

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:

FACTORES DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL AMLODIPINO DE PARTE DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 40 A 80 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR YAYANTIQUÉ, LA UNIÓN Y AGUA BLANCA, LA ESTANCIA EN CACAOPERA, MORAZÁN. AÑO 2018.

PRESENTADO POR:

**ESTRELLA DULCINEA APARICIO FUENTES
FÉLIX DAGOBERTO BARRERA GARAY
ESMERALDA AZUCENA GONZÁLEZ**

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DOCTOR ALDO FRANCISCO HERNÁNDEZ AGUILAR

DICIEMBRE DE 2018

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR**

**DOCTOR MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO
VICERRECTOR ACADÉMICO**

**INGENIERO NELSON BERNABÉ GRANADOS
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**MAESTRO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
SECRETARIO GENERAL**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL**

AUTORIDADES DE LA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

**INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO**

**MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE
DOCTORADO EN MEDICINA**

**DOCTOR ALDO FRANCISCO HERNÁNDEZ AGUILAR
DOCENTE ASESOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
ASESORA DE METODOLOGÍA**

**LICENCIADO SIMÓN MARTÍNEZ DÍAZ
ASESOR ESTADÍSTICO**

JURADO CALIFICADOR

**ALDO FRANCISCO HERNÁNDEZ AGUILAR
DOCTOR EN MEDICINA**

**RENÉ ATILIO VELASQUEZ GIRÓN
DOCTOR EN MEDICINA**

**WILFREDO PÉREZ ROSALES
DOCTOR EN MEDICINA**


Estrella Dulcinea Aparicio Fuentes Carné N°: AF09017
Félix Dagoberto Barrera Garay Carné N°: BG10007
Esmeralda Azucena González Carné N°: GG07059

FACTORES DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL AMLODIPINO DE PARTE DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 40 A 80 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR YAYANTIQUE, LA UNION Y AGUA BLANCA, LA ESTANCIA EN CACAOPELA, MORAZAN. AÑO 2018.

Este trabajo de investigación fue revisado, **evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor (a) en Medicina por la Universidad de El Salvador


Dr. Rene Atilio Velásquez Girón
Tribunal Calificador


Dr. Wilfredo Pérez Rosales
Tribunal Calificador


Dr. Aldo Francisco Hernández Aguilar
Docente Asesor

Dr. Aldo Francisco Hernández Aguilar
DOCTOR EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 12057


Mtra. Elba Margárita Berrios Castillo
Coordinadora General de Procesos de Graduación

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SAN MIGUEL


Vo. Bo. Dr. Francisco Antonio Guevara Garay
Jefe del Departamento

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SAN MIGUEL

San Miguel, El Salvador, Centro América, diciembre de 2018.

AGRADECIMIENTOS

LE DAMOS GRACIAS A DIOS que nos permitió llegar hasta este momento de nuestras vidas, porque nunca nos abandonó en los momentos más difíciles de nuestra carrera, por todas las bendiciones recibidas por la fortaleza de seguir adelante y por brindarnos la sabiduría y paciencia para alcanzar esta meta, ya que sin su voluntad, nunca hubiese sido posible.

GRACIAS A NUESTROS PADRES, HERMANOS/AS Y DEMÁS FAMILIA por apoyarnos en todo momento, sus sacrificios sin condiciones y sin medida, gracias por su cariño, desvelos y por brindarnos la confianza para llegar a ser profesionales, gracias por encomendarnos a Dios para salir adelante, ya que sus oraciones fueron escuchadas.

UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL HASTA EL CIELO, PARA ESAS PERSONITAS que aunque no están con nosotros fueron y serán siempre parte fundamental en nuestras vidas, gracias por apoyarnos en cada momento y por ser inspiración para nuestra carrera; gracias por creer en nosotros cuando nadie más creía en que podríamos lograrlo.

GRACIAS A CADA UNO DE LOS MAESTROS que participaron en la formación académica y en nuestro desarrollo profesional a lo largo de nuestra carrera.

GRACIAS A NUESTRO GRUPO DE TESIS por apoyarnos incondicionalmente, a pesar de todas las dificultades y también momentos gratos.

Estrella Dulcinea Aparicio Fuentes
Félix Dagoberto Barrera Garay
Esmeralda Azucena González

CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE TABLAS.....	ix
LISTA DE GRÁFICOS	x
LISTA DE ANEXOS	xi
RESUMEN	xii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
4. MARCO TEÓRICO.....	11
5. SISTEMA DE HIPÓTESIS	19
6. DISEÑO METODOLÓGICO	21
7. RESULTADOS	25
8. DISCUSIÓN.....	40
9. CONCLUSIONES.....	42
10. RECOMENDACIONES	44
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
12. ANEXOS	46

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Grupo de edades de pacientes encuestados	25
Tabla 2. Sexo de usuarios por UCSF.....	27
Tabla 3. Lugar de procedencia por UCSF	28
Tabla 4. Alfabetismo distribuido por UCSF	29
Tabla 5. Trabajo remunerado por UCSF	30
Tabla 6. Ingreso de remesas por UCSF	31
Tabla 7. Adherencia de los usuarios del servicio por UCSF	32
Tabla 8. Análisis del factor geográfico versus adherencia.....	33
Tabla 9. Análisis del factor económico versus adherencia	34
Tabla 10. Demostración de los múltiples factores culturales versus adherencia.....	35

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Grafico 1. Distribución de edades por UCSF	26
Grafico 2. Distribución de sexo de usuario por UCSF	27
Grafico 3. Lugar de procedencia por UCSF	28
Grafico 4. Representación de alfabetismo por UCSF	29
Grafico 5. Representación de trabajo remunerado por UCSF	30
Grafico 6. Ingreso de remesas por UCSF	31
Grafico 7. Distribución de la adherencia por UCSF	32
Grafico 8. Análisis de factor geográfico adherencia	33
Grafico 9. Representación de factor económico versus adherencia	34
Grafico 10. Factores culturales (personal, religioso, orientación medica) versus adherencia	36

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Cuestionario.....	46
Anexo 2. Tabla de distribución Chi-cuadrado	50
Anexo 3. Cronogramas de trabajo de la investigación	51

RESUMEN

El trabajo fue elaborado debido a la situación de los pacientes hipertensos que utilizan Amlodipino por la falta de adherencia al medicamento y la relación directa con los factores de accesibilidad a los servicios de salud. **El Objetivo** fue plantear factores importantes que afectan la adherencia de los pacientes: factor de accesibilidad geográfico, accesibilidad económica y accesibilidad cultural. **Metodología:** se implementó el método cuantitativo con base en recolección de datos, a través del cuestionario. El alcance de la investigación fue de carácter **descriptivo** puesto a que se logró determinar los factores que intervinieron hacia la adherencia, **prospectivo** debido a que se tomó la información obtenida del cuestionario y **transversal** realizado en los meses de mayo a julio. **Resultados obtenidos:** *factor geográfico* el 53.3% de la población en estudio no está adherida; El factor económico es desfavorable en un 74.7%, pero los pacientes están adheridos en 85.3%; *factor cultural* es muy importante en la adherencia, son tres aspectos: *personal*, *religioso* y *orientación médica*. De estos el que más resalta es el personal con porcentaje desfavorable del 62%. Dado que el valor de significancia para el factor: *personal* y *la orientación médica*, es menor a 0.05 entonces estos influyen en la adherencia al tratamiento. **Conclusiones:** el acceso geográfico tiene un GRAN VALOR PREDICTIVO a la hora de tomar las decisiones sobre la salud. *Factor económico* se determinó que esta NO ERA una limitante tangible para el paciente, ya que evaluaban los costos-beneficios. *Factor cultural*, el MAS INFLUYENTE, al evaluar los resultados obtenidos se demostró que *el conocimiento general sobre la enfermedad y la orientación psico-social*, tenía un realce significativo a la hora de evaluar la ADHERENCIA al medicamento.

Palabras claves: factores de accesibilidad, servicios de salud, adherencia al medicamento, amlodipino, hipertensión arterial.

1. INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se plantea el hecho de que en El Salvador siempre se han visto dificultades para la tener una buena salud, desde el aspecto exterior como las buenas relaciones con países desarrollados hasta en el aspecto interior; es decir, en como los médicos aconsejan a los pacientes para que tomen sus medicamentos. En todo esto, el personal de salud juega un papel importante en la adherencia a los medicamentos, con los consejos y recomendaciones necesarias para obtener un óptimo desempeño del paciente, tanto física como mental; el objetivo del médico es llevar un completo bienestar psíquico, mental y social.

Para poder observar estas circunstancias fue preciso aclarar y determinar los aspectos que afectan o interfieren en el papel de la adherencia al tratamiento que serían geográficos, económicos, culturales, entre otros. Uno de los factores principales es la geografía, la cual es primordial en la toma de decisiones con respecto a la salud, a tal grado que se englobo en FAVORABLE o DESFAVORABLE con respecto a si afectaba o no en el ámbito de tener adherencia.

El segundo aspecto primordial que se aclara es el factor económico ya que este es un factor que no solo engloba el aspecto de la salud si no también un sinnúmero de factores posibles que no están comprendidos en la adherencia o que tenga relevancia con la salud.

El último factor y uno de los más polémicos es el factor cultural, que engloba todo lo relacionado ha como el paciente percibe su enfermedad y a qué grado está dispuesto hacer o dejar de hacer para cambiar el resultado de su salud. Ya teniendo todo esto claro se dio el inicio a investigar como estos 3 factores que por separado no se aprecian que tengan mucha relación, pero que en conjunto han llegado a tener un realce significativo a la hora de hacer un informe estadístico, generando tablas y proporcionando datos relevantes a la hora de entrelazar los resultados obtenidos.

Con la finalidad de tener una sistematización ordenada del proceso, se estructura el informe tal y como se detalla a continuación:

El trabajo incluye la introducción, planteamiento del problema que está organizado por antecedentes del problema, caracterización de las unidades comunitarias de salud familiar en estudio, enunciado del problema, la delimitación del estudio y su posible justificación donde se explica el por qué, para qué, la importancia y los beneficios del estudio mismo en estas comunidades; los objetivos de la investigación que se dividen en un objetivo general y tres objetivos específicos subsecuente. El marco teórico se encuentra organizado en tres sub temas principales para el análisis y entendimiento, la adherencia, la accesibilidad y la Hipertensión-el Amlodipino.

El sistema de hipótesis que consta de una hipótesis general, una hipótesis nula, unidades de análisis, variables, operacionalización de hipótesis, además consta del diseño metodológico dividido y organizado en tipo de estudio, diseño de estudio, población y muestra, criterios para establecer la muestra, técnicas de recolección de información, instrumentos, procedimientos, plan de análisis. Los resultados obtenidos distribuidos y presentados en datos descriptivos y comprobados con pruebas de hipótesis. La discusión sobre los datos obtenidos versus los presentados en el marco teórico. Las conclusiones de los riesgos beneficios del sistema de investigación y lo datos obtenidos y hacer un meta-análisis para estudios prospectivos. Las recomendaciones óptimas y oportunas para que en un nuevo sistema de análisis puedan servir de base a nuevos estudios sobre el área de adherencia.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Antecedentes del problema

Es importante mencionar que se encuentran muchos estudios que hablan sobre Hipertensión arterial, adherencia al tratamiento relacionado con factores de accesibilidad a los servicios de salud, pero no específicamente al tratamiento con el medicamento en estudio el cual es el Amlodipino.

La adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud. La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo las tasas son aun menores. Es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento y la Organización Mundial de la Salud reconoce la relación entre los accesos de los servicios de salud y el tratamiento.

La adherencia terapéutica es influida simultáneamente por varios factores la capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema. Estas son: los factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente. Para mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, es obligatorio resolver los problemas relacionados con cada uno de estos factores (1).

Un estudio en el año 2014 en Colombia con 204 pacientes seleccionados mediante muestreo probabilístico aleatorio simple de la base de datos de 1.278 pacientes inscritos en el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en una Institución Prestadora de Salud (IPS) de Montería.

La participación de los pacientes fue voluntaria, firmaron consentimiento informado y se mantuvo la confidencialidad de la información mediante la asignación de códigos al instrumento. Se obtuvo aval de: el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, de la IPS y de las autoras del instrumento, y se garantizó la propiedad intelectual mediante citas bibliográficas.

Características sociodemográficas: Los participantes tenían edad promedio de 58 años, con rango de 40-90 años, el 70% de los pacientes estaba en edades de 45-68 años. El 53% era de sexo femenino, lo cual podría obedecer según lo encontrado a que las mujeres suelen acudir en mayor número y frecuencia a la consulta médica y en consecuencia también ser más responsables en el cumplimiento de las indicaciones recibidas. No obstante, la literatura reporta que los hombres tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que las mujeres y son afectados en edades más tempranas. Con relación al estado civil, el 57% de los pacientes era casado, 22% vivía en unión libre y el 21% restante no tenía vínculo conyugal. El 48% tiene nivel educativo universitario, el 22% secundaria y el 16% técnica, esto debido quizás a que la población estudiada está sometida a estrés laboral. Sin embargo, el 6% no realizó estudios y el 8% sólo alcanzó primaria, que correspondían a pacientes beneficiarios. De acuerdo al estrato socioeconómico, el 82% pertenecía a estratos económicos medios. El 54% estaba afiliado al Régimen de Seguridad Social, de los cuales el 41% eran trabajadores activos y el 13% jubilados; el 46% era beneficiario.

Factores de Riesgo Cardiovascular; el factor cardiovascular predominante fue la hipertensión arterial con 70%, mientras que el 18% presentaba más de un factor de riesgo, lo que concuerda con lo reportado por estudios en Colombia, en el cual la hipertensión constituye el primer factor de riesgo cardiovascular y una de las cinco primeras causas de mortalidad (2). El estudio encontró que el 67% de los pacientes se encontraba en situación de ventaja para adherencia, el 29%, en situación de riesgo a no adherirse y el 4%, en situación de no adherencia. Esto puede estar relacionado con el hecho que estos pacientes pertenecían a un régimen de seguridad social que garantiza a sus usuarios la oportuna disponibilidad de medicamentos y a un programa en que realiza control por parte del médico y de la enfermera. Según la Organización Mundial de la Salud, el sistema de prestación de asistencia sanitaria tiene gran potencial para influir en el comportamiento de adherencia de los pacientes (1), sustentado a que en el sistema de salud al cual pertenece el paciente le dará elementos que pueden ser los adecuados o necesarios para que el paciente tenga o no mayor grado de adherencia.

Grupo de pacientes en ventaja de adherirse al medicamento: Factores socioeconómicos. En este grupo, entre el 66.9% y el 83.1% de los pacientes siempre tenía disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, costearse los medicamentos y asistir a la consulta; estaban en capacidad de leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad y contaban con apoyo familiar-social para cumplir su tratamiento. No obstante, el 50.7% consideró que algunas veces y 14% que siempre se les dificultaba los “cambios en la dieta debido al costo de los alimentos recomendados”, indicando que este aspecto de la terapia no farmacológica los pacientes no la están cumpliendo. Lo anterior conlleva a que se realice mayor énfasis en la educación al paciente sobre dietas adecuadas de acuerdo a la particularidad del tratamiento, sus costumbres y alimentos propios de la región, que permitan su adquisición a menor costo y un mejor cumplimiento de este aspecto de la terapia (2).

Grupo de pacientes con riesgo para no adherencia a los medicamentos: Factores socio-económicos. En este grupo, el 60% siempre “tenía disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, costearse los medicamentos 56.7%, asistir a la consulta 58.3% y el 68.3% podía leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad”. Los porcentajes restantes consideraron algunas veces y un porcentaje bastante mínimo que nunca la tenían. Por su parte, el 73.3% algunas veces “se le dificultaba los cambios en la dieta debido al costo de los alimentos recomendados” y el 48.3% siempre “contaba con apoyo familiar o de allegados para cumplir su tratamiento”. Sin embargo, el 48.3% algunas veces y el 3.3% nunca tenía apoyo.

Grupo de pacientes en situación de no adherencia a los tratamientos: Factores socioeconómicos. El 50% de los pacientes algunas veces y entre el 12.5% y el 25% “nunca tenía disponibilidad económica para atender las necesidades básicas, costearse los medicamentos o asistir a la consulta”, lo cual también “hacía que presentaran dificultades con los cambios en la dieta”. Iguales porcentajes algunas veces o nunca “podían leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad” y un 75% algunas veces y 25% nunca “contaba con apoyo familiar para cumplir su tratamiento”.

En este sentido se ha encontrado como factores que intervienen en la falta de adherencia de los pacientes la incapacidad económica de conseguir los medicamentos por falta de dinero, adicionalmente la incapacidad de leer las recetas por el bajo nivel de escolaridad o alteración en la agudeza visual y no tener buenas redes de apoyo para la ejecución del tratamiento (3).

Los indicadores de accesibilidad socio-organizacional presentaron asociación estadísticamente significativa con la percepción sobre la calidad del servicio y con la utilización. Según estudio de la Ciudad de 2014 un total de 508 individuos de la muestra original, 443 (87.2%) participaron de este estudio. Fueron excluidos 21 registros sin información y 44 referidos a los entrevistados que no supieron responder. El predominio (91.6%) de la forma de desplazarse a pie hasta las unidades básicas de salud de la familia fue destacado (1).

Se realizó una investigación en la Habana, Cuba con 245 hipertensos mayores de 60 años con tratamiento farmacológico. Las variables estudiadas fueron edad, sexo biológico, grado de escolaridad, tratamiento prescrito, adherencia al tratamiento, y motivo de la no adherencia. Resultados: la adherencia al tratamiento fue de 58.3%, los pacientes con nivel universitario de escolaridad tuvieron 74% de adherencia. El esquema terapéutico diario de un único medicamento tuvo la mayor adherencia terapéutica con 73.8%. La mayor adherencia se encontró en los pacientes que tomaban medicamentos de dosis única diaria: Atenolol (92.3%), Amlodipino (88.9%) o Enalapril (88.1%). Entre los motivos más frecuentes de no adherencia al tratamiento se encontraron olvidar las dosis (40%) y sentirse bien (38.2%) (4).

2.2 Caracterización de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.

2.2.1 Unidad Comunitaria de Salud Familiar Yayantique.

Yayantique como municipio pertenece al departamento de La Unión, El Salvador. Tiene una población estimada de 3864 habitantes. La unidad de salud fue fundada en 2004 y fue construida para que sirviera de nivel de atención primaria en salud y se brindara también atención odontológica.

La unidad de salud cuenta con un espacio de 185 metros cuadrados, y con 1 área designada para atención odontológica, 1 área para bodega de insumos, 1 área para bodega de medicamentos, 1 área de inhalo terapia, 1 área de esterilización, 1 área de archivo, 1 área de inyectables y curaciones, 2 consultorios médicos, 1 área para saneamiento ambiental, 2 áreas para inspectores de salud y un garaje para dos automóviles (5).

2.2.2 Unidad Comunitaria de Salud Familiar Agua Blanca.

El área de Agua Blanca cuenta con una población de 3500 habitantes, la estructura de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Agua Blanca, Cacaopera, fue construida en el año de 2005, gracias a la colaboración de personas altruista que donaron el inmueble, siendo esta estructura controlada por la Asociación de Desarrollo Comunitaria, de la hacienda, Cantón Agua Blanca.

Desde su fundación dicha estructura ha funcionado siempre como dispensador de los servicios básicos de salud. Contando actualmente con Médico Coordinador, Enfermera Comunitaria, Enfermera Auxiliar, Polivalente y cinco Promotores de Salud Comunitaria

Ya que en su primer momento dicha estructura estuvo a cargo de una organización no gubernamental que se encargaba de dar los servicios de salud en esta zona; el cual desde hace 8 años, esta estructura ha sido prestada al Ministerio de Salud; en la cual labora el equipo de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Cacaopera Mo Agua Blanca. Al momento la estructura cuenta solo con el servicio de energía eléctrica y Agua Potable (6).

2.2.3 Unidad Comunitaria de Salud Familiar La Estancia.

La Unidad comunitaria de salud familiar Estancia, Cacaopera fue fundada en el año de 2005, desde su inicio ha brindado atenciones en dos locales alquilados, debido a que no hay estructura física propia ubicada en Caserío Sosomon, Cantón Estancia.

El área que cubre La Unidad Comunitaria de Salud Familiar cuenta con un con el Cantón Estancia conformado por trece caseríos y una población de 3417 habitantes.

Desde su fundación se ha estado alquilando local y durante el año 2010 se traslada al mismo caserío pero en diferente local, aún no cuenta con local propio, está siendo alquilado, y siempre ha funcionado como dispensador de los servicios básicos de salud.

Desde el 15 de julio de 2010 funciona como Unidad Comunitaria de Salud Familiar, el cual está constituido por Médico Coordinador, Enfermera Comunitaria, Auxiliar de Enfermería, Polivalente y tres Promotoras de Salud Comunitaria.

Además la estructura cuenta solo con el servicio de energía eléctrica y no se tiene al momento agua potable (7).

2.3 Enunciado del problema

¿Cuáles son los factores de accesibilidad a los servicios de salud que influyen en los pacientes con hipertensión arterial para la adherencia al Amlodipino, cuya edad se encuentra entre 40 y 80 años, quienes consultan en las unidades comunitarias de salud familiar: Yayantique, La Unión; Agua Blanca y La Estancia en Cacaopera, Morazán. Año 2018?.

2.4 Justificación del estudio

Los motivos que llevaron a realizar la investigación tiene que ver con cada una de las ampliaciones de revisión bibliográfica de tesaros y estudios, se confirmó que realmente no se cuenta con un estudio profesional que se ajustara a la concepción acerca de la adherencia al Amlodipino por parte de los pacientes con Hipertensión Arterial, de esta forma se comprueba la carencia de investigaciones dejando sin aporte fundamental al clínico, y por esta razón no permite la ayuda para hacer un buen diagnóstico.

Se dice que la Hipertensión Arterial, es considerada hoy como una de las principales problemáticas de salud pública. Actualmente 7.1 millones de personas mueren como resultado de tensión arterial elevada, reconociéndose como una de las tres primeras causas de morbi-mortalidad mundial y nacional, uno de los primeros lugares de causas de incapacidad, uno de los principales motivos de consulta médica y una enfermedad con serias repercusiones a nivel económico y social.

La accesibilidad geográfica es un aspecto importante que rescatar y determinar en esta investigación, ya que es uno de los que incide en la adherencia del Amlodipino debido a que algunos de los pacientes que consumen este medicamento habitan en áreas de difícil acceso lo cual da como resultado la complicación en la asistencia a la consulta médica por consiguiente el paciente no obtiene los medicamento que le han sido recetados y esto causa una variación en los patrones de consumo del mismo.

Según el Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local en el año del 2012 los municipios de: Cacaopera y Yayantique fueran catalogados municipios de extrema marginalidad y moderada marginalidad respetivamente debido a la falta de empleo y oportunidades de desarrollo para las personas que habitan en ellos.

De esta forma es claro que dentro de la investigación las áreas geográficas son determinantes en el estudio, ya que es necesario establecer sobre las problemáticas dentro de los municipios de Cacaopera y Yayantique para que así los investigadores entiendan y conozcan estos aspectos para futuros proyectos en el área.

Estos problemas son de interés porque es necesario hacerlos saber al mundo exterior y que dentro del municipio es necesario hacer proyectos y actividades que fortalezcan el acceso a la salud en todas sus áreas del municipio.

Es menester determinar que todas las personas deberían tener el acceso a la salud sin barreras algunas, es cierto que dentro de “la teoría” todos tenemos el acceso a la salud sin distinción alguna como ámbitos geográficos, económicos, culturales etc. pero en “la práctica” existen demasiadas barreras para lograr el verdadero acceso a la salud.

De esta forma el estudio serviría como una herramienta a nivel regional y mundial para otros investigadores, a la vez generar instrumentos de intervención que ayuden a las soluciones de problemas.

Además el estudio brindara una razón para que el medico pueda conocer o estar inmerso para que el paciente se adhiera al tratamiento; también brinda elementos de autoanálisis y alternativas en el abordaje de elementos de autovaloración para que haya un mejor apego al tratamiento por parte de los pacientes y reforzar el conocimiento de los médicos ya que no se cuentan con estudios a nivel local según el área geográfica que se está tomando en estudio.

2.5 Alcance

Se realizó una investigación no experimental sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos, es decir que solo se prestó atención a la relación que determinan los factores de accesibilidad cultural sobre la adherencia al Amlodipino.

Los objetivos se lograron por medio de la encuesta que permitieron conocer los factores más relevantes que dieron a conocer las directrices de la adherencia al Amlodipino.

El presente estudio brindo una serie de análisis que permiten dar a conocer al médico y al personal de salud la importancia de la adherencia al Amlodipino en los pacientes hipertensos y la relación directa con la accesibilidad a los servicios de salud. El estudio se realizó en el año 2018.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo general:

- ✓ Determinar los factores de accesibilidad a los servicios de salud que influyen en pacientes con hipertensión arterial para la adherencia al Amlodipino, cuya edad oscila entre los 40 y 80 años que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar: Yayantique, La Unión; Agua Blanca, La Estancia y en Cacaopera, Morazán. Durante el año 2018.

3.2 Objetivos específicos:

- ✓ Identificar el acceso geográfico como factor de riesgo para la adherencia al tratamiento de los pacientes en estudio.
- ✓ Conocer el acceso económico que influye para la adherencia al tratamiento de los pacientes en estudio.
- ✓ Describir los factores culturales que existen en la población para la adherencia de los pacientes en estudio.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 La Adherencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la 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 magnitud y las consecuencias asociadas a la falta de cumplimiento sitúan a la adherencia como un importante asunto para la salud pública a nivel mundial. Además, el progresivo aumento del número de pacientes pluripatológicos y polimedcados acrecienta este problema (8).

La adherencia a los medicamentos es una problemática de carácter global, ya que según Derek Yach que es coordinador de la OMS, en la revista publicada en el 2003 ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO ofrece una idea de la magnitud del problema " el concepto de la adherencia terapéutica es una mejor manera de captar los cambios dinámicos y complejos necesarios de muchos actores durante períodos prolongados para mantener la salud óptima de las personas con enfermedades crónicas La adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud" (9).

Para la OMS el problema de adherencia a los tratamientos es un problema que año con año se va aumentando, como lo representa en una porción de su artículo: "Las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales, el virus de la inmunodeficiencia humana /síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la tuberculosis, juntos, representan 54% de la carga mundial de todas las enfermedades en 2001 y sobrepasarán 65% en todo el mundo en 2020. Los pobres son afectados desproporcionadamente" (8).

Según una fracción de un artículo de la OMS, refiere que los principales factores por los cuales un paciente tiene falla en la adherencia a los tratamientos son el factor económico, factor social. "La capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema. Estas son: los factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente. Para mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, es obligatorio resolver los problemas relacionados con cada uno de estos factores" (10) y al mismo tiempo como lo hace demostrable en un artículo de la universidad de Nuevo león México, "el factor distancia física real desde la vivienda de la persona hasta su centro de atención más cercano representa uno de los factores predominantes en la adherencia a los tratamientos de manera general" (11).

Antiguamente la manera de percibir la adherencia era basada en un sistema lineal, en el que el paciente y el tratamiento eran dos entidades que, si tenían relación de ser, pero no de manera significativa, esta forma de concebir la adherencia puede implicar riesgos para el proceso del tratamiento, en tanto:

- Tiende a ser unidimensional. Las personas son cumplidoras o no cumplidoras (obedecen o no obedecen), a pesar de las múltiples posibilidades que pueden existir en relación con el cumplimiento.
- Está centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud, básicamente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento.
- Es reduccionista, solo tiene en cuenta el aspecto relacional (la vinculación con el médico como figura de autoridad), y no considera aspectos subjetivos como las motivaciones del paciente (12).

Según los avances en los modelos de percepción de la sociedad y los modelos de percepción de las enfermedades, se hace una propuesta que: al concebir la adherencia terapéutica como "la medida en que la conducta de una persona coincide con el consejo médico. Incluye procesos específicos, como tomar medicamentos, y otros de carácter más general, como mantener prácticas saludables de estilo de vida" (8)

Flórez (11), por su parte, propone diferenciar el fenómeno de la adherencia en dos vías: Adherencia a tratamientos farmacológicos: grado en que el comportamiento de una persona, como tomar los medicamentos, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.

Adherencia al tratamiento no farmacológico: grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el profesional de la salud en cuanto al cambio de hábitos de vida (dejar el sedentarismo, dejar de beber o de fumar, etc.)

Diferentes autores proponen una vía de visualización un poco más amplia e introducen otro aspecto importante cuando aluden a la adherencia como "el adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer"; de esta manera, hacen referencia a los conocimientos, la cantidad y calidad de la información que los pacientes tienen respecto a su enfermedad y el tratamiento a seguir. La información obtenida de los prestadores de salud constituye un elemento importante para considerar la adherencia, pero que no se reduce solo a la conducta de seguir o no seguir el tratamiento (10).

Así, comienza a esbozarse un acercamiento que incluye más allá que una simple conducta, los elementos (psicológicos, sociales, económicos) que están detrás de esa manifestación conductual.

La adherencia terapéutica se refiere al contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud. Incluye capacidad del paciente para: a) asistir a consultas programadas, b) tomar medicamentos como se prescribieron, c) realizar los cambios de estilo de vida recomendados y d) completar los análisis o pruebas solicitadas (10).

Según la OMS en un consenso organizado en el 2009 propone, "El derecho al "grado máximo de salud que se pueda lograr" exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación" (8).

De este modo vamos dando cuenta que los factores que se engloban en el completo estado de buena salud como tal, es regido por un sinnúmero de factores que por un lado abogan por el paciente por otro lado aseveran que este mismo no es el mero receptor de la atención si no también forma parte del proceso de desarrollo de la salud como tal así mismo factores fuera de este que como menciona en su artículo, los servicios de salud que son en gran medida impartidos por el estado forman un engranaje funcional que tiene como objetivo la "buena salud de las personas".

La OMS afirma que los enfoques respectivos para tratar el tema de salud se pueden diferenciar en 3 grandes grupos, enfoque con respecto al sistema de salud como tal, enfoque relacionado al proveedor de la salud y enfoque relacionado al receptor de la salud que sería el paciente. Tales grupos se subdividen en un sinnúmero de subgrupos, pero que siempre tienen una base firme y perenne que son los derechos humano.

Cuando se habla de uno de los pilares fundamentales como es el enfermo, la OMS hace ciertas declaraciones, que si bien hacen alarde a obligaciones al mismo tiempo hace alarde de un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios.

El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas que incluyen:

- **No discriminación:** el principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.
- **Disponibilidad:** se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos (13).

4.2 La accesibilidad

Presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.
- **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.
- **Rendición de cuentas:** los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.
- **Universalidad:** los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercer los derechos del paciente.

La accesibilidad a los servicios de salud es un tema que se enmarca dentro de la salud pública específicamente en calidad de atención y de servicio, importante para los procesos de descentralización del sistema de salud y mejoramiento de la atención en salud (13).

Dentro de la salud pública el término accesibilidad toma connotación a partir de los años 60, donde manifiesta que es una característica de los recursos de atención, siendo esta un factor mediador entre la capacidad de producir servicios y el consumo que se da a dichos servicios, produciéndose así un grado de ajuste entre las características de la población y las características del recurso, este es uno de los factores que orientan a la calidad de atención (4), para la Organización Mundial de la Salud en cambio, accesibilidad es la organización de una oferta de servicios que sea geográfica, financiera, cultural y organizacionalmente alcanzable para toda comunidad de tal forma que se puedan satisfacer todas las necesidades de la población. Han sido escasos los estudios que analizan la influencia de factores como las actitudes, el conocimiento del funcionamiento de los servicios de salud y las necesidades en salud (10).

Algunos estudios analizados consideran el conocimiento de los usuarios sobre los horarios de los proveedores y los requisitos para acceder a los servicios, relacionándose positivamente con el uso de servicios preventivos. No obstante, el limitado conocimiento de la población desplazada sobre los servicios de salud, emerge como una importante barrera en el acceso, asociada no sólo a las características específicas de una población vulnerable (desconocimiento del medio receptor, pobreza), sino también a deficiencias en la información proporcionada por las instituciones (13).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2014), la Cobertura Universal de Salud significa "garantizar a todas las personas acceso a los servicios de salud necesarios (prevención, promoción, curación, rehabilitación y cuidados paliativos) con suficiente calidad para ser eficaces y sin exponer a las personas a riesgos financieros." Potente planteamiento que se expresa con elocuencia en el mensaje de la Directora de Organización Panamericana de la Salud; "Implica el progresivo avance hacia la cobertura del 100% de los servicios que necesita el 100% de la población a costo cero", con reconocimiento expreso de la importancia concurrente de enfrentar los determinantes sociales de la salud.

El acceso universal en salud es la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género y se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional y de manera equitativa (14).

En el año 2016 la Organización Mundial de la Salud reafirmo el término 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». Esta definición se basa en la propuesta por Haynes et al del año 1976 para el término cumplimiento, aunque la principal diferencia es que la adherencia requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud (8). Por el contrario, el término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre los profesionales de la salud y el paciente.

Esta falta de participación del paciente en la definición podría justificar el desuso del término cumplimiento en favor del de adherencia, pero en la práctica ambos términos continúan utilizándose de manera indistinta. Recientemente, la Sociedad Internacional de Fármaco-economía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) ha definido cumplimiento terapéutico (sinónimo: adherencia) como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos. Sin embargo, los resultados clínicos de un tratamiento se ven afectados no sólo por cómo tomen los pacientes su medicación, sino por cuánto tiempo lo hagan. Por esa razón, en los últimos años se ha comenzado a utilizar el término persistencia para definir el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento, es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción.

La falta de cumplimiento con el régimen terapéutico conlleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observado en los pacientes no cumplidores. La importancia y el horizonte temporal en que se desarrollarán dichas consecuencias dependerán fundamentalmente del tipo de fármaco prescrito y de la enfermedad para la que esté destinado su uso.

Una de las principales causas del fallo terapéutico es la poca adherencia al tratamiento farmacológico, entendida como el grado de seguimiento de las recomendaciones dadas por el médico o por el personal de salud, y constituye un elemento clave en el control de las enfermedades crónicas y también de los principales factores de riesgo cardiovascular.

El término adherencia o cumplimiento terapéutico incluye tanto el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, como el seguimiento de las recomendaciones higiénico- dietéticas o la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes (10).

La hipertensión arterial, es considerada hoy como una de las principales problemáticas de salud pública. Actualmente 7.1 millones de personas mueren como resultado de tensión arterial elevada, reconociéndose como una de las tres primeras causas de morbi-mortalidad mundial y nacional, uno de los primeros lugares de causas de incapacidad, uno de los principales motivos de consulta médica y una enfermedad con serias repercusiones a nivel económico y social.

Los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud con relación a la importancia de detener la epidemia mundial de hipertensión arterial crónica refuerzan la necesidad de tener a disposición estrategias de intervención eficaces y al alcance de todas las personas afectadas. El término de adherencia al tratamiento, podría ser considerado como la clave del éxito en los programas de intervención en salud, que ayuden a detener y a disminuir las cifras de personas con hipertensión arterial crónica.

La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud. En la misma línea, según Meichenbaum y Turk, el término adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado (8).

4.3 La Hipertensión y el Amlodipino

Amlodipino está indicado como tratamiento de primera línea de la Hipertensión Arterial y puede emplearse como medicamento único para controlar la presión arterial en la mayoría de los pacientes. Los enfermos no suficientemente controlados con un solo antihipertensivo pueden beneficiarse de la adición de Amlodipino, el cual se ha empleado en asociación con diuréticos tiazídicos, alfabloqueantes, bloqueadores de los receptores beta-adrenérgicos o inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (15).

La reducción de las cifras de presión arterial mediante el uso del Amlodipino disminuye la morbimortalidad cardiovascular.

El Amlodipino está indicado como tratamiento inicial de primera elección de la hipertensión arterial y puede usarse como monoterapia para el control de la presión arterial sanguínea en la mayoría de los pacientes ya que su uso es principalmente en pacientes geriátricos.

El Amlodipino fue evaluado rigurosamente por diferentes estudios clínicos y no se observaron modificaciones importantes en los estudios de laboratorio en comparación con otros medicamentos antihipertensivos, algunos de los efectos secundarios más comúnmente encontrados son: bochornos, fatiga, edema, cefalea, mareos, dolor abdominal, náuseas, palpitaciones y somnolencia.

La base fundamental de la falta de adherencia o viéndolo de otro punto de vista la mala adherencia a los tratamientos, no es un problema que radica en el personal de salud como tal, sino también recae parte fundamental en la persona o paciente que tiene dicha enfermedad y consume dichos medicamentos, en este caso pacientes con hipertensión arterial y que toman AMLODIPINO como medicación (15).

5. SISTEMA DE HIPÓTESIS

5.1 Hipótesis General

H₁. Los factores de accesibilidad geográfica, económica y cultural son los que influyen en la adherencia al tratamiento.

5.2 Hipótesis Nula

H₀. Los factores de accesibilidad geográfica, económica y cultural no influyen en la adherencia al tratamiento

5.3 Unidades de Análisis

Todo paciente con hipertensión arterial de 40 a 80 años tratado con Amlodipino y que acuda a control subsecuente o morbilidad en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Yyantique, La Unión y Agua Blanca, La Estancia en Cacaopera, Morazán.

5.4 Variables

5.4.1 Variable independiente

Los factores de accesibilidad a los servicios de salud.

5.4.2 Variable dependiente

La adherencia de los pacientes con hipertensión arterial al Amlodipino.

5.5 OPERACIONALIZACION DE HIPOTESIS

HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Los factores de accesibilidad geográfica, económica y cultural son los que influyen en la adherencia al tratamiento.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE Los factores de accesibilidad a los servicios de salud.</p>	<p>Es una interacción entre los factores geográfico, económico y cultural que el usuario con hipertensión arterial tiene para determinar el grado de utilización de los servicios de salud hacia la adherencia al tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad geográfica. - Accesibilidad económica. - Accesibilidad cultural. 	<ul style="list-style-type: none"> - Distancia recorrida desde su hogar hasta el centro asistencial. - Tiempo para trasladarse desde su domicilio hasta el centro de salud. - Clasificar si posee trabajo formal o informal. - Disponibilidad económica para cubrir un gasto referente a su atención médica. - Influencia de creencias o costumbres populares - Percepción del problema de su enfermedad - Comprensión sobre la enfermedad que padece. - Apoyo familiar respecto a su enfermedad.
	<p>VARIABLE DEPENDIENTE La adherencia de los pacientes con hipertensión arterial al Amlodipino.</p>	<p>Es el grado de aceptabilidad de la indicación médica por parte de los pacientes con hipertensión arterial manejados con Amlodipino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicaciones médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosificación.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudio

Se implementó el método de estudio cuantitativo con base en la recolección de datos, a través del cuestionario, se utilizaron los objetivos, que son determinar los factores de accesibilidad a los servicios de salud que influyen en pacientes con hipertensión arterial para la adherencia al Amlodipino, con ello se dio a conocer la variable independiente la cual son los factores de accesibilidad a los servicios de salud y relacionando el efecto que este transmite sobre la variable independiente, es decir sobre la adherencia al Amlodipino. Presentándose los resultados en tablas y gráficos.

6.2 Diseño de estudio

El alcance de la investigación fue de carácter **descriptivo** puesto a que se pretendía determinar los factores que intervienen hacia la adherencia, es decir generar un sentido de entendimiento en el fenómeno en estudio, enfocado principalmente en los factores de accesibilidad a los servicios de salud (acceso geográfico, acceso económico y cultural) que determinan de forma directa e indirectamente a la adherencia al Amlodipino.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de información el estudio fue **prospectivo** debido a que se tomó la información obtenida del cuestionario aplicado.

Respecto a la recolección de datos se aplicó el cuestionario una sola vez a cada unidad de estudio que se realizó durante los meses de mayo a julio, Por lo cual se clasifica como **transversal**.

6.3 Población y muestra

6.3.1 Población

La población en estudio es de 150 pacientes con hipertensión arterial crónica que oscilan entre las edades de 40 a 80 años que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Yayantique, La Unión y Agua Blanca, La Estancia en Cacaopera, Morazán. 2018.

6.3.2 Muestra

Para la investigación se usó una muestra de acuerdo al Análisis de Situación de Salud Integral (ASSI) de cada una de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio, que está distribuida según el siguiente cuadro.

Unidad comunitaria en salud familiar	Población
Yayantique	52
Agua Blanca	50
La Estancia	48
Total	150

Fuente: Análisis de Situación de Salud Integral (ASSI) 2018.

6.4 Criterios para establecer la muestra

6.4.1 Criterios de inclusión

- Ser hombre o mujer
- 40 a 80 años de edad
- Diagnosticados con hipertensión arterial
- Tratados con Amlodipino
- Viven en la jurisdicción de las unidades de salud en estudio.

6.4.2 Criterios de exclusión

- Paciente hipertenso tratado con Amlodipino pero que tenga otra enfermedad crónica.
- Pacientes hipertensos tratados con dos o más antihipertensivo.
- Pacientes que reside en área geográfica diferente a la estudiada.
- Paciente que cumple las edades de estudio, pero que está embarazada.

6.5 Técnicas de recolección de información

El propósito principal era recopilar información objetiva y fidedigna sobre el tema investigado, fue primordial seleccionar las técnicas e instrumentos idóneos y válidos para que haya responsabilidad y fiabilidad en la naturaleza de la investigación.

6.5.1 Documentación Bibliográfica

Esta técnica permitió obtener información de libros, diccionarios pedagógicos, revistas de medicina, expedientes clínicos y sitios web relacionados con el tema, en ellos se han incluido información de los factores de accesibilidad a los servicios de salud y adherencia al Amlodipino.

6.5.2 Documental escrito

Esta técnica se utilizó para obtener información de estudios que estuvieran al alcance de la presente investigación y sobre estudios realizados anteriormente sobre el tema de la investigación: tesarios.

6.5.3 De trabajo de campo

Se realizó la técnica de la encuesta y para ello se utilizó el cuestionario para obtener la información necesaria que permitió cumplir con los objetivos y brindarle validez al estudio

6.6 Instrumentos

Cuestionario

Es una herramienta de investigación que consiste en una serie de preguntas y otras indicaciones con el propósito de obtener información de los consultados; está diseñado para poder realizar un análisis estadístico.

El cuestionario se aplicó a los pacientes con hipertensión arterial crónica que utilizaran como tratamiento el Amlodipino y que el rango de edades oscilara entre 40 a 80 años; el instrumento constaba de un total de 15 preguntas, de tipo cerradas, que incluían características de accesibilidad a los servicios de salud geográfica, económica y cultural.

6.7 Procedimiento

En el Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, se reunieron los estudiantes egresados de la carrera de Doctorado en Medicina y los coordinadores del proceso de graduación, con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó el docente asesor con el cual se seleccionó el tema de investigación y lugar donde se realizó la investigación.

Además se inició la búsqueda de información sobre el tema propuesto y posteriormente se elaboró el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo y se presentó en forma escrita, y se realizaron las correcciones señaladas por el asesor y coordinador.

Luego se realizó la elaboración del protocolo de investigación contando con asesoría metodológica y estadística.

Llegando a la última etapa de la investigación se procedió a la fase de campo donde se aplicó la encuesta durante los meses de mayo a julio al finalizar se tabularon los datos, se obtuvieron los resultados y se analizaron e interpretaron y dieron como resultado múltiples conclusiones y recomendaciones que permitieron culminar el informe final de investigación.

6.8 Plan de análisis

Se delimitaron las preguntas que formaron parte del cuestionario, se programó un día para hacer una charla sobre la realización de la encuesta y se informó a la población meta para que acudieran al centro asistencial, se pasó el cuestionario de manera personal e individualizada, se sacó el índice de la población que asistió, una vez a la semana se daba una charla para motivar a las personas para que asistieran a la atención.

Cuando se obtuvo el total de la población de la muestra, se acordó un día para recopilar de manera general la información, se procesaron los datos y se hizo un análisis estadístico de los resultados obtenidos, se plasmaron los resultados y se realizó un gráfico comparativo acerca de los resultados de la encuesta para verificar si los factores geográficos, económicos y culturales influían positiva o negativamente en los pacientes con hipertensión arterial en la adherencia al Amlodipino.

A través de los factores y los patrones de comportamiento de la población se establecieron las variables e indicadores que permitieron elaborar el instrumento para la prueba de hipótesis alcanzando así los objetivos deseados. Por medio de la investigación cuantitativa se realizó el análisis estadístico de los datos; se utilizó el estadístico Chi-cuadrado para un 95% de confianza para brindar significancia estadística a los resultados obtenidos.

7. RESULTADOS

7.1 Datos descriptivos

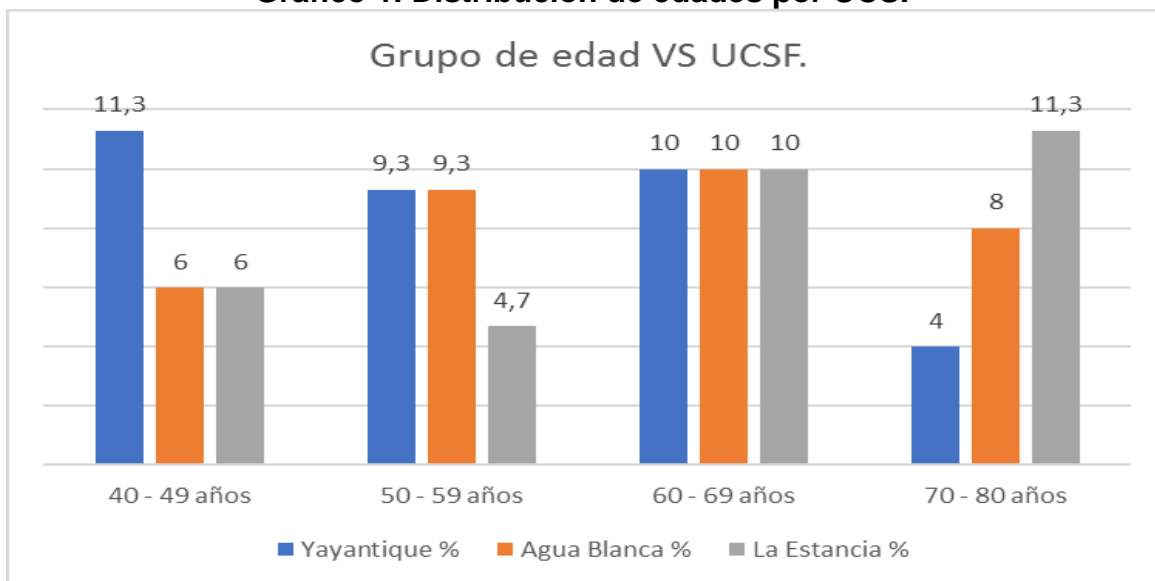
Tabla 1. Grupo de edades de pacientes encuestados

Grupos de edad	UCSF							
	Yayantique		Agua Blanca		La Estancia		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
40 - 49 años	17	11.3	9	6.0	9	6.0	35	23.3
50 - 59 años	14	9.3	14	9.3	7	4.7	35	23.3
60 - 69 años	15	10.0	15	10.0	15	10.0	45	30.0
70 - 80 años	6	4.0	12	8.0	17	11.3	35	23.3
Total	52	34.7	50	33.3	48	32.0	150	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en este estudio

Análisis: los datos de la tabla corresponden a las edades de los usuarios de salud, se observa que de las personas entrevistadas predomina principalmente la edad de 60 a 69 años con un 30%, y luego un porcentaje de edad similar en los otros rangos. Al revisar por cada unidad de salud tenemos que en Yayantique la edad más común se encuentra en el rango de 40 a 49, en Agua Blanca desde 60 a 69 años y La Estancia desde 70 a 80 años. La primera y la última difieren un poco del rango de edad común en el estudio por lo que al evaluar sobre los factores de accesibilidad se tendrá información muy contributiva a la explicación del problema en estudio.

Grafico 1. Distribución de edades por UCSF



Fuente: Tabla 1

Interpretación: la gráfica muestra el comportamiento de la edad para las 3 UCSF que formaron parte de nuestra investigación, Yayantique tiene en su mayoría personas adultas, un total de 20.6%; agua blanca adulto mayor y la estancia también adulto mayor por lo que en estas dos últimas UCSF los usuarios y usuarias inscriptos en el programa de Enfermedades crónicas no transmisibles proporcionaran información con mucha ventaja hacia unos factores de accesibilidad como es factor Geográfico, Económico y cultural, y con mucha desventaja hacia otros; todo esto permitirá hacer una buena reflexión hacia a adherencia de estas personas respecto al tratamiento.

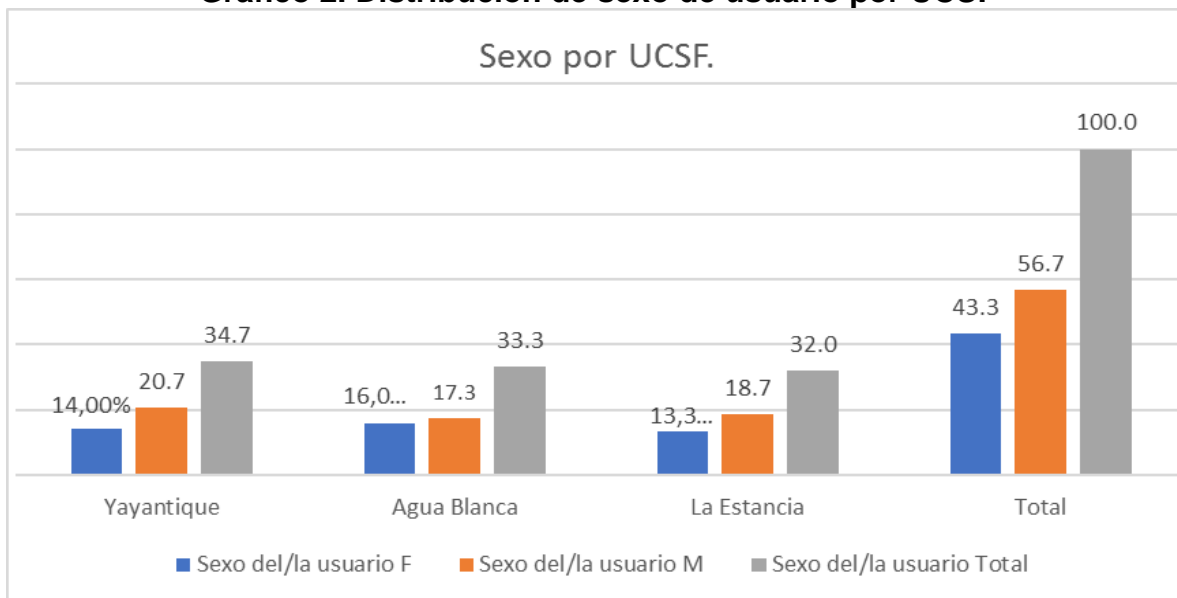
Tabla 2. Sexo de usuarios por UCSF

Sexo del/la usuario.	UCSF							
	Yayantique		Agua Blanca		La Estancia		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
F	21	14.0	24	16.0	20	13.3	65	43.3
M	31	20.7	26	17.3	28	18.7	85	56.7
Total	52	34.7	50	33.3	48	32.0	150	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en este estudio

Análisis: en la tabla anterior se puede observar que los pacientes del sexo masculino tienen una participación del 56.7% en el estudio y el femenino el 43.3%; evidenciándose un comportamiento similar en las UCSF en estudio, por lo que se espera obtener información de mucha importancia al momento de valorar los factores intervinientes para una buena adherencia al tratamiento; según estudios previos, los pacientes mayores de 65 años tienen mayor riesgo para la adherencia al tratamiento.

Gráfico 2. Distribución de sexo de usuario por UCSF



Fuente: Tabla 2

Interpretación: Se destaca en el gráfico anterior que los pacientes del sexo masculino son más de la mitad en la muestra en estudio, respecto al femenino. Lo cual se puede ver afectado de acuerdo a la literatura de que los hombres son más propensos a enfermedades cardiovasculares.

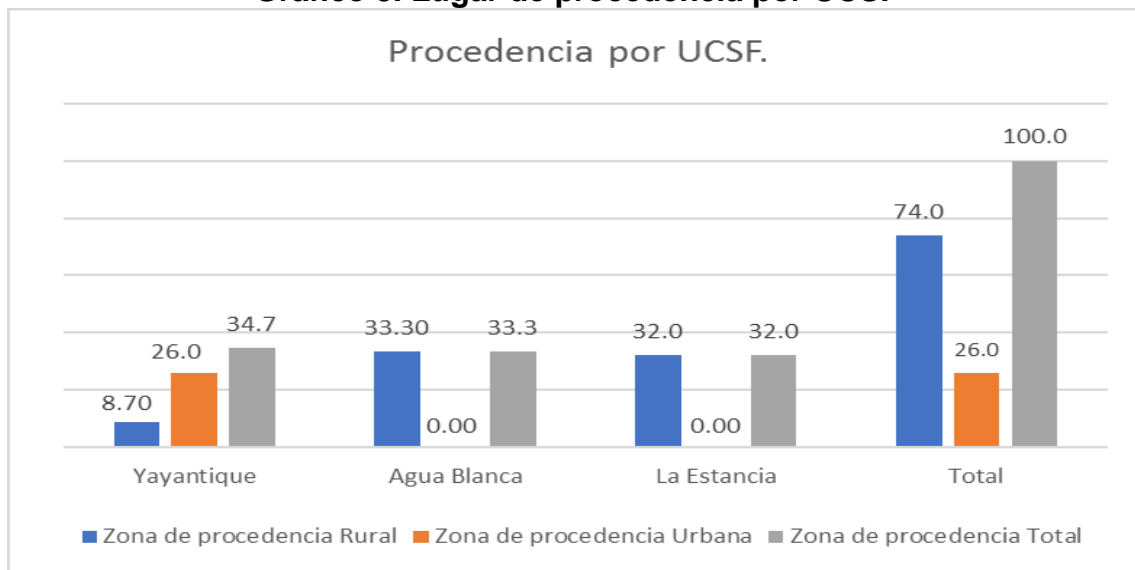
Tabla 3. Lugar de procedencia por UCSF

Zona de procedencia	UCSF							
	Yayantique		Agua Blanca		La Estancia		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Rural	13	8.7	50	33.3	48	32.0	111	74.0
Urbana	39	26.0	0	0.0	0	0.0	39	26.0
Total	52	34.7	50	33.3	48	32.0	150	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en este estudio.

Análisis: en relación a los datos de la tabla e se observa el predominio de pacientes son del área rural en un 74% y el resto son del área urbana, cabe mencionar que una de las UCSF Yayantique atiende pacientes tanto del área urbana con un 26% y la rural con un 8.7%, ya que se encuentra ubicada en un área de mayor acceso a las dos zona a diferencia de las UCSF Agua Blanca y La Estancia.

Grafico 3. Lugar de procedencia por UCSF



Fuente: Tabla 3

Interpretación: el predominio del área rural es notorio debido a que dos de las unidades comunitarias en estudio pertenecen a dicha área, lo que refleja que la mayoría de los pacientes en estudio tienen mayores dificultades para tener acceso a los servicios de salud, lo que hace que tengan una menor adherencia a su tratamiento.

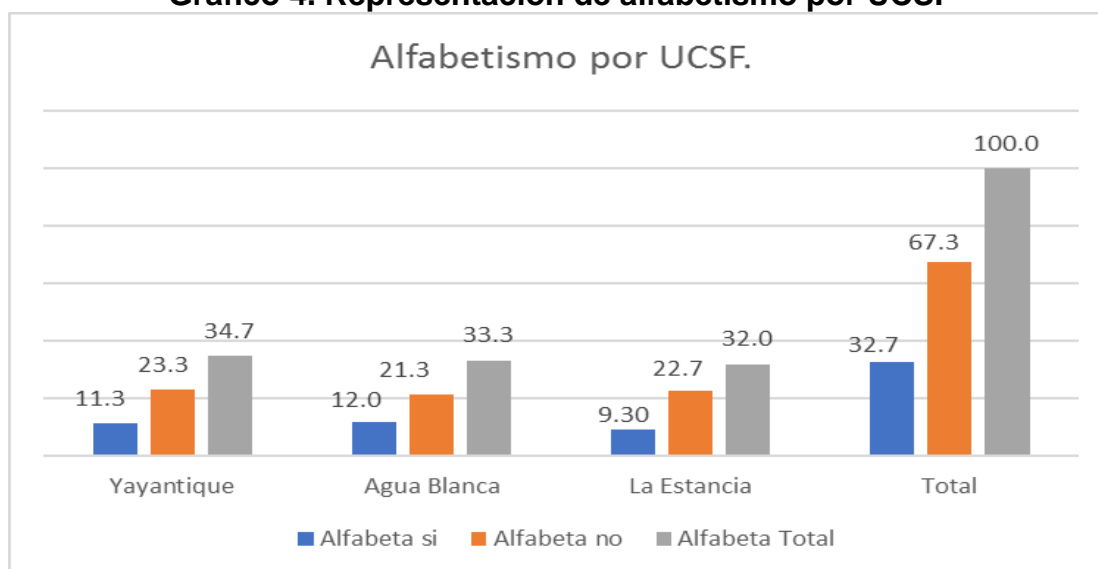
Tabla 4. Alfabetismo distribuido por UCSF

Alfabeto	UCSF							
	Yayantique		Agua Blanca		La Estancia		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	17	11.3	18	12.0	14	9.3	49	32.7
No	35	23.3	32	21.3	34	22.7	101	67.3
Total	52	34.7	50	33.3	48	32.0	150	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en este estudio

Análisis: en la tabla anterior, de los pacientes en estudio el 67.3% no sabe leer y escribir, esto demuestra que el analfabetismo es un factor cultural personal determinante para la adherencia, ya que estos pacientes son más propensos a olvidar con mayor facilidad debido a que no cuentan con el conocimiento necesario que les permite estar verificando su dosis diaria.

Grafico 4. Representación de alfabetismo por UCSF



Fuente: Tabla 4

Interpretación: los datos anteriores demuestran que la mayoría de personas encuestadas no saben leer ni escribir, lo que refleja a que no tienen acceso a algún centro educativo, ya sea por ubicación geográfica, por escasos recursos económicos y debido a ello no tienen la información necesaria a cerca de la enfermedad y su tratamiento adecuado; por lo que es escasa o nula la importancia que le proporcionan a la misma.

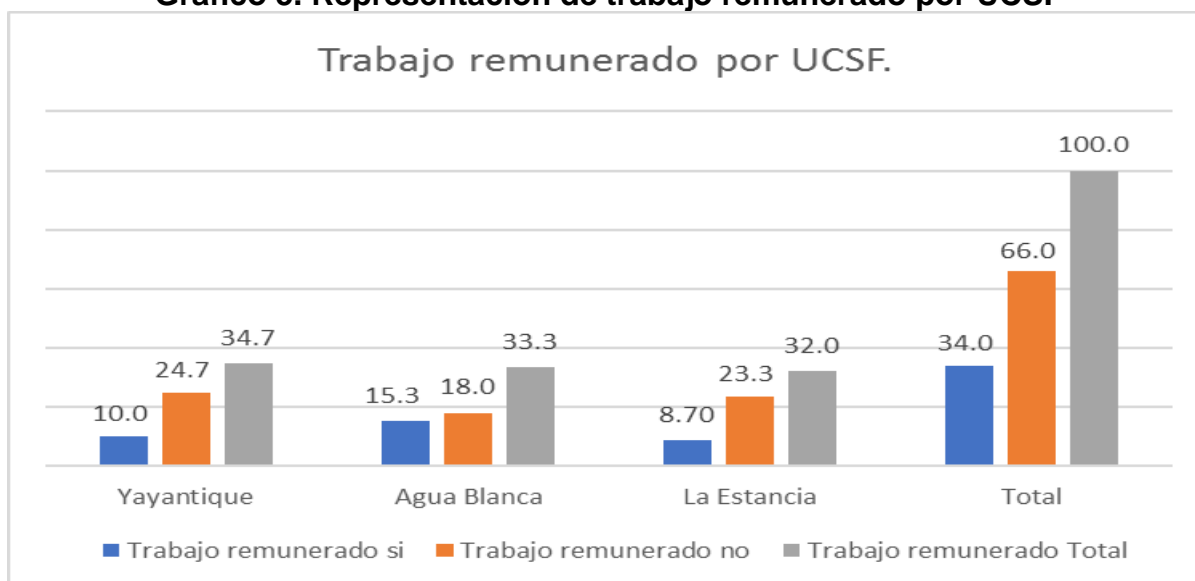
Tabla 5. Trabajo remunerado por UCSF

Trabajo remunerado	UCSF							
	Yayantique		Agua Blanca		La Estancia		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	15	10.0	23	15.3	13	8.7	51	34.0
No	37	24.7	27	18.0	35	23.3	99	66.0
Total	52	34.7	50	33.3	48	32.0	150	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en este estudio

Análisis: se observa que el 66.0% de los pacientes no tienen trabajo remunerado y se visualiza que en las 3 UCSF la mayoría de los pacientes en estudio no reciben remuneración, por lo tanto el factor económico que poseen es inestable y afecta debido a que los pacientes no siempre tienen el alcance para adquirir el medicamento, ya sea porque no cuentan con el dinero necesario para transportarse al establecimiento de salud o por desabastecimiento del medicamento.

Grafico 5. Representación de trabajo remunerado por UCSF



Fuente: Tabla 5

Interpretación:

El desempleo y la falta de oportunidad para obtener un trabajo digno es casi nula, ya que ellos son doblemente vulnerables debido a que la mayoría son personas de tercera edad y en dichas condiciones no pueden ejercer un trabajo, causando que sus finanzas sean escasas, lo que dificulta el poder de adquisición del medicamento, afectando la adherencia.

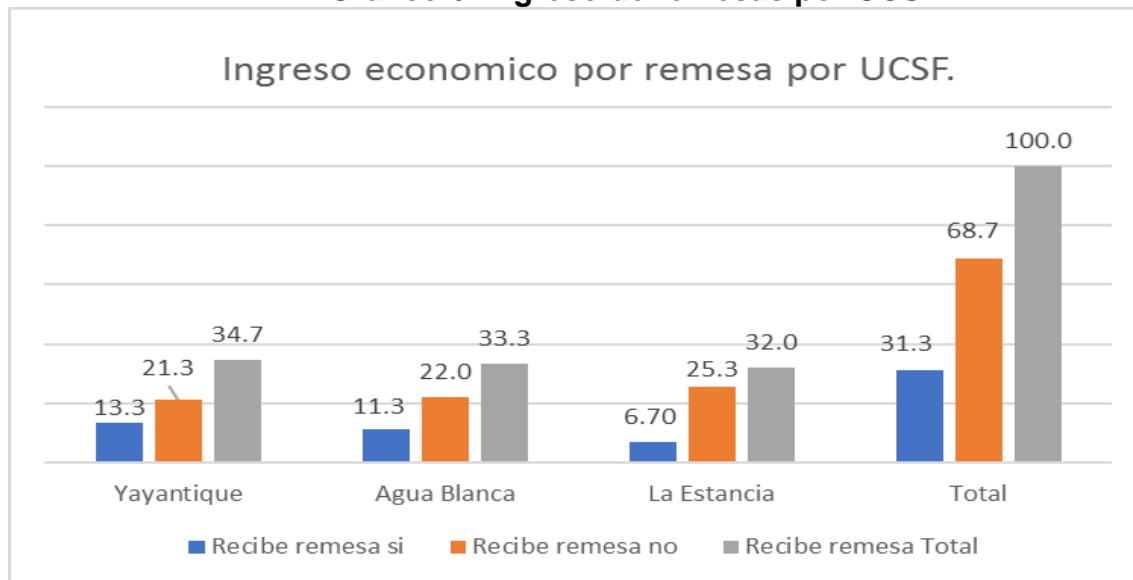
Tabla 6. Ingreso de remesas por UCSF

Recibe remesa	UCSF							
	Yayantique		Agua Blanca		La Estancia		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	20	13.3	17	11.3	10	6.7	47	31.3
No	32	21.3	33	22.0	38	25.3	103	68.7
Total	52	34.7	50	33.3	48	32.0	150	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en este estudio

Análisis: Se puede observar que el 68.7% de los pacientes en estudio no reciben remesas, es decir que no reciben apoyo financiero secundario familiar, por lo que se tiene en más de la mitad de la muestra un factor que causa otro que va a proporcionar resultados directos al problema económico para la obtención de medicamento.

Grafico 6. Ingreso de remesas por UCSF



Fuente: Tabla 6

Interpretación: la mayoría de los pacientes no reciben remesas e incluso ningún tipo de ayuda económica lo que se podría traducir en poca adherencia debido al factor económico, de esta forma las remesas pudieran haber sido una segunda opción de ingresos económicos para poder adquirir el medicamento, lo cual se puede identificar que no pueden obtener el medicamento por ingresos principales, ni secundarios.

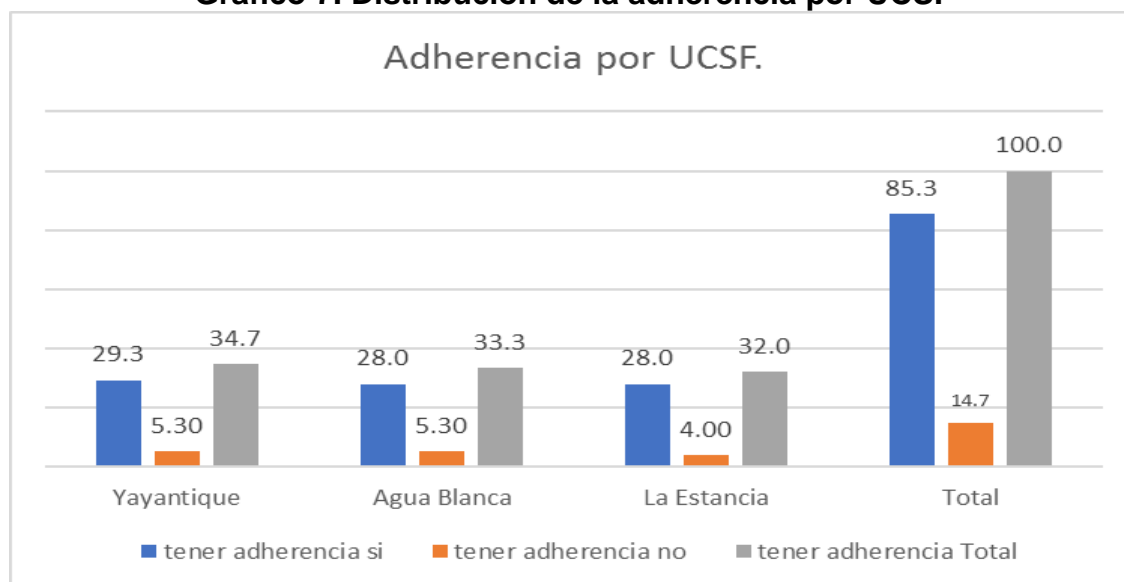
Tabla 7. Adherencia de los usuarios del servicio por UCSF

Tener adherencia	UCSF							
	Yayantique		Agua Blanca		La Estancia		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	44	29.3	42	28.0	42	28.0	128	85.3
No	8	5.3	8	5.3	6	4.0	22	14.7
Total	52	34.7	50	33.3	48	32.0	150	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en este estudio

Análisis: en los datos obtenidos en la presente tabla es curioso destacar que por cada UCSF la mayoría de pacientes están adheridos, haciendo entre todos un total de 85.3%, esto quiere decir que pese a los factores que afecta a la adherencia la mayoría de pacientes cumple con su tratamiento.

Gráfico 7. Distribución de la adherencia por UCSF



Fuente: Tabla 7

Interpretación: la gráfica nos muestra que la mayoría de personas entrevistadas, están adheridos al tratamiento, esto puede ser debido a que lo que más influye en ellos es el factor personal de cada uno de los usuarios, porque la necesidad de los pacientes para mantenerse estables es mayor que los factores que afectan y causan problemas para la adherencia.

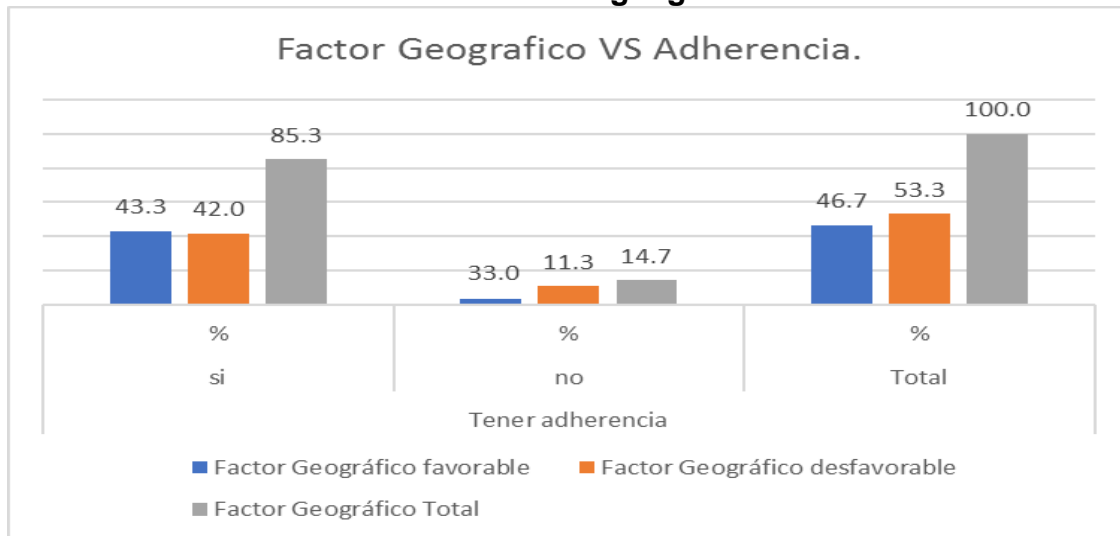
Tabla 8. Análisis del factor geográfico versus adherencia

Factor Geográfico	Tener adherencia					
	Si		No		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Favorable	65	43.3	5	3.3	70	46.7
Desfavorable	63	42.0	17	11.3	80	53.3
Total	128	85.3	22	14.7	150	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en este estudio.

Analisis: la tabla anterior nos muestra que el factor geografico es desfavorable en un 53.3%, no es mucho el predominio entre lo favorable y desfavorable, a pesar de que las distancias son largas, las personas tratan de buscar los medios necesarios para continuar con su tratamiento

Gráfico 8. Análisis de factor geográfico adherencia



Fuente: Tabla 8

Interpretación: el factor geográfico juega un papel importante ya que está relacionado con la adherencia debido a la poca accesibilidad a los servicios de salud que los usuarios presentan; la distancia entre la UCSF y la vivienda del usuario están en varias ocasiones lejos y muchas veces no cuentan con la facilidad de acceso para transportarse, aun así el factor geográfico toma un rol importante para poder obtener la adherencia al tratamiento.

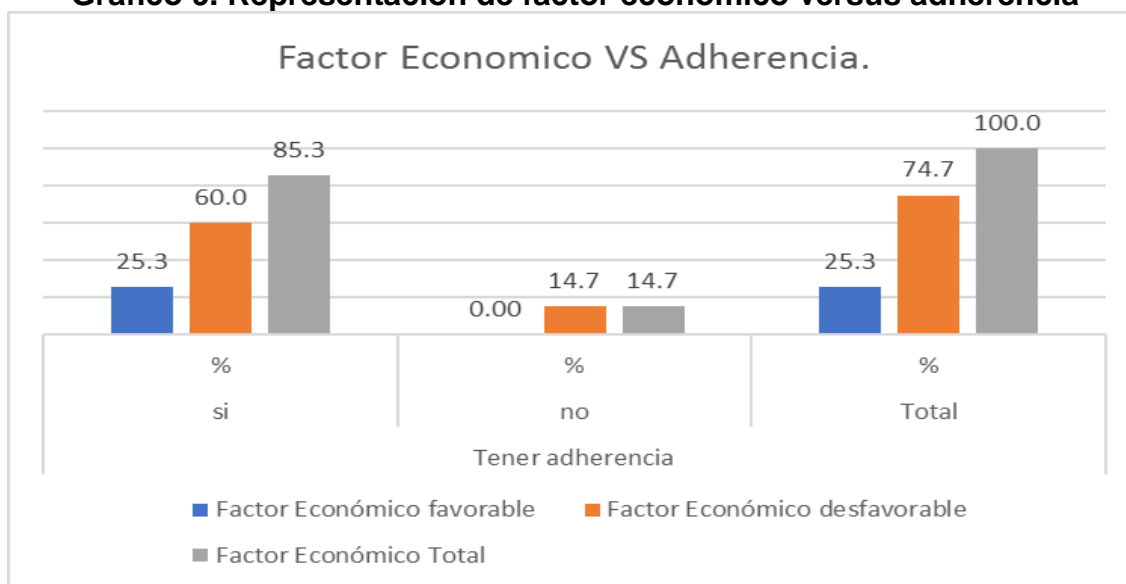
Tabla 9. Análisis del factor económico versus adherencia

Factor Económico	Tener adherencia					
	Si		no		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Favorable	38	25.3	0	0.0	38	25.3
Desfavorable	90	60.0	22	14.7	112	74.7
Total	128	85.3	22	14.7	150	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en este estudio.

Análisis: el factor económico es desfavorable en un 74.7%, pero aunque el factor sea desfavorable los pacientes están adheridos en un 85.3%, esto puede ser debido a que el medicamento obtenido se da de forma gratuita en el establecimiento de salud.

Grafico 9. Representación de factor económico versus adherencia



Fuente: Tabla 9

Interpretación: se puede observar que el factor económico influye en la adherencia al tratamiento, porque las posibilidades de que estos pacientes compren sus medicamentos y puedan trasladarse hacia el establecimiento de salud es bajo.

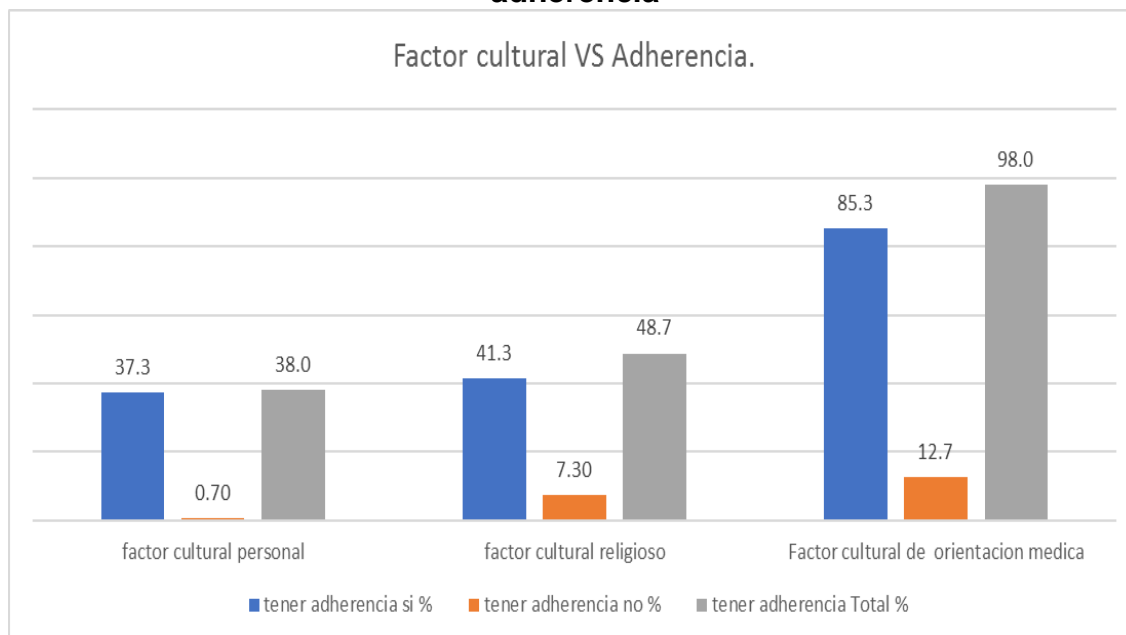
Tabla 10. Demostración de los múltiples factores culturales versus adherencia

Factores Culturales		Tener Adherencia					
		Si		No		Total	
		Frec	%	Frec	%	Frec	%
Personal	Favorable	56	37.3	1	0.7	57	38.0
	Desfavorable	72	48.0	21	14.0	93	62.0
	Total	128	85.3	22	14.7	150	100.0
Religioso	Favorable	62	41.3	11	7.3	73	48.7
	Desfavorable	66	44.0	11	7.3	77	51.3
	Total	128	85.3	22	14.7	150	100.0
Orientación medica	Favorable	128	85.3	19	12.7	147	98.0
	Desfavorable	0	0.0	3	2.0	3	2.0
	Total	128	85.3	22	14.7	150	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado en este estudio.

Análisis: los datos de la tabla 10 corresponden a 3 áreas del factor cultural, las cuales se relacionan con la presencia de adherencia o no del tratamiento. En primer lugar tenemos el factor personal, donde se observa que de las 150 personas que son parte del estudio el 38% (57/150) manifiestan disposición a favor de adherirse y un 62% no (93/150); su valoración interior respecto a la adherencia es que un 37% esta adherido con disposición a favor y un 48% esta adherido con condición personal no a favor; para el caso de los no adheridos su mayoría que es representada por el 14% a condición personal desfavorable, es decir, no están dispuestos a hacer un esfuerzo para tener a su alcance el tratamiento y menor del 1% en el caso de los que no pueden tener accesibilidad al mismo. Estos datos indican que el adherirse depende de la voluntad personal en la mayoría de casos. Ahora en el caso del factor religioso que favorece en un 48.7% (73/150) y un 51.3% no le favorece (77/150); su valoración interior respecto a la adherencia es que solo un 41.3% esta adherido con disposición a favor y un 44% esta adherido con condición religioso no a favor, para los casos de no adheridos solo un 7.3% presentan condición religiosa desfavorable para la adherencia, dando a conocer que la religión no es una condición predominante para la adherencia al tratamiento, y al igual que solo el 7.3% tienen condición favorable, pero no están adheridos. Y por último la orientación medica que favorece en un 98% (147/150) y solo un 2% no le favorece (3/150), su valoración interior respecto a la adherencia es que el 85.3% esta adherido con disposición a favor y 0% no presenta condición a favor (0/150), para los casos no adheridos que es representada por el 2% a condición de orientación medica desfavorable, y que el 12.7% no están adheridos, pero tienen condición favorable; esto indica que pese a que se brinda la orientación médica, esta condición no es la predominante para favorecer en su mayoría a la adherencia y que la condición personal es la que determina si un usuario esta adherido o no.

Grafico 10. Factores culturales (personal, religioso, orientación medica) versus adherencia



Fuente: Tabla 10

Interpretación:

El factor personal y la orientación médica son fundamentales para la adherencia del tratamiento, ya que las personas son influenciadas por su propio pensamiento, voluntad y la responsabilidad de la persona por su salud, pero también la forma de instruir, el de explicar las complicaciones, los consejos por parte de la orientación medica podrían servir como una guía de motivación para el paciente; el factor religioso no es determinante ya que en muchas ocasiones los pacientes no asisten a consulta médica porque no reciben una orientación adecuada o no comprenden las indicaciones por parte del líder religioso.

7.2 Prueba de hipótesis

Para describir puntualmente la influencia de cada uno de los factores de accesibilidad en la adherencia al tratamiento se utilizó el estadístico Chi-cuadrado para un 95% de confianza, a pesar de que el muestreo es no aleatorio (no se puede generalizar a otras poblaciones), para ello se realizaron los siguientes pasos:

1. Establecimiento de las hipótesis:

Hi: Los factores de accesibilidad geográfica, económica y cultural influyen en la adherencia al tratamiento.

H₀: Los factores de accesibilidad geográfica, económica y cultural no influyen en la adherencia al tratamiento.

2. Determinación de los valores de decisión usando la tabla chi-cuadrado, χ^2 , o basándonos en el valor de significancia (Valor de probabilidad).

- Los valores de χ^2 : varían de acuerdo a los grados de libertad de cada combinación de variables, pero basados en el 0.05.
- Los valores p (de probabilidad), es mejor que se comparen con los obtenidos en las tablas siguientes por el SPSS.

3. Obteniendo los valores calculados (Chi-calculado: χ^2_c) según aparece en los resultados presentados a continuación:

Para los factores geográficos:

Tabla cruzada factor geográfico*tener adherencia

Factor geográfico	tener adherencia		Total	Valor chi-cuad	G de L	Signif	Riesgo	Intervalo 95%	
	si	No						LI	LS
Favorable	65	5	70						
desfavorable	63	17	80	5.936	1	0.015	3.508	1.221	10.081
Total	128	22	150						

Para los factores económicos:

Tabla cruzada factor económico*tener adherencia

Factor económico	tener adherencia		Total	Valor chi-cuad	G de L	Signif	Riesgo	Intervalo 95%	
	si	No						LI	LS
Favorable	38	0	38						
desfavorable	90	22	112	8.747	1	0.003	1.244	1.136	1.364
Total	128	22	150						

Para los factores culturales:

Tabla cruzada factor personal*tener adherencia

Factor personal	tener adherencia		Total	Valor chi-cuad	G de L	Signif	Riesgo	Intervalo 95%	
	si	No						LI	LS
Favorable	56	1	57						
desfavorable	72	21	93	12.247	1	0.000	16.333	2.132	125.144
Total	128	22	150						

Tabla cruzada factor religión*tener adherencia

Factor religión	tener adherencia		Total	Valor chi-cuad	G de L	Signif	Riesgo	Intervalo 95%	
	si	No						LI	LS
Favorable	62	11	73						
desfavorable	66	11	77	0.018	1	0.892	0.939	0.380	2.322
Total	128	22	150						

Tabla cruzada factor orientación médica*tener adherencia

Factor orientación	tener adherencia		Total	Valor chi-cuad	G de L	Signif	Riesgo	Intervalo 95%	
	si	No						LI	LS
Favorable	128	19	147						
desfavorable	0	3	3	17.811	1	0.000	0.129	0.085	0.197
Total	128	22	150						

4. Reglas de decisión:

Si $\chi_c^2 > \chi_t^2$ ó el valor (p) < 0.05 , entonces se acepta H_i .

Si $\chi_c^2 < \chi_t^2$ ó el valor (p) > 0.05 , entonces se acepta H_0 .

5. Decisión estadística:

Para cada uno de los factores estudiados anteriormente, se decide a continuación:

Para los factores geográficos:

En este caso el valor de chi-cuadrado generado por el SPSS con los datos de la muestra es 5.936 que es mayor al de tabla con un grado de libertad para alfa 0.05 que es 3.84, por lo que se acepta H_i .

Para los factores económicos:

Dado que el valor de significancia para el factor económico, es menor a 0.05 entonces se acepta H_i , y esto indica que la adherencia al tratamiento que se da en este grupo de estudio depende o es generada de forma específica por este factor.

Para los factores culturales:

Dado que el valor de significancia para el factor: *personal y la orientación médica*, es menor a 0.05 entonces estos influyen en la adherencia al tratamiento, pero no influye el pertenecer a una *religión* en este grupo de estudio.

En **CONCLUSIÓN** de los factores de accesibilidad estudiados son los factores geográficos, los económicos y los culturales los que determinan la adherencia al tratamiento en estas comunidades, prestando especial atención a los porcentajes en que se da en cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar que forma parte de este estudio y no dejándose distraer por el factor religión que no resultó significativo.

8. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo determinar los factores principales que se asocian a la adherencia al Amlodipino, a los pacientes que asisten a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar.

Para analizar los hallazgos encontrados en la ejecución se consideró las características de la muestra en los pacientes de 40 a 80 años en donde se observó una similitud entre estas edades de los pacientes en las tres UCSF, pero mostro un predominio mayor en personas mayores de 60 años, esto tiene una relación con los estudios ya que en la teoría muestra que en las personas mayores de 60 años tienen prevalencia para la hipertensión arterial y mayor dificultad para la adherencia. Otra característica de interés es que la mayoría de los pacientes estudiados fueron del sexo masculino por lo que se traduce en menos adherencia al tratamiento ya que ellos consultan menos a los establecimientos de salud.

Se tomó en cuenta el lugar de procedencia ya que esto es importante en el factor geográfico porque la mayoría de los pacientes en estudio son del área rural y son afectados en la adherencia al tratamiento, la distancia es la principal barrera que se encuentra relacionada con dicho factor como la literatura lo menciona; existen otras barreras que pueden interferir con la adherencia de acuerdo a la procedencia como lo son el factor económico y el cultural ya que estos afectan de manera directa a la población en estudio porque los pacientes son menos capaces de adherirse, a diferencia de pacientes que su procedencia es del área urbana.

El alfabetismo es un aspecto relevante, ya que el 67.3% de la población en estudio no sabe leer ni escribir lo que nos indica que por este hecho los pacientes no se adhieran correctamente a su tratamiento, ya que no cumplen con las indicaciones prescritas por el medico a menos que sea porque algún familiar o vecino les oriente y de esta forma permanecer adherido lo que concuerda con lo antes mencionado en la literatura.

En cuanto al trabajo remunerado el 66% de la población en estudio no cuenta con ello, lo que nos orienta a que los pacientes no se adhieran a su tratamiento ya que no tienen la facilidad económica de poder comprar su medicamento y si en dado caso el establecimiento de salud no tuviera abastecimiento y también la dificultad porque los pacientes no pudieran trasladarse al establecimiento de salud, a nivel mundial se puede observar que la mayoría de los países subdesarrollados tienen esta misma característica, lo que hace que dificulte más a la adherencia.

El ingreso de remesas influye en el factor económico ya que el 68.7% no recibe y esto se puede ver afectado en la población en estudio ya que son adultos y adultos mayores, en estudios observados se asemeja a que las personas que no cuentan con un trabajo propio y que no tienen otra fuente de ingresos como son las remesas hace que se debilite la línea hacia la adherencia, muchos estudios han tomado en cuenta los estudios socio económicos para comprender estos factores.

Según los resultados obtenidos por cada UCSF se puede evidenciar que la mayoría de la población está adherida en un 85.3%, aunque tienen varios factores que no les permiten adherirse de manera adecuada, esto puede ser debido a que lo que más influye en ellos es el factor personal, puesto a que muchas investigaciones aseguran que son múltiples los factores que influyen en la adherencia, pero la conciencia propia (factor personal) se manifiesta de manera directa para incidir si el paciente está adherido o no.

El factor geográfico desempeña un papel muy importante ya que el 53.3% de la población en estudio no está adherida y vive en zonas de difícil acceso lo que es desfavorable y lo que dificulta el trasladar desde su casa al establecimiento de salud, de esta forma no hay una adecuada adherencia porque muchos de ellos tienen que trasladarse a pie por más de una hora y si bien es cierto la edad también influye en que se dificulte más dicho factor.

El factor económico es también uno de los principales problemas que impide una buena adherencia al tratamiento de la población en estudio ya que si un paciente no cuenta con el dinero necesario para suplir sus necesidades básicas menos iría a un establecimiento de salud para que se le dé su medicamento si este le implica costos en el traslado porque tendría que pagar el transporte y más aún el medicamento en un lugar privado si fuese el caso de que en el establecimiento de salud no se encuentre en abastecimiento del medicamento que este utilice, ya que según la investigación este factor es desfavorable en un 74.7%.

El factor cultural juega un papel muy importante con el tema de adherencia en la población en estudio ya que aquí se incluyen tres aspectos importantes que son el personal, religioso y la orientación médica. De estos el que más se puede resaltar es el personal ya que se encuentra un porcentaje desfavorable del 62%, también el religioso influye con la adherencia en la población en estudio ya que es desfavorable en un 51.3%, pero cabe destacar que la orientación médica sirve de apoyo en estos pacientes para que se mantengan adheridos al tratamiento ya que los pacientes comprenden las indicaciones dadas por el médico.

9. CONCLUSIONES

Los sistemas de salud son una red muy amplia de interconexiones ya sean desde el punto de vista institucionales hasta el desenvolvimiento meramente médico-paciente.

Se ha logrado demostrar que no solo de manera empírica; como la mayoría de personas suele pensar, así bien metódicamente y matemáticamente que los factores de accesibilidad a los servicios de salud es un espectro de investigación sumamente amplio, pero podemos simplificarlos en los tres principales (geográfico, económico y cultural), así como en el diario vivir son observados, lo reflejan diversos estudios a nivel mundial sobre adherencia.

Estos 3 factores principales influyen de tal manera que tienen un gran realce en la toma de decisiones con respecto a temas de gran importancia como es la salud del paciente.

Se logró evidenciar que el acceso geográfico o mejor dicho el lugar de procedencia del paciente, tiene un gran valor predictivo a la hora de tomar las decisiones sobre su salud, si le es factible desplazarse, o si le genera algún costo mayor el que tenga a favor o no el factor geográfico propiamente dicho.

Uno de los aspectos que dentro de la investigación se consideró sumamente importante a priori fue el factor económico, ya que los pacientes ponían en balanza los riesgos costo beneficios, si era factible para ellos poder aportar algún factor económico a su salud, pero se logró evidenciar que esta no era una limitante tangible para el paciente, ya que a la hora de evaluar los costos beneficios, ellos pudieron evaluar de manera retrospectiva que es primordial para ellos, si el dinero o la salud.

Lo que concierne al factor cultural en los resultados se obtuvo una grata sorpresa ya que fue el factor más influyente, al evaluar los resultados obtenidos se demostró que el conocimiento general sobre la enfermedad, la consejería que el paciente recibe por parte del personal de salud y la orientación psico-social que pudiera recibir el paciente de parte de tercero, tenía un realce significativo a la hora de evaluar la adherencia al medicamento, tanto así, no meramente al medicamento investigado cómo lo fue el Amlodipino o la enfermedad analizada Hipertensión arterial sino más bien a cualquier Adherencia a cualquier tratamiento de cualquier enfermedad.

Por medio de la prueba de hipótesis se logró aceptar la Hipótesis General, estableciendo que los factores de accesibilidad estudiados (geográfico, económico y cultural) influyen en la adherencia al Amlodipino, con los resultados siguientes: Factor geográfico con significación estadística de 0.015, factor económico con significación estadística de 0.003, los factores culturales divididos en tres: 1-Personal: con significación estadística de 0.000, 2-Religion: de 0.892 que no aporta significación estadística, 3-Orientacion medica: con significación estadística de 0.000.

Cabe recalcar que el estudio no tuvo la suficiente profundidad para poder evaluar los múltiples factores que llevan a un paciente a estar Adherido a un tratamiento o no, pero si fue suficiente en el ámbito regional para generar bases para futuros estudios que evalúen los múltiples factores psicológicos - sociales- económicos – culturales etc.

10. RECOMENDACIONES

Según el estudio realizado permite compartir unas series de recomendaciones obtenidas de los resultados acerca de la investigación, recolección de datos y análisis de los mismos.

- La recomendación inicial ira para los futuros médicos con el fin de concientizar a los pacientes a mejorar la adherencia al tratamiento; y es que no solo se enfoquen en los datos o libros si no en ver al paciente como una persona que se encuentra mal de salud.
- Al sistema de salud que tenga en consideración la precariedad con la que viven ciertas personas en la actualidad.
- Al sistema de salud que realice campañas de concientización sobre salud tanto como a pacientes y médicos o personal de salud ya que estos tienen mucha importancia a la hora de la adherencia al tratamiento.
- A los colegas del primer nivel de salud, que ahonden bien en los problemas del paciente sin dejar de lado el aspecto psico – social del paciente.
- A los médicos tratantes de enfermedades no transmisibles como hipertensión, que continúen con los esfuerzos en el ámbito de la educación al paciente sobre los riesgos y beneficios de tomar el medicamento a la hora recomendada y así ir destruyendo los prejuicios creados por la ignorancia.
- A los promotores de salud, ya que es el primer nivel de apoyo en la comunidad, ellos entienden el diario vivir del paciente; que continúen esclareciendo las dudas y brindando una luz de guía en la idiosincrasia de la población.
- Al médico en año social, que tenga la certeza de realizar un análisis o valoración del paciente y que siempre sea conocedor de los aspecto psico-sociales que pueda tener o influir en el paciente.
- A los próximos investigadores, la basta inmensidad de la idiosincrasia de un paciente vienen arraigada en los factores antes expuestos, geográfico, económico, cultural.
- A los próximos investigadores, el presente trabajo se basó en tres aspectos que se logró observar en las unidades comunitarias de salud familiar estudiadas y se alcanzó extrapolar una interconexión con estudios superiores y de mayor alcance; sin embargo esto no significa que los tres factores antes descritos sean los únicos o los más importantes en ámbito general para establecer una relación de adherencia o no.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ecuador UCd. Accesibilidad a los servicios de salud. Ecuador PUCD. 2016;(12).
2. Clinical Performance and Quality Health Care Michigan. AD. Health Care Michigan. 1993; 1(33-37).
3. Ares Udb. Analisis de accesibilidad economica a los sistemas de salud y educacion. Salud Necochea y Quequen. 2010; 1(75).
4. Publica S. Acceso a la atencion de salud en La Havana, Cuba. Rev. Salud publica. 2010; I(23).
5. MINSAL UY. Analisis de la Situacion de Salud Integral. ASSI. 2018; I(15).
6. MINSAL UAB. Analisis de la Situacion de Salud Integral. ASSI. 2018; I(17).
7. MINSAL ULE. Analisis de la Situacion de Salud Integral. ASSI. 2018; I(18).
8. Salud OMdl. Plan de Adherencia al tratamiento. OMS. 2016; I(25).
9. Yach D. ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO. OMS. 2003; I(32).
10. Salud OMdl. Factores influyentes en la adherencia a los tratamientos. OMS. 2016; I(28).
11. Universidad de Nuevo Leon M. Adherencia. Salud. 2015; I(18).
12. Salud OMdl. Relacion Medico-Paciente. OMS. 2006; III(5).
13. Salud OMdl. Informe sobre la salud en el mundo, Atencion primaria en salud. OMS. 2008; I(52).
14. Salud OMdl. Acceso a los servicios de salud. OMS. 2014; I(22).
15. Laurence L. Brunton, Bruce A. Chabne, B. C. Knollmann. Farmacologia de Goodman & Gilman. En.: McGraw-Hill; 2012. p. 405-420.

12. ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario



CUESTIONARIO UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Cuestionario dirigido a la población en estudio.

OBJETIVO: determinar los factores de accesibilidad a los servicios de salud que influyen en la adherencia al Amlodipino de parte de los pacientes con Hipertensión Arterial en personas de 40 a 80 años de edad que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Yayantique, La Unión y Agua Blanca, La Estancia en Cacaopera, Morazán. Año 2018. **N°:** ____

Nombre de la UCSF: _____

Edad: ____ sexo: F M

Zona: Rural Urbano

Alfabeto: Si No

Trabaja de forma remunerada: Si No

Recibe remesa: Si No

1. ¿Cuánto tiempo tarda usted en llegar desde su casa hasta la unidad comunitaria de salud familiar?

- a) Poco tiempo
- b) Mucho tiempo
- c) Intermedio
- d) Bastante tiempo
- e) Demasiado tiempo

2. ¿Cuál de estos medios de transporte usted más utiliza?

- a) Transporte privado
- b) Auto bus
- c) Taxi o mototaxi
- d) Caminando

3. ¿A qué distancia considera usted que esta su casa de la unidad comunitaria de salud familiar?

- a) Cerca
- b) muy cerca
- c) Intermedio
- d) Lejos
- e) Muy lejos

4. ¿Cuenta usted con el dinero necesario para trasladarse desde su casa a la unidad comunitaria de salud familiar para obtener su medicamento?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Nunca
- e) Casi nunca

5. ¿Tiene usted la facilidad económica para comprar su medicamento si por alguna razón no hubiera en la unidad comunitaria de salud familiar?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Nunca
- e) Casi nunca

6. ¿En algún momento ha dejado de tomar su medicamento prescrito por el medico por algún otro medicamento naturista o remedio casero?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Nunca
- e) Casi nunca

7. ¿Algún líder religioso o vecino le ha dado apoyo para que no deje de tomar su medicamento?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Nunca
- e) Casi nunca

8. ¿Cuándo usted se siente bien deja de tomar su medicamento todos los días?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Nunca
- e) Casi nunca

9. ¿Se toma el medicamento como el medico lo indica?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Nunca
- e) Casi nunca

10. ¿Asiste usted a todos sus controles médicos?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Nunca
- e) Casi nunca

11. ¿El médico le ha dado ideas de como tomar su medicamento cada vez que asiste a consulta médica?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Nunca
- e) Casi nunca

12. ¿El médico le ha explicado las consecuencias de no tomar medicamentos todos los días?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Nunca
- e) Casi nunca

13. ¿Toma usted la dosis del medicamento indicadas por el medico?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Nunca
- e) Casi nunca

14. ¿Considera usted importante tomar su medicamento todos los días para mantener controlada su enfermedad?

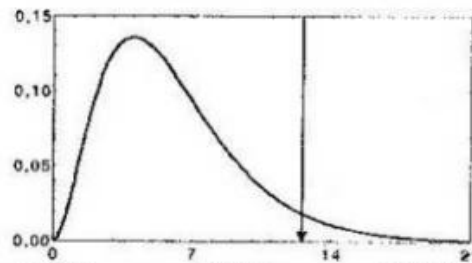
- a) Si
- b) No

15. ¿Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Nunca
- e) Casi nunca

Anexo 2. Tabla de distribución Chi-cuadrado

Tabla de la Distribución de Chi-cuadrado (χ^2), $P(\chi^2_{(10)} < 12,55) = 0,75$



gl	Valor-p							
	0.5	0.25	0.1	0.05	0.025	0.01	0.005	0.001
1	0.45	1.32	2.71	3.84	5.02	6.63	7.88	10.83
2	1.39	2.77	4.61	5.99	7.38	9.21	10.60	13.82
3	2.37	4.11	6.25	7.81	9.35	11.34	12.84	16.27
4	3.36	5.39	7.78	9.49	11.14	13.28	14.86	18.47
5	4.35	6.83	9.24	11.07	12.83	15.09	16.75	20.52
6	5.35	7.84	10.64	12.59	14.45	16.81	18.55	22.46
7	6.35	9.04	12.02	14.07	16.01	18.48	20.28	24.32
8	7.34	10.22	13.36	15.51	17.53	20.09	21.95	26.12
9	8.34	11.39	14.68	16.92	19.02	21.67	23.59	27.88
10	9.34	12.55	15.99	18.31	20.48	23.21	25.19	29.59
11	10.34	13.70	17.28	19.68	21.92	24.72	26.76	31.26
12	11.34	14.85	18.55	21.03	23.34	26.22	28.30	32.91
13	12.34	15.98	19.81	22.36	24.74	27.69	29.82	34.53
14	13.34	17.12	21.06	23.68	26.12	29.14	31.32	36.12
15	14.34	18.25	22.31	25.00	27.49	30.58	32.80	37.70
16	15.34	19.37	23.54	26.30	28.85	32.00	34.27	39.25
17	16.34	20.49	24.77	27.59	30.19	33.41	35.72	40.79
18	17.34	21.60	25.99	28.87	31.53	34.81	37.16	42.31
19	18.34	22.72	27.20	30.14	32.85	36.19	38.58	43.82
20	19.34	23.83	28.41	31.41	34.17	37.57	40.00	45.31
21	20.34	24.93	29.62	32.67	35.48	38.93	41.40	46.80
22	21.34	26.04	30.81	33.92	36.78	40.29	42.80	48.27
23	22.34	27.14	32.01	35.17	38.08	41.64	44.18	49.73
24	23.34	28.24	33.20	36.42	39.36	42.98	45.56	51.18
25	24.34	29.34	34.38	37.65	40.65	44.31	46.93	52.62
26	25.34	30.43	35.56	38.89	41.92	45.64	48.29	54.05
27	26.34	31.53	36.74	40.11	43.19	46.96	49.64	55.48
28	27.34	32.62	37.92	41.34	44.46	48.28	50.99	56.89
29	28.34	33.71	39.09	42.56	45.72	49.59	52.34	58.30
30	29.34	34.80	40.26	43.77	46.98	50.89	53.67	59.70
40	39.34	45.62	51.81	55.76	59.34	63.69	66.77	73.40
50	49.33	56.33	63.17	67.50	71.42	76.15	79.49	86.66
60	59.33	66.98	74.40	79.08	83.30	88.38	91.95	99.61
70	69.33	77.58	85.53	90.53	95.02	100.43	104.21	112.32
80	79.33	88.13	96.58	101.88	106.63	112.33	116.32	124.84
90	89.33	98.65	107.57	113.15	118.14	124.12	128.30	137.21
100	99.33	109.14	118.50	124.34	129.56	135.81	140.17	149.45

Anexo 3. Cronogramas de trabajo de la investigación

CRONOGRAMA																																																				
Meses	FEB/2018				MARZ/2018				ABRIL/2018				MAY/2018				JUN/2018				JUL/2018				AGOS/2018				SEPT/2018				OCT/2018				NOV/2018				DIC/2018											
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
ACTIVIDADES																																																				
1. Reuniones Generales con la coordinación del Proceso de Graduación y asesorías.																																																				
2. Inscripción del proceso de graduación.																																																				
3. Aprobación del tema de investigación.																																																				
4. Elaboración del Protocolo de Investigación.																																																				
5. Presentación escrita del Protocolo de Investigación.									Entrega 11 de mayo de 2018																																											
6. Ejecución de la Investigación.																																																				
7. Procesamiento de los datos.																																																				
8. Elaboración de la discusión y prueba de hipótesis.																																																				
9. Elaboración de Conclusiones y recomendaciones.																																																				
10. Redacción del Informe Final.																																																				
11. Entrega del Informe Final.																																																				
12. Exposición de Resultados y Defensa del Informe final de Investigación.																																																				