

# Relación médico-paciente: impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH en Medellín

## Physician-patient relationship: Impact on promotion and prevention campaigns for patients with HIV in Medellín

Viviana Bermúdez-Román<sup>1</sup>, Lemy Bran-Piedrahita<sup>2</sup>, Lucía Palacios-Moya<sup>1</sup> e Isabel C. Posada-Zapata<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. [vivibermudezr@hotmail.com](mailto:vivibermudezr@hotmail.com); [lupamo27@gmail.com](mailto:lupamo27@gmail.com); [isabel.posada@udea.edu.co](mailto:isabel.posada@udea.edu.co)

<sup>2</sup> Institución Universitaria ESCOLME. Medellín, Colombia. [ciessalud3@escolme.edu.co](mailto:ciessalud3@escolme.edu.co)

Recibido 21 Enero 2014/Enviado para modificación 4 Septiembre 2015/Aceptado 12 Febrero 2016

### RESUMEN

**Objetivo** Comprender el impacto de los profesionales en salud, en la recepción de campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por parte de la población con VIH de Medellín, Colombia 2012.

**Materiales y Métodos** La investigación se realizó desde un enfoque cualitativo, desarrollando como método la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin. Se entrevistaron trece personas, en dos etapas secuenciales. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas siguiendo los criterios de la teoría mencionada, realizando una codificación abierta y axial de los datos encontrados.

**Resultados** Se generaron un total de 1 324 códigos en los procesos de codificación abierta (con la generación de seis categorías descriptivas) y codificación axial (con la generación de cuatro categorías analíticas, siendo una de ellas desarrollada como resultado en este manuscrito), teniendo como hallazgos representativos la relevancia que dieron los participantes al rol de los profesionales de la salud, en cuanto a incorporar estilos de vida saludables para llevar apropiadamente su condición como seropositivos; así mismo, quedó manifiesto el papel que pueden jugar las personas que ya adquirieron el virus en la promoción de conductas sexuales que minimicen el riesgo de contraer la infección.

**Conclusión** La relación médico-paciente plantea grandes desafíos en la gestión de servicios de salud para los diversos actores del sistema, que deben contemplarse en la generación de políticas públicas futuras.

**Palabras Clave:** VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, promoción de la salud, autocuidado, Teoría Fundamentada (*fuentes: DeCS, BIREME*).

## ABSTRACT

**Objective** To understand the impact that healthcare professionals have on the perception of health promotion and disease prevention campaigns of individuals with HIV in Medellín, Colombia in 2012.

**Materials and Methods** The research was conducted using a qualitative approach, based on the Strauss and Corbin's Grounded Theory; thirteen people were interviewed during two sequential steps. The interviews were transcribed and analyzed in accordance with the theory mentioned above, by performing an open and axial coding on the data found.

**Results** A total of 1 324 codes were generated in the open coding process (creating six descriptive categories) and axial coding process (identifying four analytical categories; one of them is developed as a result in this paper). The most relevant findings included the importance given by the participants to the role of health professionals when supporting HIV-positive patients in the acquisition of healthy lifestyles to properly manage their condition. Also, the role that those people who already contracted the virus have for the promotion of sexual behaviors to minimize the risk of infection is stated.

**Conclusion** The doctor-patient relationship poses great challenges in terms of health services management for the different actors of the system. Likewise, these challenges must be taken into account when creating future public policies.

**Key Words:** HIV, acquired immunodeficiency syndrome, health promotion, self-care, grounded theory (*source: MeSH. NLM*).

A lo largo de la historia de la humanidad, se ha hecho evidente la importancia del médico como canal entre el paciente y su recuperación de la enfermedad; no sólo desde la provisión de servicios asistenciales, sino también del soporte emocional necesario para hacer frente a las complicaciones derivadas de una condición patológica particular. De ahí el impacto demostrado en diversas investigaciones frente a la provisión de tratamientos en un paciente, de acuerdo a la adecuada comunicación e inclusión de factores psicológicos en la práctica médica (1,2).

De este modo, ha sido la historia misma la encargada de develar el rol protagónico del personal asistencial en la recuperación de la salud del paciente, tal como sucede por ejemplo con los estudios realizados respecto a enfermedades crónicas, donde es clara la incidencia de un adecuado acompañamiento médico en la recuperación de una persona (3).

Empero, en estos tiempos modernos se hace necesario no sólo tener en cuenta la relevancia de la relación médico-paciente, sino también comprender ésta como un componente de un sistema mayor, donde deberán

incluirse también la relación médico–institución e institución–paciente; los cuales debidamente articulados tendrán un impacto favorable o no en el estado de salud del individuo (4).

Es así como se identifica la necesidad por parte de los actores involucrados en el proceso de atención en salud (médicos, enfermeras, odontólogos, personal administrativo en salud, entre otros) de asumir diversas funciones en aras de promover el más alto grado de bienestar al paciente; específicamente del médico, quien deberá tomar una postura integral frente al enfermo, conocer las reacciones físicas y psíquicas más comunes frente a la enfermedad y comprender el contexto en que se desenvuelve el paciente, de tal modo que se logre una intervención efectiva. Para ello, se precisa de la promoción de un aprendizaje transformacional, de tal manera que los profesionales no sólo interioricen sus conocimientos, sino que también aprendan a trabajar en equipo, coordinando su actuar con las necesidades del paciente (4,5).

Bajo esta premisa, la atención en salud debe caracterizarse entonces por brindar no sólo un apropiado tratamiento para los requerimientos del usuario, sino que también deberán contemplarse elementos de humanización en el servicio y garantizar el proceder ético de los profesionales, con el fin de garantizar la atención integral del paciente en los procesos de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la enfermedad (6,7).

## MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa, con enfoque histórico–hermenéutico, el cual permite comprender e interpretar los motivos internos del accionar humano, mediante procesos libres no estructurados; sino sistematizados, que han facilitado a diversos investigadores estudiar hechos históricos, sociales y psicológicos del ser humano (8). La duración de este estudio fue de 1 año, partiendo en abril de 2012 y finalizando en marzo de 2013.

Para el análisis y manejo de la información, se emplearon elementos propios de la Teoría Fundamentada, propuesta por Glaser y Strauss. El marco referencial de esta teoría, se relaciona con el interaccionismo simbólico, dado que el investigador intenta determinar el significado simbólico frente a modos de expresarse, vestir y relacionarse las personas con su entorno; desde este punto de vista el investigador espera construir lo que los individuos ven como su realidad social (9).

Para la consecución de la muestra de la investigación, se contempló el muestreo teórico según la Teoría Fundamentada, que consistió en la recolección, análisis y categorización de datos empíricos, según hallazgos del equipo investigador, donde la recolección y el análisis fueron repetidos hasta la saturación teórica (10).

Para ello, el equipo según las necesidades de refinamiento de las categorías emergentes en el estudio, realizó el contacto con los participantes a través de dos fundaciones de la ciudad de Medellín, procurando que las características reunidas por cada participante aportaran en la comprensión del fenómeno desde lo particular a lo general, vinculando los informantes según características sociales, económicas y culturales (diversidad respecto a estrato social, nivel de formación, filiación al sistema de seguridad social, edad, etc.).

Así, el total de participantes fue de 13 personas, la mayoría hombres, puesto que acceder a la población femenina resultó complejo por paradigmas creados en torno a la enfermedad; éstas al ser diagnosticadas con el virus, asumen sentimientos de culpabilidad frente a su diagnóstico, la sociedad asume que han adquirido la infección por ser trabajadoras sexuales o con una sexualidad riesgosa, sin el uso de métodos de protección alguno. Los participantes debían cumplir con los criterios de inclusión: ser mayores de edad, estar diagnosticados con VIH, vivir en Medellín y recibir servicios de salud en la ciudad; como criterios de exclusión que no padecieran un trastorno mental severo, que les impidiera participar con pleno consentimiento en el estudio.

Como consideraciones éticas garantes de la participación de éstos en el estudio, se tuvo en cuenta la custodia y confidencialidad de la información, el consentimiento informado para la participación libre y voluntaria, el respeto por su integridad física y mental; además de haber suministrado la información suficiente de los objetivos, alcance, metodología, riesgos y demás aspectos frente a su contribución en la investigación (11,12).

La recolección de la información se realizó mediante entrevistas semi-estructuradas, las cuales daban lugar a sostener una conversación fluida con el participante, posibilitando el conocimiento de información adicional que enriqueció la investigación.

## RESULTADOS

De acuerdo con los resultados derivados de la investigación, se evidenció que dentro de las características individuales de los participantes un entrevistado tenía formación académica en posgrado, cuatro de pregrado siete de básica secundaria y uno en básica primaria. De igual manera se indagó por su filiación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) donde nueve eran del régimen contributivo, tres del régimen subsidiado y uno de la población vinculada (sin seguridad social); por otro lado, según su ocupación ocho participantes en el momento laboraban, dos eran amas de casa, dos desempleados y un estudiante de pregrado.

Para llegar a la categoría relación médico-paciente y su impacto en las campañas de promoción y prevención para personas seropositivas primero se desarrolló la codificación abierta, aquí se obtuvieron 1324 códigos, entendiéndolos, como todos aquellos fragmentos en los que el equipo investigador encuentra un valor para la investigación, los cuales son posteriormente agrupados en categorías correspondientes a ejes temáticos encontrados a raíz de la saturación teórica de los datos (8). Como resultado de este proceso en la investigación se desarrollaron seis categorías descriptivas: el contexto de quienes viven con VIH, las vivencias como seropositivo, el sistema de salud colombiano, las redes de apoyo de quienes viven con VIH, acompañamiento del personal en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Ello permitió realizar la organización y asociación de la información otorgada por los participantes para luego aplicar un segundo instrumento.

Seguidamente, se aplicó el segundo instrumento y, la información obtenida, permitió el desarrollo de la codificación axial para la generación de las categorías analíticas, relacionadas posteriormente con sus subcategorías y categorías descriptivas (13). En tal sentido, se generaron cuatro categorías analíticas: Vivir con VIH, un cambio para la vida social y económica de las personas; La incidencia del concepto sociocultural del VIH en las estrategias de promoción y prevención; El impacto de los estigmas en torno al VIH como barrera de acceso a los servicios de salud; y finalmente, El efecto del acompañamiento del personal en salud en la recepción de campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; siendo ésta última la que se desarrollará en este artículo.

Es claro que la relación médico-paciente es un aspecto primordial en el tratamiento de las enfermedades y por ende de las personas enfermas. Es una

de las diferentes formas de desarrollo de relaciones interpersonales, solo que en ésta se le permite al enfermo satisfacer sus necesidades de salud y al médico, cumplir con las funciones sociales más importantes que se le ha otorgado; y sin duda alguna una buena práctica asistencial permitirá satisfacer tales necesidades solo si existe calidad en la relación de ambas partes (14,15).

Es así, como a lo largo de la investigación, los participantes hicieron referencia sobre la importancia que tiene el médico tratante frente a su proceso de recuperación:

“Pues por el momento la única profesional ha sido mi médica, excelente, o sea desde que uno entra es la amabilidad, o sea obviamente el lugar está predestinado para personas con VIH, tuberculosis y hepatitis, pero de igual manera todo el personal de salud sabe por tus exámenes, por qué vas, y no hay discriminación alguna, no hay grosería, es muy amable, con mucha calidad humana tanto por el médico, el celador, las del laboratorio, eso hace que el estado de salud tuyo esté mucho mejor” (E2, p3).

Es evidente entonces que la función del personal de salud es vital para cualquier paciente, sin importar su condición como seropositivo. Sin embargo, el rol del personal asistencial se torna más protagónico cuando se trata de educar al paciente con VIH, ya que incrementa la calidad de vida para estos, y estimulan hábitos y estilos de vida saludables, que contribuyan con la disminución de nuevos casos.

Adicionalmente, los participantes hicieron alusión al papel que ejerce el personal asistencial frente a las campañas de educación y prevención de la siguiente manera:

“Mira, cuando yo voy a consulta el médico me orienta, cómo debo cuidarme, el nutricionista me da una dieta balanceada de acuerdo a mis necesidades, no solo es una atención curativa, obviamente la parte de los medicamentos es importante para sostenerme, pero la parte de estilos saludables es el complemento perfecto, no solo para nosotros los pacientes que vivimos con VIH si no para todas las personas en general” (E11, p2).

Por ende, cabe resaltar como el cuidar es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional, única, que se presenta bajo un contexto sociocultural; tiene un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad del ser humano e implica un acompañamiento constante a quien se cuida. Es esto lo que hace del cuidado una experiencia energizante y de mutuo beneficio (12).

Es necesario resaltar la participación de los cuidadores en el proceso de recuperación y adopción de nuevos estilos de vida por parte de las personas seropositivas, pues, son quienes asumen el rol de brindar cuidados integrales en el ámbito familiar; por la cual se hace imperativo que estos reciban apoyo institucional de médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos, entre otros, para apoyar las actividades que desarrollan en casa para el alcance de mejores resultados en la situación de salud de los enfermos y en las condiciones de vida de la familia y de ellos mismos (16). Es así como lo manifiesta uno de los entrevistados:

“Es importante nuestro acompañamiento, yo desafortunadamente por mi diagnóstico no puedo intervenir propiamente desde lo clínico, pero si trato de acompañar al paciente, la familia, porque nosotros debemos entender que el paciente no viene solo, y que tampoco es cuestión de darle acetaminofén y suero, es importante que se pueda sentir el apoyo para uno recuperarse, mira que cuando a mí me diagnosticaron, me pareció muy valioso el apoyo no sólo de mi mamá, sino también el de mi médico” (E11, p4).

Si bien es cierto que para el logro de la recepción positiva de las campañas de promoción y prevención en personas con VIH es necesaria la participación activa del médico y cuidadores de las personas, existen también aspectos como el autocuidado. A partir de los conocimientos significativos, se puede encaminar fuertemente la adopción de prácticas saludables, dado que permiten la toma de decisiones informadas y la opción de prácticas sanas o de riesgo, según el criterio del individuo, frente al cuidado de la salud (12).

El fomento del autocuidado es un reto que han de asumir todos los profesionales de la salud, dado al contenido sociológico, antropológico, político y económico que lleva inmerso. Son ellos los llamados a promoverlo bajo una mirada humanista, y reconociendo al individuo como un ser integral, para el logro de resultados de salud con base en los cuidados que la persona se proporcione a sí mismo y a los demás, de su capacidad para tomar decisiones y controlar la vida propia y de garantizar que la sociedad en que éste vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud (12).

Así, se evidencia como la calidad del acompañamiento ejercido por el personal asistencial, incide fuertemente en la recepción de los mensajes de educación en salud y prevención en quien vive con el VIH, puesto que los cuidados que se puedan proveer trascienden la dimensión fisiológica y psicológica

de la persona dado que configuran también los contextos sociales, políticos y culturales en los que se mueve el individuo en su situación como seropositivo.

Frente al rol de promotores de salud en sus entornos cercanos, testimonios que evidencian cómo quienes viven con VIH se pueden convertir en agentes multiplicadores de las diversas campañas dirigidas a la promoción y a la prevención:

“Yo como te dije fui pionero en muchas cosas, y hoy por hoy lo sigo siendo, yo a quien puedo, especialmente la gente joven, les digo vea cuidense del VIH, cargar un condón siempre con uno no es motivo de pena, es mejor prevenir, vea esto, aquello, yo siempre aconsejo, porque pues yo me infecté por ignorancia, por pensar que eso era algo de muy lejos, pero hoy en día nadie puede decir que lo ignora, porque es que las tasas hablan, entonces por eso digo, prevenir, prevéngase un buen SIDA, y pues sí, yo trato mucho de hacer eso, de enseñarle a la gente” (E1, p9).

De esta forma, la educación es uno de los elementos claves de la promoción de la salud y, al igual que la información, la comunicación y la participación se deben trabajar en todos los momentos y en todos los grupos o comunidades, institucionalizados o no, permitiendo un cuidado integral de la salud de la persona, como de su familia, del personal que labora en las instituciones de salud y de los grupos comunitarios. En la medida en que cada individuo esté informado y educado, buscará opciones más saludables (17).

## DISCUSIÓN

La relación médico paciente se encuentra inmersa en una serie de limitaciones propias de la estructura y funcionamiento de los servicios de salud, tales como la poca confianza que poseen los usuarios de dichos servicios en la efectividad del sistema, y la existencia de organizaciones modernas que poseen altos niveles de cobertura, pero mínimos estándares de calidad en el servicio (18).

Así mismo, en el marco de esta relación se establecen las reglas y formas a través de las cuales será vista la enfermedad y el tratamiento, encontrándose en la literatura científica varios modelos explicativos de dicha relación; tales como el modelo funcionalista de Parson, que se fundamenta en la importancia de los roles sociales y el estatus asumido por el profesional tratante y el paciente a nivel terapéutico (18).

El segundo modelo, denominado normativo, fue propuesto por Szasz y Hollender; que diferencia la relación según niveles de interacción: activi-

dad –pasividad, guía cooperación y mutua cooperación. Y el tercer modelo de Hayes–Bautista, habla de la relación médico paciente según los sistemas de conocimiento de ambos agentes (18).

Este último modelo, es congruente con los resultados arrojados por este estudio, donde los participantes manifiestan un apropiado seguimiento a su condición como seropositivos desde los conocimientos y recomendaciones específicas de los profesionales tratantes, así como de aquellos hábitos adquiridos previamente por los pacientes antes de adquirir la infección.

Igualmente, en lo pertinente a la incidencia en acciones de prevención de la enfermedad, consecuente con elementos expuestos previamente en la sección de resultados, Villa, Tejada y Johnson hacen referencia al impacto que tienen elementos como la falta de acompañamiento social, el nivel educativo, factores culturales, creencias en cuanto a la toxicidad de los medicamentos y la relación terapéutica, como agentes que limitan la adherencia de los pacientes a los tratamientos para hacer frente al virus (19-21).

Así mismo, estudios realizados por Zolnierek y Martín, demuestran como la comunicación establecida entre el médico y el paciente tiene una alta correlación para asegurar la adherencia a los tratamientos, de allí que el autor sugiera que se dediquen grandes esfuerzos y estimulen las habilidades comunicativas de los profesionales del sector salud (22,23).

En lo pertinente a la importancia de los estilos de vida, que constituye otro elemento significativo en el relacionamiento entre los profesionales de la salud y los pacientes, Perk se refiere a dichos estilos como modelos comportamentales largamente establecidos, los cuales se forjan durante la infancia y adolescencia, y pueden ser variables de un individuo a otro, así como entre grupos sociales. Estos factores limitan la capacidad de las personas para adoptar estilos de vida sanos, que en ocasiones pueden deberse a consejos confusos o complejos por parte del profesional tratante (24).

Lo anterior, pone en manifiesto el rol protagónico ejercido por el personal asistencial en la adopción de estilos de vida saludable en los pacientes, más cuando se trata de usuarios con enfermedades como el VIH que demandan cuidados particulares para evitar la adquisición de infecciones oportunistas y demás que pongan en riesgo la calidad y esperanza de vida de quienes viven con el virus, como consecuencia de la vulnerabilidad a la que se expone el sistema inmune (25).

En cuanto a las acciones de promoción de la salud, estudios de Uribe y Lafaurie demuestran la existencia aun de mitos y estigmas que han limitado la efectividad de las acciones para la reducción de casos por VIH, quienes además ponen de manifiesto la necesidad existente respecto a la formación de los profesionales de la salud, quienes si bien poseen los conocimientos correctos, requieren un trabajo interdisciplinar en el momento de abordar campañas en este tema, de la mano de otros profesionales -microbiólogos, médicos, trabajadores sociales, etc. (26,27).

Por ende, de acuerdo a los resultados de este estudio y otros relacionados anteriormente, se considera pertinente la ampliación de investigaciones donde se evalúe desde metodologías cuantitativas y cualitativas el impacto del acompañamiento de los profesionales de la salud a usuarios con VIH, abordando elementos integrales que trasciendan la adherencia al Tratamiento Antirretroviral-TAR, involucrando además aspectos psicológicos y de relacionamiento; que finalmente como se ha expuesto impactan la recepción de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad •

**Agradecimientos:** Nuestro más profundo agradecimiento con las Fundaciones EUDES y RASA de la ciudad de Medellín, las cuales fueron el puente con los interlocutores de este estudio, quienes finalmente dieron sentido a su realización. Se agradece explícitamente a la Estrategia de Sostenibilidad CODI 2013-2014 de la Universidad de Antioquia por el apoyo recibido para la asesoría de este proyecto.

**Conflictos de interés:** Ninguno.

## REFERENCIAS

1. Gómez R. El médico como persona en la relación médico-paciente. Caracas: Editorial Fundamentos; 2002. p. 41-57.
2. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. la comunicación médico paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas? Rev. méd. Chile. 2010; 138 (8): 1047-1054.
3. Martín L, Grau J. la investigación de la adherencia terapéutica como un problema de psicología de la salud. Psicología y Salud. 2014; 14 (1): 89-99.
4. Roldán I. los derechos del enfermo y la educación médica. En: Leal F, Mendoza J, Plata E. Hacia una medicina más humana. Bogotá D.C: Editorial Médica Panamericana; 1997.
5. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2011; 28 (2): 337-341.
6. Maestre BR. Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. Med Paliat. 2013; 20 (1): 19-25.
7. Alonso LM, Escorcía I. El ser humano como una totalidad. Salud Uninorte 2003; 17: 3 - 8.
8. Bermúdez V, Bran L, Palacios L, Posada IC. Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. Salud Pública Mex. 2015; 57 (3): 252-259.

9. Centro de Estudios de Opinión [Internet]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/1632/1285> . Consultado marzo del 2013.
10. Trinidad A, Carrero V, Soriano RM. Teoría Fundamentada “Grounded Theory”: la construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2006. p. 23–32.
11. Mazzanti M. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Revista Colombiana de Bioética*. 2011; 6 (1): 125 – 145.
12. Prieto P. Comités de ética en investigación con seres humanos: relevancia actual en Colombia. *Acta Médica Colombiana*. 2011; 36 (2): 98–104.
13. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002. p. 134–156.
14. Rodríguez M. Relación Médico-paciente. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2006; 32 (4): 0–0.
15. Sánchez D, Contreras Y. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Rev. Cub. Mil*. 2014; 43 (4): 528–533.
16. Álvarez BE. Comparación de la calidad de vida de cuidadores familiares de personas que viven con VIH/SIDA y reciben terapia antirretroviral, con la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas que viven con VIH/SIDA y no reciben terapia antirretroviral en Honduras. *Av enferm*. 2004; 22 (2): 6–18.
17. Melo L, Wegner W, Pinto MI. Educación en salud: una estrategia de cuidado al cuidador lego. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007; 15 (2): 337–343.
18. Herrera NE, Gutiérrez ME, Ballesteros M, Izzedin R, Gómez AP, Sánchez L. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2010; 12 (3): 343–355.
19. Tejada R, Alarcón J, Velásquez C, Gutiérrez C, Loarte C, Zunt J, et al. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad durante la gestación, parto y posparto en mujeres VIH positivas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima – Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2011; 15 (2): 1–7.
20. Villa IC, Vinaccia S. Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH – sida. *Psicología y Salud*. 2014; 16 (1): 51–62
21. Johnson MO, Dilworth SE, Taylor JM, Darbes LA, Comfort ML, Neilands TB. Primary relationships, HIV treatment adherence, and virologic control. *AIDS and behavior*. 2012; 16 (6): 1511–1521.
22. Haskard KB, DiMatteo R. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*. 47 (8): 826 – 834.
23. Martín J, del Cura I, Gómez T, Fernández E, Pajares G, Moreno B. Satisfacción de paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient – Doctor Relationship Questionnaire. *Atención Primaria*. 2010; 42 (4): 196 – 203.
24. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European heart journal*. 2012; 33 (13): 1635 – 1701.
25. Ballester R. Adhesión terapéutica: revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH/SIDA. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2013; 7 (3): 151 – 175.
26. Uribe AF, Orcasita LT. Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud. *Avances en enfermería*. 2011; 29 (2): 271 – 284.
27. Lafaurie MM, Zuñiga M. Mujeres colombianas viviendo con VIH/sida: contextos, experiencias y necesidades de cuidado de enfermería. *Enferm glob*. 2011; 10 (24): 315 – 330.