El marco de trabajo tiene en cuenta los factores críticos e incluye principios, roles, actividades, herramientas y la ruta de aplicación de las prácticas de evaluación de experiencia de usuario en correspondencia con los escenarios. La generación sistemática de este marco en los proyectos de desarrollo de aplicaciones web en la Universidad permitirá elevar la calidad de las soluciones y la competitividad como organización desarrolladora de software. Los resultados de la valoración por los expertos arrojan criterios positivos y abre el camino a la aplicación práctica a corto plazo del marco de trabajo.</p>
41	<p>Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de Manzanillo</p>	<p>Soler Sánchez, Kirenia Rosa; Soler Sánchez, Yulmilia María; Pérez Rosabal, Elise; Rodríguez Rodríguez, Dalis Rosa; Castellón Cañero, Maribel Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de Manzanillo. Revista Información Científica, vol. 100, núm. 3, e3435, 2021. Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo</p>	<p>adherencia terapéutica; creencias de salud; hipertensión arterial; programa educativo</p>	<p>evaluar la efectividad de un programa educativo, basado en el Modelo de Creencias de Salud, para favorecer la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos del Consultorio Médico de Familia No. 6, del Policlínico Universitario "Ángel Alfonso Oteiza Viquez", del municipio Manzanillo, Granma.</p>	<p>se realizó un estudio de intervención, cuasi experimental, en el periodo septiembre 2018 - abril 2019. El universo estuvo conformado por los 80 pacientes hipertensos que se encuentran en la adscripción médica. La muestra quedó conformada por 18 pacientes. En el proceso investigativo se emplearon el cuestionario MBG (Martin-Bayart-Grau) y una encuesta elaborada por las autoras. El procesamiento estadístico se realizó mediante métodos absolutos y porcentajes, y la prueba de hipótesis de homogeneidad haciendo uso del test de Chi-cuadrado.</p>	<p>el programa educativo fue efectivo pues se incrementa la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos, se eleva la susceptibilidad y eventual percepción acerca de las complicaciones de la hipertensión y los beneficios percibidos con respecto al tratamiento superior las barreras.</p>

PROGRAMA VIGILANCIA RIESGO CARDIOVASCULAR

42

Diseñar, desarrollar e implementar el programa de vigilancia epidemiológica de riesgo cardiovascular con el fin de prevenir el riesgo cardiovascular en la población trabajadora del Ministerio de Educación Nacional.

Hasta el año 2015 en el Ministerio de Educación Nacional, tenemos una población trabajadora de 565, encontramos una prevalencia de trabajadores con factores de riesgo cardiovascular tales como: Trastornos de colesterol 44.2%, hipertensión del peso 55.3%, patologías cardiovasculares como: varices 45%, tensión arterial alta (16%), Hipertensión (5%). Ocupando el tercer lugar dentro de la morbilidad general diagnosticada en el 67% de la población evaluada. Las enfermedades cardiovasculares son por lo general de larga evolución y aparecen pocos signos y síntomas mientras avanza la enfermedad; su padecimiento silencioso deteriora la calidad de vida del individuo, aumento del ausente para la institución empleadora y para las entidades de salud por incapacidades laborales y altos costos de los tratamientos y controles. Sin embargo, estas enfermedades se pueden prevenir con actividades de promoción y prevención en salud, por tal motivo en el Ministerio de Educación Nacional se adelantó el programa de vigilancia epidemiológica de riesgo cardiovascular, donde la principal herramienta es la prevención la cual se desarrolló a través de un proceso sistemático que tiene como propósito promover comportamientos saludables que conlleven a la reducción de la probabilidad o la frecuencia de síntomas, situaciones incapacitantes o enfermedades.

estudio de las variables generales determinadas en la definición del caso. Inicialmente se desarrolló una metodología paralela que contempló una de las variables (rangos de colesterol total - colesterol HDL) de manera cualitativa; los demás variables serán tomados según la metodología de evaluación de scores de Framingham. Lo anterior determinará una puntuación base por factores de riesgo, con lo cual se establecerán tres (3) grupos denominados así: riesgo bajo > 30, riesgo medio entre 31 a 79 y riesgo alto > 80.

REALIDAD VIRTUAL SEMI-IMERSIVA Y VIDEOJUEGOS EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN FASE II

Sara García Bravo

Cardiopatía isquémica. Ejercicio físico. Realidad virtual. Rehabilitación cardíaca. Videogames, Videojuegos

Evaluar los efectos de un programa de RV y videojuegos como herramientas complementarias a un programa de rehabilitación convencional, en la RC de pacientes de bajo riesgo en CI en fase II, en comparación con un grupo de tratamiento convencional

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son consideradas "el conjunto de enfermedades que afectan al corazón y los vasos sanguíneos". Se trata de uno de los mayores problemas de salud en el mundo, con los consiguientes gastos sanitarios, por las alteraciones físicas y psicológicas derivadas de las mismas. Dentro de las ECV, la cardiopatía isquémica (CI) es una enfermedad compleja y multifactorial debida a un flujo coronario insuficiente desde la causa más frecuente es la enfermedad aterosclerótica. La rehabilitación cardíaca (RC), como prevención cardiovascular, presenta como finalidad disminuir la progresión de la enfermedad, evitar la discapacidad y la mortalidad precoz. Sin embargo, la baja tasa de participación, la falta de adherencia y la falta de motivación de los pacientes son los principales problemas. Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación se proponen como herramientas para mejorar la adherencia y la motivación. El sistema elegido para esta investigación, La RV es una tecnología que simula un entorno real a través de un ambiente virtual en tres dimensiones, por su principal inconveniente es el elevado costo de estos sistemas. Por ello, se proponen como solución las consolas de bajo costo como la Xbox One (Microsoft) con su accesorio Kinect®; mediante programas de entrenamiento y ejercicio físico. Sin embargo, aunque la RV y los sistemas de videojuegos han captado la atención de los profesionales que trabajan en el campo de la RC, los estudios en este campo aún son limitados. Objetivo: Evaluar los efectos de un programa de RV y vi

Se presenta un ensayo clínico aleatorizado simple ciego (observer blind) con una muestra de veinte pacientes de bajo riesgo con diagnóstico de CI incluidos en la fase II de RC. Todos ellos fueron evaluados mediante las siguientes herramientas: Ergometer, Escala de esfuerzo de Borg, Test de marcha de los 6 minutos (6MWT), Medida de independencia funcional (FIM), Cuestionario de salud SF-36, Cuestionario de depresión de Beck-II (BDI-II), Cuestionario de satisfacción con el tratamiento (CSQ-8), Cuestionario de satisfacción con la tecnología. Además, se valoró la adherencia al programa. Los pacientes fueron divididos aleatoriamente en dos grupos de tratamiento: grupo control (CC) y experimental (CE). Ambos grupos recibieron sesiones de 60

La utilización de un protocolo de 8 semanas de RV semi-imersiva y videojuegos como complemento terapéutico a un programa de RC convencional, supone una herramienta de utilidad en pacientes con CI de bajo riesgo en fase II, no existiendo diferencias estadísticamente significativas para ninguna medida de resultado empleada entre el grupo que recibió RC convencional y el grupo experimental, a excepción del esfuerzo percibido evaluado con la escala de Borg. La realización de un programa combinado de RC convencional con RV y videojuegos, en pacientes con CI de bajo riesgo en fase II, produjo mejoras en la RC máxima y en los marcadores metabólicos (METs) evaluados mediante prueba de esfuerzo. El empleo de un protocolo de RC convencional en combinación con RV y videojuegos, en pacientes con CI de bajo riesgo en fase II, produjo mejoras en la resistencia a la fatiga, evaluada mediante la utilización del 6MWT. La realización de ejercicios en entornos virtuales como complemento terapéutico a la RC, en pacientes con CI de bajo riesgo en fase II, permite mantener la capacidad funcional previa al inicio del tratamiento, medida a través de la escala FIM. Un protocolo terapéutico basado en RV y videojuegos, junto con RC convencional, produce mejoras en la SGLV, SF-36 y EDs, evaluadas mediante el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36, en pacientes con CI de bajo riesgo en fase II. Un protocolo terapéutico basado en RV y videojuegos, junto con RC convencional en pacientes con CI de bajo riesgo en fase II, induce a una reducción significativa en los niveles de depresión evaluado mediante el cuestionario BDI-II. Los pacientes con CI de bajo riesgo en fase II que completaron un protocolo de 8 semanas de RV semi-imersiva y videojuegos, como complemento

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

Peña-Valeznuela, Althe Natanaí; Ruiz Cervantes, Willyaham; Barrios Olaya, Casandra; Chávez-Aguilón, Ana Isabel Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 41, núm. 1, 2023, Enero-Febrero, pp. 55-60 Instituto Mexicano del Seguro Social Distrito Federal, México

En general los principales factores determinantes del inadecuado control de la hipertensión son la falta de adherencia al tratamiento prescrito, la persistencia de estilos de vida, hábitos desfavorables y tratamientos ineficientes. Por ello, la no adherencia al tratamiento se reconoce como una barrera importante para el manejo exitoso de muchos trastornos crónicos, incluida la HAS. 11,12 lo cual se asocia con cifras tensionales más elevadas, peor pronóstico y mayor consumo de antihipertensivos.13 Esto significa que para muchos pacientes hipertensos es necesario mejorar la adherencia al tratamiento. 14 La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como "la medida en que los compromisos de una persona, como tomar un medicamento, seguir una dieta o realizar cambios en el estilo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica".10 Se desconoce la verdadera prevalencia de la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo. Las estimaciones de prevalencia difieren entre los estudios con tasas de incumplimiento informales desde 10% hasta 80%. 15,16 La etiología de la HAS es mal

la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo es un problema frecuente y multifactorial, el cual tiene pocos avances en las últimas décadas. La relación médico-paciente es un factor que influye en la adherencia terapéutica de pacientes con HAS. La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran impacto a nivel mundial y nacional, y predomina sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, en las cuales la adherencia a largo plazo comprende poco más del 50%, como lo demostrado en este estudio. La consistente prevalencia encontrada en diversos estudios a lo largo de esta década refleja su poca reducción, y muestra que es necesario otorgarle la importancia que amerita con investigaciones que describan y realicen su panorama actual, con lo cual se podría buscar el empleo de políticas públicas de salud e intervenciones que modifiquen su situación actual. Si bien las barreras para la adherencia terapéutica son complejas y variadas, uno de los factores consistentemente descritos en investigaciones previas y constatado por nuestro estudio es la relación médico-paciente. Es así como los resultados de este estudio resaltan la importancia de la relación entre el médico y el paciente como factor que influye en la adherencia terapéutica de paciente con HAS, lo cual confirma lo descrito en otras investigaciones y demuestra los pocos avances y grandes áreas de oportunidad en el tema para los sistemas de salud y gobiernos.

estudio observacional, transversal, analítico y prospectivo realizado de enero a noviembre de 2021 en una muestra de 298 pacientes con HAS de una unidad de medicina familiar del Noroeste de México; se utilizó el Test de Morisky-Green de ocho ítems para evaluar la adherencia terapéutica y el cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire para evaluar la relación médico-paciente

Se dispone de una escala reproducible, válida y fiable para la percepción de calidad en investigaciones con 26 ítems, correspondiente a una modificación de la versión en español del Picker Patient Experience versión con 33 ítems. Esto es de gran relevancia al considerar que la calidad instrumental requiere la inclusión de la perspectiva del paciente con constructos psicosocialmente robustos

Reproducibilidad y validez del Picker Patient Experience (versión con 26 ítems) en participantes de investigaciones en Medellín, Colombia, en 2018

Gállego Álvarez EA, Castiello Gutiérrez J, Cardona-Arias JA. *Reproducibilidad y validez del Picker Patient Experience (versión con 26 ítems) en participantes de investigaciones en Medellín, Colombia, en 2018*. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2020;38(1):e138423. DOI: https://doi.org/10.17533/colab.v38n1.e138423

servicios de salud; calidad de la atención de salud; investigación en servicios de salud; atención al paciente; satisfacción del paciente; psicométrica; Picker Patient Experience versión con 26 ítems; Colombia.

Evaluar la reproducibilidad y validez del Picker Patient Experience (versión con 26 ítems) en participantes de investigaciones de una institución de alta complejidad de Medellín, Colombia, en 2018

En las tesis y otros ámbitos clínicos, las mediciones de la satisfacción del paciente o la de su percepción de calidad instrumental suelen presentar múltiples limitaciones técnicas y metodológicas, dado que generalmente no se hacen con instrumentos que expliciten un proceso de construcción y validación exhaustivo, o por no contar con un constructo de calidad explícito. En este sentido, un constructo se define como un concepto concebido o adoptado con un fin científico determinado o de medición bien delimitado, establecido de manera precisa y explícita, o como parte de los esquemas teóricos que pueden ser observados y medidos; en general, es usado para casos teóricos que no son directamente observables, como la inteligencia, la depresión, la ansiedad, o en este caso, la calidad [1,20]. Durante los últimos veinte años, las instituciones de salud a nivel mundial comenzaron a incluir las percepciones de los pacientes en las mediciones, al confiar en los juicios apuntados acerca de sus experiencias de salud, para mejorar la calidad asistencial o la atención, mediante la aplicación de instrumentos validados para monitorizar aspectos significativos de calidad de atención como el actual estado de evidencia la relevancia de sumar, a los desenlaces clínicos tradicionales, la perspectiva del paciente en temas relacionados con diferentes aspectos que relacionados en una mejor satisfacción con la atención recibida, como la claridad y la calidad de la información, el apoyo, el apoyo emocional, la participación de familiares, entre otros asuntos incluidos en el ppe

Evaluación psicométrica en 241 sujetos, mediante fiabilidad con el alfa de Cronbach, consistencia interna con combinaciones de Spearman, validez de aptitud, contenido y predictiva con análisis factorial.

Se dispone de una escala reproducible, válida y fiable para la percepción de calidad en investigaciones con 26 ítems, correspondiente a una modificación de la versión en español del Picker Patient Experience versión con 33 ítems. Esto es de gran relevancia al considerar que la calidad instrumental requiere la inclusión de la perspectiva del paciente con constructos psicosocialmente robustos

45