

ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y LAS BARRERAS DE ACCESO A LOS
SERVICIOS DE SALUD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HIPERTENSIÓN
QUE SE ENCUENTRAN EN CONFINAMIENTO POR LA COVID-19



Autores: Maria Paula Alvarez Espinosa, Estefanía Clavijo Alzate, Emma Juliana Diaz García.

Director de Trabajo de Grado:
Bernardo Castiblanco Torres

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
DIVISIÓN CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BOGOTÁ
2020

Tabla de contenido

Resumen.....	5
Abstract.....	5
Introducción.....	6
Justificación.....	7
Problematización.....	9
Ejes conceptuales	13
Pregunta de investigación.....	15
Objetivos.....	15
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos.....	15
Marco teórico.....	16
Marco disciplinar.....	16
Psicología frente al análisis del estrés.....	16
Psicología frente al análisis de la hipertensión arterial.....	17
Psicología frente al análisis de las barreras de accesos a los servicios de salud.....	17
Marco interdisciplinar.....	19
Sociología.....	19
Salud pública.....	20
Medicina.....	22
Marco Legal.....	23
Marco Institucional.....	24
Marco metodológico.....	27
Paradigma.....	27
Diseño.....	29
Hipótesis.....	29
Población.....	29
Instrumentos.....	30
Procedimiento.....	34
Consideraciones éticas.....	35
Resultados.....	36
Estadísticos demográficos.....	37
Estadísticos descriptivos.....	37

Resultados relevantes de los ítems.....	41
Estadísticos correlacionales.....	46
Discusión.....	53
Conclusiones.....	56
Aportes, limitaciones y recomendaciones.....	60
Referencias bibliográficas.....	62
Anexos.....	
Anexo 1. Carta de Aval.....	72
Anexo 2. Carta de declaración de conflicto de interés.....	74
Anexo 3. Consentimiento informado.....	77
Anexo 4. Instrumentos.....	82
Anexo 5. Cronograma.....	90
Lista de tablas.....	
Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.....	30
Tabla 2. Descripción escala de servicios de la EPS.....	31
Tabla 3. Resultado edad	37
Tabla 4. Resultado estrés.....	37
Tabla 5. Resultados barreras de acceso a la salud.....	38
Tabla 6. Pruebas de normalidad.....	45
Tabla 7. Correlación estrés / total de servicios EPS.....	46
Tabla 8. Correlación estrés / total de tiempo de espera.....	47
Tabla 9. Correlación estrés / total percepción.....	48
Tabla 10. Correlación estrés / total tiempo de desplazamiento.....	49
Tabla 11. Correlación estrés / total calificación de los procesos de las EPS.....	50
Tabla 12. Correlación estrés / total experiencia global.....	51
Tabla 13. Correlación edad / estrés.....	52
Tabla 14. Resumen tablas de correlación.....	52
Lista de gráficas.....	
Gráfica 1. Total de servicios EPS.....	41
Gráfica 2. Total tiempo de espera.....	41
Gráfica 3. Total percepción tiempo de espera.....	42
Gráfica 4. Total tiempo de desplazamiento.....	42

Gráfica 5. Total percepción tiempo de desplazamiento.....	43
Gráfica 6. Total calificación procesos EPS I.....	43
Gráfica 7. Total calificación procesos EPS II.....	44
Gráfica 8. Total tiempo global.....	45

RESUMEN

El presente ejercicio investigativo tuvo como objetivo analizar la relación entre las barreras de acceso a los servicios de salud y el estrés percibido en pacientes diagnosticados con hipertensión que se hayan encontrado en confinamiento parcial por la covid 19, que hacen parte del del proyecto de la Secretaría de Integración Social “Centro Día los cerezos” de la ciudad de Bogotá. Para esto se aplicaron las escalas de eventos estresantes y la encuesta de evaluación de los servicios de salud en 73 adultos mayores de los 94 que estaban en la base de datos de registro de la institución a corte 2021. Este estudio se realizó a través del paradigma empírico analítico y se planteó una aproximación cuantitativa a través de un ejercicio no experimental transeccional con alcance correlacional. Como principal conclusión, se obtuvo que, entre más barreras de acceso al servicio a la salud, más estrés presentan los adultos mayores, lo cual puede incrementar la sintomatología de la Hipertensión Arterial. Dentro de los resultados más significativos, la correlación estrés/total calificación de los procesos de las EPS y correlación estrés/total experiencia global arrojó resultados de 0,232* y -0,268*, respectivamente, entendiendo que (*) representa un resultado estadísticamente significativo, lo que finalmente sugiere que, entre más barreras al acceso al servicio a la salud, es más probable que se presenten desenlaces no deseados asociados al estrés y al curso de la enfermedad.

Abstract

The objective of this research exercise is to analyze the relationship between barriers to access to healthcare services and perceived stress in patients diagnosed with hypertension who have been in partial confinement due to COVID 19, with a group of older adults who are part of the project "Centro Día los cerezos" of the Social Integration Secretary in the city of Bogota. For this purpose, scales of stressful events and healthcare services evaluation surveys were applied to 73 older adults out of the 94 that were in the institution's registration database at the 2021 cutoff. This study was carried out through the analytical empirical paradigm and a quantitative approach was proposed through a non-experimental transectional exercise with correlational scope. As the main conclusion, it was obtained that, the more barriers to access to healthcare services, the more stress the older adults present, which can increase the symptoms of HTN. Among the most significant results, the "correlation stress/EPS processes total qualification" and the "correlation stress/global total experience" yielded results of 0.232* and -0.268* respectively, understanding that (*) represents a statistically significant

result, which finally suggests that the more barriers to accessing health services, unwanted outcomes associated with stress and the course disease are more likely.

Palabras claves: Hipertensión arterial, estrés, barreras de acceso a servicio de salud, adulto mayor.

INTRODUCCIÓN

Colombia cuenta con una cifra de alrededor de 48 '258.494 habitantes, de los cuales 4'000.000 han sido diagnosticados con Hipertensión Arterial (HTA) de acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2020) quien realizó este censo en el año 2018. Además, se han realizado proyecciones que arrojan que un cuarto de la población colombiana podría llegar a padecer de esta enfermedad.

De acuerdo con Clavijo (2018), el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es señalado por fuertes críticas en la calidad de los servicios de salud prestados, que han sido calificados como deficientes independientemente del confinamiento por la covid-19.

Debido a esa apreciación en cuanto a la deficiente atención proporcionada por los servicios de salud, se presenta en los pacientes un estado emocional de estrés que según Molerio y Garcia (2004a) puede perjudicar la salud de las personas, en especial las que han sido diagnosticadas con una enfermedad como la Hipertensión Arterial. Dichas emociones hacen que estos pacientes sean más susceptibles a desencadenar y agravar esta enfermedad, lo que termina en una serie de acontecimientos desafortunados difíciles de romper, pues al no prestar una atención adecuada terminan aumentando la sintomatología de los pacientes, por el estrés ocasionado.

Este trabajo investigativo parte del análisis de la asociación entre las barreras de acceso a los servicios de salud y el estrés, en pacientes diagnosticados con hipertensión que se encuentren en confinamiento por la covid 19. Se tienen en cuenta las necesidades propias del contexto y de los participantes, ya que se consideró que no sean afectados, evitando en lo posible que ciertos temores, creencias, deseos y tendencias influyan en los resultados del estudio (García, 2020). Para ello se utilizó el paradigma empírico analítico con el fin de verificar el conocimiento generado, cuantificando y midiendo los resultados, sin intervenir o manipular las variables de esta investigación, así como para controlar las variables que fueron evaluadas. De esta forma se observó el fenómeno de una forma estadística, para lograr una predicción generalizada de todo el universo poblacional evaluado. Así mismo, se empleó el enfoque cuantitativo, que se valió de mediciones numéricas y análisis estadísticos (Sampieri et al., 2014, p. 4). El alcance fue correlacional, para establecer la correspondencia entre el estrés y las barreras de acceso a los servicios de salud en población con hipertensión.

Para la recolección de los datos a estudiar se utilizará la Escala de apreciación del estrés, para medir esta variable psicológica en pacientes con hipertensión. Por otra parte, se utilizará una adaptación de la Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS, realizada por el Ministerio de Salud y Proyección Social (2012), en esta misma población.

El actual trabajo de grado está desarrollado dentro de la línea de investigación psicología, calidad de vida y bienestar en contextos de salud, haciendo énfasis a los saberes frente a los procesos de la salud, tanto física como mental, promoviendo la calidad de vida de la población en diferentes contextos. Conectando con lo anterior, el aporte de esta investigación tanto para la psicología como para la población estudiada es poder identificar si hay una relación entre las barreras al acceso a la salud y el estrés, en tiempos de pandemia, identificando qué tanto pueden afectar estas dos variables a la población adulta mayor.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con el Ministerio de salud, las enfermedades cardiovasculares se posicionan como preponderantes en el grupo de adultos mayores de 65 años en adelante: la hipertensión, la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón hacen parte de las 10 primeras causas de consulta en los servicios de urgencias. Cuando se realiza la sistematización de los datos en el servicio de urgencias según el sexo, se evidencia que los hombres con edades superiores a los 45 años consultan principalmente por hipertensión arterial (Ministerio de Salud, 2017).

De acuerdo con los resultados realizados por el censo en el año 2018 (DANE, 2020), en Colombia hay alrededor de 48 '258.494 habitantes. Tomando este dato como referencia, la Fundación Cardio Infantil (2020) advirtió que en promedio el 25% de la población en el país podrían llegar a tener HTA, es decir, aproximadamente 12'500.000 colombianos podrían desarrollar dicha enfermedad, sin desconocer que cerca de 4 millones de personas ya han sido diagnosticadas en Colombia.

A pesar de que esta enfermedad generalmente afecta a los adultos, son las personas mayores quienes son más propensas a desarrollarla, teniendo en cuenta que también padecen de otras condiciones que pueden agravar la hipertensión.

A continuación, se expondrán algunos datos encontrados con respecto a las variables de esta investigación, que ayudarán a comprender las afectaciones en la población de adulto mayor con diagnóstico de hipertensión, iniciando por las barreras de acceso a salud y finalizando con el estrés e hipertensión.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha sido fuertemente criticado en la última década por la calidad de sus servicios, pues se ha considerado como

deficiente ante las necesidades y demandas de los usuarios en la población colombiana (Clavijo, 2018) especialmente en los casos de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y el cáncer e independientemente del confinamiento por la covid-19.

Restrepo, Silva, Andrade y Dover (2014) encontraron que, de las barreras relacionadas con la calidad en los servicios, los procedimientos, los exámenes diagnósticos y los medicamentos que están por fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS) o requieren citas con especialistas son la principal dificultad para la atención en esta población ocasionando que los pacientes con enfermedades crónicas se enfrenten a dificultades para recibir servicio y atención.

Por último, se debe hablar sobre el vínculo existente entre la hipertensión y la variable estrés. Los estados emocionales negativos (tristeza, asco, miedo y la ira) pueden generar estrés y pueden tener un papel desencadenante o agravante en determinados trastornos como la hipertensión arterial esencial (Molerio y Garcia, 2004a). Esto podría significar que las personas que son más susceptibles a sufrir de estrés tienen un mayor riesgo de desarrollar o agravar enfermedades crónicas, como la hipertensión.

Se hizo una revisión en bases de datos académicos como Scielo, revistas USTA, Minsalud, repositorio de la Universidad Javeriana entre otros, donde se encontraron estudios sobre la relación estrés-hipertensión como el de Restrepo et al. (2014); Molerio y García (2004); Guevara y Galán (2010); Armario et al. (2002); Calvo et al. (2001); Cerezo et al. (2009); Molerio et al. (2005); Sierra et al. (2003); Quintero et al. (2007); y Ozamiz et al. (2020) y se encontraron estudios sobre las barreras de acceso a la salud como el de Campaz y Montaña (2019); Anacona et al.(2014) citado por Correa y Gutiérrez, (2020). Gutiérrez et al. (2016); Atallah et al. (2007); Foguet y García (2020); Patel et al. (2016); Alves et al. (2017); Gafas et al. (2019); Reddy et al. (2021); Flaherty et al. (2020); Guevara y Galán (2010); Martínez y Campos (2015); Berra et al. (2014); y Pallarés et al. (2020).

A pesar de que se han realizado investigaciones con estas 3 variables, la mayoría de los estudios no plantea una relación específica entre la presencia de barreras al acceso de salud y el aumento del estrés asociado con la hipertensión, por lo cual este tema representa un vacío de conocimiento.

El desarrollo de esta investigación se encuentra enmarcado dentro de los objetivos planteados por la línea de investigación Psicología, calidad de vida y bienestar en contextos de salud, que hace referencia al desarrollo de conocimiento frente a los procesos de salud enfermedad tanto física como mental y de la calidad de vida en diferentes contextos, toda vez que la hipertensión y su asociación con la variable psicológica estrés se encuentra

documentada y su comprensión implica reconocer el papel de la psicología en la promoción de condiciones de vida saludable de poblaciones en riesgo.

El aporte de este ejercicio investigativo a la población está relacionado con identificar si existe una relación entre el nivel de estrés experimentado por el aislamiento durante el periodo de la pandemia y la presencia de barreras de acceso a la atención en salud (disposición de medicamentos, atención médica presencial) puesto que los antecedentes sugieren que el aumento de estrés en este grupo poblacional predice un peor comportamiento de la enfermedad de base, en este caso la hipertensión. Identificar esta relación supondría reconocer potenciales efectos psicológicos debido a las barreras de acceso a la salud encontradas durante el periodo de aislamiento sobre el proceso salud enfermedad en el grupo de personas mayores, lo cual representa un aporte importante para la disciplina psicológica.

Este ejercicio investigativo representa un aporte para las personas mayores que presentan hipertensión en el Centro Día Los Cerezos puesto que los principales beneficios de evaluar el estrés relacionado con las barreras de acceso a la salud en las personas hipertensas, son verificar si realmente el estrés y dichas barreras tienen alguna relación y lo que permite identificar riesgos potenciales para esa población, pues los antecedentes sugieren que personas mayores con estrés pueden tener complicaciones en su diagnóstico de hipertensión.

Para la psicología esta investigación es relevante porque profundiza la relación entre la variable psicológica (estrés) y la génesis del mantenimiento de la enfermedad, ya que a partir de ella puede establecerse el vínculo con una condición de salud en particular como la hipertensión. Además de esto, aporta al conocimiento o a la comprensión de un aspecto relacionado con la calidad de vida de la población, por medio del análisis de las variables de la psicología y la salud.

Se realizó un acercamiento a la población que se considera vulnerable en la sociedad, como lo son las personas mayores y eso es consistente con una de las funciones sustantivas de la universidad que es la proyección social. Finalmente, en este proyecto se potencializa el aprendizaje de las investigadoras, por medio del desarrollo de herramientas propias de la investigación.

Problematización:

El propósito de este ejercicio investigativo es identificar la posible relación entre las barreras de acceso a los servicios de atención en salud (medicamentos, consultas) en personas que sufren de hipertensión arterial (HTA) y el aumento o disminución de sus niveles de estrés percibido.

A continuación, se presentarán los principales antecedentes relacionados con la hipertensión, la variable psicológica asociada que es el estrés, y la presencia o ausencia de barreras de acceso a la salud.

Sobre la hipertensión arterial y la presencia de variables psicológicas se han identificado diversos estudios desde varias disciplinas que plantean potenciales efectos para la salud de los participantes. En primer lugar, Zurique et al. (2019) realizaron un estudio donde buscaban establecer la prevalencia de HTA en Colombia en personas mayores de 18 años teniendo en cuenta su edad y género. Utilizando estudios descriptivos, de corte poblacional y transversal demostraron que se intensifica la prevalencia de hipertensión en Colombia y que hay mayores diferencias entre géneros. Además, se presenta variabilidad en relación edad-género y el área de residencia debido al comportamiento fisiológico cambiante y al nivel socioeconómico de la muestra poblacional incluida.

Molerio y García (2004a), en su estudio sobre la influencia del estrés y las emociones en la HTA esencial analizaron el comportamiento de 50 sujetos en dos grupos, a través de un diseño cuasiexperimental en el que compararon pacientes con esta condición y pacientes con presión arterial normal, en términos de sus niveles vulnerabilidad y afrontamiento al estrés, así como de ansiedad estado/rasgo. Dentro de los resultados se encontró que el 12% de los pacientes con HTA esencial son extremadamente vulnerables al estrés y la ansiedad, mientras que no se encontró ningún caso de vulnerabilidad en los pacientes sanos. Lo anterior sugiere que la HTA puede asociarse con niveles más elevados de ansiedad y estrés que la población que no vive con esta enfermedad. Molerio et al. (2005) en su investigación sobre el estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial informa sobre la importancia que tiene el estrés como factor de riesgo en el curso de la enfermedad. Menciona como importante que los especialistas de salud encargados del tratamiento de estos pacientes consideren como fundamentales estos resultados y así poder orientar preventivamente a los pacientes sobre las transformaciones en su modo de vida. Así mismo, menciona como relevante un tratamiento integral para los pacientes hipertensos, por ello se deberá diseñar estrategias psicoeducativas para fomentar habilidades de afrontamiento al estrés y aumentar los recursos que permitan mitigar su efecto perjudicial tanto desde la perspectiva médica, como psicológica.

Frente a la relación entre estrés e hipertensión, existe una extensa evidencia de que la aparición de enfermedades crónicas se encuentra asociada a factores psicológicos y sociales, así mismo, se menciona que la continua presencia del estrés podría considerarse dentro de sus causales. Incluso se han realizado experimentos con animales en donde se evidencia que el estrés crónico exacerba la enfermedad coronaria (Armario et al., 2002).

Julius y Jonson (1985), citados por Molerio et al. (2005), afirman que los individuos hipertensos responden a agentes estresantes estándar de laboratorio (exposición al miedo, enfado, y tareas cognitivas frustrantes), con mayores elevaciones tensionales y de frecuencia cardíaca que los normotensos, condición que era más frecuente en individuos con historia familiar de hipertensión.

Calvo et al. (2001) al comparar el nivel de estrés entre sujetos hipertensos y normotensos, observaron que la puntuación media del nivel de estrés fue superior en el grupo de hipertensos que en el de normotensos. Este hallazgo es consistente con el encontrado por Molerio y Garcia (2004a) que identifican un predominio de altos niveles de estrés en los pacientes hipertensos.

En la investigación de Carpi et al. (2007, citados por Cerezo et al., 2009) se evidencia que el afrontamiento inadecuado ante situaciones de estrés podría contribuir al aumento de sufrir un infarto u otras enfermedades, como la hipertensión. Así mismo, lo confirma Sierra et al. (2003) en un estudio donde refieren que la influencia del mal manejo de las emociones en la salud de los pacientes propicia el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y de la hipertensión.

Existen estudios que hablan del efecto del manejo del estrés en pacientes con diagnóstico de hipertensión, como lo mencionan McCraty et al., (2003, citados por Quintero et al.2007) los ejercicios para controlar el estrés en pacientes hipertensos logran reducir la presión arterial, obteniendo además una mejoría en su salud mental.

Ozamiz et al.(2020) realizaron un estudio exploratorio-descriptivo de tipo transversal en el que participaron 976 personas de la Comunidad Autónoma Vasca. En cuanto a los resultados mencionan que, ante el confinamiento decretado por el gobierno y la creciente posibilidad de enfermar, los niveles de estrés, ansiedad y depresión aumentaron en la población, acrecentando el riesgo en grupos llamados de riesgo. Señalan como importante que el bienestar psicológico es clave a la hora de afrontar la covid-19 y prevenir enfermedades mentales y gestionar las emociones. Esto indica que las personas con enfermedades crónicas presentan niveles más altos de síntomas psicológicos ante la situación de crisis por la covid - 19, es por esto que refieren que, en cualquier plan de contención psicológico, se deben tener en cuenta herramientas adaptadas para poder hacer frente a estas crisis.

Finalmente, la investigación de contribuciones y retos de la Psicología de la Salud en el Abordaje de la Hipertensión Arterial Esencial, Amigo, Buceta, Bueno, y Fernández (1990; citados por Molerio y Garcia (2004b) afirman que:

existe abundante evidencia del papel del estrés en la hipertensión arterial esencial ya sea por los efectos que tiene el estrés sobre el sistema cardiovascular,

así como por su relación con determinados comportamientos que son reconocidos factores de riesgo de la hipertensión arterial, entre los que cabe destacar la obesidad, el abuso de alcohol, el consumo excesivo de tabaco y otros (Molerio y Garcia, 2004b).

Todos estos estudios, sustentan la relación entre la presencia del estrés y su efecto sobre la aparición o el aumento de la HTA, considerando la historia familiar de los pacientes, el estudio desde una perspectiva comparada con animales y la comparación de hipertensos y normotensos dentro de sus métodos.

En cuanto a las barreras de acceso a la salud se encontraron los siguientes antecedentes:

En una investigación realizada en Colombia por Rodríguez et al. (2016, citado por Campaz y Montaña, 2019) se encontró que el desconocimiento por parte de los usuarios de la normatividad es una causa para poder ser manipulados por parte de los centros de salud. Dicho desconocimiento es considerado como una barrera de acceso a la salud, que conlleva efectos negativos en varias esferas de la vida de los pacientes, ya sea de manera personal, familiar, social, entre otros, localizando al estrés como una de las consecuencias principales y más frecuentes en dicha población.

En la ciudad de Medellín se realizó una medición en algunas instituciones de salud, para entender la percepción de los usuarios en cuanto a la calidad y atención de estas entidades. Se encontraron barreras de acceso a la salud relacionadas con demoras o aciertos especialmente en seguimientos y diagnósticos de enfermedades y la ausencia de control en la calidad de medicamentos. Sumado a lo anterior, la calidad en la atención debe reflejarse por una buena relación usuario-agente y unos gastos económicos coherentes con la posibilidad de pago, los cuales son encubiertos por las barreras ya mencionadas (Anacona et al., 2014 citados por Correa y Gutiérrez, 2020).

En un estudio realizado por Gutiérrez et al. (2016) en México, se hace énfasis en el factor socioeconómico que es considerado una barrera común en los pacientes, lo que invita a los servicios de salud a replantear su estructura funcional y generar un acceso más efectivo en esa población. Así mismo, Atallah et al. (2007) reconocen la desigualdad presentada en la atención a la salud en las poblaciones con HTA con ingresos económicos altos y bajos. Lo que apoya Foguet y García (2020) en su estudio, donde mencionan que el nivel socioeconómico es un factor diferencial, en cuanto a la forma de afrontamiento del estrés en la población, lo que aumenta el doble de riesgo de padecer HTA.

A pesar de que se presentan dificultades en el control de pacientes con HTA, debido a la falta de servicios integrales de atención primaria de salud, la limitación para obtener medicamentos y la falta de sistemas para la prevención y el tratamiento existe la posibilidad de mejorar la atención, reduciendo a su vez los niveles de estrés en los pacientes. Mediante la implementación de protocolos estandarizados para los tratamientos, la instauración de nuevos mecanismos para la accesibilidad a medicamentos y el correcto registro del seguimiento de los pacientes (Patel et al., 2016).

Alves et al. (2017) mencionan la importancia de promover acciones en las cuales se cuide a las personas mediante la buena interacción paciente-trabajo para disminuir las barreras de acceso a la salud especialmente en la población de la tercera edad, quienes suelen ser los que en su mayoría padecen enfermedades crónicas y, por consiguiente, son quienes necesitan más facilidad en el acceso a los medicamentos y otras atenciones especiales.

No obstante, a pesar de que el acceso a salud tiene ciertas fallas, cabe destacar que se encuentran algunos estudios positivos, como el de Azcarate et al. (2014; citados por Gafas et al., 2019) donde afirman que los pacientes con HTA se sienten satisfechos con la atención en salud que han recibido.

Teniendo en cuenta la situación actual por covid-19, es importante resaltar la necesidad de una adecuada atención para pacientes con hipertensión, pues resultan ser una población muy vulnerable y expuesta a desarrollar otras enfermedades graves. En ciertos contextos, como en la India, se han desarrollado estrategias que le apuntan a brindar servicios especializados para hacer frente a la HTA durante el periodo de confinamiento, pues encuentran necesario que se brinde atención donde y cuando se requieran. En este sentido, el objetivo de estas intervenciones es el de fortalecer y guiar a los pacientes hipertensos para incluirlos en planes de medicación gratuita y acercarlos a los servicios de seguimiento para mejorar su atención (Reddy et al., 2021).

Una vez ya situados en el contexto, por la pandemia por covid-19 se ha evidenciado una deficiencia en la atención en los servicios de salud en pacientes en condición de vulnerabilidad, los cuales padecen enfermedades crónicas como la hipertensión. Se encontró en un estudio una alta cifra de muertes en adultos mayores a causa del covid-19, quienes presentaban algunas preexistencias médicas, motivo por el cual tuvieron que apartarse de la atención médica de rutina. Flaherty et al. (2020) mencionan la importancia de prever este tipo de situaciones para que, en caso de presentarse algún evento similar, se tomen acciones y se minimice el impacto negativo en la atención.

Ejes conceptuales:

Los conceptos o ejes que orientarán este ejercicio investigativo serán hipertensión, aislamiento y estrés de los cuales se presenta una definición conceptual a continuación.

Según Guevara y Galán (2010) “La elevación crónica de la presión sanguínea en las arterias ya sea sistólica (PAS), diastólica (PAD) o ambas y cuyo origen no está determinado orgánicamente se le considera un trastorno funcional y es conocida como hipertensión arterial (HTA) primaria o esencial.”

Martínez y Campos (2015) definen el aislamiento como la “falta de contacto e interacción con otras personas y es un problema que pone en riesgo la integridad física y mental del adulto mayor”. Esta categoría es tomada en cuenta en función de los potenciales efectos que ha podido tener el aislamiento sobre las formas de acceder a la atención en salud de las personas mayores, puesto que es posible que las modalidades implementadas para la atención de esta población (virtuales, por ejemplo) puedan representar una barrera al acceso de los servicios de salud, lo cual puede ser grave cuando se vive con una condición de salud como la relacionada con la HTA.

Finalmente, la variable psicológica estrés, es definida por Lazarus y Folkman citado por Berra et al. (2014) como: “Una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, siendo imprescindible para la supervivencia de la persona”.

Ahora bien, ya hecha la comprensión de los ejes a trabajar, se tendrá en cuenta la magnitud, trascendencia y naturaleza del problema que constituye el objetivo de esta investigación.

Patel et al. (2016) mencionan que aproximadamente dos tercios del mundo han padecido muertes por Hipertensión Arterial, de las cuales el 80% han sido registradas en países con ingresos bajos o medios. Siguiendo con lo anterior, la HTA se encuentra dentro de los principales factores de riesgo, con probabilidad de aumentar las Enfermedades Cerebrovasculares (EC), siendo estas las causantes de alrededor de 10 millones de muertes anuales, a pesar de ser una enfermedad prevenible.

Por otra parte, es importante mencionar que con relación a la variable de barreras de acceso a la salud existen ciertos impedimentos para lograr una eficiencia en los centros de salud, como lo es la utilización de una fracción insuficiente de tiempo en la atención a los pacientes. Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que en los países mencionados que tienen ingresos bajos o medios, se presenta una limitada prestación de recursos, reflejándose en una infraestructura clínica deficiente y en la falta de trabajadores de salud. Este tipo de obstáculos se presentan con una especial dificultad en zonas rurales.

En resumen, existe una cantidad importante de factores que inciden en el tipo de obstáculos que puede llegar a presentar un país u otro, pues deben tenerse en cuenta aspectos legales, institucionales, económicos, etc.

Teniendo en cuenta lo anterior, parece que las condiciones particulares del país (en este caso Colombia), relacionadas con la prestación de los servicios de salud, pueden tener un efecto sobre los niveles de estrés y por lo tanto, llegar a alterar la enfermedad, siendo este uno de los motivos para realizar esta investigación.

Según Molerio y García (2004b), en los últimos años la psicología de la salud ha progresado en las investigaciones frente al papel que juegan los factores psicosociales en las poblaciones que presentan trastornos hipertensivos, especialmente se ha comprobado la influencia del estrés en el incremento de las cifras tensionales que puede condicionar la aparición de la llamada hipertensión de bata blanca, la cual consiste en la elevación de la presión arterial únicamente durante la permanencia del paciente en un centro médico, mientras que fuera de este su presión arterial se encuentra dentro de lo normal (p.106). Teniendo en cuenta lo anterior, es posible plantear la pregunta de investigación que encaminará este estudio, expuesta a continuación.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación entre las barreras de acceso a los servicios de salud y el estrés percibido, en pacientes diagnosticados con hipertensión que se hayan encontrado en confinamiento por la covid-19?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar la relación entre las barreras de acceso a los servicios de salud y el estrés percibido, en pacientes diagnosticados con hipertensión que se hayan encontrado en confinamiento por la covid 19

Objetivos Específicos:

- Describir las barreras existentes en los pacientes con hipertensión relacionadas con el periodo de confinamiento por covid 19.
- Identificar el nivel de estrés en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial que se encuentren en confinamiento por covid 19
- Establecer la asociación entre las variables barreras de acceso a los servicios en pacientes diagnosticados con hipertensión y estrés que se encuentren en confinamiento por la covid 19

MARCO TEÓRICO

Marco Disciplinar:

Teniendo en cuenta el tema trabajado, se observará desde la propia disciplina cómo son entendidas las variables estrés, barreras de acceso a la salud e hipertensión y las implicaciones que conlleva la práctica de la misma.

Psicología frente al análisis del estrés

El estrés es considerado como un proceso de interacción entre el individuo y su medio ambiente causando una percepción de amenaza o daño generando ciertas reacciones psicológicas y físicas. Estas se identifican por su manifestación veloz y automática. (Lazarus et al., 1986, citados por Berra et al., 2014).

Cerezo et al. (2009) mediante una investigación encontraron que el estrés tiene grandes efectos en el “sufrimiento humano”, demostrando que algunas terapias desde modelos cognitivo-conductuales funcionan para la disminución de preocupaciones, somatizaciones y el mismo estrés.

Guerrero (2016) menciona que el estrés, además de tener una influencia psicológica, también interviene en la fisiología de las personas. Esto debido a que actúa en la salud mediante conductas insalubres como el consumo de sustancias psicoactivas o tener algún tipo de conducta riesgosa para su integridad, o por el contrario evitando conductas sanas como la actividad física.

Herrera (2008) menciona que el estrés suele identificarse principalmente como perjudicial ya que genera tensión o desequilibrio. Pero, también puede desarrollar en los individuos ciertos recursos adaptativos que funcionarán a futuro para superar nuevas crisis. Es necesario decir que el estrés no es bueno o malo, pero debe reconocerse la cantidad, los momentos y las circunstancias sociales bajo los cuales resultaría útil o nocivo.

Para Looker y Gregson (1997 citado por Sierra et al., 2003) menciona que el estrés se entiende como algo negativo, perjudicial para el ser humano, donde puede producir dolores de cabeza, indigestión, resfriados frecuentes, dolor de cuello y espalda e infelicidad en las relaciones interpersonales, también llegando a incapacitar al individuo en su ambiente laboral, provocando crisis nerviosas, depresión, ansiedad, alteraciones en el corazón como infartos.

Para los autores Rout y Rout (2002, citados por Hernandez et al., 2009) en el estrés el individuo “responde a demandas o situaciones ambientales (estresores) con un patrón de respuestas por parte del organismo que pueden ser fisiológicas, conductuales, cognitivas,

emocionales, o una combinación de éstas, al momento de ser interpretadas estas demandas o situaciones como amenazante”.

Así mismo, para la Psicóloga Durán (2010) el estrés como una respuesta adaptativa, asociada a las características individuales o procesos psicológicos, la cual es desencadenada por una serie de situaciones, hechos o sucesos externos que exponen a la persona a especiales demandas físicas y psicológicas.

Rodríguez y Tejera (2020) Afirman que el estrés conforma un fenómeno que expresa las variaciones y complejas relaciones que mantiene los seres humanos con su ambiente, de esta forma, toda aquellas demandas ambientales no pueden ser satisfechas por el sujeto, lo que viene dado por las propias consideraciones negativas al no llegar a cumplir sus expectativas, ocasionando una percepción de falta de control y de ineficiencia en el manejo de la situación.

Psicología frente al análisis de la hipertensión arterial

González (2004, citado por Mori y Rey, 2010) refiere que los aspectos psicológicos no tienen una afectación directa en la aparición de la HTA, pues a pesar de que se encuentren relacionados, su manera de influir es mediante manifestaciones insanas que luego son somatizadas en el organismo del paciente, por lo cual no puede ser entendido como una relación lineal ni mucho menos, como la causa de la enfermedad. Cabe resaltar que a pesar de que se hable de que no existe una relación lineal, no desconoce dicha relación, sólo que esta no es entendida como causa-efecto, sino como una relación que está mediada por factores personales, culturales, sociales, etc.

Holguín et al. (2006) mencionan que la mayoría de los tratamientos en pacientes con HTA, son implementados desde la educación, enfatizando en los riesgos, promoción y prevención de la enfermedad, pero esto no ha garantizado que tengan una real adherencia al tratamiento. Es por esta razón que resaltan la importancia de que la psicología se enfoque en las posibles limitaciones para lograr que sea eficaz, lográndolo con un plan estratégico dirigido hacia una educación ingeniosa y diferente a lo que se ha planteado anteriormente, garantizando que los pacientes comprendan todas las implicaciones en el programa terapéutico, farmacológico y demás.

Labiano y Brusasca (2002) destacaron que existe gran variedad de tratamientos desde la psicología que han demostrado ser efectivos para la reducción de la presión arterial. Entre los más destacados se encuentra la relajación, el entrenamiento en habilidades sociales, la meditación, la reestructuración cognitiva, entre otros. Además de disminuir los niveles de hipertensión, también disminuyeron los efectos desfavorables de la medicación.

Psicología frente al análisis de las barreras de acceso a los servicios de salud

Por último, un estudio desde la psicología de la salud revela la importancia del bienestar e igualdad de oportunidades para una mejor contribución al bienestar de los pacientes, considerando que el acceso a la salud es un derecho humano. Por lo cual, a través del financiamiento de países con una mejor posición económica, se presta una atención en salud a la población de tercera edad y pobre. Además, el interés por los elevados costos que causa el tratamiento de una enfermedad generó una nueva ventaja, haciendo que los gobiernos buscarán enfocarse en la prevención de la misma. (Wayne et al., 1988).

Según Martin (2003) refiere que la psicología de la salud no solo se debe centrar en un momento de la intervención, sino al contrario, en todo el proceso de la enfermedad. Es importante que cada vez la psicología se incline en pretender prevenir comportamientos de riesgo, cumplir con el mejoramiento y ejecutar en su totalidad todas las prescripciones médicas, el descanso oportuno de los funcionarios y médicos, de esta manera poder prevenir el estrés en los trabajadores, apoyo social y familiar, todo esto con el fin de impulsar la eficacia de la intervención psicológica en pacientes con enfermedades crónicas.

Logiovine (2015) menciona que, desde la disciplina psicológica, se han venido realizando investigaciones con respecto a las barreras de acceso a la salud enfocadas en poblaciones urbanas. Teniendo en cuenta las características del territorio tanto geográficas como económicas y culturales, resalta la escasez y falta de estudios orientados a comprender este fenómeno en estos ámbitos.

Sanchez et al. (2014) afirman en su estudio que bajos los recursos económicos que atribuyen el fenómeno de discriminación social en presencia de las barreras a la salud, dificultan los procesos y los tiempos para la calidad de la atención; lo anterior da un posicionamiento a un fenómeno que va más allá del nivel educativo o del poder económico de la persona que padece la enfermedad, cerrando puertas a quienes no ocupan una posición privilegiada.

Garbus (2010) menciona que las barreras de acceso a la salud han sido caracterizadas principalmente por la geografía debido a la ubicación de los servicios de salud, la economía que tiene en cuenta el poder adquisitivo de los pacientes, la administración u organización quienes se encargan de la distribución de horarios y turnos de atención y, la cultura que se encargaba de las diferencias culturales entre ellas, la religión.

En el estudio realizado por Cerrato et al. (2003) en Madrid, se plantean las barreras de acceso a la salud como la falta de coordinación entre el sistema y los servicios sociales en población adulta mayor, puesto que esto dificulta la atención integral, por esto mencionan la importancia de un tratamiento interdisciplinar desde la óptica bio-psico-social, pues tienen en

cuenta que muchos de los problemas de salud en la vejez deben ser atendidos por diferentes profesionales.

Marco Interdisciplinar:

Para tener una comprensión complementaria del fenómeno a estudiar, se realizó una búsqueda de lo que se ha planteado desde otras disciplinas, como lo son la salud pública, la antropología y la medicina.

Sociología

No es suficiente el saber desde la biología y la psicología, para comprender las dificultades que presenta una persona con estrés, por esto la importancia de ver el aspecto interdisciplinar del fenómeno a investigar, en este caso la sociología manifiesta que “detrás de la conducta saludable o perversa de cada individuo hay un sistema social que la condiciona, pues existen contextos como la familia, la escuela, o el lugar de trabajo cuya ideología y estructura tienen influencias decisivas sobre el sujeto” (Orlandini, 2012).

Desde la sociología se encontró un estudio en Colombia de Menzura y Arrieta (2005) en el cual recogen los conocimientos de la población con respecto a los factores de riesgo en enfermedades cardiovasculares. Obteniendo como resultado que, a pesar de identificar dichos factores, como el tabaquismo y el estrés, no se emplea alguna manera para combatirlos. Y como lo sustenta este mismo estudio, se evidencia tras una experimentación con animales, que el estrés causa elevación sanguínea considerada como factor de riesgo en enfermedades cardiovasculares.

La Teoría de las representaciones sociales, investiga las distintas formas de las comunidades e individuos sobre la manera en la que expresan sus pensamientos, cómo se relacionan con su hábitat, el conocimiento que sale de allí y cómo lo relacionan con lo que está establecido socialmente fuera de su comunidad. Dicha teoría se ha ganado un espacio en las investigaciones sobre salud desde una mirada social, contribuyendo a estudios sobre enfermedades tanto mentales como físicas, entre las que se encuentra destacada la HTA. En este sentido se instauraron estrategias para la promoción educativa incidiendo en sus factores de riesgo (obesidad, tabaquismo, alcoholismo, falta de ejercicio, entre otras) planteando nuevos estilos de vida para la población (González et al., 2018).

Con base a lo anterior, desde la teoría de las representaciones sociales, en el estudio de Deborah et al., (2015) hacen un aporte de los significados que elaboran los pacientes sobre la hipertensión arterial, donde refieren que dichos significados deben tenerse en cuenta por todos los profesionales de la salud, ya que muchas veces no se toman en consideración las creencias

de la población en cuanto a la salud y enfermedad, enfocándose solamente en factores biológicos dejando a un lado las características culturales y psicológicas.

Siguiendo con lo anterior, en la misma investigación (Arrieta et al., 2010, citados por Deborah et al., 2015) manifiestan que los sujetos hipertensos enfatizan que una de las causas de la enfermedad radica en el estrés y en las emociones negativas que se derivan de los acontecimientos de la vida cotidiana.

Armendaiz (1989) encontró que, dentro de las barreras de acceso a los servicios de salud más frecuentes según los pacientes, está el de tiempo de atención limitado por parte del médico al paciente, además de la falta de interacción entre estos estando en la consulta médica, la disminución de confianza que lo anterior genera y el desamparo del enfermo.

En cuanto a el acceso a los servicios de salud Donabedian (1988, cita por Ballesteros, 2013) nos habla de dos dimensiones de la accesibilidad que se relacionan entre sí, la primera es la socio-organizacional “en la que se incluyen todas las características de la oferta que facilitan o limitan la atención con excepción de las de carácter espacial”, esta hace alusión a las políticas que pueden ser formales o informales de selección de pacientes por sus condiciones sociales, de recursos financieros, de equipamientos médico y de la capacitación del personal, lo que se transforma en barreras de acceso a los servicios de salud para algunos usuarios. La segunda dimensión mencionada por Donabedian (1988, cita por Ballesteros, 2013) es la geográfica, “que refiere a las medidas de fricción del espacio, que entre otros aspectos incluye distancia lineal, distancia de traslado, tiempo total transcurrido y costo de traslado”, ya que para muchos estas medidas son una limitación en el acceso.

Para concluir lo anterior, Ballesteros (2013) a lo largo de toda la investigación problematiza la construcción de indicadores que estuvieran vinculados con el acceso y las barreras en el acceso a los servicios de salud, donde evidencio que los conceptos anteriormente mencionados pueden asociarse a características de la oferta brindada, de la población o de ambos. De este modo, plantea que La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), permite reconstruir el acceso a los servicios a través de la utilización de estos, logrando realizar una indagación sobre distintos mecanismos, a partir de los cuales el sistema impide abarcar la pregunta cómo (la utilización en el último mes de servicios) y que a partir de ella se construyó el indicador de barreras en el acceso. Si bien destaca la importancia de que se investigue esta problemática, cuestiona la forma de construir 15 indicadores y con ellos la interpretación de los resultados. afirmando que es importante hacer una correcta interpretación de este indicador, no se puede perder de vista la utilización de todos los servicios.

Sosa (2011) encontró como responsable a la variable psicológica estrés, sobre la presencia de enfermedades ya sean físicas, mentales o sociales, además, podría comprenderse como un estrés sano si el individuo reconoce cierta situación como un reto positivo, o por el contrario podría ser un estrés perjudicial cuando reconoce dicha situación como una amenaza generando enfermedad o sufrimiento en el individuo. Investigaciones similares como la de Diaz (2011), respaldan la idea de que una misma situación puede considerarse como amenazante o no, según la valoración individual de cada sujeto. La respuesta que pueda presentarse frente a cualquier evento estresante podría impulsar mecanismos fisiopatológicos de enfermedades como ansiedad, depresión, infartos, hipertensión arterial, entre otros.

En un estudio enfocado desde la salud pública, Rodriguez et al. (2013) afirman que las barreras de acceso a los servicios a la salud en Colombia son diversas, ya que observan que los usuarios se enfrentan diariamente a limitaciones desde la entrada y búsqueda de la prestación del servicio, por fallas en la comunicación con las EPS e IPS; se encuentran con barreras tales como la falta de autorizaciones, citas médicas con especialistas y entrega de medicamentos, lo que provoca percepciones negativas y afectaciones perjudiciales tanto para los usuarios y sus familias.

Rodriguez (2010) en su investigación realizó una clasificación de las barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia. En los resultados más relevantes encontrados destacó que la población afiliada arrojó un porcentaje del 18.03% y para el caso de los no afiliados asciende hasta el 43%. demostrando que la población sin seguro es la más vulnerable ante la presencia de un problema de salud. No obstante, profundizando en la población afiliada, evidencio que la población de bajos recursos pero que se encuentra asegurada, régimen subsidiado, no utiliza los servicios teniendo necesidad en un 23%, frente a un 12.6% de la población asegurada con capacidad de pago, régimen contributivo.

Según una investigación guiada por González et al. (2012) las principales causas de mortalidad en Colombia como en Latino América son las enfermedades crónicas y cardiovasculares como la Hipertensión, en Colombia se calculó que alrededor de 50% de la mortalidad pertenece a las enfermedades crónicas, el 27,6% a las cardiovasculares y solo el 14,8% a tumores. El estudio resalta la vulnerabilidad en la que se encuentran las personas en condiciones de pobreza por el gran impacto económico y social de este tipo de enfermedades, por lo que se vuelven prioridad en la salud pública en especial en los países de bajos y medianos ingresos ya que sufren el mayor impacto y son la principal causa de mortalidad prematura.

Lira (2015) considera la HTA como un problema de Salud Pública de gran importancia, porque es una enfermedad crónica silenciosa, lo cual dificulta su diagnóstico

temprano, alrededor de un 40% a 50% de los hipertensos desconocen su padecimiento, lo que vuelve imposible su tratamiento precoz. Según la Encuesta Nacional de Salud en Chile (2003) sólo “el 63% de la población de pacientes adultos con presión arterial alta conocía su condición”.

Medicina

Selye es el primero en hacer un acercamiento a la definición de estrés en seres vivos, teniendo en cuenta que las referencias anteriores lo comprenden desde aspectos netamente físicos. Así entonces, refiere que “es una respuesta no específica del organismo frente a cualquier demanda que se haga sobre él” Selye (1952, citado por Spangenberg, 2015). Independientemente de si la naturaleza del estresor es física o psicológica, incitará al organismo a adaptarse con el propósito de recuperar su homeostasis. Por su parte Lopez et al. (2012) mencionan que el estrés a pesar de ser una respuesta fisiológica común “puede llegar a ser patológico si las reacciones son inadecuadas, afectando de manera física, emocional, social o psíquica al individuo que lo experimenta”.

En un estudio de medicina, Dueñas (2011) define la hipertensión arterial como “la elevación de las cifras de presión arterial”. Y para hacer una comprensión más amplia e incluso más comprensible, menciona que debe ser acreditada como una enfermedad, que puede afectar a un individuo y a su vez se encuentra en grandes poblaciones, considerada como un factor de riesgo de enfermedades vasculares.

Según Casado (2002) los comités nacionales e internacionales aceptan el diagnóstico de hipertensión, “si la PAS es igual o superior a 140 mmHg y/o la PAD lo es a 90, en dos o más tomas dentro de la misma visita y en tres visitas en días ulteriores”, teniendo en cuenta que los milímetros de mercurio son la forma de medir la fuerza de la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos.

Otro de los estudios realizado desde la medicina, enfocado en la “identificación de las barreras de acceso a los servicios de salud en una población indígena del estado de Rabinal, Guatemala”. Hautecoeur et al. (2007), encontraron que las barreras al acceso a la salud están correlacionadas de forma discriminada hacia la población, generando así obstáculos a la prestación del servicio; como lo son el precio de los servicios de salud, el idioma, ya que muchas de las mujeres indígenas Achi no entienden lo que los doctores le manifiestan, como también la escasez de los servicios de salud y malos tratos por parte de los médicos. Los investigadores afirman que la carencia de recursos tanto materiales como humanos en los centros de salud, no cumplen con lo necesario para cubrir el total servicio a los indígenas. Desde la medicina social en este estudio les permitió identificar los principales obstáculos o barreras al acceso a la salud; refiriendo que dichas barreras están interrelaciones, teniendo la

pobreza como fuente principal del problema, ya que de ella derivan las barreras económicas, geográficas y culturales. Los servicios de salud en el pueblo no son adecuados ni suficientes para responder a las necesidades de la población local. haciendo reflexionar la utilidad de los puestos de salud, ya que la mayoría del tiempo que están cerrados y vacíos en las comunidades, estos puestos podrían ser mejor utilizados por las comunidades y por promotores de salud.

Desde la medicina indica que, el bienestar del sistema de salud es fundamental para su correcto funcionamiento, por ello el alto volumen de pacientes se considera como un desafío para el cuerpo médico debido al contexto actual por pandemia, la enorme presión y el cargo sobre su trabajo, que además podría llevarlos al agotamiento e incluso a enfermarse, influenciando la calidad de sus servicios y atención, lo que se considera como una barrera para el correcto funcionamiento de acceso a la salud (Márquez, 2020).

Marco legal:

Uno de los derechos fundamentales en Colombia dentro de la constitución política es la salud, pues es un derecho asegurado por las garantías legales para que todas las personas puedan disfrutar de un adecuado estado mental, físico, emocional y social, los cuales les permitan desarrollar al máximo sus potencialidades en los ambientes en que se encuentren inmersos, dicho derecho se ubica en el artículo 49, a su vez, la sentencia T-171-18 del 2018 de la corte constitucional de Colombia también protege la salud como derecho fundamental autónomo, como se expone a continuación:

CAPÍTULO 2 - ARTÍCULO 49º: Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (Constitución Política de Colombia, 1991).

En el caso específico de la Hipertensión arterial existe la siguiente normativa para la atención médica eficaz y segura de dichos pacientes:

Resolución número 4003 de 2008 expedida por el Ministerio de la Protección Social

En la cual se han adoptado las prioridades nacionales en salud donde se incluyen disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles, con particular importancia en el diagnóstico temprano, la prevención y control. Por lo anterior, se aprobó la inclusión de servicios ambulatorios especializados en el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado, en el esquema de subsidio pleno, para la atención de pacientes con HTA en los grupos poblacionales de mayor riesgo (≥ 45), como el siguiente:

“Consulta médica especializada ambulatoria para evaluación o valoraciones, incluyendo particularmente la necesaria para valoración del sistema visual, sistema nervioso, sistema cardiovascular y función renal.” (Ministerio de la protección social, 2008).

Uno de los nuevos decretos de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2020) que acoge a los pacientes con hipertensión es el No. 176 de 2020 (Artículo 2º.- PROTECCIÓN ESPECIAL PARA POBLACIÓN EN ALTO RIESGO) ya que en este se toman medidas de protección para la población en alto riesgo del Distrito Capital por la pandemia de covid-19, siendo esto especificado en el siguiente artículo:

Teniendo en cuenta que las personas diagnosticadas con diabetes, hipertensión y obesidad, y los adultos mayores de 60 años, son más propensos a contraer covid-19, requieren medidas especiales para su atención en pro de continuar con el cuidado de su vida y salud. Para ello se tendrán en cuenta los siguientes propósitos:

- a) Garantizar por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y su red prestadora de servicios de salud, el seguimiento estricto a población de especial vulnerabilidad como lo son las personas con hipertensión, diabetes y obesidad.
- b) Hacer seguimiento al cumplimiento en la implementación de programas a personas con condiciones crónicas en salud que incluirá el seguimiento interdisciplinario en salud, entrega de medicamentos a domicilio y equipos para el adecuado monitoreo de la evolución clínica de estas personas.
- c) Implementación de estrategias o programas encaminadas a la atención prioritaria a poblaciones de mayor vulnerabilidad para evitar el riesgo de contagio por SARS COV 2, en caso de ser casos sospechosos o confirmados para covid-19 garantizar atención oportuna y con seguimiento estricto para identificación temprana de posibles complicaciones.
- d) Las personas que padezcan de hipertensión, algún tipo diabetes, o que presenten obesidad, procurarán no salir de sus domicilios y guardar cuarentena como medida para evitar su contagio con covid-19 ante las cifras que reflejan un mayor riesgo de mortalidad para la población con ese tipo de antecedentes médicos

Los anteriores derechos, decretos y leyes constitucionales buscan proteger la salud de los adultos mayores, a través de la promoción y prevención, un adecuado diagnóstico a tiempo, la entrega de medicamentos a domicilio y el debido seguimiento de los pacientes, en especial los que padecen HTA que se encuentran en confinamiento por covid-19, ya que son las personas más vulnerables al contagio de este virus.

Marco Institucional - Centro Día Secretaría de Integración social

Para lograr una comprensión sobre la institución del Distrito elegida en la investigación cabe mencionar que el objetivo de los Centros Día (CD) es brindar una atención integral donde se fortalezca el proyecto de vida de las personas mayores de la ciudad y se contribuya a la construcción de procesos de autonomía, promoviendo el disfrute del envejecimiento activo, mediante un acompañamiento social, el fortalecimiento de redes y un trabajo intergeneracional sistemático.

Los Centros Día de la Secretaría de Integración Social (2020) son centros comunitarios en los cuales se consolida la autonomía y las facultades de los adultos mayores para tener una vejez digna y activa, además de esto, trabajan en pro de la calidad de vida y el desarrollo de los territorios sociales, teniendo en cuenta las características propias de cada uno. Los centros día ofrecen a los adultos mayores alimentación, proporcionan acompañamiento en la salud tanto física como mental, también realizan actividades relacionadas con cultura, deporte y recreación, además de generar espacios para compartir con los demás compañeros y con las familias de estos.

Como meta mencionan atender integralmente a 48000 personas mayores en condición de fragilidad social en la ciudad de Bogotá a través del servicio Centro Día. El centro día tomado como referencia para esta investigación es el Centro los Cerezos cuya atención es de 1608 personas mayores, distribuidas en 134 personas por jornada y 268 por día de atención pertenecientes a las Upz Bolivia, Minuto de Dios y Boyacá Real, para un total de 804 atendidas por semana en cada Jornada, correspondientes a la unidad operativa y 200 atendidas en la modalidad Centro Día al barrio (Alcaldía Mayor De Bogotá, 2019).

En el Centro Día Los Cerezos se focaliza la población en relación con el género (mujeres y hombres), enfoque diferencial (personas y/o familias víctimas del conflicto armado, personas y/o familias afrocolombianas y personas y/o familias indígenas) y enfoque migratorio (personas y/o familias provenientes de flujos migratorios).

Se han implementado nuevas estrategias con el fin de prestar un mejor servicio, entre ellas se encuentran mejoras pedagógicas, didácticas, tecnológicas, de apoyo psicosocial, administrativas, comunicacionales.

A continuación, se mencionan los componentes de algunas de las estrategias implementadas para la prestación del servicio, las cuales son pedagógicas, didácticas, tecnológicas, de apoyo psicosocial, administrativas y comunicacionales.

Componente de desarrollo humano para el ejercicio de una vejez digna y activa:

Se parte de la perspectiva sobre el desarrollo humano, en busca del fortalecimiento de las capacidades de los adultos mayores y posibilitando la expresión de estas, permitiendo además potencializar sus habilidades. Todo esto enmarcado en el reconocimiento de los

derechos a una vida digna y una vejez activa, mediante procesos dirigidos a modificar situaciones que causen afectación y/o vulnerabilidad a su integridad, a partir de ejercicios de autonomía.

En el Centro día se implementan actividades, donde se abordan el *ser, la individualidad y la subjetividad* de las personas mayores, trascender del rol familiar y sus relaciones, pasando al ámbito comunitario y social. Todo esto se lleva a cabo en los encuentros que tienen como objetivo, el fortalecimiento de las destrezas y capacidades de los participantes para el estímulo de sus procesos de autonomía; de esta forma, en cada reunión se pone en evidencia la estrategia de acompañamiento social.

Acompañamiento a la persona mayor, sus familias y/o cuidadores

Es importante resaltar que los adultos mayores que hacen parte del Servicio Social del Centro Día son beneficiarios de canales de atención por medio de la estrategia Estamos Contigo En Casa, la cual consiste en brindar una atención diferente a la habitual en el tiempo de la cuarentena preventiva por covid-19, se trata de una atención virtual para establecer nuevas redes de comunicación con las personas mayores y sus grupos familiares, donde se trabaja a través de las redes sociales y de llamadas telefónicas para los que no puedan acceder a internet y visitas domiciliarias para personas mayores de 70 años que se encuentran en situación de vulnerabilidad, lo cual se enlaza con el procedimiento de la investigación.

- **Aplicaciones virtuales:** Se realizan los encuentros virtuales, mediante aplicaciones como WhatsApp, Ms Teams, Meet, entre otras, que posibilitan la creación de reuniones en grupo, utilizando el formato de registro y desarrollo de actividades del servicio. Dichos encuentros ayudarán a que los adultos mayores sigan fortaleciendo sus redes teniendo en cuenta que, estos espacios se prestan para la continua interacción entre compañeros y permiten incluso la participación entre familias. Para que todo esto pueda implementarse, se realizará una previa indagación en las familias de los adultos mayores con el fin de reconocer si cuentan con las aplicaciones. Además, se utiliza lenguaje sencillo, audios y el apoyo de medios visuales como videos, para facilitar la comprensión de los temas a trabajar desde todas las áreas encargadas por el educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, auxiliar de enfermería y acompañantes sociales. Este ejercicio se desarrolla semanalmente con cada grupo de atención.
- **Visitas domiciliarias:** Es otra técnica en la cual es abordada la atención para el personal adulto mayor que no cuente con aparatos electrónicos o virtuales. De esta forma, se llevan a cabo el encuentro en la casa de cada participante, la

visita tiene una duración de 30 minutos, donde los profesionales del servicio deben crear una metodología que les permita socializar las temáticas vistas en los encuentros, todo esto debe quedar en un formato de registro (desarrollo de actividades del servicio) y realizar seguimiento a posibles situaciones de vulnerabilidad. Una vez finalizado el registro de la actividad, el adulto mayor procede a firmar.

MARCO METODOLÓGICO

Paradigma:

La presente investigación se ubica en el paradigma empírico analítico que según Terrón (2011) al utilizar el principio de objetividad, acepta la replicabilidad de las investigaciones y así tiene la posibilidad de verificar el conocimiento generado. Este paradigma permitirá cuantificar y medir los resultados, además de posibilitar la construcción de hipótesis, tendencias y teorías. Se tendrá en cuenta el enfoque cuantitativo, el cual "utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías" Sampieri, Collado y Baptista (2014, p. 4). Esto con el fin de relacionar el estrés y las barreras de acceso a los servicios de salud en población con hipertensión, teniendo en cuenta las estrategias de medición y sistematización.

El paradigma de la psicología desde el cual se va a posicionar esta investigación es el cognitivo conductual, el cual tiene como fundamento la psicología del aprendizaje y actualmente está sustentada en la psicología científica. Cuenta con una base científica y experimental y con un importante aporte desde la experiencia clínica (Ruiz et al., 2012).

Para comprender la relación entre el paradigma y el análisis del fenómeno de la salud, se define la Psicología de la Salud como “aquella disciplina que implementa los principios, técnicas y conocimientos desarrollados por ésta, para la evaluación, diagnóstico, explicación y tratamiento de trastornos físicos y mentales, en busca de estilos de vida saludables” según Matarazzo et al. (2008, citados por Salamanca y Giraldo, 2011).

Su campo de actividad en el proceso salud-enfermedad analiza los aspectos cognitivos-conductuales y afectivos que se reflejan en un comportamiento perjudicial, asumiendo como objetivo la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, a partir de la identificación de conductas nocivas y el planteamiento de conductas más favorecedoras (Libertad et al., 2010, citados por Salamanca y Giraldo, 2011).

Según Piña (2008 citado por Salamanca y Giraldo, 2011) la psicología aporta a la comprensión de las enfermedades mediante la conducta de la salud, permitiendo establecer

metodologías para el progreso de planes efectivos en el momento de realizar una campaña de prevención y promoción para beneficiar a la población. Para Lennart (2003 citado por Salamanca y Giraldo, 2011) los factores más destacados, son la percepción de riesgo, siendo el motivo más relevante, al punto de ocasionar campañas de prevención, con el fin de establecer hábitos saludables.

Según Flórez (2006, citado por Salamanca y Giraldo, 2011) en los últimos tiempos las enfermedades crónicas se han convertido en objeto de estudio para la psicología de la salud, por lo cual se han reforzado los programas de intervención en los sistemas de salud y se ha implementado la investigación en los entornos de atención.

Desde el enfoque cognitivo conductual aplicado al campo de la psicología de la salud se ha buscado abarcar temas como el estrés a través de estrategias como la reestructuración cognitiva, relajación y respiración entre otras, lo cual sugiere que esta perspectiva de análisis del fenómeno psicológico guarda coherencia con la pregunta de investigación del presente estudio. En este orden de ideas el paradigma cognitivo-conductual lo plantea como un escenario para el análisis de la relación entre hipertensión-estrés y barreras de acceso en personas mayores (Ibáñez y Manzanera, 2012).

Dicho paradigma tiene por objetivo la conducta, considerada óptima para la medición y evaluación tanto de los comportamientos observables como de los que no pueden serlo. También es aprendida, considerando los distintos factores que hacen parte de un individuo, sean históricos, biológicos, sociales y ambientales. Así, se comprende el objetivo de la intervención desde lo cognitivo-conductual, que es generar cambios tanto en lo conductual, como en lo cognitivo y emocional, transformando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando unas más adaptativas (Ruiz et al., 2012), esto demuestra que el afecto, el pensamiento y la conducta se encuentran interrelacionados como los principales componentes de la salud y los trastornos psicológicos (Galvis, 2008).

Ahora bien, desde el punto de vista metodológico es importante resaltar su uso desde un enfoque empírico aplicado al proceso, evaluación y retroalimentación de la conducta del individuo, para crear una intervención y valoración de resultados óptimos. Mediante la aplicación en el contexto natural del individuo y al ser representativo para él, establece su eficacia a través de la valoración de los cambios en la conducta tratada, entendiéndose como cambios a largo y corto plazo (Ruiz et al., 2012). Esto respalda la postura investigativa de este trabajo de grado, ya que es consistente con la forma de leer el fenómeno.

El alcance que se utilizará en esta investigación será correlacional. Sampieri et al. (2014, p.93) afirman:

Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables (Sampieri et al, 2014, p. 93).

Este estudio es de alcance correlacional porque analizará la asociación entre las variables hipertensión, barreras de acceso a los servicios de salud y el estrés.

Diseño:

Esta investigación se valdrá de un diseño no experimental, entendido como “la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables” Sampieri, Collado y Baptista, (2014, p.152). Además, será transeccional y correlacional, por lo que se tiene en cuenta la relación entre dos o más categorías evaluadas en un corte de tiempo específico (Sampieri et al., 2014). Este diseño guiará el desarrollo de esta investigación puesto que se tomarán los datos en un solo corte de tiempo. Adicional a esto, se pretende establecer una relación entre más de dos variables que son la hipertensión, las barreras al acceso a los servicios de salud y el estrés.

Hipótesis:

Hi: Existe una relación directamente proporcional entre la percepción de las barreras de acceso a salud y el nivel de estrés durante el periodo de confinamiento por covid 19 en adultos mayores con Hipertensión.

Ho: Existe una relación inversamente proporcional entre la percepción de las barreras de acceso a salud y el nivel de estrés durante el periodo de confinamiento por covid 19 en adultos mayores con Hipertensión.

Ha: Las barreras al servicio a la salud y el estrés no tienen ninguna relación estadística con la hipertensión.

Población:

Esta investigación se realizó a través de un estudio de caso con el Centro Día los Cerezos, población que fue elegida teniendo en cuenta la intención de este estudio donde, se requería de un grupo de adultos mayores que tuvieran que acceder a los servicios de salud de manera autónoma, es decir, esta población no podría depender de cuidadores que realizaran los procedimientos médicos por ellos. Así, el Centro Día fue elegido debido a su contribución hacia la población adulta mayor por construir procesos de autonomía y promover el envejecimiento digno y activo, lo que hizo de este centro, la población ideal a estudiar. Allí se recopiló y se midió toda la información sobre estrés y barreras de acceso a la salud en adultos mayores en confinamiento por covid-19, tomando como universo poblacional 94 sujetos

reportados en una base de datos proporcionada por el Centro Día Los Cerezos con la actualización más reciente de personas vinculadas al centro y que tuvieran algún reporte relacionado con la presencia de HTA. Seguido de esto, se hicieron dos depuraciones, la primera con el fin de eliminar a los participantes que no cumplieran con los criterios de inclusión relacionados con la edad y la disponibilidad para el contacto y la segunda, para descartar los que no tuvieran el diagnóstico de Hipertensión Arterial definitivo, lo que dejó un total de 83 participantes que actualmente pertenecen al Centro Día Los Cerezos. Posterior a la identificación inicial de los participantes, con cinco de ellos no se logró la comunicación y otros 5 decidieron no participar, siendo este su derecho según el consentimiento informado (Anexo 4). De modo que el N total fue de 73 casos para analizar en este estudio mediante la escala de eventos estresantes y la adaptación de la encuesta de evaluación de los servicios de las EPS.

Es importante tener en cuenta que un estudio de caso es definido por Hernández-Sampieri y Mendoza (2008, citados por Hernández y Mendoza, 2018), como un estudio que “al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta analiza una unidad holística para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría” (p. 164), en el cual no existe la obligación de generalizar, sino de demostrar que las conclusiones pueden ser aplicadas a otros contextos, o utilizadas por otros”. (Simons, 2013; p. 227), por esta razón la muestra es representativa, únicamente para el contexto de aplicación de los instrumentos, es decir el centro día los cerezos.

A continuación, se presentan los criterios de inclusión y exclusión para el desarrollo del ejercicio investigativo:

Tabla 1.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
• Personas entre los 59 y 85 años. • Adultos diagnosticados con hipertensión • Adultos pertenecientes al Centro Día Los Cerezos • Disponibilidad de medios telefónicos y electrónicos	• Personas que no tienen la capacidad de contestar los formularios. • Personas no afiliadas a alguna eps. • Personas sin comorbilidad.

Fuente: Elaboración propia

Instrumentos: Como instrumento se utilizó la Escala de apreciación del estrés, creada según Fernández y Mielgo (2017) con el objetivo de “conocer el peso de los distintos acontecimientos en la vida de los individuos”. Estos autores definen la variable a estudiar (estrés) como “estímulos, agentes circunstancias, situaciones, factores que amenazan nuestra vida y nuestra salud física y mental” (Fernandez y Mielgo, 2017).

Está compuesta por 4 baterías, de las cuales sólo una fue aplicada, llamada “escala de acontecimientos estresantes en ancianos (EAE-A)”, esta escala tiene como objetivo evaluar la intensidad y número de estrés vivido, dando respuesta a los acontecimientos estresantes que el adulto mayor a experimentado durante su vida tanto sentimental como afectiva. La escala fue elaborada y dirigida a la población con un rango de edad entre 66 a 85 años de edad, consta de 51 ítems, agrupados en 3 áreas, salud-estado físico y psíquico, vida psicológica y, por último, vida social y económica, que dieron como resultado un único total. Tiene una duración de 20 a 30 min, se utilizaron baremos en percentiles creados por los autores de la prueba para la población en general, además cuenta con escalas tipo dicotómicas y likert.

Por otra parte, se utilizó una adaptación de la Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS, realizada por el Ministerio de Salud (2012) con el objetivo de “indagar la manera en que los usuarios perciben la EPS a la cual están afiliados”. Está compuesta por 28 ítems, agrupados en 2 áreas, la primera es servicios de salud-tiempos de espera y la segunda medicamento-financiación, con una duración aproximada de 45 min, utilizando escalas tipo likert y dicotómicas. Para la aplicación de esta encuesta y teniendo en cuenta que no todos los ítems corresponden al tema que se quería analizar (barreras en el acceso a servicios de atención a pacientes crónicos) se hizo una selección de los ítems más importantes a tener en cuenta, denominados así:

Tabla 2.

Descripción escala de servicios de la EPS

Item	N° Preguntas	Descripción	Pregunta
Total servicios EPS	2	Este ítem abarca los servicios a los que los sujetos han accedido durante los últimos 6 meses. (Médico general, Médico especialista,	2. Ahora quiero que por favor califique estos servicios de salud que usó en los últimos 6 meses, utilizando una escala de 1 a

		Exámenes de laboratorio/ radiografías, Terapias, Entrega de medicamentos, Urgencias, Hospitalización/Cirugía, Toma de muestras triglicéridos, Toma de muestras colesterol, Toma de muestras glicemia, Toma de presión arterial y, Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad).	5 donde 1 es mal servicio y 5 es excelente servicio.
Total	3,5,7,9	Abarca los tiempos de espera según la experiencia del sujeto para acceder a los distintos servicios que ofrece la EPS como médico general, especialista, autorizaciones. Las respuestas se presentan en términos de 1 día, 2 días, 3 días, entre 4 y 5 días, entre 6 y 10 días, entre 11 y 20 días, entre 21 y 30, más de 30 días.	3. Entre el momento en que usted comenzó a contactar a su EPS para pedir la cita con el médico general, hasta el momento en que se la asignaron ¿Cuánto tiempo pasó? 5. Entre el momento en que usted comenzó a contactar a su EPS para pedir la cita con el especialista hasta el momento en que se la asignaron ¿Cuánto tiempo pasó? 7. Entre el momento en que usted comenzó a contactar a su EPS para pedir la autorización, hasta el momento le dieron la autorización ¿Cuánto tiempo pasó?

			9. Desde el día que le autorizaron la cita o el servicio y la fecha de la atención ¿Cuánto tiempo le tomó?
Total de percepción	4,6,8,10	Este ítem contempla la percepción del sujeto en cuanto a cómo le pareció el tiempo al acceder a los servicios de salud, las opciones de respuesta eran muy corto, corto, ni largo ni corto, largo y muy largo.	4, 6, 8, 10 ¿Y ese tiempo le pareció?
Total tiempo de desplazamiento	11,12	En este ítem se tiene en cuenta la experiencia del sujeto en cuanto al tiempo y la percepción en el desplazamiento al centro médico para acceder a un servicio de salud. Las respuestas podían ser entre 15 a 30 minutos, entre 31 y 60 minutos y más de 60 minutos.	11. Para todos los que utilizaron cualquier servicio: ¿cuánto tiempo le tomó desplazarse a la cita/servicio? 12. ¿Y ese tiempo le pareció?
Total calificación procesos EPS	13,14	Este ítem contempla, según la experiencia del sujeto, el nivel de dificultad que tuvieron al acceder a los distintos servicios de salud. Las respuestas eran muy difícil, difícil, ni difícil ni fácil, fácil y muy fácil.	13. ¿Cómo calificaría el proceso de las autorizaciones de los servicios de salud en su EPS? 14. En general en los últimos 6 meses ¿Qué tan fácil considera usted que le

			fue acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, consultas médicas y terapias) a través de su EPS?
Total	17	Este ítem contiene la calificación que el sujeto le dio a la experiencia global en la EPS. Las respuestas se presentan en términos de muy mala, mala, regular, buena y muy buena.	17. ¿Cómo calificaría su experiencia global en los últimos 6 meses respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS?

Fuente: Elaboración propia

Procedimiento: Se redactó una carta dirigida al centro día los cerezos haciendo una corta presentación con la propuesta y el objetivo del trabajo de grado, de esta manera se solicitó la participación en ella; al momento de recibir la aprobación por parte de ellos, se agendó una reunión virtual con las directivas del centro día. Posterior se realizó acercamiento a la población participante en el estudio a través de un grupo de Whatsapp creado por un funcionario del Centro Día los Cerezos para tener un mayor acercamiento a la población, donde se acordó hacer un primer encuentro por la plataforma Meet. Se tuvieron en cuenta las posibilidades de las personas mayores o de sus cuidadores para ayudarles a acceder a la reunión, por este motivo fue grabada para hacerla llegar a los adultos que no pudieron asistir virtualmente.

En este encuentro se presentó la propuesta de investigación, los objetivos, la intención y el modo en el que se realizará la aplicación de los instrumentos. Seguido de esto se dio a conocer el sentido del consentimiento informado, el cual debe ser debidamente diligenciado para poder darle inicio a la investigación, se informó que la participación es voluntaria y que las personas podrán retirarse cuando lo deseen, también que se guardará la identidad de cada participante por lo que los resultados se presentarán de forma anónima. Finalmente la recolección de esta información será utilizada para fines netamente académicos, teniendo en cuenta el HABEAS DATA para la protección de datos personales, ya que según la Corte Constitucional (2020) es el derecho otorgado a los titulares de los datos personales de exigir a

los administradores “el acceso, inclusión, exclusión, corrección, adición, actualización y certificación de los datos, así como la limitación en las posibilidades de su divulgación y publicación, regulan el proceso de administración de datos personales”.

El instrumento utilizado fue la Escala de Acontecimientos Estresantes; para esta investigación se tuvo en cuenta la subescala A (EAE-A) que abarca 51 ítems, dividido en 3 áreas con una duración aproximada de 30 minutos. Así mismo se usó la adaptación de la encuesta de evaluación de los servicios de salud la cual contiene 28 ítems agrupados en 2 áreas, la cual tiene un tiempo aproximado de aplicación de 45 minutos. Se transcribieron dichas escalas a formulario Google, debido a que no se logró un acercamiento previo a la población por la contingencia por covid-19. La administración de las pruebas fue virtual heteroadministrada con duración de hora y veinte minutos aproximadamente, lo que quiere decir que se registraron los resultados en la plataforma, pero las preguntas y las respuestas se tomaron vía telefónica por parte de los evaluadores para brindar las indicaciones necesarias y resolver las dudas que se presentaron en el momento de la aplicación, también se realizaron pruebas por medio del link de la prueba que fue enviado por Whatsapp, para los adultos mayores que pudieron recibir ayuda tecnológica de sus familiares o acompañantes.

Durante el tiempo de aplicación se envió información audiovisual sobre el manejo del estrés y la hipertensión arterial para realizar acompañamiento, por medio del grupo creado en Whatsapp, siguiendo las medidas de protección por la covid-19.

Luego de terminar la aplicación de las encuestas, se procedió a validarlas y una vez recopilada toda la información se procede a registrar en tablas los datos de caracterización para establecer resultados de medidas de tendencia central y de dispersión en el caso de las puntuaciones normalizadas del instrumento, las frecuencias acumuladas y las modas para las variables cuantitativas, por medio del análisis estadístico de normalidad que se hizo con Kolmogorov-Smirnov teniendo en cuenta que el N poblacional es mayor 51. Así mismo se realizaron los análisis de correlación de Spearman obtenidos por el programa SPSS, teniendo en cuenta que las variables no tenían un comportamiento normal; esto quiere decir, las variables utilizadas en esta investigación están en la categoría cualitativas ordinales, ya que las escalas implementadas son estilo likert.

Finalmente, se hizo el planteamiento de la discusión con base en los resultados obtenidos, delimitando así los aportes, limitaciones y recomendaciones, para proceder a hacer la devolución de los resultados obtenidos de la investigación a los adultos mayores del Centro Día los Cerezos, por medio de un informe de fácil comprensión.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tuvieron en cuenta los siguientes artículos con el fin de proteger y salvaguardar la integridad de los participantes (adultos mayores del Centro Día) de la investigación, teniendo en cuenta cuidar su nombre y su identidad a la hora de obtener los resultados del proyecto investigativo, buscando también la seguridad y protección de los datos suministrados por la población.

Se consideraron los parámetros deontológicos y bioéticos de la ley 1090 de 2006. Así, durante el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta el Artículo 5, según el cual se mantuvo la confidencialidad de la información obtenida de las personas. También se consideraron los principios fundamentales de beneficencia y no maleficencia, bajo los cuales se procuró no ejercer daño alguno a los participantes de la investigación y se garantizó autonomía, justicia y veracidad. Se aseguró la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes a partir de la asignación de un número de identificación, esto con el fin de no revelar su identidad (Asociación Colombiana de Facultades de Psicología, 2009).

Solo los investigadores manipularon la información suministrada (Ley 1090, Artículo 25). Además, como parte de la autonomía de los participantes, éstos podían abandonar el estudio en el momento que lo desearan sin coerción alguna por parte de los investigadores (Ley 1090, Artículo 22). Esto se acordó mediante el consentimiento informado el cual fue garante de que la información se utilizara únicamente por los investigadores para fines académicos, además se estableció la autonomía de cada individuo en cuanto a la permanencia de su participación.

No se discriminó por motivo de raza, credo, orientación sexual o clase social (Ley 1090, Artículo 16), por lo que las variables no se tuvieron en cuenta para la selección de los participantes; frente a una situación compleja (daño a sí mismo o a otros) se realizaría el reporte y derivación correspondiente (Ley 1090, Artículo 14); y tanto los resultados de la aplicación de la prueba, como de la investigación se dieron a conocer a los participantes por medio de correo electrónico y/o llamada telefónica cuando fueron requeridos por ellos de forma específica, o de forma general al finalizar el ejercicio investigativo.

Por último, se consideró la resolución 8430 de 1993, artículo 11 del Ministerio de salud, ya que esta investigación fue de riesgo mínimo porque no buscó alterar aspectos psicológicos, físicos o sociales. La intención fue hacer una correlación a partir de las variables en consideración (Ministerio de salud, 1993).

RESULTADOS

A continuación, se presentarán los análisis estadísticos descriptivos de la aplicación de los instrumentos Escala de Apreciación del Estrés en Ancianos (EAE-A) y Escala de los

Servicios de las EPS. Se utilizaron como medida de tendencia central la moda, entendiendo esta como la puntuación más repetitiva en los resultados; la media, con el fin de conocer cuál es el promedio donde oscilan los datos arrojados por los participantes.

También se empleó como medida de dispersión la desviación estándar para lograr observar el comportamiento típico o atípico con relación a la norma (moda) y, se utilizó la frecuencia acumulada para observar la cantidad de veces que se repiten cada resultado. Se implementó la prueba de normalidad para establecer si los resultados eran paramétricos o no paramétricos y de allí se realizó el análisis de correlación bivariada Spearman ya que la variable estrés arrojó un resultado no paramétrico.

Estadísticos Demográficos

Tabla 3.

Resultado edad

N	Válido	73
	Perdidos	0
Media		71,10
Moda		69
Mediana		71
Desv. Desviación		7,169

Fuente. Elaboración propia.

En cuanto a esta variable, en los participantes se encontró que 69 años fue la edad más repetida y 71 años fue la edad promedio del total de todas las edades, lo cual indica un comportamiento atípico en los datos, ya que las edades estuvieron muy dispersas.

Estadísticos Descriptivos

Tabla 4.

Resultado estrés

N	Válido	73
	Perdidos	0
Media		27,88

Moda	5
Mediana	25
Desv. Desviación	21,359

Fuente. Elaboración propia.

Se observa que la mayoría de las personas en este grupo poblacional puntuaron un nivel bajo de estrés, reflejado en el centil cinco y los resultados estuvieron centrados en 25, lo cual significa que es el centro de los datos organizados de menor a mayor, corroborando que los datos permanecieron en bajos niveles de estrés.

La anterior gráfica (tabla 4) presenta los estadísticos relacionados con la aplicación de la escala de acontecimientos estresantes en ancianos (EAE-A) relacionado con sus medidas de tendencia central (media, moda, mediana) y de dispersión (desviación estándar). Los resultados sugieren que la mayoría de los sujetos presentaron niveles bajos de estrés percibido (5/99). El promedio de puntuación fue de 27,88 lo que reafirma un nivel bajo de estrés y la desviación es de 21,35 con relación a la media lo que sugiere un comportamiento disperso de los datos.

Tabla 5.

Resultados barreras de acceso a la salud

	Totalservici os eps	Totaltiem podeespe ra	Totalper cepción	Totaltiempoded esplazamiento	Totalcalificaci ónprocesoseps	Totalexper ienciaglob al
Moda	40	9	6	5	19	4
Mediana	33	17	11	5	16	-
Media	31,8	16,4	10,2	4,7	15,0	-
Desviación	12,3	9,9	5,8	1,7	6,5	-

Fuente. Elaboración propia.

Para analizar el total de servicios EPS, se tiene en cuenta que la puntuación mínima para considerar los servicios como buenos (es decir, de buena calidad) es de 31 en adelante, se

observó que 40 fue el número más repetido dentro del grupo poblacional en el total de calidad en los servicios utilizados de la EPS, lo cual indica que las puntuaciones fueron buenas para los servicios. Para obtener esta puntuación mínima se sacaron los resultados máximos de cada servicio de salud situada en el total de servicios EPS los cuales se pueden ver en la tabla 2, seguido de esto se multiplicó por la cantidad de ítems que conforman el total, en este caso se multiplicó por 12 siendo esta la cantidad de los servicios evaluados, dando esto el puntaje máximo, para así finalmente dividirlo en dos y saber el valor mínimo de esta barrera. Según los estadísticos relacionados con sus medidas de tendencia central y de dispersión, los resultados sugieren que no existe una dispersión entre los resultados, teniendo en cuenta la relación de la media 31,8 y la desviación de 12,3 propone un comportamiento agrupado de los datos, donde la mayoría de los adultos corroboraron que los servicios tuvieron una buena calificación.

Dado que la puntuación mínima para que el tiempo de espera sea considerado como bueno es de 16 o puntuaciones inferiores a está, viendo que el número que más se repitió en el total de tiempo de espera para la atención fue nueve, se puede decir que la mayoría de adultos mayores no han tenido problemas con la atención, con los procesos de autorización y asignación. Para obtener esta puntuación mínima se sacaron los resultados máximos de cada pregunta que conforma este ítem (preguntas 3,5,7 y 9) luego, estos valores se sumaron para obtener el puntaje máximo, así finalmente se dividieron en dos y se obtuvo el valor mínimo de esta barrera. Según los estadísticos relacionados con sus medidas de tendencia central y de dispersión, demuestran que los resultados estuvieron centrados en 17 y la desviación fue de 9,9 con relación a la media lo que sugiere un comportamiento disperso de los datos, donde una parte de la población considera que el tiempo de espera fue bueno y el otro porcentaje de no lo considero así.

Considerando que la puntuación mínima para establecer una buena percepción del tiempo es de diez o puntuaciones inferiores a esta, se observa que en el total de percepción del tiempo de espera para los servicios EPS el número que más se repitió fue seis, por lo que se infiere que la mayoría de los participantes percibieron el tiempo de espera para los servicios está entre muy corto y corto, lo cual es positivo. Para obtener esta puntuación mínima se sacaron los resultados máximos de cada pregunta que conforma este ítem (preguntas 4,6,8 y 10) luego, estos valores se sumaron para obtener el puntaje máximo, así finalmente se dividieron en dos y se obtuvo el valor mínimo de esta barrera. Según los estadísticos relacionados con sus medidas de tendencia central y de dispersión, demuestran que los resultados estuvieron centrados en 11 y la desviación fue de 5,8 con relación a la media lo que

sugiere un comportamiento disperso de los datos donde, una parte de la población considera la percepción del tiempo como muy corto y el otro porcentaje no lo considero así

En vista que la puntuación mínima para considerar un buen tiempo en el desplazamiento es de cuatro o puntuaciones inferiores a esta, la mayoría de los sujetos se posicionan en cinco lo que sugiere que no es buena la percepción en el tiempo de desplazamiento de su hogar a las citas médicas. A pesar de que los resultados sugieren que hay dificultades con el tiempo de desplazamiento a los servicios de salud describiéndolos como muy largos, es bueno indicar que el resultado no es muy lejano de la media. Para obtener esta puntuación mínima se sacaron los resultados máximos de cada pregunta que conforma este ítem (preguntas 11 y 12) luego, estos valores se sumaron para obtener el puntaje máximo, así finalmente se dividieron en dos y se obtuvo el valor mínimo de esta barrera. Con lo anterior, los estadísticos conectándolo con las medidas de tendencia central y de dispersión, los resultados sugieren que no existe una dispersión entre los resultados, teniendo en cuenta el promedio con un 4,7 y la desviación de 1,7, lo que sugiere un comportamiento normal agrupado de los datos, con esto se puede decir que gran parte de los adultos mayores han tenido dificultades para desplazarse hacia sus centros médicos.

Teniendo en cuenta que la puntuación mínima para considerar una buena calificación de los procesos de la EPS es de cinco en adelante, la tabla sugiere que en el total de calificación de los procesos en la EPS el puntaje que más se repitió fue 19, indicando que la mayoría del grupo poblacional puntúa “fácil acceso” a los procesos o servicios de la EPS. Para obtener esta puntuación mínima se sacaron los resultados máximos de cada pregunta que conforma este ítem (preguntas 13 y 14) luego, estos valores se sumaron para obtener el puntaje máximo, así finalmente se dividieron en dos y se obtuvo el valor mínimo de esta barrera. En cuanto a los estadísticos en relación con las medidas de tendencia central y de dispersión, los resultados sugieren que no existe una dispersión entre los resultados, teniendo en cuenta el promedio con un 15.0 y la desviación de 6,5, lo que sugiere un comportamiento normal agrupado de los datos. Lo que se puede llegar a decir, la mayoría de los adultos califican como buena en la calificación de los procesos de la EPS.

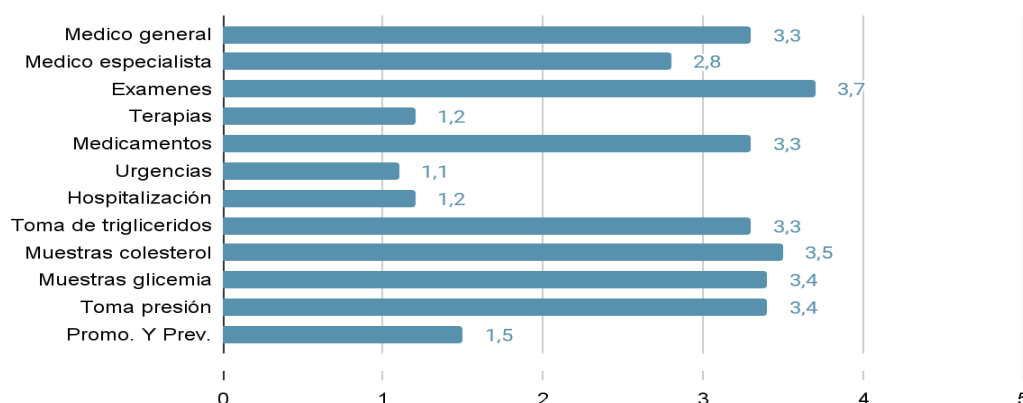
En cuanto a la experiencia global de las EPS, el valor más frecuente en el conjunto de respuestas de este ítem fue cuatro representando la valoración por parte de los adultos mayores como “buena”. En el caso de este ítem, no fue necesario sacar un valor máximo o mínimo ya que está compuesto por una sola pregunta, lo cual hizo que el dato a resaltar fuera la moda.

Resultados relevantes de los ítems

Gráfica 1.

Total de servicios EPS

2. Ahora quiero que por favor califique estos servicios de salud que usó en los últimos 6 meses, utilizando una escala de 0 a 5, donde : 0= No aplica. 1= Mal servicio. 2=Regular servicio. 3= Ni bueno ni malo. 4= Buen servicio. 5= Excelente servicio



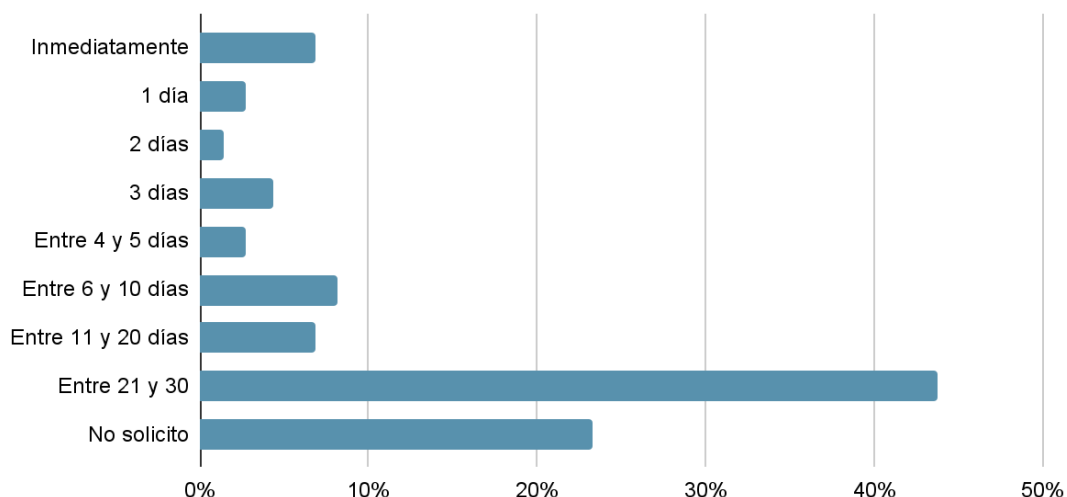
Fuente: Elaboración propia

Los resultados presentados en la gráfica 1, donde se realizó el análisis de la calificación al acceso de los servicios de salud en las EPS por medio de sus promedios, sugieren que los servicios mejor calificados fueron los exámenes de laboratorio y las tomas de muestras. Esta gráfica también demuestra que hay una valoración regular al acceder a una cita con el especialista, lo que probablemente genera trabas en la atención para realizar el análisis de las muestras obtenidas y con ello acceder al pronóstico y tratamiento de la enfermedad.

Gráfica 2.

Total tiempo de espera

5. Entre el momento en que usted comenzó a contactar a su EPS para pedir la cita con el especialista hasta el momento en que se la asignaron ¿Cuánto tiempo pasó?

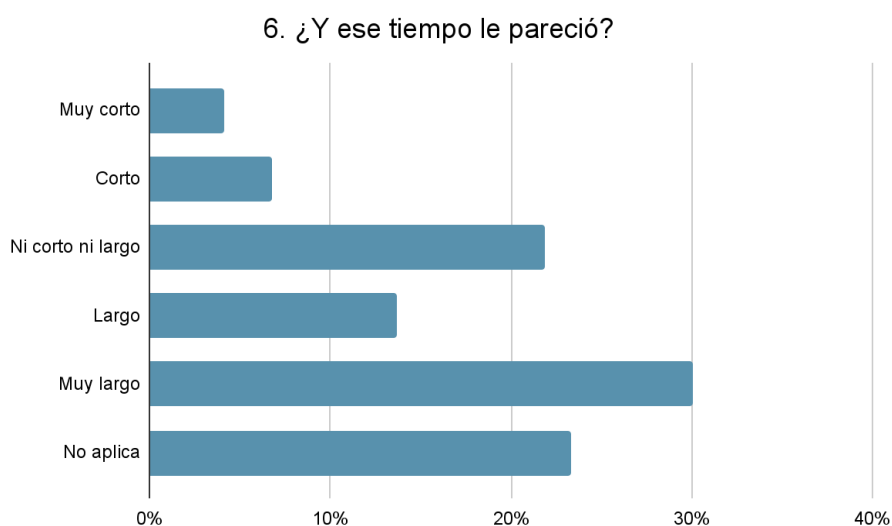


Fuente: Elaboración propia

Se utilizaron las gráficas 2 y 3 para la interpretación de total de tiempo de espera y total de percepción, teniendo en cuenta que estas dos preguntas fueron las más relevantes de estos ítems.

Gráfica 3.

Total percepción tiempo de espera

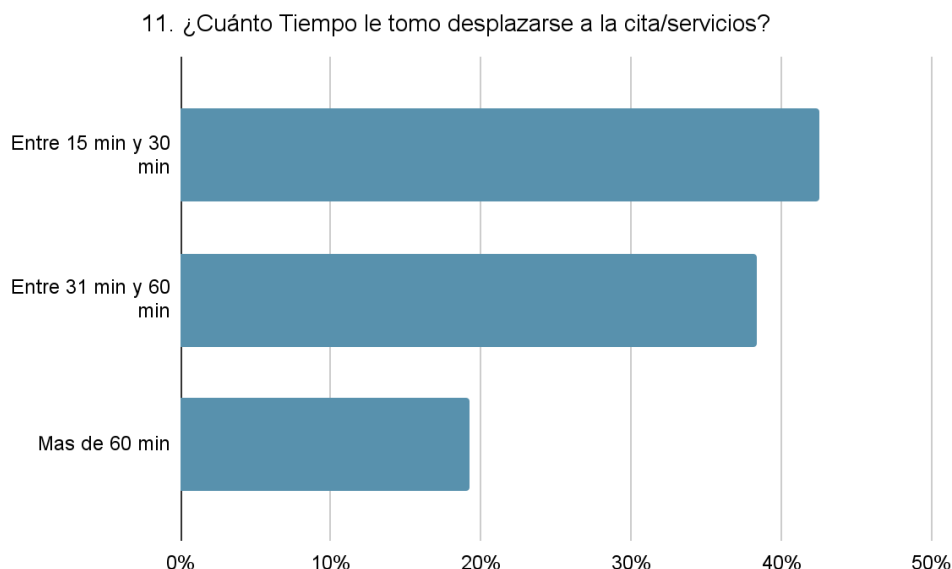


Fuente: Elaboración propia

El 43,8% (gráfica 2) de los adultos mayores encuestados respondieron que el tiempo para asignación de cita con el especialista fue entre 21 a 30 días (gráfica 3), por lo que la percepción fue considerada como muy largo, lo que indicaría que los usuarios no consideran como ágil al servicio para la asignación de citas.

Gráfica 4.

Total tiempo de desplazamiento

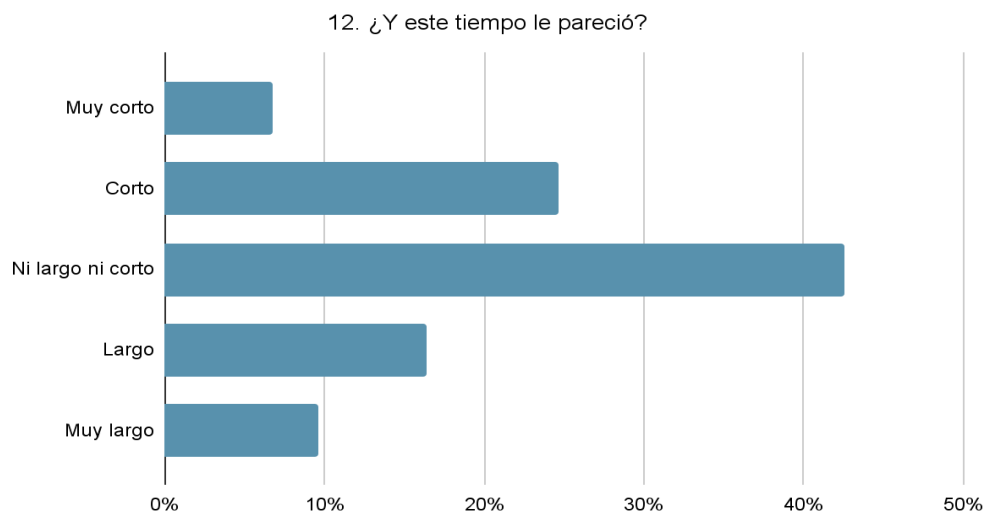


Fuente: Elaboración propia

Se utilizaron las gráficas 4 y 5 para la interpretación de total tiempo de desplazamiento, teniendo en cuenta que el análisis de estas preguntas se hizo en conjunto.

Gráfica 5.

Total percepción tiempo de desplazamiento



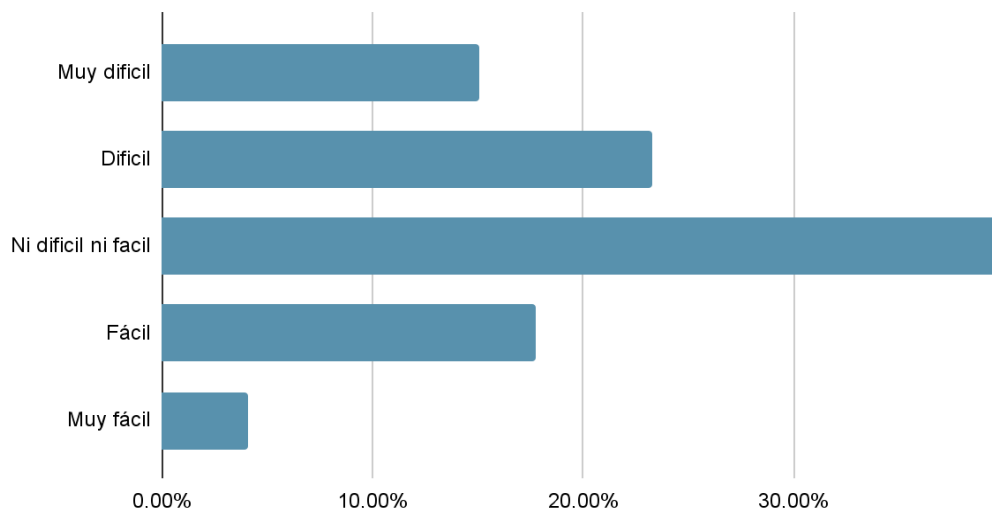
Fuente: Elaboración propia

El 42,5% (gráfica 4) de los adultos mayores encuestados respondieron que en el tiempo de desplazamiento desde su hogar hasta el centro médico, demoraron aproximadamente entre 15 a 30 minutos, en cuanto a la percepción más alta que tuvieron respecto al desplazamiento fue del 42,5%, lo que indicaría que no les pareció ni largo ni corto (gráfica 5).

Gráfica 6.

Total calificación procesos eps I

13. ¿Cómo calificaría el proceso de las autorizaciones de los servicios de salud en su EPS?. 1= Muy difícil 2= Difícil 3= Ni difícil ni fácil 4= Fácil 5= Muy fácil.



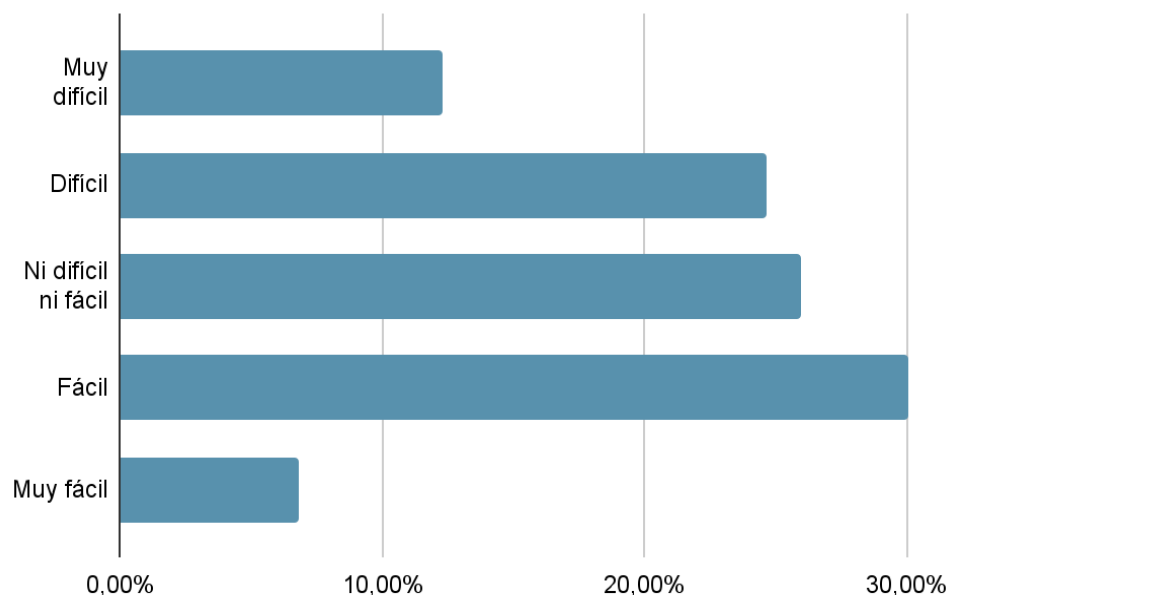
Fuente: Elaboración propia

El 39,7% (gráfica 6) de los adultos mayores, calificaron en su mayoría que el proceso para las autorizaciones de los servicios de salud fue ni difícil ni fácil, a pesar de esto la segunda calificación más alta fue difícil, lo que indicaría que no se puede desconocer la existencia de un porcentaje alto de adultos mayores a los que si se les dificultó este tipo de procedimientos.

Gráfica 7.

Total calificación procesos eps II

14. En general en los últimos 6 meses ¿Qué tan fácil considera usted que le fue acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, consultas médicas y terapias) a través de su EPS?. 1= Muy difícil 2= Difícil 3= Ni difícil ni fácil 4= Fácil 5= Muy fácil.



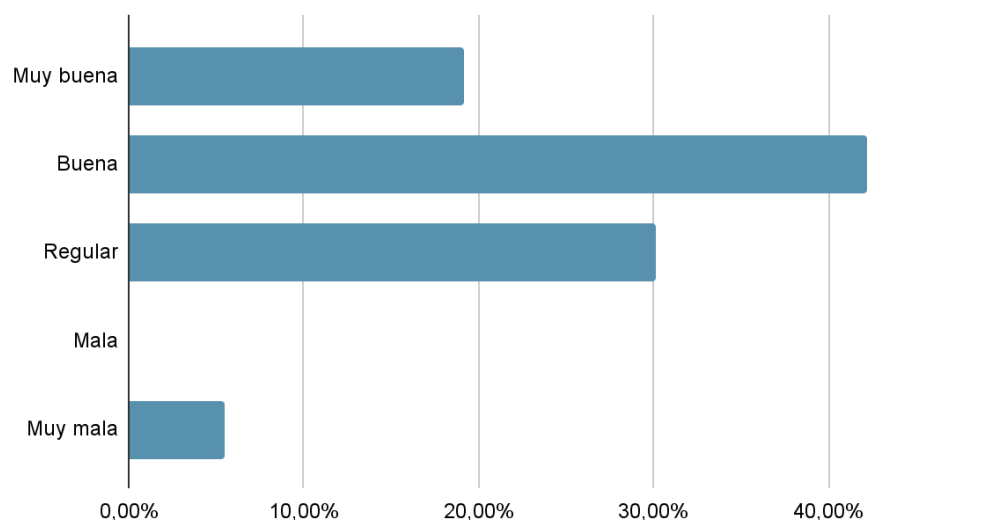
Fuente: Elaboración propia

La primera impresión al observar estos resultados, sugieren que la mayoría de personas califican el acceso a los servicios en estos últimos 6 meses como fácil (gráfica 7), a pesar de esto al hacer un análisis total de los porcentajes se pudieron reflejar dos experiencias, donde la mitad de población consideró fácil el acceso y la restante lo consideró difícil, lo cual sugeriría que los procedimientos no funcionan de manera totalmente adecuada por la división de opiniones en los adultos mayores.

Gráfica 8.

Total tiempo global

17. ¿Cómo calificaría su experiencia global en los últimos 6 meses respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS?



Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los adultos mayores 45,2% (gráfica 8) calificaron su experiencia global como buena. Al hacer un análisis completo de todos los porcentajes, se encontró que el 30,1% de la población calificó como regular su experiencia, lo que sugeriría replantearse algunos aspectos para mejorar la prestación de los servicios de salud y con ello, la experiencia de sus usuarios.

Tabla 6.

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Edad	,103	73	,051
Totalservicioseps	,107	73	,039
Totaltiempodeespera	,097	73	,084
Totalpercepción	,095	73	,098
Totaltiempodedesplazamiento	,164	73	<,001
Totalcalificaciónprocesoseps	,090	73	,200*
Totalexperienciaglobal	,256	73	<,001
Centilestrés	,169	73	<,001

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors.

Fuente. Elaboración propia.

La prueba de normalidad representa una gran importancia, ya que como indican Steinskog, Tjostheim y Kvamsto citados por Pedrosa et al (2015), “muchos procedimientos estadísticos requieren, o funcionan mejor, cuando el supuesto de normalidad se cumple, lo que influye directamente sobre las inferencias y estimaciones de los resultados obtenidos.” Esto significa que, según establezca la prueba de normalidad, se podrá aceptar o rechazar la hipótesis de trabajo y se podrán elegir los estadísticos más adecuados para el análisis de la información, en este caso la correlación entre las variables.

Para el análisis e interpretación de los resultados se realizaron pruebas de normalidad utilizando el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, dado que es utilizado en los casos en los que el universo es superior a 50 casos (adultos mayores). Las pruebas fueron realizadas para 7 variables que se presentan a continuación: Total servicios EPS, Total tiempo de espera, Total de percepción, Total tiempo de desplazamiento, Total calificación procesos EPS, Total experiencia global y Centil- Estrés.

De acuerdo con este cálculo, valores superiores a 0.05 indican un comportamiento normal de las variables, razón por la cual se asume que las variables, Total tiempo de espera,

Total de percepción y Total calificación procesos EPS, tienen un comportamiento normal o paramétrico, en este caso será utilizado el coeficiente de correlación de Pearson.

En las variables que no presentaron un comportamiento paramétrico (Total tiempo de desplazamiento, Total experiencia global y Centil- Estrés) se utilizó el estadístico de correlación de Spearman.

Estadísticos Correlaciones

Tabla 7.

Correlación estrés / Total servicios EPS.

Correlaciones				
		Total Servicios		
		Centilestres	Eps	
Rho de Sperman	Centilestres	Coeficiente de	1,000	-,116
		Correlación		
		Sig. (bilateral)		,329
		N	73	73
Total Servicios EPS		Coeficiente de	-,116	1,000
		correlación		
		Sig. (bilateral)	,329	
		N	73	73

Fuente. Elaboración propia.

Los resultados presentados en la tabla 7 sugieren que existe una correlación de - 0,116 entre las variables estrés y el total de servicios EPS. Esto indica que cuando existe mejor calidad en los servicios de la EPS, hay una disminución en los niveles de estrés por parte de las personas adultas mayores. Aunque las variables indiquen una asociación estadística, es importante aclarar que la asociación es débil pero existe una correlación, lo que sugiere que existen más variables involucradas en la presencia de estos dos fenómenos.

Tabla 8.

Correlación estrés / Total tiempo de espera

Correlaciones				
		Centilestres		Total Tiempo De Espera
Rho de Sperman	Centilestres	Coeficiente de Correlación	1,000	,130
		Sig. (bilateral)		,274
		N	73	73
	Total Tiempo De Espera	Coeficiente de correlación	,130	1,000
		Sig. (bilateral)	,274	
		N	73	73

Fuente. Elaboración propia.

El análisis de la correlación entre las variables estrés percibido y tiempo de espera indica una asociación positiva de 0,130 lo que sugiere que a mayor tiempo de espera en la respuesta de atención en salud mayor nivel de estrés en las personas mayores. Esta asociación, es débil, pero existe una correlación, lo que indica que, aunque el tiempo de espera para consulta puede ser una variable incidente en el aumento del nivel de estrés no es la única variable involucrada en su aparición. El tiempo de espera en estos casos estuvo referido a las consultas de especialista con un 43,8 %, siendo el servicio con mayor tiempo de espera.

Tabla 9.

Correlación estrés / Total percepción

Correlaciones				
		Centilestres		Total Percepción
Rho De Sperman	Centilestres	Coeficiente de Correlación	1,000	,225

	Sig. (bilateral)		,056
	N	73	73
Total Percepcion	Coeficiente de correlación	,225	1,000
	Sig. (bilateral)	,056	
	N	73	73

Fuente. Elaboración propia

Los resultados presentados en la tabla 9 sugieren que existe una correlación de 0,225 entre las variables estrés y total percepción. Indicando que, a mayor percepción en el tiempo de espera para acceder a los servicios de la EPS, mayor presencia de estrés percibido. Haciendo referencia a la percepción que tienen sobre la demora presentada al acceder al servicio de especialista, el 30,1 % de los adultos mayores del Centro Día consideraron “muy largo” el tiempo para acceder a dicho servicio. Aunque las variables indiquen una asociación estadística, es importante aclarar que la asociación es débil, pero existe una correlación, lo que sugiere que existen más variables involucradas en la presencia de estos dos fenómenos.

Tabla 10.

Correlación estrés / Total tiempo de desplazamiento

Correlaciones				
Rho de Spearman	Centilestres	Centilestres		
		Total Tiempo De Desplazamiento		
		Coeficiente de Correlación	1,000	,156
		Sig. (bilateral)		,186
		N	73	73
Total Tiempo De Desplazamiento		Coeficiente de correlación	,156	1,000
		Sig. (bilateral)	,186	

	N	73	73
--	---	----	----

Fuente. Elaboración propia.

Los resultados presentados en la tabla 10. sugieren que existe una correlación de 0,156 entre las variables estrés y total tiempo de desplazamiento. Esto indica que, a mayor tiempo de desplazamiento hasta el centro de salud, existe una mayor presencia de estrés percibido. De esta forma, el 57,6 % de la población refiere el tiempo de espera entre 31 min a más de 60 min (gráfica 4), donde les parece ni corto ni largo (gráfica 5). Aunque las variables indiquen una asociación estadística, es importante aclarar que es débil, pero existe una correlación, lo que sugiere que existen más variables involucradas en la presencia de estos dos fenómenos.

Tabla 11.

Correlación estrés / total calificación de los procesos de las EPS.

		Correlaciones	Centilestrés	Totalcalificaciónprocesos eps
Rho de Spearman	Centilestrés	Coeficiente de correlación	1,000	,232*
		Sig. (bilateral)	.	,048
		N	73	73
Totalcalificaciónprocesos	Centilestrés	Coeficiente de correlación	,232*	1,000
		Sig. (bilateral)	,048	.
		N	73	73

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados presentados en la tabla 11 sugieren que existe una correlación de 0,232* entre las variables estrés y total calificación procesos EPS. Indicando una mayor presencia de estrés percibido y una alta desaprobación en la forma en que se realizan los procesos en las EPS. El 63% de los adultos mayores calificaron su experiencia global como “muy difícil, difícil y ni difícil ni fácil”, y tan solo el 6,8% consideraron que acceder a los servicios de salud era “muy fácil”. Ya que los resultados obtenidos en las tablas 12 y 13 son significativos, se hará el correspondiente análisis de ambas variables al final de la tabla 13.

Tabla 12.

Correlación estrés / total experiencia global.

		Correlacion es	Centilestrés	Totalexperienciaglobal
Rho De Spearman	Centilestrés	Coefficiente de correlación	1,000	-,268*
		Sig. (bilateral)	.	,022
		N	73	73
Totalexperiencia Global		Coefficiente de correlación	-,268*	1,000
		Sig. (bilateral)	,022	.
		N	73	73

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la variable total de experiencia global Tabla 12 que trata sobre la evaluación general del usuario con relación a los servicios de salud, esta valoración se

presenta en términos inversamente proporcionales. Haciendo referencia a la calificación de la experiencia en general que tuvieron los adultos mayores del Centro Día con los servicios de salud brindados por sus EPS, el 45,2 % la considera "buena" y el 19,2 % "muy buena". La correlación muestra una fuerza de asociación de $-.268$ siendo débil pero significativo en el nivel de 0.05 entre el estrés y el total de experiencia global.

Estas últimas dos tablas (11 y 12) condensan todo el instrumento, arrojando resultados más significativos sugiriendo que existe una asociación fuerte entre estrés y barreras de acceso a la salud, confirmando la hipótesis de trabajo. Esto debido a que, al considerar al servicio de salud como "bueno" se presentan niveles bajos de estrés, y calificando como "muy difícil" el acceso a los servicios de salud aumentando los niveles de estrés, se evidencia una asociación de ambas variables que a pesar de que no sea una relación lineal (pues una no tiene efectos directos sobre la otra) si puede haber más variables involucradas que coexisten entre sí.

Tabla 13.

Correlación edad/estrés.

		Correlaciones	Edad	Centil-Estrés
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	1,000	-,086
		Sig. (bilateral)	.	,469
		N	73	73
	Centilestrés	Coeficiente de correlación	-,086	1,000,
		Sig. (bilateral)	,469	.
		N	73	73

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados presentados en la tabla 13 sugieren que existe una correlación de $-0,086$ entre las variables estrés y edad. Esto indica que los adultos con HTA de edades menores son los que tienden a generar más niveles de estrés. Los adultos mayores del Centro Día con edades entre 71 y 90 años arrojaron tener menores niveles de estrés que los de edades inferiores a 71 años. Aunque las variables indiquen una asociación estadística, es importante

aclarar que la asociación es débil pero se evidencia una correlación, lo que sugiere que existen más variables involucradas en la presencia de estos dos fenómenos.

Tabla 14.

Resumen tablas de correlación

Ítems	Centil estrés	Barreras
Total servicios eps	1,000	-,116
Total tiempo de espera	1,000	,130
Total percepción	1,000	,225
Total tiempo de desplazamiento	1,000	,156
Total calificación procesos eps	1,000	,232*
Total Experiencia Global	1,000	-,268*

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Según los resultados que se obtuvieron con la Escala de apreciación del estrés (EAE-A) y Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS, se lograron encontrar ciertas semejanzas con otras investigaciones, las cuales serán un punto de referencia para esta discusión. Se inicia haciendo una distinción de la variable psicológica (ya que es la que se relaciona con cada ítem de las barreras de acceso), con el fin de evaluar la correlación que existe entre estas dos.

Armario et al. (2002), Molerio et al. (2005), Calvo et al. (2001) y Cerezo et al. (2009), mencionan que el estrés tiene una correlación con factores psicológicos y también resaltan la reacción en personas con diagnóstico de HTA quienes suelen responder con estrés cuando son expuestos a situaciones de angustia, miedo, entre otras, además de tener más probabilidad de tener niveles elevados de estrés a comparación de personas que no cuenten con el mencionado diagnóstico y el mal manejo de este, aumentando las probabilidades de sufrir infartos o HTA.

En relación a la gráfica 1, se encontró que entre los servicios mejor calificados están los exámenes de laboratorio, entrega de medicamentos y médico general, lo cual es corroborado por un estudio nacional de evaluación de los servicios de las EPS hecho por

Ministerio de salud (2020), quienes mencionan que “el servicio de medicina general significa la puerta de entrada de los usuarios de las EPS a los servicios que estas brindan, por la cual, la proporción de usuarios que hicieron uso del servicio en los últimos 6 meses fue de 80,4%”, a su vez encuentra que entre los servicios con mayor acceso, están los exámenes de laboratorio con un 40,8%, “los cuales son derivados tanto de la consulta de medicina general como de otras consultas especializadas que requiere el usuario para tratar su situación de salud”. De igual manera, el estudio nacional demuestra según la encuesta aplicada a 23.771 usuarios que la entrega de medicamentos es un servicio frecuentemente utilizado y que en la mayoría de los casos es bien calificado, ya que se encontró que “de los usuarios que tuvieron necesidad de solicitar medicamentos, el 95% los solicitó y de estos la cuarta parte necesitaba autorización. De los que requirieron autorización el 89,9% fueron finalmente autorizados” Minsalud (2019). En cuanto a la toma de presión arterial, siendo uno de los servicios con más frecuencia y de mejor calidad, estudios como el de Sabater et al. (2010) demuestran la importancia que le han dado al seguimiento de este diagnóstico que efectivamente rectifican el nivel de frecuencia de dicho servicio, como lo hicieron con la implementación de la herramienta MAPA (Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial) con el fin de realizar una gran cantidad de monitoreos en periodos no mayores a 48 horas. La utilidad de la MAPA permite una valoración más precisa lo que termina en un mejor tratamiento para los pacientes con HTA.

Se pudo evidenciar que el puntaje de la escala de estrés arrojó niveles bajos en la población adulta mayor con HTA (Tabla 4), no obstante, al hacer los análisis de las correlaciones (estrés/barreras de acceso a la salud) dichos niveles incrementaron, demostrando que existe una relación y que estas variables coexisten, lo que se evidenciara en los análisis que posteriormente se expondrán.

El resultado obtenido en el total servicios EPS (Tabla 5) , demuestra que los sujetos perciben una buena calidad en los servicios de su EPS. Ahora bien, al hacer la correlación (Tabla 8) entre variables, el resultado es similar y sugiere que los servicios en la EPS para la población con HTA se mantuvieron y continuaron considerándose como de buena calidad. De esta misma forma, Chiesa (2004; citado por Ochoa, 2016) en su investigación también encontró que, según una encuesta realizada a los pacientes de diversas patologías, obtuvieron un resultado de 91.84% de satisfacción del servicio prestado. Con lo anterior, permite reconocer el buen servicio, la respuesta satisfactoria de los encuestados y probablemente esto podría disminuir los niveles de estrés de los adultos mayores que participaron de la investigación.

En el Total tiempo de espera (Tabla 8) y de Percepción (Tabla 9), la puntuación obtenida señala que, según la población, estos no han tenido mayor afectación y, por el contrario, lo perciben como un buen servicio. A pesar de esto, los resultados arrojados en la correlación del tiempo de espera y la apreciación de los adultos mayores, son muy prolongados, lo que puede llegar a incrementar el estrés en los adultos mayores agudizando el diagnóstico de HTA. Incluso la gráfica 2 demuestra que el servicio con más demora para la asignación de citas es el especialista y su percepción en el tiempo se considera como muy larga (Gráfica 3), lo que podría indicar que es el servicio que más podría generar estrés a la población. En la investigación de Uribe et al. (2017) menciona que las aglomeraciones presentadas en los servicios de salud o en los puntos de atención, han generado un descontento y disgusto en los usuarios quienes han acudido a las quejas por las demoras cuando han querido acceder a algún servicio de la salud. Esta variación en los resultados obtenidos por los adultos mayores se refleja en la dispersión de datos encontrada en la tabla 5, donde algunas veces cierta parte de la población consideró el tiempo de espera como bueno y muy corto, y otra parte de la población no tuvo la misma experiencia.

Así mismo, en la investigación de Mezones et al. (2019) afirma que el tiempo de espera en la atención médica, es uno de los principales desafíos que enfrentan las políticas públicas de salud, teniendo como referencia otros países, donde han sugerido tener en cuenta los elementos de garantías para lograr un tiempo de espera sobresaliente; puesto que, las investigaciones han demostrado que esta problematización está asociada a la ineficacia en las prestaciones de salud y la inconformidad de los pacientes. De esta forma, Guerrero et al. (2011) refieren que el menor tiempo de espera para la asignación con médico general, se evidencia en el régimen subsidiado con 2.6 días, y 3.0 días en las medicinas prepagadas, finalizando con el régimen contributivo con 3.2 días. En cuanto a las citas con especialista, fue de 3.9 días en medicina prepagada, en el régimen subsidiado 4.9 días, por último, con 9.8 días en el régimen contributivo. Lo que es consistente con los resultados de esta investigación, ya que a pesar de que el 15 % de la población adulta mayor, le agendaron las citas entre 3 a 10 días, la percepción general fue que el tiempo para dichas citas fue muy largo.

En el Total tiempo de desplazamiento (Gráfica 4), los resultados arrojan que son muy prolongados, oscilando entre 31 y más de 60 minutos, pues en la mayoría de los casos de la población adulta mayor con HTA, viven a distancias considerables de su centro de salud lo que dificulta la asistencia a dichos puntos, a pesar de esto la percepción de los adultos mayores es que este trayecto no es ni largo ni corto (Gráfica 5). Sánchez et al. (2014) encontraron también que los usuarios tienen inconformidades con respecto a los amplios trayectos que deben recorrer para lograr una revisión médica de manera presencial. Así

mismo, la correlación (Tabla 10) hecha por esta investigación obtiene resultados que refuerzan lo planteado anteriormente, y es que efectivamente la población con HTA ha tenido dificultades con el tiempo de desplazamiento, lo cual genera según los datos de esta investigación un incremento en el estrés.

En cuanto al total de calificación en los procesos de la EPS (Tabla 5), la mayoría de los adultos mayores con HTA indicaron que consideran fácil el acceso a los servicios de salud. Pese a los resultados anteriores la correlación con estrés (Tabla 11) sugiere que existe una alta desaprobación pues no hay facilidad para acceder a los procesos o servicios de la EPS, lo que podría aumentar probablemente los niveles de estrés en los usuarios. Así mismo Marín y Chavez (2014) encontraron dificultades en cuanto a “la prestación de los servicios de salud, (...) en las barreras para el acceso, en la atención y la negación de la atención por los servicios de urgencias”, por tanto, aunque un resultado indique que existe una facilidad para acceder a los servicios de salud, la correlación y los antecedentes corroboran que existen varias dificultades para acceder a estos.

En cuanto al total experiencia global (Tabla 12), los resultados arrojados evidencian niveles bajos de estrés, por la buena calificación que dieron los adultos mayores con HTA, proporcionada a su EPS. De igual manera, los resultados obtenidos de manera individual en este ítem fueron favorables (Gráfico 8). Tomando en cuenta lo anterior, algunos de los autores que lo corroboran son Azcárate et al. (2014; citados por Gafas et al., 2019) afirmando que los pacientes con HTA se sienten satisfechos con la atención en salud que han recibido. Guerrero et al. (2011) en su investigación afirma, que la satisfacción global de los afiliados de las EPS en general fue positiva; ya que, arrojó un 94.5% en la medicina Prepagada, seguida por el régimen contributivo con un 93.6% y por último y no muy lejos, se encuentra el régimen subsidiado con un 82% de satisfacción. De esta forma, Fernández (2018) da visibilidad al objetivo de la asociación Share (Organización dedicada a formar a personas en áreas del desarrollo humano con el fin de mejorar su calidad de vida) quien resalta la importancia de una buena atención, teniendo en cuenta que, según los usuarios, la calidad del servicio puntúa un alto porcentaje de valoración.

La correlación encontrada entre las variables edad y estrés no fue fuerte ni significativa (Tabla 13), a pesar de esto, Aldwin et al. (1996, citados por Zamora y Pedraza, 2010) demuestran que si existe una mayor relación entre dichas variables en su trabajo, ya que “comparó las percepciones de estrés entre hombres de mediana edad, ancianos jóvenes y ancianos mayores, y les sorprendió que la mayoría de las personas que se encontraba en el segmento de los mayores, no se quejara de tener problemas”, por lo que se puede decir que el estrés suele disminuir en edades muy avanzadas.

Es de resaltar que entre los resultados más sobresalientes, a medida que las barreras de acceso a la salud son identificadas como problemáticas o presentan mayores inconvenientes, se puede identificar una tendencia al aumento en el estrés de los adultos mayores del Centro Día los Cerezos.

CONCLUSIONES

A lo largo de este ejercicio investigativo se pretenden evaluar las barreras de acceso a los servicios de salud y el estrés percibido en adultos mayores diagnosticados con Hipertensión Arterial que hacían parte del proyecto de la Secretaría de Integración Social que lleva como nombre Centro Día ubicado en la localidad de Engativá (Centro Día los Cerezos). El presente trabajo se enfoca en analizar las variables anteriormente mencionadas y hallar la correlación existente entre las mismas; lo anterior, con el objetivo de aportar a la disciplina psicológica, específicamente al rol del psicólogo en el ámbito de la salud y todos aquellos que hacen parte de esta investigación.

La pregunta de investigación que orientó el trabajo fue ¿Cuál es la relación entre las barreras de acceso a los servicios de salud y el estrés percibido, en pacientes diagnosticados con hipertensión que se hayan encontrado en confinamiento por la covid 19? y el objetivo fue analizar la relación entre las barreras de acceso a los servicios de salud y el estrés percibido, en pacientes diagnosticados con hipertensión que se hayan encontrado en confinamiento por la covid 19.

Dando respuesta al primer objetivo donde se pretendió describir las barreras existentes en los pacientes con hipertensión relacionadas con el periodo de confinamiento por covid 19, se realizó una adaptación a la Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS del Ministerio de Salud, seleccionando los ítems de interés para esta investigación y finalmente se dividieron en 6 de esta forma: Total servicios EPS, Total tiempo de espera, Total de percepción, Total tiempo de desplazamiento, Total calificación procesos EPS, Total experiencia global.

Con respecto al primer ítem (total de servicios EPS) se obtuvieron altos indicadores en la calidad de servicios prestados por las EPS. En cuanto al segundo ítem (total tiempo de espera) se encontró que la apreciación de los adultos mayores fue buena 9/16, pues no tuvieron ningún tipo de inconveniente con respecto a los tiempos ofrecidos por las entidades de salud para acceder a sus servicios. En el tercer ítem total percepción, que se encuentra muy relacionado con el anterior, los resultados indican que la mayoría de la población percibió como “muy corto” ó “corto” el tiempo que deben esperar para acceder a los servicios de salud, lo cual es coherente con el resultado arrojado en el ítem de total tiempo de espera.

El cuarto ítem total tiempo de desplazamiento sugiere que la mayoría de los adultos mayores que hacen parte del Centro Día los Cerezos, no consideran como positivo el tiempo de desplazamiento desde sus lugares de residencia hasta el centro médico, esto debido a que los recorridos que deben hacer demoran entre 31 minutos hasta más de una hora. Respecto al quinto ítem total calificación procesos EPS, los resultados mencionan que los procedimientos para acceder a los distintos servicios de salud han sido calificados por la mayoría de los adultos mayores como de fácil acceso. Y en el último ítem total experiencia global, los adultos mayores consideraron que en general la experiencia global que tuvieron con respecto al servicio de salud al que acuden, fue buena.

Para dar respuesta al segundo objetivo donde se buscó identificar el nivel de estrés en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial que se encuentren en confinamiento por covid 19, se tomó a 73 sujetos y se aplicó la escala de Acontecimientos Estresantes en Ancianos (EAE-A). Primordialmente se encontró que la gran mayoría de adultos mayores con hipertensión tienden a tener bajos niveles de estrés con un resultado mínimo de 5/99, así mismo el valor máximo encontrado es de 75/99 y 70/99 respondidos por un sólo participante. Con respecto a otros resultados analizados con respecto a la variable estrés (como la correlación con edad), demostraron que, dentro del rango de edades de los adultos mayores, aquellos con edades inferiores son los que más suelen estresarse, lo cual puede deberse a que aquellos adultos mayores que se encuentran en un rango de edad más alto probablemente aceptan mejor la etapa del ciclo vital por la cual están pasando y todo lo que esta conlleva.

Una vez se dio respuesta al primer y segundo objetivo específico, se dio paso para responder al tercero donde se pretendía establecer la asociación entre las variables barreras de acceso a los servicios en pacientes diagnosticados con hipertensión y estrés que se encuentren en confinamiento por la covid 19. Para ello, la correlación encontrada en el primer ítem (total de servicios EPS) sugiere que, al acceder a excelentes servicios de salud ofrecidos por las entidades prestadoras de dicho servicio, genera niveles mínimos de estrés en los adultos mayores. Esto implica que probablemente cuando existe una prestación adecuada de los servicios de salud y no se elevan los niveles de estrés, puede tener un papel en la reducción del riesgo asociado al diagnóstico de HTA con el que llegan los pacientes.

El total tiempo de espera, sugiere que cuando existen tiempos prolongados para acceder a los servicios de salud, como medicina general, cita con especialistas y solicitudes para autorizaciones, el estrés aumenta en la población. Por su parte, el total percepción que como ya se mencionó anteriormente, está muy relacionado al segundo ítem, corrobora el resultado de este, pues el estrés iba en aumento cuando la percepción del tiempo también aumentaba calificándolo como “muy largo”.

El cuarto ítem total tiempo de desplazamiento sugiere que cuando se presentan largos desplazamientos por parte de la población, hasta el centro de salud, el nivel de estrés aumenta. Lo cual implica que si a futuro existieran más puntos de atención que posibiliten recortar los trayectos de la población hasta estos centros de salud, probablemente aumentarían las oportunidades de acceder al mismo lo cual podría redundar en una reducción del estrés percibido.

Por su parte, en el total calificación procesos EPS, los resultados mencionan que los procedimientos han sido dificultosos para esta población. Esto podría deberse a que el acceso a los mismos está determinado en la actualidad con el manejo y acceso a plataformas de servicios en línea, frente a los que no suelen estar familiarizadas las personas mayores. De hecho, algunos adultos mayores mencionan que en cuanto a los medios telefónicos, también han presentado problemas ya que no contestan sus llamadas, o el tiempo de espera es muy largo, generando que incluso en ocasiones no puedan acceder a sus citas. Esta situación estresante podría agudizar la HTA, perjudicando la salud de la población que cuenta con este diagnóstico, lo que empeoraría por la falta de atención. Es necesario recalcar que estas variables no se presentan como una relación causal ni lineal, pero ambas coexisten, por lo que es probable que sucedan ese tipo de situaciones en las personas diagnosticadas con HTA.

Y el último ítem total experiencia global, resalta que, al encontrar una adecuada atención en los servicios de salud, se aminoran los niveles de estrés. Esto implica que cuando existe una correcta forma de atención en todas las áreas que cobijan los centros de salud, la experiencia de los adultos mayores con HTA y en general de toda la población que requiere de sus servicios, es positiva.

En cuanto a la pregunta de investigación, se pudo evidenciar una asociación entre las barreras de acceso a los servicios de salud y el estrés percibido, en términos del $p = 0.05$ calculado producto de los coeficientes de correlación Pearson y Spearman. Las correlaciones derivadas de este ejercicio sugieren una asociación baja como, por ejemplo $-0,116$, lo cual indica que la presencia de una correlación se considera como un hecho importante (independientemente de si su valor es alto o si es bajo) y a tener en cuenta, esto quiere decir que el comportamiento de los datos es de alguna manera consistente, es decir a medida que aumenta el estrés, aumentan las percepciones negativas frente a las barreras al acceso a la salud. Esto permite analizar que las personas mayores durante el periodo de pandemia que tuvieron dificultades en el acceso a sus tratamientos en salud tuvieron aumento en el estrés y ese es un factor que la literatura sugiere que es de riesgo para la HTA, ya que es el cuadro crónico de base con el que viven. Las personas con HTA que se encuentran durante el periodo de pandemia tienen más probabilidades de desarrollar morbilidades asociadas a la HTA

producto de las condiciones sociales, económicas, políticas que se encuentran a su alrededor de ser un adulto mayor en la sociedad colombiana en el tiempo de pandemia.

Para concluir , dando respuesta a la pregunta de investigación, existe una asociación entre las barreras de acceso a los servicios de salud y el estrés percibido; por consiguiente, tiene la tendencia de ir en aumento simultáneamente, lo cual corrobora la hipótesis de trabajo, que plantea que existe una relación directamente proporcional entre el efecto de la percepción de las barreras de acceso a salud y el nivel de estrés durante el periodo de confinamiento por covid 19 en adultos mayores con Hipertensión.

APORTES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Aportes

Este trabajo de grado está ubicado en la línea de investigación “Psicología, calidad de vida y bienestar en contextos de salud” de la Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás, el aporte consistió en visibilizar las barreras a los servicios de salud con relación al estrés, evidenciando una correlación entre estas dos variables, afectando a la población adulta mayor con HTA del Centro Día los Cerezos de la ciudad de Bogotá. Lo anterior, con el fin de plasmar los factores de riesgo específicamente en esta población, lo que puede ayudar como antecedente a la mejora del cumplimiento de la respuesta del sistema, perfeccionando la calidad de vida, reduciendo el estrés.

Al hacer una revisión de antecedentes sobre las variables barreras de acceso a la salud y estrés, se encontró un vacío en los estudios en cuanto a la falta de investigación sobre la posible relación de dichas variables. Esto generó la necesidad de estudiarlas, teniendo en cuenta que en el contexto de la pandemia por la covid 19, los servicios de salud se vieron afectados por la falta de preparación frente a este tipo de contingencias. Por lo que se pretendió investigar si realmente hubo algún aumento, disminución o si se mantuvo el estrés frente a las barreras de acceso a la salud durante la contingencia.

Limitaciones

Las limitaciones de esta investigación radican principalmente en la carencia de información, al tratarse de una de las primeras investigaciones con las variables estrés y barreras de acceso a la salud en pacientes con enfermedades crónicas (en este caso hipertensión arterial), no fue posible encontrar información previa que permitiera la

comparación de resultados; por este motivo, se tuvo que realizar dichas comparaciones, separando las variables, para finalmente lograr hacer las correlaciones.

Finalmente, los datos son difícilmente extrapolables a otras poblaciones, dadas las características del grupo abordado, y del diseño de estudio de caso, que describe con amplitud el grupo abordado pero no se comporta como otras poblaciones generales de referencia con características similares.

Recomendaciones

Se sugiere en posteriores trabajos, realizar más ejercicios investigativos, donde se pueda estudiar las barreras al acceso a la salud en relación con el estrés, en una población diferente a la de HTA, teniendo en cuenta factores sociodemográficos y de género, ya que en esta investigación no se tuvieron en cuenta.

En cuanto a sugerencias, para las fundaciones que trabajen en pro del bienestar de esta población, sería de importancia implementar ayuda donde se le facilitara al adulto mayor acceder a algunos de los servicios de las EPS sin mayor problema; esto podría darse por medio de la ayuda de un trabajador que esté capacitado para brindar apoyo en caso requerir alguna instrucción para solicitar dichos servicios, es necesario aclarar que no es posible ayudar con la solicitud de todas las atenciones ofrecidas por las EPS (exámenes médicos, autorizaciones, medicamentos), pues este procedimiento se realiza directamente con cada eps, lo que limita a las fundaciones a facilitar el acceso únicamente a los servicios básicos, ya que fue una de las correlaciones donde se identifica mayor estrés, de esta forma se puede mejorar la experiencia global de la EPS. Para futuras investigaciones se recomienda hacer el estudio con EPS específicas, para lograr evaluar el desempeño individual de dichas entidades y dar resultados más precisos.

Según los resultados observados, es oportuno que las EPS tengan en cuenta la percepción que los usuarios tienen respecto algunos servicios brindados por ellos, ya que por ejemplo en las citas de promoción y prevención a la salud fueron calificados como un mal servicio, revisando esta puntuación los prestadores de estos servicios pueden tener en cuenta para lograr una óptima prevención a este tipo de enfermedades.

Para futuras investigación planteamos las siguientes preguntas:

¿Cuál es la asociación entre el estrés y las barreras de acceso a los servicios de salud que enfrentan los cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas en las EPS de sus pacientes?

¿Cuál es la influencia de la Psicología en los Centro de Salud para disminuir las tasas de estrés en los pacientes?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaldía mayor de Bogotá. (2019). ¡Atención! Abiertas las inscripciones para el Centro Día Cerezos en Engativá. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/integracion-social/abiertas-inscripciones-para-el-centro-dia-cerezos-en-engativa>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2020). Decreto 176 de 2020: así se protegerá a la población de alto riesgo por COVID-19. :<https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/cuarentena/decreto-176-de-2020-personas-con-hipertension-obesidad-o-diabetes>
- Alves, L., Da Silva, H., Larissa, S. y Barreira, D. (2017). Educação Em Saúde Para Idosos Portadores De Diabetes E Hipertensão: Um Relato De Experiência. *Encontro De Extensão, Docência E Iniciação Científica (EEDIC)*.
<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/2632>
- Armario, P., Hernández Del Rey, R. y Martín, M. (2002). Estrés, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial [Stress, cardiovascular disease and hypertension]. *Medicina clínica*, 119(1), 23–29. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(02\)73301-0](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)73301-0)
- Armendaiz, J. (1989). Problemas actuales de la sociología en torno a la salud pública.: *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (46), 141-169.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=249420>
- Asociación Colombiana de Facultades de Psicología.(2009). *Código Deontológico y Bioético para el ejercicio de la Psicología en Colombia*. Bogotá, DC.
http://www.infopsicologica.com/documentos/2009/Deontologia_libro.pdf.
- Atallah, A., Inamo, J., Larabi, L., Chatellier, G., Rozet, J., Machuron, C., Gaudemaris, R. y Lang, T. (2007).Reducing the burden of arterial hypertension: what can be expected from an improved access to health care? Results from a study in 2420 unemployed subjects in the Caribbean. *Journal of Human Hypertension*,21, 316–322.<https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1002150>
- Berra, E., Muñoz, S., Vega, C., Silva, A. y Gómez, G (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(1),37-57. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80230114003>

- Bolaños. F, y de Keijzer, B. (2020). Determinación social del malestar psicológico y el estrés en hombres que ejercen violencia familiar en la Ciudad de México. *Salud Colectiva*. (16).
<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2249>
- Casado, S.(2002). Libro de la salud cardiovascular del hospital clinico San Carlos y la Fundación BBVA. Capítulo 12 Hipertensión arterial.
Everest.https://books.google.com.co/books?id=O2XEpDdesrAC&pg=PA23&source=kp_read_button&hl=es&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Calvo F., Díaz D., Ojeda N., Ramal J. y Alemán S. (2001). Diferencias en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos normotensos. *Ansiedad y Estrés. ResearchGate*, 2(3), 203-13.
https://www.researchgate.net/publication/250310174_DIFERENCIAS_EN_ANSIEDAD_DEPRESION_ESTRES_Y_APOYO_SOCIAL_ENTRE_SUJETOS_HIPERTENSOS_Y_NORMOTENSOS
- Campaz, N. y Montaña, S. (2019). *Barreras de acceso al servicio de salud en el contexto colombiano a partir de la promulgación del derecho a la salud en la legislación colombiana*. [Tesis de posgrado]. Universidad Santiago de Cali, Colombia.
- Cerezo, S., Hernández, M., Rodríguez, G. y Rivas, R. (2009). Efectos de una intervención de manejo de estrés en mujeres con hipertensión arterial sistémica. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 85-93. http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/334
- Clavijo, D. (2018). *La pérdida de oportunidad en la recuperación de los pacientes con enfermedades catastróficas por la no prestación oportuna de servicios de salud en Colombia*. [Trabajo de Grado. Universidad Católica de Colombia, Facultad de Derecho]. Bogotá, Colombia.<https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/22558>
- Cerrato, M., Gnzalez, M., Baltar, L., y de Trocóniz, F.(2003). Barreras para el acceso a los servicios de intervención psicosocial por parte de las personas mayores. *Psychosocial Intervention*, 12(3), 301-324.<https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818049004.pdf>.
- Constitución Política de Colombia. (1991). Artículo 49.<https://colombia.justia.com/nacionales/constitucion-politica-de-colombia/titulo-ii/capitulo-2/>
- Correa, K. y Gutiérrez, L. (2020). *El Covid-19, su Impacto, Efectividad y Calidad en la Atención en Salud en Medellín, Colombia (Tesis de posgrado)*. Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, Colombia.<https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/20478>
- Corte Constitucional. (2018). Sentencia T 171-18.Colombia.
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/T-171-18.htm>

- Corte Constitucional.(2020). Protección de Datos. Gobiernos de Colombia. Personales.https://www.mineduccion.gov.co/1759/w3-article-387771.html?_noredirect=.
- DANE. (2020). Censo Nacional De población y vivienda 2018 Colombia. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos>.
- Deborah, S., Pereyra, Carolina., Cófreces, P. y Stefani, D. (2015). Social representations study of arterial hypertension according to gender. *Liberabit*, 21(1), 59-70. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272015000100006&lng=es&tlng=en.
- Díaz, D. (2011). Estrés laboral y sus factores de riesgo psicosocial. *Revista CES Salud Pública*, 2(1): 80-84. https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/1451/914
- Durán, M.(1200). Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional De Administración*, 1(1), 71-84. <https://doi.org/10.22458/rna.v1i1.285>
- Dueñas, A. (2011). La hipertensión arterial. *Revista cubana de medicina, Scielo*, 50(3), 232-233. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232011000300001&script=sci_arttext&tlng=en
- Encuesta Nacional de Salud.(2003). Ministerio de Salud 2003. Accedido el 24 julio 2014.https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ENSE2003_SN.pdf
- Fernandez (2018). *Calidad de servicio y su relación con la satisfacción del usuario en el centro de salud Characato, Arequipa, 2018* [Tesis de postgrado no publicada]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Fernández, J. y Mielgo, M. (2017). Escala de apreciación del estrés.[instrumento]. *Madrid: TEA*. <https://docplayer.es/63740693-Escala-de-apreciacion-del-estres-j-l-fernandez-seara-m-mielgo.html>
- Flaherty, T., Hession, P., Liew, H., Lim, W., Leong, K., Lim, V. y Sulaiman, H. (2020). COVID-19 in adult patients with pre-existing chronic cardiac, respiratory and metabolic disease: a critical literature review with clinical recommendations. *Tropical diseases, travel medicine and vaccines*, 6(1), 1-13.<https://tdtmvjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40794-020-00118-y>
- Foguet, Q. y García, A. (2020). Estrés psicosocial, hipertensión arterial y riesgo cardiovascular [Psychosocial stress, high blood pressure and cardiovascular risk]. *Hipertensión y riesgo vascular. Advance online publication*, 38(2). <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.09.001>

- Fundación Cardio infantil. (2020). Cerca de 4 millones de personas padecen Hipertensión Arterial en Colombia. <https://www.cardioinfantil.org/noticias/cerca-de-4-millones-de-personas-padecen-hipertension-arterial-en-colombia/>
- Gafas, C., Figueredo, K., Salazar, Y., Brossard, E., León, M. y Pérez, R. (2019). Caracterización de pacientes hipertensos del Distrito de Salud Chambo-Riobamba. *Revista Cubana De Enfermería*, 35(3).<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2611/471>
- Galvis, L. (2008). *Atención psicológica con enfoque cognitivo-conductual orientado a población del Centro de Proyección Social de Piedecuesta*. [Tesis no publicada]. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Garbus, P. (2010). CONSIDERACIONES SOBRE LAS CATEGORÍAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD Y PROCESOS DE ESTIGMATIZACIÓN EN PERSONAS EXTERNADAS DE INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL. *Anuario de Investigaciones*, 17, 309-316. ISSN: 0329-5885. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139946021.pdf>
- García de Alba, J., Salcedo, A., Vargas, A. y Garcia de Alba, J. (2021). La antropología cognitiva aplicada al estudio de las causas de la hipertensión arterial en Guadalajara, Jalisco, México. *Redalyc*, 80(3).247-252.<https://www.redalyc.org/pdf/662/66223280007.pdf>
- García, B. (2020). “*La Investigación Cuantitativa: Lo Bueno, Lo Malo Y Lo Feo*” [Ensayo]. Repositorio de instituciones de educación superior de control estatal (RIESCE), México.<https://ri.utn.edu.mx/handle/123456789/579?show=full>.
- González, L., Díaz, M., y Rodríguez, A. (2018). Estudios de representaciones sociales sobre hipertensión arterial en Cuba. *Revista Finlay*, 8(4), 299-309. <https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2018/fi184h.pdf>
- González, M., Dennis, J., Devia, H., Echeverri, D., Briceño, D., Gil, F., y Mora, M.(2012).Factores de riesgo cardiovascular y de enfermedades crónicas en población caficultora. *Revista de Salud Pública*, 14, 390-403. <https://www.scielo.org/article/rsap/2012.v14n3/390-403/>
- Guerrero, B. (2016). Salud, estrés y factores psicológicos. *Campo Abierto. Revista De Educación*, 13(1), 51-69.
- Guerrero, R., Gallego, A., Becerril, V. y Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública México*. 53(2).
- Guevara, M. y Galán, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: Hipertensión arterial y Diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual* /, 1(1), 47-55. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283021975006>
- Gutiérrez, J., García, S., Espinosa, R. y Balandrán, D. (2016). Desigualdad en indicadores de enfermedades crónicas y su atención en adultos en México: análisis de tres encuestas de salud. *Salud pública de méxico, Scielo*, 58(6), 666-

675.http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342016000600666&lng=es&nrm=iso

- Hautecoeur, M., Zunzunegui, M. y Vissandjee, B. (2007). Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Pública de México*, 49(2), 86-93. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200003&lng=es&tlng=es.
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill. <http://ebooks7-24.com.crai-ustadigital.usantotomas.edu.co/?il=6443>
- Hernandez, Z., Sanchez, Y., y Navarro, A. (2009). Factores psicológicos, demográficos y sociales asociados al estrés y a la Personalidad Resistente en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, (5)12, 13-28. ISSN 1657-8961
- Herrera, P. (2008). El estrés familiar, su tratamiento en la psicología. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300013&lng=es&tlng=es.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. y Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 535-547. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750309>
- Ibáñez, C., y Manzanera, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *SEMERGEN-Medicina de familia*, 38(6), 377-387. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.019>
- Labiano, L. y Brusasca, C. (2002). Tratamientos psicológicos en la hipertensión arterial. *Interdisciplinaria*, 19(1), 85-97. ISSN: 0325-8203.
- Lira, E. (2015). Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(2), 156-163. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401500036X>
- Logiovine, S. (2015). *Psicología y salud rural: aportes desde la psicología comunitaria para pensar las barreras en el acceso al sistema de salud en una población rural*. [Resumen del congreso]. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- López, L., Solano, A., Arias, A., Aguirre, S., Osorio, C., Vásquez, E. (2012). El estrés laboral y los trastornos psiquiátricos en profesionales de la medicina. *Revista CES Salud Pública*. (3)2, 280-288. ISSN-e 2145-9932.

- Marín, Y. y Chavez, B. (2014). Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 32(1), 4.
- Márquez, J. (2020). Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19 . *Revista Colombiana De Gastroenterología*, 35(Supl. 1), 5-16.
<https://doi.org/10.22516/25007440.543>.
- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275-281. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012&lng=es&tlng=es
- Martinez, A. y Campos, W. (2015). Correlación entre actividades de interacción social registradas con nuevas tecnologías y el grado de aislamiento social en los adultos mayores. *Revista mexicana de ingeniería biomédica*, 36(3), 181-190.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/inge/ib-2015/ib153d.pdf>
- Menzura, F. y Arrieta, C. (2005). Estudio sociológico y del conocimiento de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la Costa Caribe Colombiana(Estudio Caribe). *Revista Colombiana de Cardiología*, 12 (3) , 122-128.http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-56332005000500004&lng=e&nrm=iso&tlng=es
- Mezones, E., Amaya, E., Bellido, L., Mougén, B., Murillo, J., Villegas, J., Ortega, J. y Del Carmen, J. (2019). Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2).
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/3998>
- Ministerio de protección social. (2008). Resolución número 4003 de 2008.<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4003-2008.pdf>
- Ministerio de salud y proyección social. (2012). Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS, Bogotá. <https://docplayer.es/5703607-Encuesta-de-evaluacion-de-los-servicios-de-las-eps.html>
- Ministerio de Salud. (1993). Ministerio de Salud, Resolución Número 8430 de 1993. [Resolución del ministerio de salud].
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud. (2017). Día mundial de la hipertensión arterial Colombia.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf>

- Ministerio de salud. (2020). *Estudio nacional de evaluación de los servicios de las eps – régimen contributivo y subsidiado 2020* [presentación de conferencia]. Socialización encuesta, Colombia.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-eps-2020-minsalud.pdf>
- Minsalud. (2019). *Estudio nacional de evaluación de los servicios de las eps – régimen contributivo y subsidiado Colombia 2019*. [Diapositiva Power Point].
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/presentacion-informe-final-servicio-eps-II2019.pdf>
- Molerio, O. y García, G. (2004a). Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Medicina*, 43(2-3).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000200007&lng=es&tlng=es.
- Molerio, O., Arce, Manuel., Otero, I. y Nieves, Z. (2005). El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 43(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032005000100007&lng=es&tlng=pt.
- Molerio, O. y García, G. (2004b). Contribuciones y retos de la Psicología de la Salud en el Abordaje de la Hipertensión Arterial Esencial. *Redalyc*, p. 101-109.
<https://www.redalyc.org/pdf/264/26413208.pdf>
- Mori, V. y Rey, F. (2010). Las representaciones sociales como proceso subjetivo: un estudio de caso de hipertensión. *Revista cs*, (5), 221-240.
<https://www.redalyc.org/pdf/4763/476348368008.pdf>.
- Ochoa Villamizar, N. (2016). *Análisis de la satisfacción del servicio y atención al usuario en la EPS salud vida* [Tesis de pregrado]. Universidad Cooperativa de Colombia, Arauca.
- Orlandini, A. (2012). *El estrés: qué es y cómo evitarlo* (Primera ed, electrónica). Fondo de cultura económica. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=d8-KuiJAOXIC&oi=fnd&pg=PT3&dq=libros+de+sociolog%C3%ADa+%2B+estres&ots=_-9Q5txouG&sig=9rHPko-vd9-pcS3GPtx4q-Kcjao#v=onepage&q=sociolog%C3%ADa&f=false
- Ozamiz, N., Dosil, M., Picaza, M. y Idoiaga, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4).
<https://www.scielo.br/j/csp/a/bnNQf4rdcMNpPjgfnpWPQzr/?lang=es>

- Pallarés, V., Górriz, C., Morillas, C., Llisterri, J. y Górriz, J. (2020). COVID-19 y enfermedad cardiovascular y renal: ¿Dónde estamos? ¿Hacia dónde vamos?. *SEMERGEN medicina de familia*, 46(1), 85-94.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359320301441?via%3Dihub>
- Patel, P., Ordunez, P., DiPette, D., Escobar, M., Hassell, TM., Wyss, F., Hennis, A., Asma, S. y Angell S. (2016). For the Standardized Hypertension Treatment and Prevention Network. Improved Blood Pressure Control to Reduce Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: The Standardized Hypertension Treatment and Prevention Project. *J Clin Hypertens, Greenwich*, 18(12):1284–1294. DOI: 10.1111/jch.12861
- Pedrosa, I., Juarros, J., Robles, A., Basteiro, J., y García, E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas, ¿qué estadístico utilizar? *Universitas Psychologica*, 14(1), 245-254.
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.pbad>
- Quintero, A., Varela, M., Cáceres, D., Sánchez, D. y Holguín, L. E. (2007). Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de presión arterial. *Pensamiento psicológico*, 3(9).<https://www.redalyc.org/pdf/801/80103904.pdf>
- Ramírez, J. (2019). El estrés laboral desde una perspectiva relacional. Un modelo interpretativo. *Revista Colombiana de Antropología*, 55(2), 117-147. DOI: 10.22380/2539472X.802
- Ramirez, L., Ramirez, L., y Zamora, M. (2021). *Agotamiento Emocional, Trabajo, Trabajo en Casa y Teletrabajo*. [Tesis de grado]. Uiversidad Santo Tomas.
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/34458/2021lauraramirez.pdf?sequence=1>
- Reddy, T., Kunwar, A., Durgad, K., Tullu, F., Sreedhar, C., Wassey, A. y Madhavi, M. (2021). Decentralization of India Hypertension Control Initiative services to maintain continuum of care for hypertensive patients during COVID-19 pandemic in Telangana. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 10(3), 49. <http://www.who-seajph.org/article.asp?issn=2224-3151;year=2021;volume=10;issue=3;spage=49;epage=58;aulast=Reddy>
- Restrepo, J., Silva, C., Andrade, F. y VH, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia, 13(27): 242-265.
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>
- Rodriguez, J., Rodriguez, D. y Correales, J (2013). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (6).
<https://www.scielo.br/j/csc/a/PYKVmp34b8S8Zxv9ZTrzjnJ/abstract/?lang=es>
- Rodríguez, G. y Tejera, J. (2020). Tratamiento del estrés en el adulto mayor. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(3), 135-140. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000300135&lng=es&tlng=es.

- Rodriguez, S. (2010). Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. [Tesis de maestría]. https://www.researchgate.net/profile/Sandra-Rodriguez-A/publication/266447314_Barreras_y_Determinantes_del_Acceso_a_los_Servicios_de_Salud_en_Colombia/links/5500b9de0cf2d61f8210922a/Barreras-y-Determinantes-del-Acceso-a-los-Servicios-de-Salud-en-Colombia.pdf
- Ruiz, M., Diaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. *Desclée de Brouwer*. <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/03/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>
- Sabater, D., Fikri, O., y Faus, M. (2010). Utilidad de la monitorización ambulatoria de la presión arterial en la toma de decisiones clínicas. *Medicina Clínica*, 135(1), 23-29.
- Salamanca, A., y Giraldo, C. (2011). Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 2(2), 185-202.
- Sampieri, R., Collado, C. y Baptista, P. (2014). Capítulo 1: Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. Metodología de la investigación. México: *Interamericana Editores, S.A. de C.V.*
https://www.academia.edu/38217933/Definiciones_de_los_enfoques_cuantitativo_y_cualitativo_sus_similitudes_y_diferencias.
- Sánchez, G., Laza, C., Estupiñán, C. y Estupiñán, L. (2014). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3), 305-313. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n3/v32n3a05.pdf>
- Sánchez, A. y De La Fuente, V. (2020). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo?. *Universidad Privada del Norte, Cajamarca, Perú*.
<https://www.analesdepediatria.org/es-covid-19-cuarentena-aislamiento-distanciamiento-social-articulo-S1695403320301776>
- Secretaría de Integración Social.(2020).Centros Día, un apoyo incondicional para las personas mayores de Bogotá. <https://www.integracionsocial.gov.co/index.php/noticias/101-noticias-vejez/4081-centros-dia-un-apoyo-incondicional-para-las-personas-mayores-de-bogota>.
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividad*, 3 (1), 10 - 59.
<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Simons, H. (2013). *El estudio de caso: teoría y práctica*. Madrid, Spain: Ediciones Morata, S. L.
<https://elibro.net/en/ereader/usta/51828?page=228>

- Sosa, E. (2011). Qué es el estrés ocupacional, enfermedades derivadas y reconocidas por la legislación Colombiana. *Revista CES Salud Pública*, 2(1), 56-65.
https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/1448/911
- Spangenberg, A. (2015). *Neurobiología del estrés Trabajo Final de Grado*. [Tesis no publicada]. Universidad de la República Uruguay.
- Terrón, A. (2011). Introducción a la investigación en Ciencias de la Educación / Antonio Matas Terrón. Madrid: 190.57.147.202:90/xmlui/bitstream/handle/123456789/677/Introduccion-a-la-investigacion-en-Ciencias-de-la-Educacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Uribe, N., Vásquez, N., Usuga, D., y Ceballos, Y. (2017). Propuesta de mejora a los altos tiempos de espera en puntos de atención al usuario en una entidad promotora de salud empleando simulación discreta. *Scientia Et Technica*, 22(4), 345-351.
- Wayne H., Ricbard E., Steven K. y Ira I. (1988). Psicología y salud. Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17659/v105n3p245.pdf?sequence=1&isallowed=y>
- Zamora, Z. y Pedraza, E.(2010). Estrés en personas mayores y estudiantes universitarios: un estudio comparativo. *Psicología Iberoamericana*, 18(1), 56-68.
<https://www.redalyc.org/pdf/1339/133915936007.pdf>.
- Zurique, M., Zurique, C., Camacho, P., Sánchez, M. y Hernández, S. (2019). Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia Revisión sistemática y metaanálisis. *Acta Médica Colombiana*, 44(4), 44. <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/2019/04-2019-08.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Carta de Aval:

**Universidad Santo Tomás
División de Ciencias de la Salud
Facultad de Psicología**

Firma de Carta entre:

Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás (USTA) y Fundación Centro Día.

Propósito

Determinar los procedimientos y acuerdos para la realización del trabajo de grado titulado “Asociación entre el estrés y las barreras de acceso a los servicios de salud en pacientes diagnosticados con hipertensión que se encuentran en confinamiento por la covid-19” de las psicólogas en formación Maria Paula Alvarez Espinosa, Estefania Clavijo Alzate, Emma Juliana Diaz Garcia y el director de trabajo de grado Bernardo Castiblanco Torres.

Se certifica la verificación del procedimiento de solicitud

- a. El director y estudiantes del trabajo de grado presentarán a la Coordinación del programa la solicitud de su realización en el contexto del Centro Día con la siguiente información: nombre del trabajo, diseños de los escenarios, criterios de inclusión y exclusión de la muestra y el consentimiento informado.**
- b. El director del trabajo de grado envió una carta al Centro Dia, informando sobre la intención de realizar el trabajo de grado en esta fundación.**
- c. Los estudiantes en asesoría del director del trabajo de grado, acordaron con las directivas del Centro Dia, los procedimientos y procesos de investigación.**

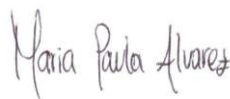
Acuerdos interinstitucionales

- a. Los estudiantes cumplirán con los procesos y procedimientos profesionales, éticos y legales de la investigación psicológica, la firma de los consentimientos informados, el cumplimiento de los horarios y espacios de investigación y la estrategia de la devolución de resultados a los participantes.**
- b. Los estudiantes ejecutarán el diseño de investigación, dando cumplimiento con los acuerdos establecidos con el director de investigación y con las directivas de la organización a aplicar.**
- c. Una vez finalizado y sistematizados los resultados de los diferentes escenarios y escenas del diseño de investigación, las estudiantes con el director del trabajo de grado, darán a conocer a los participantes dichos resultados por medio de correo electrónico y/o llamada telefónica cuando sean requeridos por ellos de forma específica, o de forma general al finalizar el ejercicio investigativo.**
- d. El coordinador de la organización comunicará a la Facultad de Psicología, sobre el cumplimiento de los acuerdos de la investigación realizada.**

Siguiendo el Protocolo de Desarrollo de los Trabajos de Grado, firman en constancia de los procedimientos y los acuerdos realizados entre las partes, el director de trabajo de grado y el coordinador del Centro Día.



Bernardo Castiblanco Torres
Docente investigador USTA
Director del Proyecto



Maria Paula Alvarez Espinosa
Psicóloga en formación USTA



Estefania Clavijo Alzate
Psicóloga en formación USTA



Emma Juliana Diaz Garcia
Psicologa en formacion USTA



Maira Muñoz
Coordinadora Centro Día

Anexo 2. Carta de declaración de conflicto de interés:

DECLARACIÓN CONFLICTOS DE INTERESES EN INVESTIGACIÓN **Pregrado de Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás (USTA)**

Fecha: 15/10/2020

Nombre Completo: Maria Paula Alvarez Espinosa, Estefania Clavijo Alzate y Emma Juliana Diaz Garcia.

Título / Código del Estudio: Asociación entre el estrés y las barreras de acceso a los servicios de salud en pacientes diagnosticados con hipertensión que se encuentran en confinamiento por la covid-19

Las actividades que pueden generar conflicto de intereses son aquellas en las que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar afectado por otro interés secundario, como el beneficio financiero, promoción personal o profesional.

De acuerdo a lo anterior a continuación declaró aquellas situaciones que podrían afectar mis actuaciones dentro del proyecto de investigación al que he sido invitado a participar y los intereses existentes con la industria del sector de la salud y/o con los sujetos de investigación, que se pudieron haber presentado durante el último año para los diferentes tipos de conflictos de interés:

- Conflicto de Interés financiero: Existe cuando el individuo tiene participación en una empresa, organización o equivalente, que se relaciona directamente (como socio, accionista, propietario, empleado) o indirectamente (como proveedor, asesor o consultor) con las actividades para las cuales fue convocado o requerido.

¿En el último año han existido vínculos o intereses de tipo financiero con la industria del sector de la salud y/o con los sujetos de investigación?

Si _____ No x Describa: No existe ninguna relación financiera para el desarrollo de esta investigación.

- Conflicto de Interés Intelectual: Surge cuando se tiene un interés intelectual, académico o científico en un tema en particular. La declaración de este tipo de intereses es indispensable para proteger la calidad y objetividad del trabajo científico y su desempeño.

¿En el último año han existido vínculos o intereses de tipo intelectual con la industria del sector de la salud y/o con los sujetos de investigación?

Si _____ No x Describa: La investigación hace parte de los procesos formativos de los estudiantes como psicólogos.

- Conflicto de Interés de Pertenencia: Tiene que ver con los derechos de propiedad intelectual o industrial, así como de patentes que estén directamente relacionados con las temáticas o actividades a abordar.

¿En el último año han existido vínculos o intereses de pertenencia con la industria del sector de la salud y/o con los sujetos de investigación?

Si _____ No X Describa: No tenemos intereses ni pertenecemos a la industria de la salud, ni conocemos a los participantes o sujetos de investigación.

- Conflicto de Interés Familiar: Aparece cuando alguno de los familiares hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, primero civil, o quien esté ligado por matrimonio o unión permanente, estén relacionados de manera directa o indirecta en

los aspectos financiero, intelectual, de pertenencia con las actividades y temáticas a desarrollar.

¿En el último año han existido vínculos o intereses de tipo familiar con la industria del sector de la salud y/o con los sujetos de investigación?

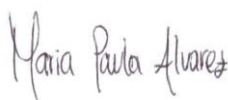
Si _____ No X Describa: No hubo participación familiar de ninguna de las autoras de esta investigación.

¿Adicional a lo mencionado existe alguna otra circunstancia que pudiera afectar mi objetividad o independencia durante mi participación en el Proyecto de investigación?

Si _____ No X Describa: No existe ningún tipo de afectación durante la participación de la investigación que pudiera afectar la objetividad o independencia de las autoras.



Bernardo Castiblanco Torres
Docente investigador USTA
Director del Proyecto



Maria Paula Alvarez Espinosa
Psicóloga en formación USTA



Estefania Clavijo Alzate
Psicóloga en formación USTA



Emma Juliana Diaz Garcia
Psicologa en formacion USTA



Maira Muñoz
Coordinadora Centro Día

Espacio para ser diligenciado por la Comisión de Investigación

Este lo avalaría el mismo centro de Gestión para la Investigación de la Facultad de Psicología

Clasificación de la Declaración de Conflicto de Interés en Investigación			
Seleccione con una X la opción correspondiente:			
Inexistente:		Confirmada	
Concepto de la comisión:			
Fecha de la Comisión	DD/MM/AAAA	No. De Acta	

Anexo 3. Consentimiento Informado:

Universidad Santo Tomás
División de Ciencias de la Salud
Facultad de Psicología

Consentimiento Informado para la Participación en la Investigación

143

78

Riesgos Asociados con la investigación: Las personas pueden verse afectadas emocionalmente por las preguntas realizadas.

Aclaraciones:

1. Su decisión de participar en el estudio es voluntaria.
2. En caso de decidir no participar en esta investigación, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, su familia o su institución.
3. Si decide participar en la investigación usted puede retirarse en el momento que así lo disponga, únicamente se le solicitará que informe las razones de su decisión, las cuales serán respetadas totalmente.
4. En el transcurso de la investigación podrá solicitar información actualizada de la misma al (los) investigador (es), quien está en el deber de proporcionarse oportunamente. Esto solo con fines informativos que sólo se brindará a los participantes de la investigación, en ningún caso se entregarán informes técnicos (valoraciones, peritazgos, evaluaciones, conceptos, etc.) a terceros, que impliquen una responsabilidad más allá de los acuerdos de investigación aquí estipulados.
5. Los instrumentos de registro serán utilizados únicamente con fines académicos e investigativos; una vez finalice la investigación, serán archivados para dar soporte a los resultados.
6. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de casos, mantendrá estricta confidencialidad acerca de los participantes, sus familias o las instituciones involucradas. Esta será compartida con los directores, asesores y equipos de investigación en los espacios académicos y tutorías desarrollados con el fin de avanzar en la obra de conocimiento y el proceso de formación de los investigadores.
7. Los resultados de este estudio serán utilizados con fines académicos y podrán ser publicados a través de medios de divulgación de interés científico, guardando la confidencialidad de sus participantes.
8. Por la participación en esta investigación usted no recibirá ninguna remuneración de tipo económico.

Una vez considere que sus dudas han sido aclaradas y que no tiene ninguna pregunta sobre su participación en la investigación, usted puede, si así lo decide, firmar la siguiente carta de Consentimiento Informado.

Carta de Consentimiento Informado de Mayor de Edad (Asentimiento informado)

Yo, _____ con C.C. _____ de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido enterado(a) de los procedimientos de esta investigación y entiendo que la información obtenida puede ser publicada o difundida con fines científicos, respetando mi anonimato.

Convengo en participar en esta investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de este consentimiento informado.

Firma del participante

No. de Identificación

.....
[Espacio para diligenciamiento por parte del (los) investigador (es)]

Hemos explicado al (la) señor(a) _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le hemos explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. Hemos contestado a las preguntas en la medida de lo posible y hemos preguntado si tiene alguna duda. Aceptamos que hemos leído y conocemos la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y nos apegamos a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del
Investigador 1

Firma del
investigador 2

Maria Paula Alvarez

Nombre del

investigador: Maria Paula Alvarez

Documento de

Identificación: 1.022.432.551

Profesión: Estudiante

Estefania Clavijo

Nombre del

investigador : Estefania Clavijo Alzate

Documento de

Identificación: 1.015.448.319

Profesión: Estudiante

Firma del

Investigador 3

Emma D.

Nombre del

investigador Emma Juliana Diaz Garcia

Documento de

Identificación: 1.020.839.393

Profesión: Estudiante

Dado a los _____ días del mes de _____ del año _____

Anexo 4. Instrumentos

Escala A de Apreciación Del Estrés:

EAE

Nº 203

Escala A

INSTRUCCIONES

A continuación va a encontrar una serie de enunciados relacionados con acontecimientos importantes, situaciones de ansiedad, momentos tensos, de nerviosismo, de inquietud, de frustración, etc.

Vd. debe decirnos cuáles han estado o están presentes en su vida. Para ello, marcará con un aspa el SI, siempre que uno de estos acontecimientos se haya producido en su vida; de lo contrario, marcará el NO.

Sólo si ha rodeado el SI, señale en qué medida le ha afectado. Para ello, marcará primero con una X el número que Vd. considere que representa mejor la intensidad con que le ha afectado, sabiendo que 0 significa nada, 1 un poco, 2 mucho y 3 muchísimo.

En segundo lugar, debe indicar además, si todavía le está afectando o si ya le ha dejado de afectar; en el primer caso, marcará la letra A; si le ha dejado de afectar o apenas le afecta marcará la letra P.

Ejemplo: "Castigo inmerecido"	SI	NO	0	1	2	3	A	P
-------------------------------	----	----	---	---	---	---	---	---

ESPERE, NO DE LA VUELTA A LA HOJA HASTA QUE SE LE INDIQUE

NO ESCRIBA NADA EN ESTE EJEMPLAR
Por favor conteste a todos los enunciados

EAE

1. Estar jubilado.
2. Subida constante del coste de la vida.
3. Hacer viajes largos.
4. Tener que ponerse a trabajar por falta de recursos económicos.
5. Las situaciones nuevas.
6. Vivir en la ciudad.
7. Alteraciones del sueño (disminución, aumento, insomnio).
8. Aspecto físico.
9. Su forma de ser, de ver las cosas o de comportarse.
10. El éxito alcanzado en la vida.
11. Fracaso profesional.
12. Vivir solo.
13. Ir a vivir a casa de los hijos u otros familiares.
14. Sentirse engañado por la familia.
15. Escasa atención, mal trato o abandono de la familia hacia Vd.
16. Vivir en una residencia o centro.
17. Falta de libertad en la residencia o centro.
18. Organización y horarios de la institución.
19. Obligación de participar en actividades socioculturales programadas por la institución.
20. Ser elegido para puestos de responsabilidad.
21. Excesivo tiempo libre y falta de actividad ocupacional.
22. Convivencia con los demás (casa, asilo).
23. Ver que es causa de conflictos familiares.
24. Falta de afecto y cariño.
25. Problemas de pareja.
26. Pérdida de vida sexual.
27. Celebración de fechas señaladas o fiestas sin seres queridos.
28. Muerte del esposo/a, hijos o nietos.
29. Muerte de algún familiar cercano.
30. Muerte de algún/a amigo/a o persona estimada.
31. Cambio o problemas alimenticios.
32. Tener una enfermedad grave.
33. Tener malestar, dolores y achaques frecuentes.
34. Hospitalización prolongada en un centro de salud.
35. Intervención u operación quirúrgica.
36. Someterse a tratamiento, asistencia médica, revisiones periódicas, rehabilitaciones, etc.
37. Falta de información médica a la hora de hacer una exploración y/o emitir los resultados.
38. Pérdida de algún órgano o función física.
39. Excesiva responsabilidad.
40. Pérdida de autoridad.
41. Pérdida de autonomía y libertad en las decisiones.
42. Pérdida de responsabilidades.
43. Pérdida de prestigio.
44. Pérdida de facultades físicas e intelectuales.
45. Imposibilidad o dificultad en llevar a cabo proyectos y metas.
46. Alguna situación económica grave.
47. El futuro de sus hijos, nietos o algún familiar cercano.
48. Saber que un hijo o nieto es drogadicto.
49. Romper o perder objetos con especial valor afectivo.
50. Volverse a enamorar.
51. Cercanía de la muerte.

Copyright © 2004 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad en su forma original. Printed in Spain. Printed by: TEA Ediciones, S.A. - 48940 Leizor (Bizkaia) - Spain. Tel: 945 21 00 00. Fax: 945 21 00 01. E-mail: tea@tea.es. Web: www.tea.es

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD PSICOLOGIA
DIRECTOR: BERNARDO CASTIBLANCO
ESTUDIANTES: MARIA PAULA ALVAREZ, ESTEFANIA CLAVIJO Y EMMA JULIANA DIAZ

ADAPTACIÓN ENCUESTA SOBRE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS EPS
ENCUESTA N° _____

DATOS GENERALES

1.

Nombre:	Celular:
	Teléfono fijo:
Dirección:	Barrio:
Correo electrónico:	

2.

3. Edad : _____

NIVEL SOCIOECONÓMICO	
Estrato 1	01
Estrato 2	02
Estrato 3	03
Estrato 4	04
Estrato 5	05
Estrato 6	06

4.

ESTADO CIVIL	
Soltero(a)	01
Casado(a) / Unión Libre	02
Viudo(a) / Separado(a)	03

5.

SEXO	
Hombre	01
Mujer	02

1. SERVICIOS DE SALUD Y TIEMPO DE ESPERA

6. Le voy a leer una serie de servicios de salud para que usted me diga, por favor, ¿cuáles ha utilizado en los últimos 6 meses, a través de su EPS?

7. Ahora quiero que por favor me califique estos servicios de salud que uso en los últimos 6 meses, utilizando una escala de 1 a 5, donde 1 significa que recibió un muy mal servicio y 5 un excelente servicio (Enc: Lea todos los servicios que utilizo en los últimos 6 meses y coloque frente a cada servicio la calificación.)

Encuestador debe hacer las preguntas 7 y 8: si utilizan médico general realizar enseguida las preguntas 9 y 10 y regresar y seguir con médico especialista, si utiliza este especialista hacer preguntas 11 a la 16 y regresar y preguntar por los otros servicios (exámenes de laboratorio, odontología, etc.)

	PREG.6		CALIFICACIÓN PREG.7	
Médico general	SI	NO		Si utiliza médico general haga adicionalmente la preg. 8 y 9
Médico especialista	SI	NO		Si utiliza médico especialista haga adicionalmente la preg.10 a la 15
Exámenes de laboratorio/radiografías	SI	NO		
	SI	NO		
Terapias	SI	NO		
Entrega de medicamentos	SI	NO		
Urgencias	SI	NO		
Hospitalización/Cirugía	SI	NO		
Triglicéridos	SI	NO		
Colesterol	SI	NO		
Glicemia	SI	NO		
Toma de presión arterial	SI	NO		
Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	SI	NO		

8. Si contesto si Medico general en la preg 6: Entre el momento en que usted comenzó a contactar a su EPS para pedir la cita con el médico general, hasta el momento en que se la asignaron ¿cuánto tiempo paso? (Enc: Registre el tiempo, que se demoró)

9. Y ese tiempo le pareció? (Enc: Lea la escala)

10. Si contesto si en médico especialista en la preg 6, hacer preguntas 10 a 15: Entre el momento en que usted comenzó a contactar a su EPS para pedir la cita con el especialista hasta el momento en que se la asignaron cuanto tiempo paso? (Enc: Registre el tiempo que se demoró)

11. Y ese tiempo pareció? (Enc: lea la escala)

12. Entre el momento en que usted comenzó a contactar a su EPS para pedir la autorización, hasta el momento le dieron la autorización ¿cuánto tiempo paso? (Enc: Registre el tiempo)

13. Y ese tiempo le pareció? (Enc: Lea la escala)

14. Desde el día que le autorizaron la cita o el servicio y la fecha de la atención cuanto tiempo le tomo (Enc: Registre el tiempo)

15. Y ese tiempo le pareció (Enc Lea la escala)

16. PARA TODOS LOS QUE UTILIZARON CUALQUIER SERVICIO PREGUNTAR: Cuanto tiempo le tomo desplazarse a la cita/ Servicio (Enc: Registre el tiempo)

17. Y ese tiempo le pareció (Enc: Lea la escala)

Tiempo que le tomó	Muy corto	Corto	Ni largo ni corto	Largo	Muy largo
P.8 1- Inmediatamente 2- 1 día 3- 2 días 4- 3 días 5- Entre 4 y 5 días 6- Entre 6 y 10 7- Entre 11 y 20 8- Entre 21 y 30 90- Mas de 30 días	05	04	03	02	01
P.10 1- Inmediatamente 2- 1 día 3- 2 días 4- 3 días 5- Entre 4 y 5 días 6- Entre 6 y 10 7- Entre 11 y 20 8- Entre 21 y 30	05	04	03	02	01

9- Más de 30 días					
P.12 1- Inmediatamente 2- 1 día 3- 2 días 4- 3 días 5- Entre 4 y 5 días 6- Entre 6 y 10 7- Entre 11 y 20 8- Entre 21 y 30 9- Más de 30 días	05	04	03	02	01
P.14 1- Inmediatamente 2- 1 día 3- 2 días 4- 3 días 5- Entre 4 y 5 días 6- Entre 6 y 10 7- Entre 11 y 20 8- Entre 21 y 30 9- Más de 30 días	05	04	03	02	01
P.16 1- Entre 15 minutos y 30 minutos 2- Entre 31 minutos y 60 minutos 3- Más 60 minutos	05	04	03	02	01

18. Usted cómo calificaría todo el proceso de las autorizaciones de los servicios de salud en su EPS.
 Califique de 1 a 5 donde 1 significa que es muy difícil y 5 muy fácil.

01	Muy difícil
02	Difícil
03	Normal
04	Fácil
05	Muy fácil
99	NS/NR

19. En general en los últimos 6 meses que tan fácil considera usted que le fue acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, consultas médicas y terapias) a través de su EPS?

01	Muy difícil
02	Difícil
03	Normal
04	Fácil
05	Muy fácil
99	NS/NR

20. Califique en una escala de 1 a 5 donde 1 es muy mala y 5 muy buena como considera que fue la solución que le dieron a su necesidad de Salud por la que usted consultó la última vez?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
05	04	03	02	01

21. En los últimos 6 meses con qué frecuencia usted se sintió atendido con amabilidad y respeto al personal de la EPS (Oficinas de autorización, oficinas de atención al cliente, personal médico, etc.):

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
05	04	03	02	01

22. Ahora dígame, por favor, cómo calificaría en una escala de 1 a 5 donde 5 es muy buena y 1 muy mala, su experiencia global en los últimos 6 meses respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS:

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
05	04	03	02	01

2. MEDICAMENTOS Y FINANCIACIÓN

23. ¿En los últimos 6 meses cuando le han recetado medicamentos en su EPS, los medicamentos o remedios formulados le fueron entregados?

24. Si contesta SI, Le fueron entregados todos o algunos de los medicamentos.

		P-24 Le fueron entregados	
		Todos	Algunos
01	SI	01	02
02	NO	Enc: Si contesta NO o Algunos Pregunte	

25. Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)? (ENC LEA)

01	No están incluidos en el POS
02	No había los medicamentos recetados
03	No había la cantidad requerida
04	No los entregaron por errores o diferencias en la formula
05	No hizo la gestión para reclamarlos
06	Salía más barato comprarlos directamente
07	No me dieron ninguna razón

26. Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de atención en salud en los últimos 6 meses? (Incluya consulta médica, exámenes y medicamentos):

EPS a la cual es afiliado	01	PASE A PREGUNTA 28
Seguro médico, plan complementario, medicina prepagada u otro seguro	02	PASE A PREGUNTA 28
Seguro obligatorio de accidentes, de tránsito (SOAT)	03	PASE A PREGUNTA 28
Recursos propios y /o familiares	04	PASE A PREGUNTA 27
Otra		

27. Por qué razón utilizó recursos propios y /o familiares para cubrir la atención en salud.

Los servicios, medicamentos o procedimientos no estaban incluidos en el POS	01
Seleccioné un proveedor por fuera de los que me ofrece mi EPS	02
Para que fuera más rápida la atención	03
No me dieron la atención a tiempo	04
Salía más barato	05
Otras	

28. Solo para los que pertenezcan al régimen contributivo: Alguna vez la EPS le ha negado un servicio de salud debido a problemas con el pago de sus aportes (demoras o no registro de los pagos)

SI	01
NO	02

Anexo 5. Cronograma:

Cronograma												
Actividades	Mes/Año											
	1/ 20 21	2/2 02 1	3/2 02 1	4/2 02 1	5/2 02 1	6/2 02 1	7/2 02 1	8/2 02 0	9/2 02 0	10/ 20 20	11/ 20 20	12/ 20 20
Revisión de antecedentes								X				
Problematización, justificación y objetivos									X			
Marco teórico									X			
Diseño metodológico, presentación de propuesta comité de ética										X		
Marco interdisciplinar, legal e institucional		X										
Periodo intersemestral												
Aplicación					X							
Sistematización y análisis de resultados						X						
Discusión y conclusiones							X					

Nota: los espacios marcados indican actividades ya realizadas.