



Universidad Nacional

**SAN LUIS GONZAGA**



## **Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional**

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA  
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA  
EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD



AT 2025-FFBB-055

**CONSTANCIA**

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título de **Informe final de tesis** es:

**Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en  
pacientes con dislipidemia atendidos en el Centro de Salud La  
Palma Grande, Ica 2023**

Presentado por:

**GERONIMO CALDERON FRANK JONATHAN**

**Bachiller** del nivel **PREGRADO** de la Facultad de **FARMACIA Y BIOQUÍMICA**. El resultado obtenido es 2% por el cual se otorga el calificativo de:

**APROBADO**, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Con Código de Matricula: 20171082

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Ica, 24 de junio de 2025

.....  
Dr. PEÑA GALINDO JULIO JOSE  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION  
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA  
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION

Facultad de Farmacia y Bioquímica



## TÍTULO

Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes  
con dislipidemia atendidos en el Centro de Salud La Palma Grande,  
Ica 2023

Línea de Investigación

Salud Pública y Conservación del Medio Ambiente

INFORME FINAL DE TESIS

Autor:

BACH. FRANK JONATHAN GERÓNIMO CALDERÓN

Ica – Perú

2025

## **DEDICATORIA**

### **A mis abuelos:**

Guías celestiales, cuyo amor sabio ha iluminado cada paso en mi andar.

### **A mis padres:**

Pilar incansable, cuya fe y entrega forjaron en mí la voluntad de alcanzar este logro.

### **A mis familiares:**

Compañía entrañable, cuyo afecto constante me sostuvo hasta ver cumplido este anhelo.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Dios**

Fuente nutricia de mi temple y faro en cada encrucijada: su inagotable amor y sapiencia han sido el soplo vital que me ha impulsado a persistir sin desfallecer.

**A mi asesor** Dr. Juan Felipe Panay Centeno, le agradezco sinceramente por su apoyo y su guía esclarecedora han sido pilares imprescindibles en la forja de esta obra investigativa.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen	vii
Abstract	viii
I. Introducción	09
II. Estrategia metodológica	17
2.1. Tipo y diseño de la investigación	17
2.2. Variables	17
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	20
2.5. Procesamiento de recolección de datos	21
2.6. Aspectos éticos	21
III. Resultados	22
IV. Discusión	45
V. Conclusiones	46
VI. Recomendaciones	47
VII. Referencias bibliográficas	48
VIII. Anexos	51
Anexo 1: Matriz de consistencia	51
Anexo 2: Consentimiento Informado	52
Anexo 3: Ficha de Recolección de datos	53
Anexo 4: Permiso	55
Anexo 5: Resolución de aprobación de Proyecto de investigación.	56
Anexo 6: Evidencia de trabajo en campo	58

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor edad	22
Tabla 2: Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor género	23
Tabla 3: Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor ocupación	24
Tabla 4: Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor nivel de instrucción	25
Tabla 5: Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor tiempo de tratamiento	26
Tabla 6: Respuestas a la dimensión factores socioeconómicos	27
Tabla 7: Respuestas a la dimensión factores relacionados con el tratamiento	28
Tabla 8: Respuestas a la dimensión factores relacionados al paciente	29
Tabla 9: Adherencia al tratamiento	30
Tabla 10: Asociación entre la edad y la no adherencia al tratamiento	31
Tabla 11: Asociación entre el género y la no adherencia	32
Tabla 12: Asociación entre la ocupación y la no adherencia	33
Tabla 13: Asociación entre el nivel de instrucción y la no adherencia.	34
Tabla 14: Asociación entre el tiempo de tratamiento y la no adherencia.	35
Tabla 15: Tabla de contingencia ítem 1.	36
Tabla 16: Tabla de contingencia ítem 2	36
Tabla 17: Tabla de contingencia ítem 3	37
Tabla 18: Tabla de contingencia ítem 4	37
Tabla 19: Tabla de contingencia ítem 5	38
Tabla 20: Tabla de contingencia ítem 6	38
Tabla 21: Tabla de contingencia ítem 7	39
Tabla 22: Tabla de contingencia ítem 8	39
Tabla 23: Tabla de contingencia ítem 9	40
Tabla 24: Tabla de contingencia ítem 10	40
Tabla 25: Tabla de contingencia ítem 11	41
Tabla 26: Tabla de contingencia ítem 12	41
Tabla 27: Tabla de contingencia ítem 13	42
Tabla 28: Tabla de contingencia ítem 14	42
Tabla 29: Relacion entre los factores socioeconómicos, relacionados al tratamiento y al paciente con la no adherencia.	43

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor edad	22
Figura 2: Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor género	23
Figura 3: Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor ocupación	24
Figura 4: Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor nivel de instrucción	25
Figura 5: Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor tiempo de tratamiento	26
Figura 6: Respuestas a la dimensión factores socioeconómicos	27
Figura 7: Respuestas a la dimensión factores relacionados con el tratamiento	28
Figura 8: Respuestas a la dimensión factores relacionados al paciente	29
Figura 9: Adherencia al tratamiento	30
Figura 10: Asociación entre la edad y la no adherencia al tratamiento.	31
Figura 11: Asociación entre el género y la no adherencia.	32
Figura 12: Asociación entre la ocupación y la no adherencia.	33
Figura 13: Asociación entre el nivel de instrucción y la no adherencia.	34
Figura 14: Asociación entre el tiempo de tratamiento y la no adherencia.	35

## **RESUMEN**

### **OBJETIVO**

Determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con dislipidemia atendidos en el Centro de Salud La Palma Grande, Ica 2023

### **METODOLOGÍA**

Este estudio fue de carácter aplicado y descriptivo, desarrollado bajo un enfoque no experimental. La población analizada estuvo compuesta por 81 pacientes que reciben atención en el Centro de Salud La Palma, de los cuales se seleccionó una muestra de 68 personas. Para la recolección de información se utilizó la técnica de la encuesta, siendo el instrumento una ficha diseñada especialmente para recopilar los datos necesarios.

### **RESULTADOS**

Los hallazgos revelan que el nivel de compromiso con el tratamiento es bajo: apenas el 23,53 % de los encuestados cumple adecuadamente con las indicaciones médicas. Entre las causas principales de esta falta de adherencia destacan factores de índole socioeconómica, como la dificultad para cubrir los costos de los medicamentos debido a ingresos insuficientes. Asimismo, se identificaron obstáculos ligados al propio tratamiento, tales como el desconocimiento sobre cómo tomar adecuadamente los fármacos en relación a la dosis y la aparición de efectos secundarios. Finalmente, también influyen aspectos personales del paciente, como la falta de conciencia sobre la importancia de seguir el tratamiento y la forma de cuidarse o la creencia de que el cuidado de su salud no depende exclusivamente de sí mismo.

### **CONCLUSIÓN**

Se concluye que la baja adherencia al tratamiento en pacientes con dislipidemias atendidos en el Centro de Salud La Palma Grande está asociada principalmente con factores económicos, dificultades relacionadas con el régimen terapéutico, y actitudes o percepciones propias de los pacientes.

***Palabras clave: dislipidemia, factores asociados, adherencia.***

## **ABSTRACT**

### **OBJETIVE**

Determine the factors associated with non-adherence to treatment in patients with dyslipidemia treated at the La Palma Grande Health Center, Ica 2023.

### **METHODOLOGY**

This study was applied and descriptive, conducted using a non-experimental approach. The population analyzed consisted of 81 patients receiving care at the La Palma Health Center, from whom a sample of 68 was selected. The survey technique was used to collect data, using a specially designed form to compile the necessary information.

### **RESULTS**

The findings reveal that the level of treatment commitment is low: only 23.53% of those surveyed adequately follow medical instructions. Among the main causes of this lack of adherence are socioeconomic factors, such as difficulty covering medication costs due to insufficient income. Treatment-related obstacles were also identified, such as lack of knowledge about how to properly take medications and the occurrence of side effects. Finally, personal patient factors also play a role, such as a lack of awareness about the importance of following treatment and how to take care of themselves, or the belief that their health care does not depend solely on themselves.

### **CONCLUSION**

It is concluded that low treatment adherence in patients with dyslipidemia treated at the La Palma Grande Health Center is primarily associated with economic factors, difficulties related to the therapeutic regimen, and patients' own attitudes or perceptions.

***Keywords: dislipidemia, factores asociados, adherencia***

## I. INTRODUCCIÓN

La dislipidemia, también conocida bajo el apelativo técnico de hiperlipidemia, constituye una alteración patológica del equilibrio lipídico sanguíneo, manifestada por incrementos notables de TG, CT y LDL-C, acompañados por una mengua de HDL-C. Esta entidad clínica, carente de síntomas manifiestos, se erige, según múltiples tratados médicos, como uno de los detonantes cardinales de diversas afecciones sistémicas a escala planetaria (1).

Conforme a los compendios estadísticos de la OMS, la proporción global de individuos mayores de 25 años aquejados por hipercolesterolemia en 2018 alcanzó un 39%. Si desglosamos este fenómeno por zonas geográficas, Europa ostenta un 54%, el Sudeste Asiático registra un 29% y África, sin distinción de género, marca un 22% (2).

En el contexto latinoamericano, los hallazgos de un estudio desarrollado en territorio venezolano en 2019 revelan que la dislipidemia aqueja al 86,9% de la muestra analizada, de los cuales el 91,6% correspondía a féminas y el 70,2% a hombres ; únicamente un escaso 13% presentaba una lipemia normolipémica. A continuación, se consignan valores desglosados de prevalencia específica: LDL-C elevada en solitario (24,7%), TG aumentados de manera aislada (18,2%), HDL-C deprimida (13,5%) y combinación dislipidémica mixta (13,5%). En un análisis efectuado en Colombia, la prevalencia de hiperlipidemia se elevó hasta un 41,8%, dentro del cual la hipercolesterolemia se cifró en un 46% y la dislipidemia total en un 74,7%, modulada por variaciones etarias y sexuales. En tierras ecuatorianas, los padecimientos vinculados a la dislipidemia emergen como un componente sustancial dentro del panorama sanitario nacional. Las pesquisas más actuales indican que un 13,6% de la ciudadanía convive con dicha afección. Se ha determinado además que el sexo influye de forma apreciable en su incidencia: los varones entre 45 y 54 años presentan la mayor frecuencia, seguidos por mujeres comprendidas entre los 55 y 64 años. En suma, se trata de una afección prevalente en la población mixta afectada por dislipidemia.(3,4).

En el escenario peruano, la dislipidemia también ha inscrito su huella en el perfil epidemiológico nacional. Diversas indagaciones revelan que cerca de uno de cada cinco ciudadanos peruanos — equivalente al 19,6% de los individuos mayores de 20 años padece el mal. A este panorama se añade una proporción considerable de sujetos que presentan TG y LDL-C en cotas anómalamente elevadas, afectando a aproximadamente el 15% y el 13% de la población, respectivamente. (2).

## **Antecedentes de la Investigación**

Según lo expuesto por Medina (5) en 202 —cuyos hallazgos emergen de un meticuloso examen empírico en la ciudad de Trujillo, Perú— se emprendió una indagación cuyo núcleo fue descifrar si una constelación de factores, entre ellos la ignorancia sustancial respecto a la patología, el consumo simultáneo de múltiples fármacos, la fractura en la estructura familiar, el hábito del ocio corporal y ciertos rasgos del tejido socioeconómico, se correlacionaban con la adherencia o falta de ella al régimen terapéutico hipolipemiente en individuos diagnosticados con dislipidemia y atendidos. La pesquisa adoptó una modalidad observacional de corte transversal con cariz analítico, valiéndose del recurso de la encuesta como instrumento de recopilación, sobre una cohorte de 161 sujetos. Con el propósito de dilucidar las correlaciones entre los factores autónomos y la constancia terapéutica, los indagadores emplearon la razón de prevalencia (ORp) acompañada de sus intervalos de certidumbre al 95%, valiéndose igualmente de artefactos estadísticos tales como la prueba chi-cuadrado y el esquema de regresión multivariada, todo ello circunscrito a un nivel de significancia estadística estipulado en el 5%. (esto es,  $p < 0,05$ ). Los resultados revelaron que la descomposición del entramado familiar y la ignorancia sobre la naturaleza de la enfermedad emergieron como elementos decisivos en la explicación de la escasa fidelidad terapéutica, alcanzando una ORp de 2,57 y un grado de notoriedad menor a 0,05. A su vez, otros componentes del perfil sociodemográfico —como el grado de instrucción formal ( $p=0,04$ ), la edad cronológica ( $p=0,035$ ) y el estado conyugal ( $p=0,024$ )— demostraron poseer vínculos estadísticamente significativos con el incumplimiento del tratamiento prescrito.

Ruiz et al. (6), en el año 2020, llevaron a cabo una pesquisa en la urbe de Guayaquil, Ecuador, cuyo cometido fue auscultar la prevalencia de dislipidemia en individuos portadores de obesidad. Adoptaron un esquema investigativo de índole correlacional, retrospectivo y transversal, con una cohorte de 150 sujetos corpulentos atendidos en consulta ambulatoria de un nosocomio guayaquileño. Fueron examinadas variables tales como la cronología vital, el sexo, el cociente ponderoestatural y ciertos marcadores bioquímicos. Se observó una primacía del sexo masculino (62,6%) y de sujetos septuagenarios o mayores (42,0%). El 66% presentó cifras de colesterol dentro del umbral de peligrosidad elevada a extremadamente elevada, y un 16% se catalogó en la franja de riesgo alto con valores superiores a 240 mg/dl. De igual modo, 62 examinados mostraron triglicéridos superiores a 150 mg/dl. La indagación evidenció una congruencia manifiesta entre la obesidad y los trastornos lipídicos, dado que la totalidad de los analizados exhibió alguna perturbación en su perfil lipoproteico.

Por su parte, Carrero y su equipo (7), también en 2020, llevaron a cabo un análisis en el departamento del Atlántico, Colombia, centrado en evaluar el impacto terapéutico de los probióticos en el abordaje dietético de la dislipidemia como factor predisponente a patologías cardiovasculares. Se trató de una indagación retrospectiva, de índole descriptiva y comparativa, que abarcó elementos tales como el espectro lipídico, la administración de microorganismos probióticos y la incidencia de dislipemia. Fueron escrutadas 135 disertaciones científicas publicadas entre los años 1965 y 2020, evaluadas en el lapso comprendido entre febrero de 2019 y febrero de 2020. Los indicios recabados avalan que los probióticos pueden coadyuvar a la merma del colesterol total y del colesterol asociado a lipoproteínas de densidad menguada en adultos con hipercolesterolemia, además de aminorar la contingencia de manifestación de afecciones cardiovasculares.

Pagés y Valverde (8), en el calendario de 2018, consumaron una indagación en la urbe barcelonesa, dentro del reino hispánico, con la finalidad cardinal de auscultar y perfilar una constelación de elementos que influyen en la perseverancia hacia las acciones terapéuticas y fármacos dirigidos a alterar determinadas pautas comportamentales. Para tal propósito, acometieron una exégesis meticulosa en la compendiosa base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina situada en Washington, D.C. (MEDLINE: PubMed), cribando manuscritos primarios atinentes al tópico. Su pesquisa develó que la fidelidad farmacológica se erige como una praxis de complejidad intrínseca, sujeta a una miríada de condicionantes, entre los que prevalecen dimensiones pecuniarias, comunitarias, sanitarias, nosológicas y idiosincráticas. Así, se desprende que la implicación terapéutica constituye una actitud mutable que exige un enfoque personalizado y singularizado para optimizar su rendimiento.

Simultáneamente, Pascual F. (9), en el año precedente (2017), emprendió una pesquisa también en Barcelona, centrando su lente en escrutar la constancia en la ingesta de estatinas por parte de pacientes hiperlipidémicos radicados en Kuwait, con el anhelo de dilucidar las variables asociadas a una observancia menguada y su conexión con el perfil de riesgo. La indagación comprendió individuos entre 30 y 69 años, atendidos en una institución sanitaria primaria kuwaití, a quienes se les practicaron entrevistas sobre datos sociodemográficos, situación fisiopatológica y prescripciones farmacológicas. Se recurrió a la Escala de Adherencia de Morisky para calibrar la regularidad en el consumo de estatinas. Se constató una menor persistencia terapéutica en sujetos mozos con escasa pluripatología. De los 200 interrogados, 117 (58,5%) evidenciaron baja constancia, 83 (41,5%) moderada, y ninguno ostentó alta adherencia. Los participantes entre 30 y 50 años presentaron menor seguimiento

que los mayores de 50, y aquellos sin diagnóstico de diabetes (113; 56,5%) exhibieron menor compromiso que los portadores de dicha afección (OR 0,42; IC 95%: 0,23–0,75;  $p < 0,01$ ). Se advirtió además una vinculación significativa entre la inconstancia terapéutica y valores elevados de colesterol sérico ( $p < 0,001$ ) y lipoproteínas de baja densidad ( $p < 0,01$ ).

Sapunar, et al., (10) en el 2017, divulgaron una pesquisa llevada a cabo en la metrópoli de Santiago, Chile, cuyo propósito axial fue cuantificar la incidencia de dislipemia y el peligro cardiovascular en infantes en etapa escolar y púberes. Para tal fin, ejecutaron una indagación de corte transversal sobre una cohorte de 208 sujetos con una media etaria de  $10,4 \pm 1,0$  años. Se procedió a la recolección de muestras hemáticas en estado de ayuno, con el objeto de dosificar colesterol total, HDL, triglicéridos y glucemia. Los dictámenes revelaron que el 38% de los intervinientes presentaban dislipemia, sin discrepancias notorias entre las fases de maduración sexual o puberal. No obstante, la prevalencia resultó marcadamente superior en infantes con sobrepeso mórbido (54%;  $p < 0,01$ ) y perímetro abdominal por encima del percentil 90 (61%;  $p < 0,01$ ). Concomitantemente, conforme al índice ateroesclerótico plasmático (AIP), se determinó que el 54% de los menores ostentaban un elevado riesgo de desarrollar aterosclerosis, vinculado con factores dietéticos, variaciones antropométricas y resistencia insulínica. Como precisiones, se documentó una prevalencia elevada de dislipemia en la población estudiada, la cual se asoció estrechamente con un riesgo cardiometabólico significativo. El índice de aterogenicidad, y en particular el AIP, mostró vinculación con adiposidad central, condición nutricional y parámetros.

Chasiliquín (11), en el ciclo anual de 2017, expuso una indagación ejecutada en la región de Cotopaxi, Ecuador, cuyo objetivo medular consistió en “Elucidar las variables que inciden en la inobservancia del régimen terapéutico no farmacológico en sujetos diagnosticados con dislipidemia en el Hospital General Provincial de Latacunga durante el lapso comprendido entre enero y junio del mencionado año”. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo con una muestra de 145 individuos de entre 18 y 64 años aquejados de dislipemia, valiéndose del escrutinio y disección de expedientes clínicos. Los hallazgos evidenciaron una tasa de hipercolesterolemia del 36,6%, aunque sin significancia estadística. En cuanto a la distribución por sexos, el 44,1% presentó hipertrigliceridemia, especialmente en varones de 45 a 54 años y mujeres entre 55 y 64 años; asimismo, un 19,3% manifestó dislipidemia mixta. Se constató que el 79,3% de los pacientes recibieron tratamiento farmacológico, mientras que el 20,7% fueron sometidos a prescripciones dietéticas. Apenas el 49,6% acudía a revisiones sanitarias trimestrales, y solo el 26,3% se sometía a evaluaciones integrales. El 20% poseía algún grado

de conocimiento previo sobre su condición, en tanto que el 62,4% manifestó ignorancia o escasa información respecto a intervenciones dietéticas útiles. Se determinó que únicamente una cuarta parte de los pacientes dislipidémicos se encontraba debidamente controlada.

Por otro lado, Lemus (12), en el año 2018, presentó una exploración efectuada en Galicia, España, cuyo propósito capital fue dilucidar los impedimentos que obstaculizan la adhesión completa al itinerario terapéutico. Se efectuó un análisis observacional, descriptivo y de corte transversal en individuos con índice de masa corporal igual o superior a 30, y edades entre 18 y 75 años. Se emplearon instrumentos como el Cuestionario de Estilo de Vida sobre Peso y Obesidad, Fight Test, FACES III, test de Morisky-Green, test de Haynes-Sackett y la escala evaluativa ICCAT. Los resultados pusieron de manifiesto que la principal causa de incumplimiento terapéutico entre personas con obesidad radica en la omisión de actividad física y la inobservancia de una dieta equilibrada. No obstante, la literatura científica subraya que la falta de adherencia constituye una problemática poliédrica, influida por cinco dimensiones cardinales: el entramado socioeconómico, los servicios de atención sanitaria, las características de la enfermedad, los aspectos del tratamiento y los factores individuales del paciente. En suma, se concluyó que los agentes de salud desempeñan una función crucial en la detección y mitigación de tales obstáculos para fomentar una mayor constancia terapéutica en pacientes con exceso ponderal.

Parody y coautores (13), en el año 2019, difundieron una pesquisa efectuada en Cali, Colombia, cuyo propósito esencial fue “dilucidar la prevalencia y los elementos correlacionados con la inobservancia terapéutica evaluada mediante diversas pruebas laboratoriales en pacientes asistidos en un programa de atención primaria perteneciente a una unidad de vigilancia crónica integral”. La investigación adoptó un diseño descriptivo e incluyó sujetos con hipertensión, dislipidemia y diabetes mellitus bajo tratamiento farmacológico. Se emplearon los test de Haynes-Sackett, Morisky-Green y Batalla, complementados con un cuestionario especializado para valorar la observancia de pautas no farmacológicas. Se consideraron variables sociodemográficas, morbilidad, régimen medicamentoso y hábitos de vida. Participaron 85 individuos, de los cuales el 68% correspondía al sexo femenino, con una media etaria de 59 años. Según la prueba de Haynes-Sackett, el 91% fue catalogado como adherente; en contraste, la prueba de Morisky-Green indicó un 20%, y la de Batalla un 64%. El apego a las recomendaciones no farmacológicas alcanzó el 59%. Se observó asociación entre la edad, el retiro laboral y la fidelidad terapéutica. La tasa de cumplimiento osciló entre el 20% y el 91%, en función del instrumento aplicado, siendo esta variabilidad atribuible a

factores vinculados al quehacer ocupacional y a la cronología vital del paciente.

Moreno y colaboradores (14), en ese mismo año (2019), presentaron una indagación llevada a cabo en Zaragoza, España, cuyo objetivo consistió en “describir la constancia terapéutica en afecciones como diabetes, dislipidemia e hipertensión arterial, así como identificar las variables condicionantes de dicha adherencia”. Se trató de un estudio observacional, transversal y retrospectivo que incorporó a 16.208 individuos mayores de 65 años que iniciaron monoterapia con fármacos antidiabéticos, hipolipemiantes y antihipertensivos durante el año 2010. La persistencia farmacológica se calculó al cabo de un año de seguimiento, considerándose adherente a quien mantuviera una posesión de medicación igual o superior al 80%. Los resultados reflejaron que el 72,4% mantenían el uso de antidiabéticos, el 50,7% antihipertensivos y el 44,3% hipolipemiantes. Se evidenció que, por cada comorbilidad adicional, la adhesión aumentaba entre un 3% y un 8%. No se detectó influencia de trastornos psiquiátricos en la adherencia, y variables como sexo, edad y número de fármacos prescritos no mostraron efectos consistentes. En síntesis, se concluyó que la presencia de múltiples enfermedades crónicas favorece la constancia terapéutica, mientras que otras características demográficas y farmacológicas no exhibieron una vinculación uniforme.

La exposición del dilema investigativo, las metas formuladas y las conjeturas inferenciales se detallan en lo sucesivo:

### **Problema general**

¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento (AT) en pacientes con dislipidemia tratados en el Centro de Salud La Palma Grande (CSLPG), Ica 2023?

### **Problemas específicos**

#### **Problema específico 1**

¿Cuál es la relación entre los factores socioeconómicos y la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023?

#### **Problema específico 2**

¿Cuál es la relación entre los factores relacionados al tratamiento y la no adherencia en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023?

#### **Problema específico 3**

¿Cuál es la relación entre los factores relacionados al paciente y la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023?

## **Justificación**

La investigación halló su justificación en la imperiosa necesidad de aportar un acervo actualizado y minucioso respecto a las múltiples variables entrelazadas con la inobservancia terapéutica en adultos con dislipidemias. Se llevará a cabo un examen exhaustivo de elementos sociodemográficos, terapéuticos y rasgos intrínsecos de los sujetos, a partir de los cuales podrán delinarse estrategias de intervención orientadas a mejorar la constancia en el cumplimiento del tratamiento, prevenir secuelas derivadas de estas alteraciones lipídicas y, en consecuencia, optimizar la eficiencia en la asignación de los recursos del entramado sanitario.

## **Objetivo General**

Determinar los factores asociados a la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023

## **Objetivos específicos**

### **Objetivo específico 1**

Identificar la relación entre los factores socioeconómicos y la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023

### **Objetivo específico 2**

Identificar la relación entre los factores relacionados al tratamiento y la no adherencia en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023

### **Objetivo específico 3**

Identificar la relación entre los factores relacionados al paciente y la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023

## **Hipótesis General**

### **Hipótesis alterna**

Existen factores asociados a la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023

### **Hipótesis nula**

No existen factores asociados a la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023

## **Hipótesis específicas**

### **Hipótesis específica 1**

H<sub>0</sub>: No existe relación entre los factores socioeconómicos y la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023

H<sub>a</sub>: Existe relación entre los factores socioeconómicos y la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023

**Hipótesis específica 2**

H<sub>0</sub>: No existe relación entre los factores relacionados al tratamiento y la no adherencia en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023

H<sub>a</sub>: Existe relación entre los factores relacionados al tratamiento y la no adherencia en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023

**Hipótesis específica 3**

H<sub>0</sub>: No existe relación entre los factores relacionados al paciente y la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023

H<sub>a</sub>: Existe relación entre los factores relacionados al paciente y la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023

Para la confección del presente trabajo se articularon los siguientes capítulos:

- **Capítulo I:** En esta fracción se exhibe la realidad problemática, abarcando los antecedentes, la formulación del problema y objetivo.
- **Capítulo II: Estrategia Metodológica,** en esta división se pormenoriza el procedimiento epistémico empleado y el artefacto que coadyuvó en la captación de los datos.
- **Capítulo III: Resultados,** se muestran los tablas y figuras con las respuestas a las interrogantes de la ficha de la recolección de datos.
- **Capítulo IV: Discusión,** donde se desmenuzan los hallazgos obtenidos comparándolos con los resultados de los antecesores y su relación.
- **Capítulo V: Conclusiones,** se detalla las conclusiones que se obtuvieron en la realización de dicho trabajo.
- **Capítulo VI: Recomendaciones,** donde se suministraron las proposiciones orientadas a la enmienda de la problemática, teniendo en cuenta aquellos resultados y conclusiones.

## II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

### 2.1. Tipo y diseño de Investigación

#### 2.1.1. Tipo de investigación

La indagación acorde su fin fue aplicada, ya que se centra en la utilización de conocimientos y teorías científicas para resolver problemas prácticos específicos (15).

#### 2.1.2. Nivel de investigación

Descriptiva, correlacional, prospectiva de corte transversal, ya que se enfocó en solo describir las características de una población determinada (16).

#### 2.1.3. Diseño de Investigación

La arquitectura investigativa adoptada en la presente indagación correspondió a un modelo no experimental de índole descriptiva. En virtud de que el fenómeno fue únicamente contemplado en su manifestación empírica, el indagador se abstuvo de toda injerencia, permaneciendo las variables inalteradas. Se configuró bajo la siguiente estructura:

M ----- O

Donde se expresa:

- M = Representa de la muestra
- O = Información relevante

### 2.2. Variables

#### Variable 1: Factores

##### Factores socioeconómicos

- Suficiencia de ingresos.
- Disponibilidad económica para traslado
- Capacidad para costear medicamentos
- Apoyo familiar en el tratamiento.

##### Factores relacionados al tratamiento

- Interferencia de ocupaciones en el tratamiento
- Dificultad por distancia al centro de salud
- Efectos secundarios del tratamiento
- Dudas sobre la dosificación del tratamiento
- Abandono de tratamiento por mejoría
- Dificultad para modificar hábitos

##### Factores relacionados al paciente

- Creencia en la eficacia del tratamiento.

- Interés en su salud y autocuidado.
- Valoración del tratamiento y autocuidado.
- Percepción de la responsabilidad respecto al cuidado de la salud.

**Variable 2: AT**

**Operacionalización de las variables**

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Factores asociados	Factores que pueden verse relacionados al consumo de medicamentos	Factores Socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Suficiencia de ingresos.</li> <li>-Disponibilidad económica para traslado.</li> <li>-Capacidad para costear medicamentos.</li> <li>-Apoyo familiar en el tratamiento.</li> </ul>	Ficha de recolección de datos
		Factores relacionados con el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Interferencia de ocupaciones en el tratamiento.</li> <li>-Dificultad por distancia al centro de salud.</li> <li>-Efectos secundarios del tratamiento.</li> <li>-Dudas sobre la dosificación del tratamiento.</li> <li>-Abandono de tratamiento por mejoría.</li> <li>-Dificultad para modificar</li> </ul>	Ficha de recolección de datos

			hábitos.	
		Factores relacionados al paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Creencia en la eficacia del tratamiento.</li> <li>-Interés en su salud y autocuidado.</li> <li>-Valoración del tratamiento y autocuidado.</li> <li>-Percepción de responsabilidad respecto al cuidado de la salud.</li> </ul>	Ficha de recolección de datos
AT	Cumplir con el consumo de medicamentos según la prescripción médica	Adherente	4 respuestas	Test de Morisky-Green
		No Adherente	Al menos una respuesta incorrecta.	Test de Morisky-Green

### 2.2.1. Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por un contingente de 81 sujetos clínicamente tipificados con dislipidemias, atendidos en el CSLPG, Ica - 2023.

### 2.2.2. Muestra

Al disponerse del cúmulo poblacional íntegro, se procedió a emplear la expresión matemática pertinente para una población finita.

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{(N-1)d^2 + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

- N = Total
- $Z^2 = 1.96^2$  (95%)
- p = proporción precisada (0.5)
- q = 1 – p (en este caso 1 – 0.5 = 0.5)
- d = exactitud (5%) = 0.05

Sustituyendo los valores, se determinó empíricamente un tamaño muestral de 68 individuos, considerando exclusivamente a aquellos que cumplían con los requisitos estipulados en los parámetros de inclusión.

#### **Criterios de inclusión**

Sujetos de edad igual o superior a dieciocho años que concurran al Centro de Salud CSLPG

Individuos con dictamen clínico de dislipidemia bajo terapéutica vigente  
Personas que quieran formar parte de la presente indagación académica

#### **Criterios de exclusión**

Individuos que manifiesten su negativa a involucrarse en el presente trabajo investigativo.

### 2.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.

#### **Técnica**

Se empleo la encuesta

#### **Instrumento**

El I medio consta de las siguientes partes:

I Parte: Contiene los datos generales del paciente como la edad, género, ocupación, nivel de instrucción, tiempo de tratamiento.

II Parte: Contiene los factores asociados divididos en 3 dimensiones de estudio:

condicionantes socioeconómicos, aspectos inherentes a la terapéutica y variables atinentes al sujeto intervenido.

El artefacto investigativo en cuestión fue adoptado del estudio de Trujillo R (17), en virtud de su consonancia con las constantes contempladas en la presente indagación científica. El segundo dispositivo metodológico empleado correspondió al cuestionario Morisky-Green, herramienta de reconocimiento internacional, validada para la cuantificación del AT.

#### 2.4. Procedimiento de recolección de datos

I Etapa: A cada sujeto se le dilucidó el propósito del presente trabajo; una vez ilustrados, aquellos que consintieron participar firmaron el consentimiento informado, permitiendo así la implementación del instrumento.

II Etapa: Se procedió a la administración del dispositivo indagatorio sobre la totalidad del universo muestral; acto seguido, se confeccionó una matriz de datos en la plataforma Microsoft Excel, a partir de la cual se diseñaron cuadros y representaciones gráficas que coadyuvaron en la delimitación de los fines cognoscitivos.

III Etapa: En el entorno informático Microsoft Excel se ejecutó la contrastación de hipótesis por medio del estadístico de Pearson ( $\chi^2$ ). Así mismo para llegar a medir el grado de relación se empleó el Coeficiente V de Cramer para lo cual se tuvo presente estos valores:

- De 0 a 0.10, señala que no hay efecto.
- Desde 0.10 a 0.30, señala que el efecto es pequeño.
- Desde 0.30 a 0.50, señala un efecto moderado.
- Desde 0.50 a 1.00, señala que el efecto es grande.

En conclusión, se compuso el Documento Definitivo, en el cual se incorpora la disquisición de los hallazgos obtenidos en correlación con los datos exhumados en las indagaciones tomadas como precedentes investigativos.

#### 2.5. Aspectos éticos

Todos los datos obtenidos fueron tratados según el código de ética para la indagación de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga.

### III. RESULTADOS

**Tabla 01:** Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 30 años	2	2,94%
31 a 40 años	24	35,29%
41 a 50 años	22	32,35%
51 a más	20	29,42%
Total	68	100%

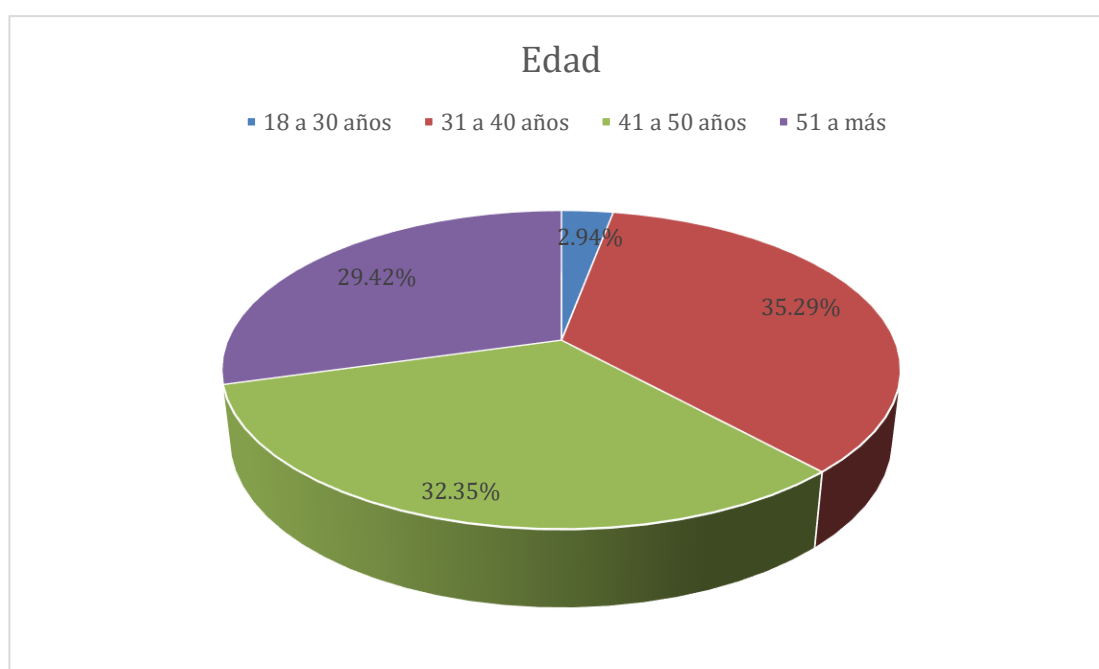


Figura 1: Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor edad

#### Análisis e interpretación

En el cuadro y diagrama subsiguientes se evidencia que la cohorte etaria con preponderancia en la participación corresponde al intervalo de 31 a 40, ostentando una representación del 35,29%; en contraposición, tan solo un 2,94% del contingente corresponde al rango de 18 a 30 años.

**Tabla 02:** Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	35	51,47%
Femenino	33	48,53%
Total	68	100%

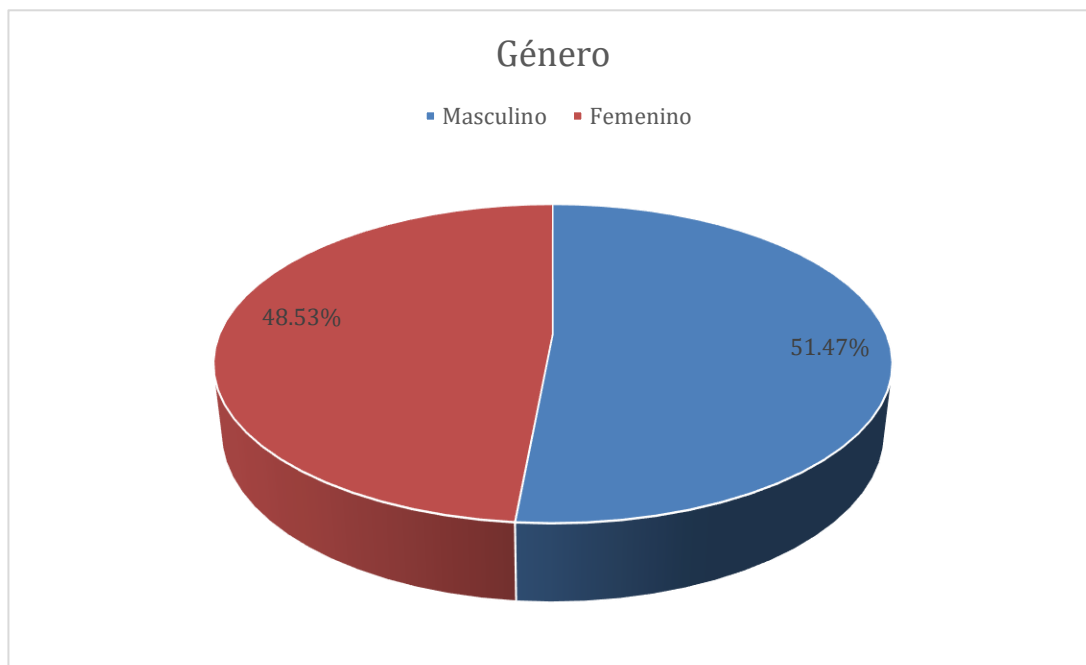


Figura 2: Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor género

#### Análisis e interpretación

En la imagen se observa que el sexo masculino presenta un porcentaje de participación del 51,47% a comparación del género femenino que presentó un porcentaje del 48,53%.

**Tabla 03:** Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	14	20,59%
Jubilado	12	17,65%
Desempleado	3	4,41%
Independiente	29	42,64%
Empleado	10	14,71%
Total	68	100%

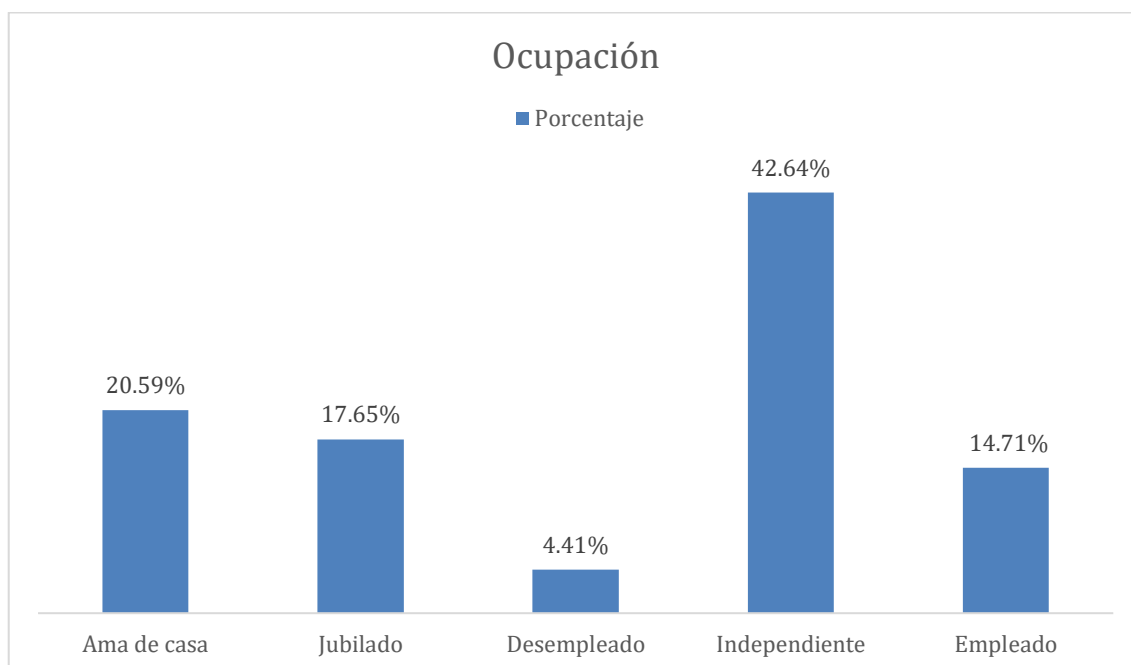


Figura 3: Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor ocupación

#### Análisis e interpretación

En la gráfica se precisa la distribución de los sujetos de estudio según su ocupación, encontrando que el 42,65% de los participantes trabaja de forma independiente, seguido de las amas que precisan el 20,59% de los pacientes, mientras que en menor porcentaje (4,41%) los pacientes se encuentran desempleados.

**Tabla 04:** Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor nivel de instrucción

Nivel de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Sin instrucción	6	8,82%
Primaria	10	14,71%
Secundaria	37	54,41%
Superior	15	22,06%
Total	68	100%

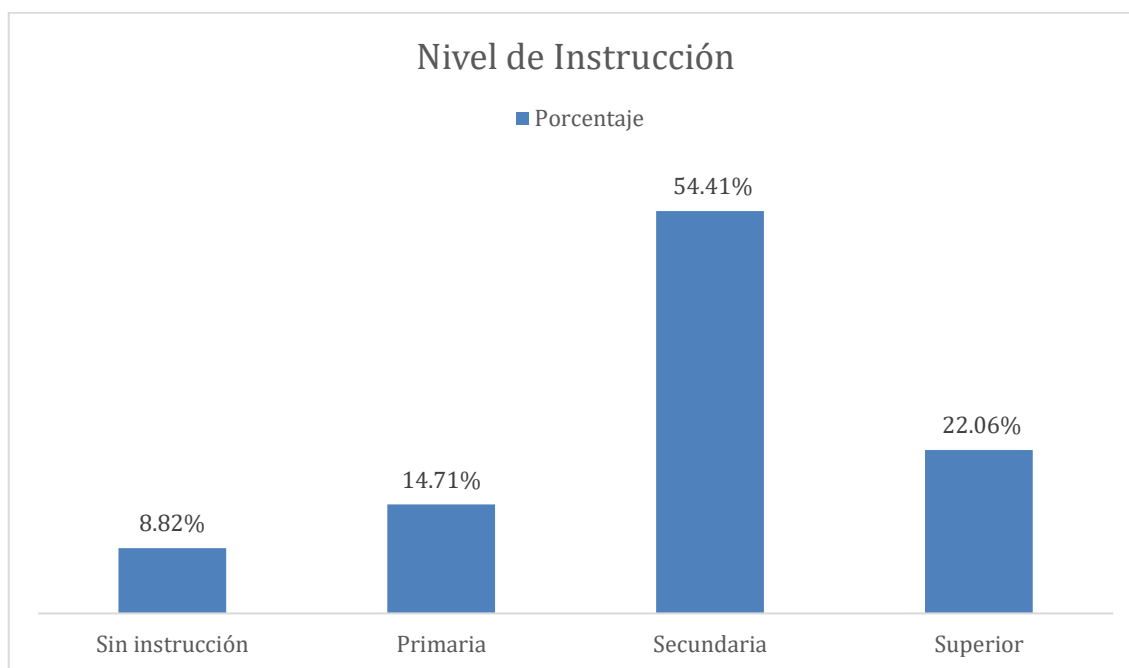


Figura 4: Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor nivel de instrucción

#### Análisis e interpretación

En la imagen se precisa el nivel de instrucción de los pacientes observando que el 54,41% de los participantes presenta secundaria completa seguido del 22,06% que presenta estudios superiores, mientras que sólo el 8,82% de los pacientes no presenta ningún tipo de estudios.

**Tabla 05:** Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor tiempo de tratamiento

Tiempo de Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Más de 1 mes	29	42,65%
Más de 3 meses	21	30,88%
Más de 6 meses	18	26,47%
Total	68	100%

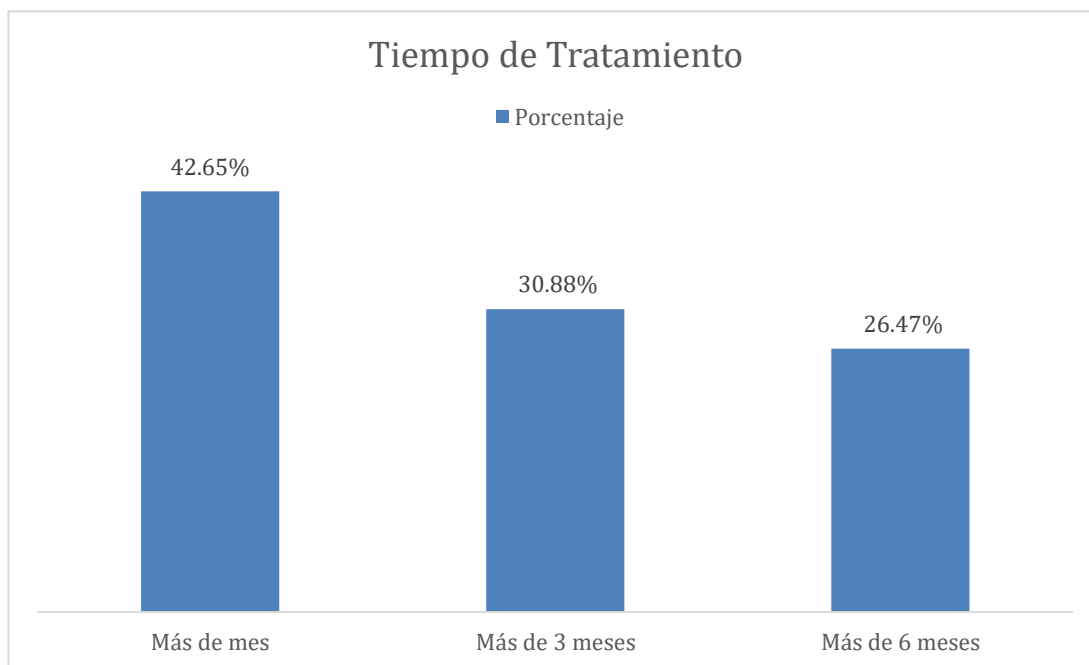


Figura 5: Disgregación porcentual del conglomerado muestral acorde el factor tiempo de tratamiento

#### Análisis e interpretación

En la gráfica se precisa el tiempo de tratamiento que llevan los pacientes, encontrando que el 42,65% de los pacientes lleva más de un mes de tratamiento, pero menos de 3 meses, mientras que sólo el 26,47% de los participantes presenta más de 6 meses de tratamiento.

**Tabla 06:** Respuestas a la dimensión factores socioeconómicos

No.	Dimensión 1: Factores socioeconómicos		Nunca	A veces	Siempre
1	¿Los ingresos económicos son suficientes para atender las necesidades básicas de su hogar?	f	12	41	15
		%	17.65%	60.29	22.06%
2	¿Dispone de dinero para trasladarse al lugar de la consulta?	f	26	22	20
		%	38.24%	32.35%	29.41%
3	¿Puede costearse los medicamentos?	f	22	23	23
		%	32.36%	33.82%	33.82%
4	¿Cuenta con el apoyo de su familia o allegados para cumplir su tratamiento?	f	15	28	25
		%	22.06%	41.18%	36.76%

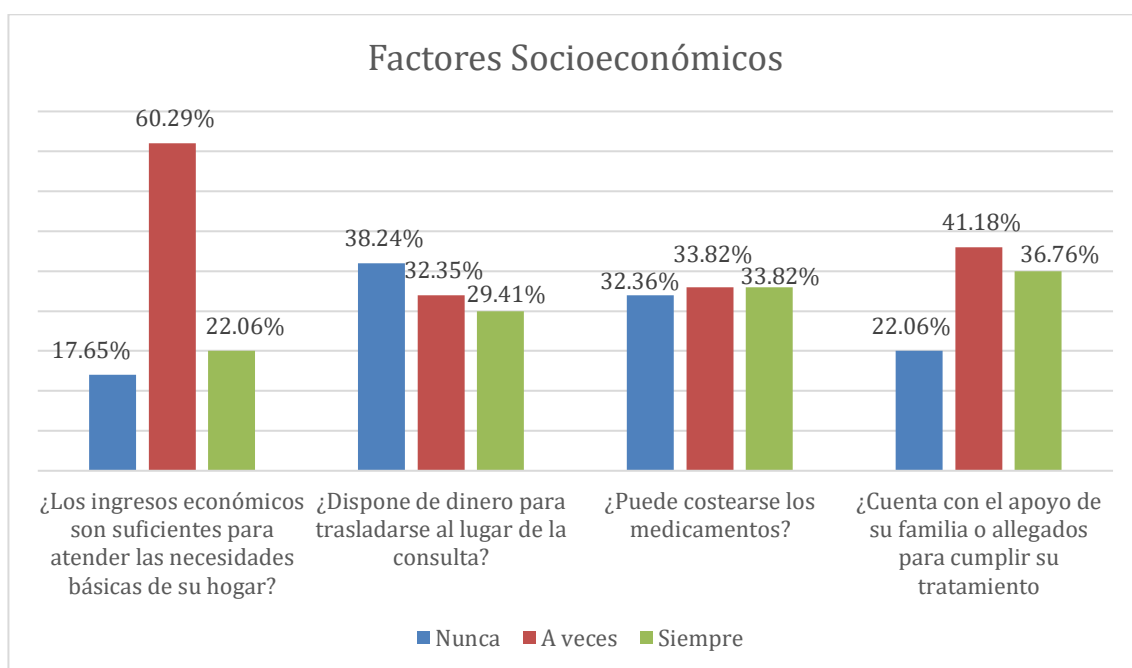


Figura 6: Respuestas a la dimensión factores socioeconómicos

#### Análisis e interpretación

En la tabla y gráfica adyacentes se constatan las respuestas a los determinantes socioeconómicos, advirtiéndose que la pluralidad de los sujetos refiere que en ocasiones sus emolumentos bastan para satisfacer requerimientos fundamentales; asimismo, la generalidad declara nunca disponer de recursos para su desplazamiento al recinto asistencial, mientras que una proporción significativa señala que en ocasiones o de modo constante logra adquirir sus fármacos; de igual modo, prevalece la afirmación de que eventualmente cuentan con el su familia para adherirse al régimen terapéutico.

**Tabla 07:** Respuestas a la dimensión factores relacionados con el tratamiento

N		Dimensión 2: Factores relacionados con el tratamiento			Nunca	A veces	Siempre
5	¿Las ocupaciones dentro y fuera del hogar le dificulta seguir su tratamiento?	f	26	22	20		
		%	38.24%	32.35%	29.41%		
6	¿La distancia de su casa al hospital le dificulta cumplir con sus citas programadas?	f	22	23	23		
		%	32.36%	33.82%	33.82%		
7	¿Desde que recibe el tratamiento se le ha presentado dolor de cabeza, náuseas, dolor de estómago, vértigos o algún otro malestar?	f	15	28	25		
		%	22.06%	41.18%	36.76%		
8	¿Tiene dudas en la manera de tomar sus medicamentos en cuanto a cantidad?	f	12	41	15		
		%	17.65%	60.29%	22.06%		
9	¿Si mejoran sus síntomas suspende su tratamiento?	f	26	22	20		
		%	38.24%	32.35%	29.41%		
10	¿Considera que hay hábitos difíciles de cambiar?	f	22	23	23		
		%	32.36%	33.82%	33.82%		

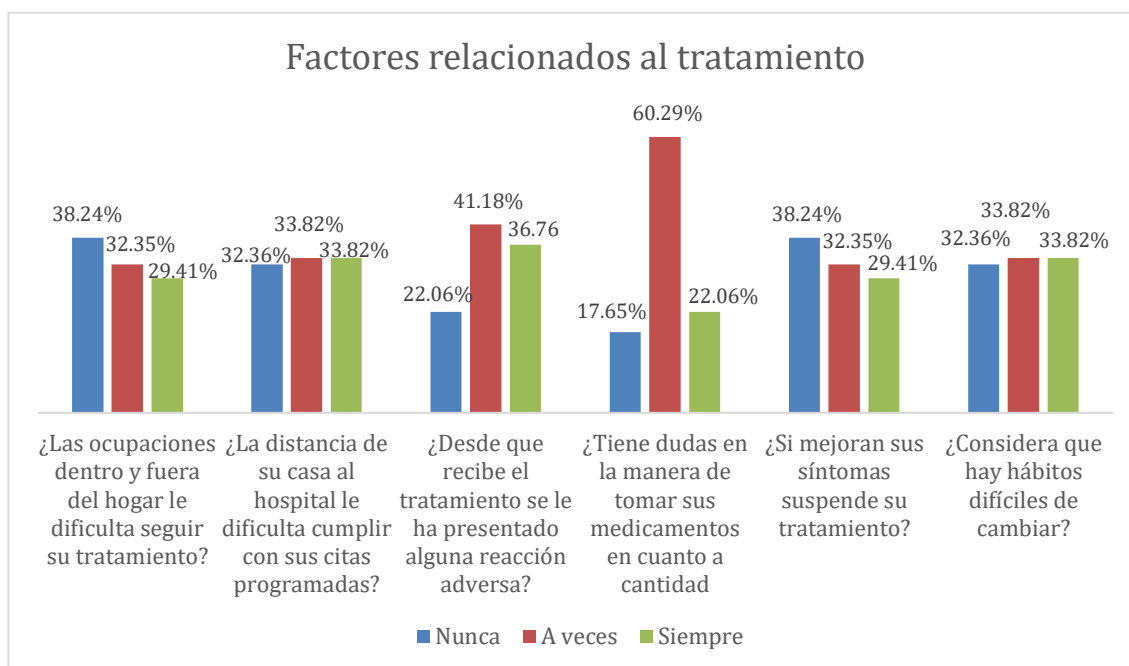


Figura 7: Respuestas a la dimensión factores relacionados con el tratamiento

#### Análisis e interpretación

En la tabla y esquema subsiguientes se develan las respuestas concernientes a los vectores vinculados con la terapéutica, constatándose que la preponderancia de los asistidos declara que jamás las labores domésticas entorpecen la prosecución de su régimen médico; un cúmulo significativo asevera que la lejanía entre su morada y el nosocomio constituye un impedimento para mantener sus consultas; una fracción considerable señala que eventualmente experimenta

efectos colaterales al recibir el abordaje farmacológico; una mayoría refiere que en ocasiones abriga incertidumbres respecto a la posología; igualmente, la mayor parte indica que jamás interrumpiría su tratamiento pese a manifestar mejoría; y por último, la mayoría sostiene que en ocasiones o con asiduidad existen hábitos cuya modificación representa un desafío.

**Tabla 08:** Respuestas a la dimensión factores relacionados al paciente

Dimensión 3. Factores relacionados al paciente			Nunca	A veces	Siempre
11	¿Tiene el convencimiento de que el tratamiento lo beneficia?	f	15	28	25
		%	22.06%	41.18%	36.76%
12	¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?	f	12	41	15
		%	17.65%	60.29%	22.06%
13	¿Cree que es importante seguir su tratamiento y la forma de cuidarse?	f	26	22	20
		%	38.24%	32.35%	29.41%
14	¿Considera que es el único responsable del cuidado de su salud?	f	18	34	16
		%	26.47%	50%	23.53%

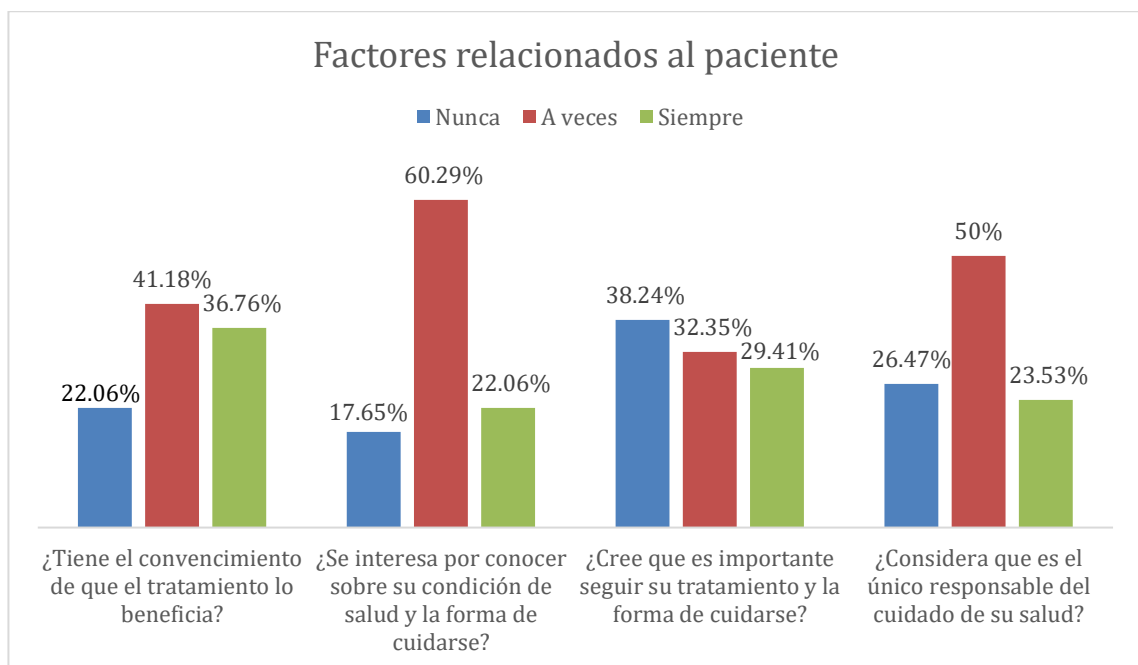


Figura 8: Respuestas a la dimensión factores relacionados al paciente

#### Análisis e interpretación

En el presente compendio tabular y gráfico se consignan las respuestas concernientes a los elementos inherentes al sujeto asistido, revelándose que la mayoría de los individuos tratados en ocasiones se percibe persuadida de que el proceder terapéutico le resulta provechoso; la mayoría, de igual modo, a veces se interesa por indagar sobre su estado fisiológico y las estrategias para su

resguardo; una proporción significativa sostiene que nunca cree relevante continuar con su tratamiento; finalmente una mayoría contempla que a veces la custodia de la propia salud depende de cada uno.

**Tabla 09:** AT

Adherencia	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	23,53%
No	52	76,47%
Total	68	100,00%

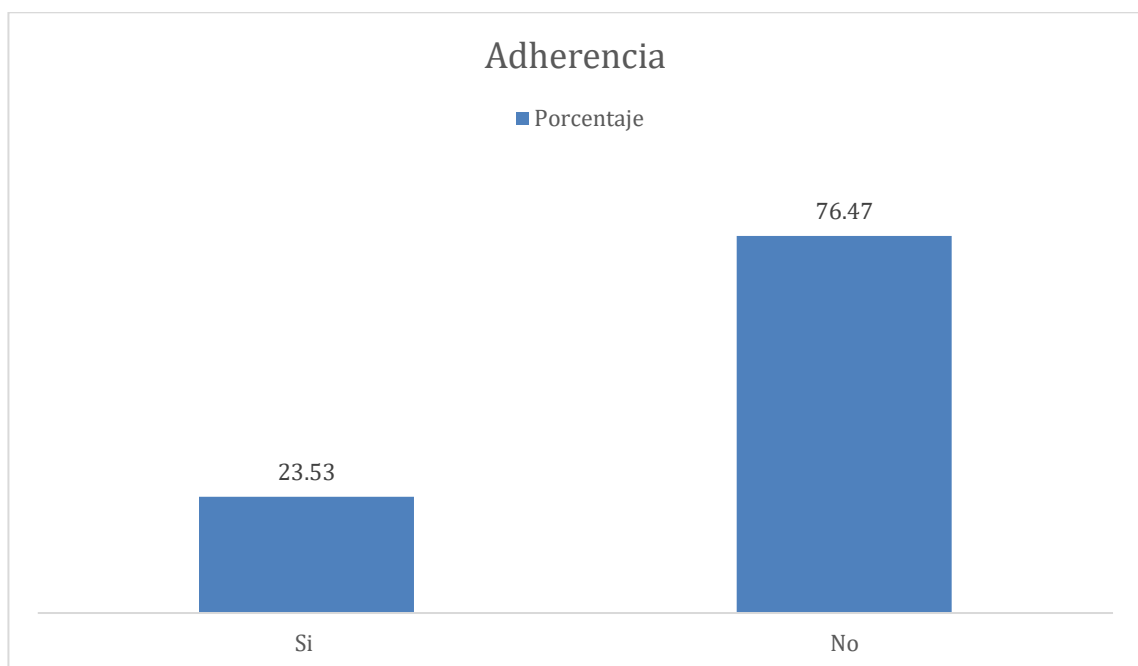


Figura 9: AT

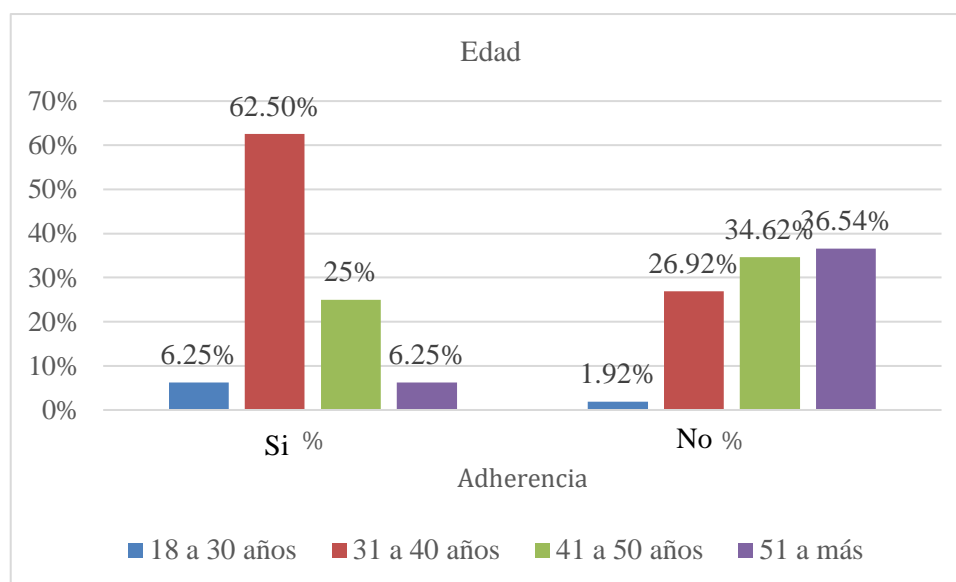
#### Análisis

En la tabla y gráfico adyacentes se vislumbra el grado de adherencia al tratamiento (AT) en individuos aquejados de dislipidemia, constatándose que un 76,47% de los mismos exhibe una no adherencia al cumplimiento del régimen farmacológico prescrito, en tanto que únicamente un 23,53% manifiesta una adherencia conforme a las indicaciones médicas estipuladas.

**Tabla 10:** Asociación entre la edad y la no AT

		Edad				Total	
		18 a 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	51 a más		
Adherencia	Si	f 1	10	4	1	16	Chi cuadrado = 9.33
	%	6.25%	62.5%	25	6.25%	23.53%	Chi crítico = 7.82
Adherencia	No	f 1	14	18	19	52	Coeficiente V de Cramer 0.37
	%	1.92%	26.92%	34.62	36.54%	76.47%	
Total			2	24	22	20	68
			2.94%	35.29%	32.35%	29.42%	100%

Fuente: Base de datos elaborada por el tesista.



**Figura 10:** Asociación entre la edad y la no AT.

Análisis e interpretación.

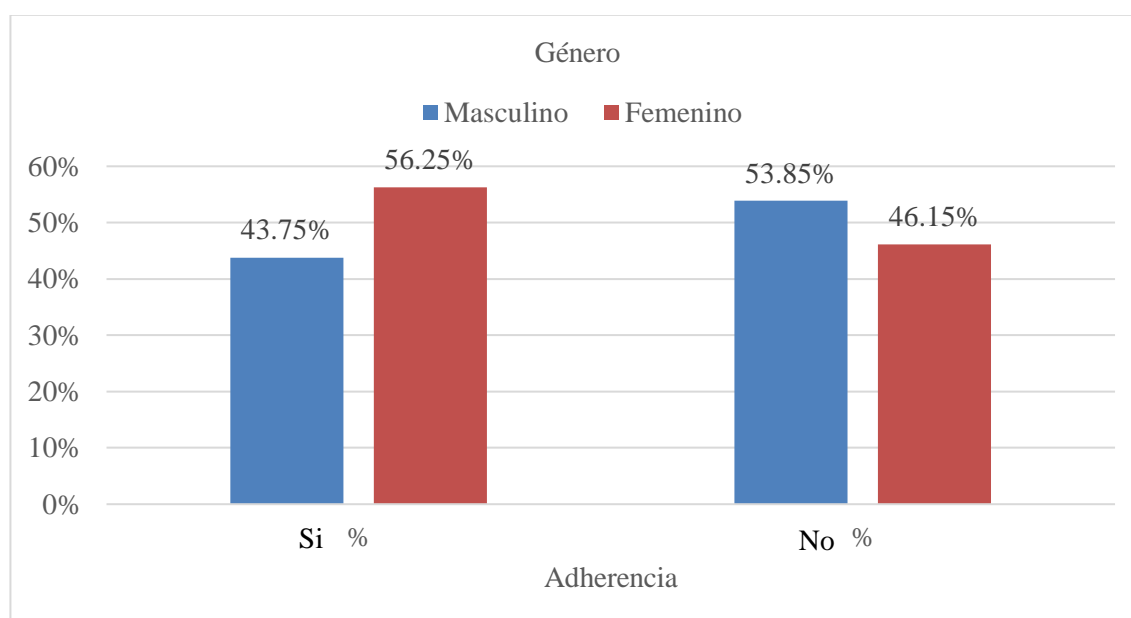
Los sujetos comprendidos en la franja etaria de 31 a 40 constituyeron el 62,5% del contingente que mostró fidelidad terapéutica, mientras que los segmentos correspondientes a los 18 a 30 años y a los mayores de 51 apenas alcanzaron un 6,25% cada uno. Se discernió un valor de Chi-cuadrado de 9,33, cifra que sobrepasa el umbral crítico de 7,82, revelando una relación estadísticamente significativa entre el parámetro etario y la AT. Asimismo, el coeficiente de Cramer arrojó un valor de 0,37, lo que denota un nexo de efecto moderada entre ambas.

**Tabla 11:** Asociación entre el género y la no adherencia

		Género			
		Masculino	Femenino	Total	
Adherencia	Si	f	7	9	16
		%	43.75%	56.25%	23.53%
	No	f	28	24	52
		%	53.85%	46.15%	76.47%
Total		35	33	68	
		51.47%	48.53%	100%	

Chi cuadrado = 0.18  
Chi crítico = 3.84  
Coeficiente V de Cramer 0.05

Fuente: Base de datos elaborada por el tesista



**Figura 11:** Asociación entre el género y la no adherencia

#### Análisis e interpretación

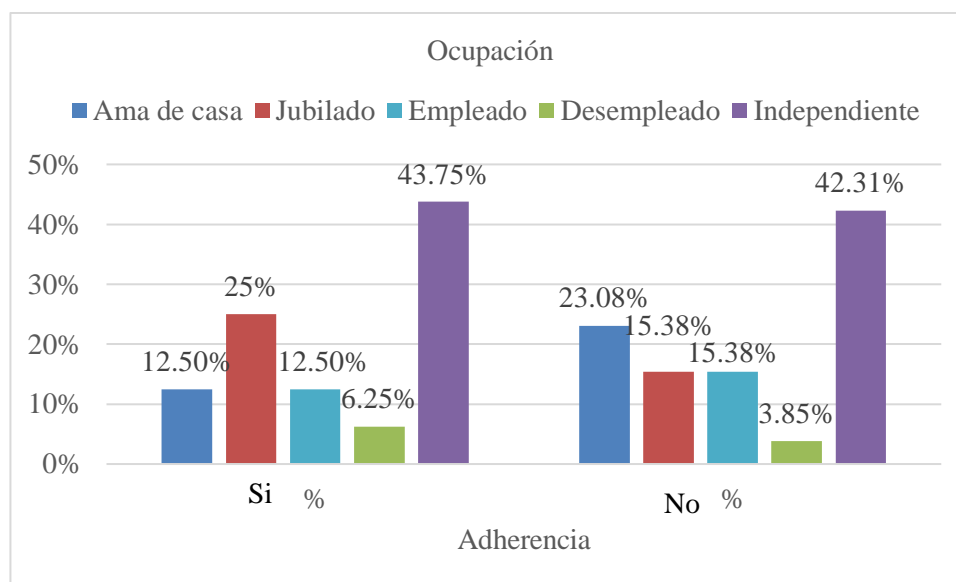
Se precisa que el porcentaje de hombres adherentes fue de un 43.75% por otro lado el porcentaje de mujeres adherentes fue de un 56.25%.

Se obtuvo un Chi-cuadrado de 0.18 el cual fue menor al chi crítico de 3.84, lo cual indica que no hay una asociación significativa. Además, se obtuvo un coeficiente de Cramer de 0.05 lo cual señala que la asociación entre el género y la adherencia no tiene ningún efecto.

**Tabla 12:** Asociación entre la ocupación y la no adherencia

		Ocupación					Total	Chi cuadrado = 1.54 Chi crítico = 9.49 Coeficiente V de Cramer = 0.15
		Ama de casa	Jubilado	Desempleado	Independiente	Empleado		
Adherencia	Si %	2	4	1	7	2	16	
	No %	12	8	2	22	8	52	
Total		14	12	3	29	10	68	
		20.59%	17.65%	4.41%	42.64%	14.71%	100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista



**Figura 12:** Asociación entre la ocupación y la no adherencia

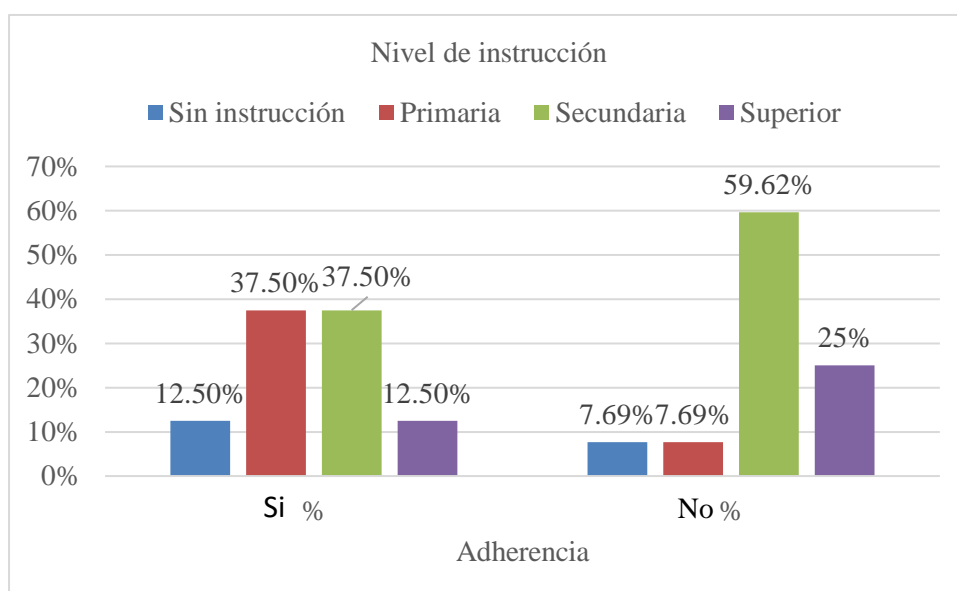
#### Análisis e interpretación

Los participantes independientes representaron un 43.75% de los adherentes, en tanto el grupo desempleado representó un 6.25%.

Se obtuvo un Chi-cuadrado de 1.54 el cual es menor al chi crítico de 9.49, lo cual sugiere que no hay una asociación significativa. Y se precisó un coeficiente V de Cramer de 0.15 lo cual precisa un efecto pequeño entre la ocupación y la adherencia.

**Tabla 13:** Asociación entre el nivel de instrucción y la no adherencia.

		Nivel de instrucción						
		Sin instrucción	Primaria	Secundaria	Superior	Total	Chi cuadrado =	
Adherencia	Si	f	2	6	6	2	16	9.72 Chi crítico = 7.81 Coeficiente V de Cramer = 0.38
		%	12.5%	37.50%	37.50%	12.5%	23.53%	
	No	f	4	4	31	13	52	
		%	7.69%	7.69%	59.62%	25%	76.47%	
Total			6	10	37	15	68	
			8.82%	14.71%	54.41%	22.06%	100%	



**Figura 13:** Asociación entre el nivel de instrucción y la no adherencia.

#### Análisis e interpretación

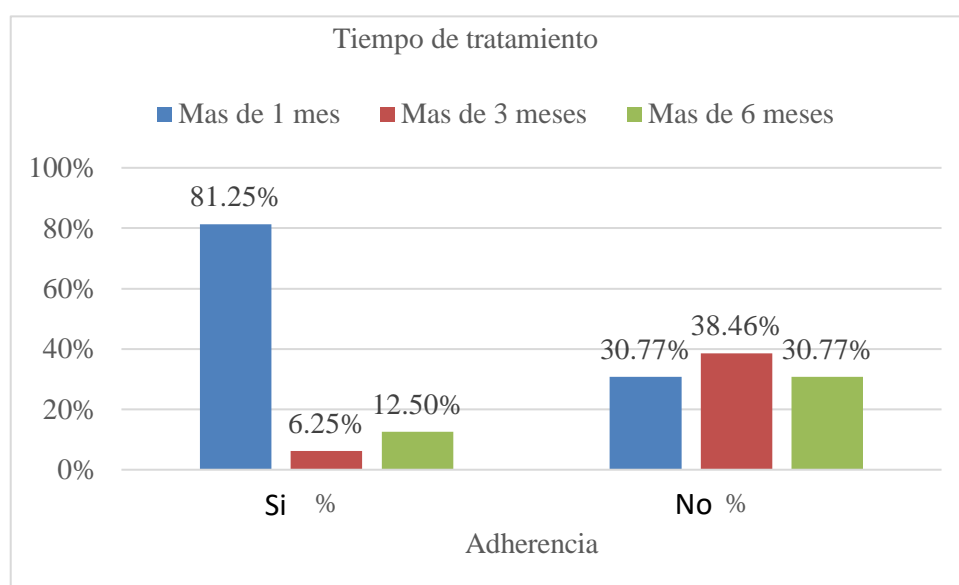
Los participantes con estudios primarios representaron un 37.50% de los adherentes de igual forma con los participantes de estudios secundarios.

Se obtuvo un Chi-cuadrado de 9.72 el cual es mayor al chi crítico de 7.81, lo cual sugiere que hay una asociación entre las variables. Igualmente, se consignó un coeficiente de Cramer equivalente a 0,38, cifra que denota efecto moderado.

**Tabla 14: Asociación entre el tiempo de tratamiento y la no adherencia.**

		Tiempo de tratamiento					
		Mas de 1 mes	Mas de 3 meses	Mas de 6 meses	TOTAL		
Adherencia	SI	f	13	1	2	16	Chi cuadrado = 12.96 Chi crítico = 5.99 Coeficiente V de Cramer 0.44
		%	81.25%	6.25%	12.5%	23.53%	
	NO	f	16	20	16	52	
		%	30.77%	38.46%	30.77%	76.47%	
TOTAL			29	21	18	68	
			42.65%	30.88%	26.47%	100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.



**Figura 14:** Asociación entre el tiempo de tratamiento y la no adherencia.

#### Análisis e interpretación

Los participantes con más de un mes de tratamiento representaron un 81.25% de los adherentes y los participantes con más de 3 meses un 6.25%

Se obtuvo un Chi-cuadrado de 12.96 el cual es mayor al chi crítico de 5.99, manifestando una asociación entre las variables, además se obtuvo un coeficiente V de Cramer de 0.44 lo cual sugiere que hay un efecto moderado entre las variables.

**Tabla 15: Tabla de contingencia ítem 1.**

		¿Los ingresos económicos son suficientes para atender las necesidades básicas de su hogar?					
		NUNCA	AVECES	SIEMPRE	TOTAL		
Adherencia	SI	f	1	8	7	16	Chi cuadrado: 6.37
		%	6.25%	50%	43.75%	23.53%	
	NO	f	11	33	8	52	Chi crítico: 5.99
		%	21.15%	63.46%	15.39%	76.47%	
TOTAL			12	41	15	68	Coeficiente V de Cramer: 0.31
			17.65%	60.29%	22.06%	100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.

#### **Análisis e interpretación.**

Se obtuvo un chi cuadrado de 6.37 mayor al chi crítico de 5.99 lo cual precisa una vinculación entre la AT y la suficiencia económica. Así mismo, se calculó un coeficiente V de Cramer de 0.31 el cual nos indica que esta vinculación tiene un efecto moderado.

**Tabla 16: Tabla de contingencia ítem 2.**

		¿Dispone de dinero para trasladarse al lugar de la consulta?					
		NUNCA	AVECES	SIEMPRE	TOTAL		
adherencia	SI	f	4	9	3	16	Chi cuadrado: 5.46
		%	25%	56.25%	18.75%	23.53%	
	NO	f	22	13	17	52	Chi crítico: 5.99
		%	42.31%	25%	32.69%	76.47%	
TOTAL			26	22	20	68	Coeficiente V de Cramer: 0.28
			38.24%	32.35%	29.41%	100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.

#### **Análisis e interpretación.**

Se obtuvo un chi cuadrado de 5.46 menor al chi crítico de 5.99 lo cual indica que no existe una vinculación significativa entre la AT y la disponibilidad de dinero para el traslado a la consulta. Así mismo, se calculó un coeficiente V de Cramer de 0.28 el cual nos indica que esta vinculación tiene un efecto pequeño.

**Tabla 17: Tabla de contingencia ítem 3.**

		¿Puede costearse los medicamentos?				
		NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL	
Adherencia	SI	f 2 % 12.50%	f 11 % 68.75%	f 3 % 18.75%	f 16 % 23.53%	Chi cuadrado: 11.50 Chi crítico: 5.99 Coeficiente V de Cramer: 0.41
	NO	f 20 % 38.46%	f 12 % 23.08%	f 20 % 38.46%	f 52 % 76.47%	
TOTAL		22 32.36%	23 33.82%	23 33.82%	68 100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.

**Análisis e interpretación.**

Se obtuvo un chi cuadrado de 11.50 mayor al chi crítico de 5.99 lo cual precisa que se da una vinculación entre la AT y la capacidad para costear medicamentos. Así mismo, se calculó un coeficiente V de Cramer de 0.41 el cual nos indica que esta vinculación es moderada.

**Tabla 18: Tabla de contingencia ítem 4.**

		¿Cuenta con el apoyo de su familia o allegados para cumplir su tratamiento?				
		NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL	
Adherencia	SI	f 6 % 37.50%	f 6 % 37.50%	f 4 % 25%	f 16 % 23.53%	Chi cuadrado: 3.12 Chi crítico: 5.99 Coeficiente V de Cramer: 0.21
	NO	f 9 % 17.31%	f 22 % 42.31%	f 21 % 40.38%	f 52 % 76.47%	
TOTAL		15 22.06%	28 41.18%	25 36.76%	68 100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.

**Análisis e interpretación.**

Se obtuvo un chi cuadrado de 3.12 menor al chi crítico de 5.99 lo cual precisa que no se da una vinculación significativa entre la adherencia y el apoyo familiar en el tratamiento. Así mismo, se calculó un coeficiente V de Cramer de 0.21 el cual nos indica que esta vinculación tiene un efecto pequeño.

**Tabla 19.** Tabla de contingencia ítem 5

		¿Las ocupaciones dentro y fuera del hogar le dificulta seguir su tratamiento?				
		NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL	
adherencia	SI	f 9	4	3	16	Chi cuadrado: 2.93
		% 56.25%	25%	18.75%	23.53%	Chi crítico: 5.99
	NO	f 17	18	17	52	Coeficiente V de Cramer: 0.21
		% 32.69%	34.62%	32.69%	76.47%	
TOTAL		26	22	20	68	
		38.24%	32.35%	29.41%	100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.

### **Análisis e interpretación.**

Se obtuvo un chi cuadrado de 2.93 menor al chi crítico de 5.99 lo cual precisa que no se da una vinculación entre la adherencia y la interferencia de ocupaciones en el tratamiento. Así mismo, se calculó un coeficiente V de Cramer de 0.21 el cual nos indica que esta vinculación tiene efecto pequeño.

**Tabla 20.** Tabla de contingencia ítem 6.

		¿La distancia de su casa al centro de salud le dificulta cumplir con sus citas programadas?				
		NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL	
Adherencia	SI	f 5	5	6	16	Chi cuadrado: 0.13
		% 31.25%	31.25%	37.50%	23.53%	Chi crítico: 5.99
	NO	f 17	18	17	52	Coeficiente V de Cramer:0.04
		% 32.69%	34.62%	32.69%	76.47%	
TOTAL		22	23	23	68	
		32.36%	33.82%	33.82%	100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.

### **Análisis e interpretación.**

Se obtuvo un chi cuadrado de 0.13 menor al chi crítico de 5.99 lo cual precisa que no se da nexo entre la adherencia y la dificultad por distancia al centro de salud.

Así mismo, se calculó un coeficiente V de Cramer de 0.04 el cual nos indica que no existe algún efecto.

**Tabla 21.** Tabla de contingencia ítem 7.

		¿Desde que recibe el tratamiento se le ha presentado dolor de cabeza, náuseas, dolor de estómago, vértigos o algún otro malestar?				
		NUNCA	A	SIEMPRE	TOTAL	
		VECES				
Adherencia	SI	f 8	4	4	16	Chi cuadrado: 9.52
		% 50%	25%	25%	23.53%	Chi crítico: 5.99
Adherencia	NO	f 7	24	21	52	Coeficiente V de Cramer:0.37
		% 13.46%	46.15%	40.39%	76.47%	
TOTAL		15	28	25	68	
		22.06%	41.18%	36.76%	100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.

### **Análisis e interpretación.**

Se obtuvo un chi cuadrado de 9.52 mayor al chi crítico de 5.99 lo cual precisa que se da nexo entre la adherencia y los efectos secundarios del tratamiento. Así mismo, se calculó un coeficiente V de Cramer de 0.37 el cual nos indica que esta vinculación es moderada.

**Tabla 22.** Tabla de contingencia ítem 8.

		¿Tiene dudas en la manera de tomar sus medicamentos en cuanto a cantidad?				
		NUNCA	A	SIEMPRE	TOTAL	
		VECES				
adherencia	SI	f 7	6	3	16	Chi cuadrado: 9.99
		% 43.75%	37.50%	18.75%	23.53%	Chi crítico: 5.99
adherencia	NO	f 5	35	12	52	Coeficiente V de Cramer:0.38
		% 9.61%	67.31%	23.08%	76.47%	
TOTAL		12	41	15	68	
		17.65%	60.29%	22.06%	100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.

### **Análisis e interpretación.**

Se obtuvo un chi cuadrado de 9.99 mayor al chi crítico de 5.99 lo cual indica que existe una vinculación entre la adherencia y dudas sobre la dosificación del tratamiento. Así mismo, se calculó un coeficiente V de Cramer de 0.38 el cual nos indica que esta vinculación es moderada.

**Tabla 23.** Tabla de contingencia ítem 9.

		¿Si mejoran sus síntomas suspende su tratamiento?				
		NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL	
Adherencia	SI	f 7	6	3	16	Chi cuadrado: 1.15
		% 43.75%	37.50%	18.75%	23.53%	Chi crítico: 5.99
Adherencia	NO	f 19	16	17	52	Coefficiente V de Cramer: 0.13
		% 36.54%	30.77%	32.69%	76.47%	
TOTAL		26	22	20	68	
		38.24 %	32.35%	29.41%	100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.

**Análisis e interpretación.**

Se obtuvo un chi cuadrado de 1.15 menor al chi crítico de 5.99 lo cual precisa que no se da nexos significativo entre la adherencia y abandono de tratamiento por mejoría.

Así mismo, se calculó un coeficiente V de Cramer de 0.13 el cual nos indica que esta vinculación es pequeña.

**Tabla 24.** Tabla de contingencia ítem 10.

		¿Considera que hay hábitos difíciles de cambiar?				
		NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL	
Adherencia	SI	f 1	2	13	16	Chi cuadrado: 21.13
		% 6.25%	12.50%	81.25%	23.53%	Chi crítico: 5.99
Adherencia	NO	f 21	21	10	52	Coefficiente V de Cramer: 0.56
		% 40.38%	40.38%	19.23%	76.47%	
TOTAL		22	23	23	68	
		32.36%	33.82%	33.82%	100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.

**Análisis e interpretación.**

Se obtuvo un chi cuadrado de 21.13 mayor al chi crítico de 5.99 lo cual indica que existe una vinculación entre la adherencia y dificultad para modificar hábitos. Así mismo, se calculó un coeficiente V de Cramer de 0.56 el cual nos indica que esta vinculación es grande.

**Tabla 25.** Tabla de contingencia ítem 11.

		¿Tiene el convencimiento de que el tratamiento lo beneficia?				
		NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL	
Adherencia	SI	f 1	8	7	16	Chi cuadrado:3.04 Chi crítico: 5.99 Coeficiente V de Cramer: 0.21
		% 6.25%	50%	43.75%	23.53%	
Adherencia	NO	f 14	20	18	52	
		% 26.92%	38.46%	34.62%	76.47%	
TOTAL		15	28	25	68	
		22.06%	41.18%	36.76%	100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.

**Análisis e interpretación.**

Se obtuvo un chi cuadrado de 3.04 menor al chi crítico de 5.99 lo cual precisa que no se da nexo entre la adherencia y Creencia en la eficacia del tratamiento. Así mismo, se calculó un coeficiente V de Cramer de 0.21 el cual nos indica que esta vinculación es pequeña.

**Tabla 26.** Tabla de contingencia ítem 12.

		¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?				
		NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL	
Adherencia	SI	f 1	10	5	16	Chi cuadrado: 2.35 Chi crítico: 5.99 Coeficiente V de Cramer: 0.19
		% 6.25%	62.5%	31.25%	23.53%	
Adherencia	NO	f 11	31	10	52	
		% 21.15%	59.62%	19.23%	76.47%	
TOTAL		12	41	15	68	
		17.65%	60.29%	22.06%	100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.

**Análisis e interpretación.**

Se obtuvo un chi cuadrado de 2.35 menor al chi crítico de 5.99 lo cual precisa que no se da nexo entre la adherencia y el Interés en su salud y autocuidado. Así mismo, se calculó un coeficiente V de Cramer de 0.19 el cual nos indica que esta vinculación es pequeña.

**Tabla 27.** Tabla de contingencia ítem 13.

		¿Cree que es importante seguir su tratamiento y la forma de cuidarse?				
		NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL	Chi cuadrado:11.50
Adherencia	SI	f 1	10	5	16	Chi crítico: 5.99
		% 6.25%	62.5%	31.25%	23.53%	
	NO	f 25	12	15	52	Coeficiente V de Cramer: 0.41
		% 48.07%	23.08%	28.85%	76.47%	
TOTAL		26	22	20	68	
		38.24%	32.35%	29.41%	100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.

### **Análisis e interpretación.**

Se obtuvo un chi cuadrado de 11.50 mayor al chi crítico de 5.99 lo cual precisa un nexo entre la adherencia y la Valoración del tratamiento y autocuidado. Así mismo, se calculó un coeficiente V de Cramer de 0.41 el cual nos indica que esta vinculación es moderada.

**Tabla 28.** Tabla de contingencia ítem 14.

		¿Considera que es el único responsable del cuidado de su salud?				
		NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL	Chi cuadrado: 13.41
Adherencia	SI	1	6	9	16	Chi crítico: 5.99
		6.25%	37.5%	56.25%	23.53%	
	NO	17	28	7	52	Coeficiente V de Cramer: 0.44
		32.69%	53.85%	13.46%	76.47%	
TOTAL		18	34	16	68	
		26.47%	50%	23.53%	100%	

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.

### **Análisis e interpretación.**

Se obtuvo un chi cuadrado de 13.41 mayor al chi crítico de 5.99 lo cual precisa un nexo entre la adherencia y la percepción de responsabilidad en el cuidado de la salud. Así mismo, se calculó un coeficiente V de Cramer de 0.44 el cual nos indica que esta vinculación es moderada.

**Tabla 29: Relación entre los factores socioeconómicos, relacionados al tratamiento y al paciente con la no adherencia.**

<b>Dimensiones</b>	<b>Variable Dicotómica</b>	<b>Chi Crítico</b>	<b>Valor chi cuadrado</b>	<b>Coefficiente V de Cramer</b>
<b>Dimensión 1: factores socioeconómicos</b>				
¿Los ingresos económicos son suficientes para atender las necesidades básicas de su hogar?	Adherencia	5.99	6.37	0.31
¿Dispone de dinero para trasladarse al lugar de la consulta?	Adherencia	5.99	5.46	0.28
¿Puede costearse los medicamentos?	Adherencia	5.99	11.50	0.41
¿Cuenta con el apoyo de su familia o allegados para cumplir su tratamiento?	Adherencia	5.99	3.12	0.21
<b>Dimensión 2: Factores relacionados con el tratamiento</b>				
¿Las ocupaciones dentro y fuera del hogar le dificulta seguir su tratamiento?	Adherencia	5.99	2.93	0.21
¿La distancia de su casa al centro de salud le dificulta cumplir con sus citas programadas?	Adherencia	5.99	0.13	0.04
¿Desde que recibe el tratamiento se le ha presentado dolor de cabeza, náuseas, dolor de estómago, vértigos o algún otro malestar?	Adherencia	5.99	9.52	0.37
¿Tiene dudas en la manera de tomar sus medicamentos en cuanto a cantidad?	Adherencia	5.99	9.99	0.38
¿Si mejoran sus síntomas suspende su tratamiento?	Adherencia	5.99	1.15	0.13
¿Considera que hay hábitos difíciles de cambiar?	Adherencia	5.99	21.13	0.56
<b>Dimensión 3: Factores relacionados al paciente</b>				
¿Tiene el convencimiento de que el tratamiento lo beneficia?	Adherencia	5.99	3.04	0.21
¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?	Adherencia	5.99	2.36	0.19

¿Cree que es importante seguir su tratamiento y la forma de cuidarse?	Adherencia	5.99	11.50	0.41
¿Considera que es el único responsable del cuidado de su salud?	Adherencia	5.99	13.41	0.44

Fuente: Bases de datos elaborada por el tesista.

### **Análisis e interpretación**

Dentro de los factores socioeconómicos se pueden observar la existencia de factores vinculados a la no adherencia tales como la suficiencia económica el cual tuvo un chi cuadrado de 6.37 con un coeficiente V de Cramer de 0.31 el cual menciona que la vinculación es moderada, también se encontró otro factor como la capacidad para costear medicamentos el cual tuvo un chi cuadrado 11.50 y un coeficiente V de Cramer de 0.41 con una vinculación moderada.

En lo concerniente a las variables relacionadas al abordaje terapéutico, se constató una ligazón entre la AT y los efectos secundarios, arrojando una estadística chi cuadrado de 9.52 y un coeficiente V de Cramer de 0.37, lo que denota una asociación de índole moderada. Igualmente, se detectó una correspondencia entre la AT y dudas sobre la dosificación, con un chi cuadrado de 9.99 y un coeficiente V de Cramer de 0.38, sugiriendo una correlación de magnitud moderada. De manera paralela, se verificó una conexión entre la AT y la dificultad para modificar hábitos cuantificada mediante un chi cuadrado de 21.13 y un coeficiente V de Cramer de 0.56, lo cual evidencia efecto grande.

En lo tocante a los elementos relacionados al individuo, se vislumbraron componentes vinculantes con la AT, tales como la estimación del tratamiento y del autocuidado, con un chi cuadrado de 11.50 y un coeficiente V de Cramer de 0.41, revelando una asociación de entidad moderada. Asimismo, emergió otro vector influyente: percepción de responsabilidad en el cuidado de la salud, que presentó un chi cuadrado de 13.41 y un coeficiente V de Cramer de 0.44, igualmente indicativo de una relación de magnitud moderada.

#### IV. DISCUSIÓN

La indagación persiguió el fin de precisar los elementos vinculados a la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023.

En el corpus de hallazgos recabados, se vislumbra en la tabla 01 que el intervalo etario preponderante correspondió al segmento de 31 a 40 años, ostentando un coeficiente porcentual del 35,29%, en contraste con una exigua fracción del 2,94% correspondiente a sujetos con edades comprendidas entre 18 y 30 calendarios. Asimismo, un 32,35% se emplazó en el umbral de 41 a 50 años y un 29,42% en la cohorte de 51 o más lustros. Disimilitud manifiesta se aprecia en la indagación conducida por Ruiz et al., donde se consigna que la mayoría de los implicados superaban el sexagésimo quinto año, con una participación cifrada en el 42%; análogo dictamen se halla en la pesquisa de Parody et al., en la cual se consigna una media etaria de 59 años.

En lo atinente al sexo biológico, la presente indagación reveló una supremacía del linaje masculino con una incidencia del 51,47%, en tanto que el contingente femenino representó apenas un 48,53%. Concordancia parcial se evidencia en la exploración de Ruiz et al., donde se especifica que los varones constituyeron el 62,6% de los sujetos muestreados; sin embargo, Parody et al. consignan un contraste notorio al advertir que el género femenino ascendió al 68% de la participación total.

En relación con el grado de fidelidad terapéutica, los datos obtenidos en esta investigación reflejan que un 76,47% de los enfermos presentan desafección al régimen prescrito, en tanto que tan solo un 23,53% manifiesta constancia en la observancia del tratamiento. Consonancia parcial se advierte en el estudio de Fuster P, donde se enuncia que el 58,5% de los involucrados exhibe igualmente una menguada AT. Como datos adicionales se observó una relación entre la AT con la edad, nivel de instrucción y tiempo de tratamiento.

En lo tocante a las dimensiones socioeconómicas, se determinó que la no AT guarda correspondencia con la suficiencia económica y capacidad para costear medicamentos. Adicionalmente, se identificaron elementos asociados al tratamiento mismo, tales como los efectos secundarios, dudas sobre la dosificación del tratamiento, y la dificultad modificar hábitos. Finalmente, al considerar los factores personales, se halló que la estimación del tratamiento y autocuidado y la percepción de responsabilidad en el cuidado de la salud, se hallan intrínsecamente vinculados con la no AT.

## V. CONCLUSIONES

1. Fueron identificados elementos coadyuvantes que mantienen correspondencia con la inobservancia terapéutica en individuos dislipidémicos asistidos en el CSLPG, como aquellos de índole socioeconómica.
2. En lo concerniente a las variables económico-sociales, el no contar con ingresos económicos suficientes y la no tener la capacidad de costear medicamentos se configuran como vectores significativamente asociados a la no AT en pacientes afectados por dislipidemia.
3. Entre los determinantes concernientes al régimen terapéutico, se encuentra que el tener duda en cuanto a la posología adecuada, la aparición de efectos secundarios y no reconocer la dificultad para modificar hábitos se asocian a la no AT.
4. En cuanto a los aspectos inherentes al sujeto, el no valorar el tratamiento y autocuidado, así como no considerarse responsable en la tutela de su propia salud, emergen como factores estrechamente emparentados con la no AT.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Realizar una capacitación a los individuos con dislipidemias tratados en el CSLPG respecto a las complicaciones sobre su enfermedad.
2. Respecto a los factores socioeconómicos permitir el acceso a las consultas a un costo menor para que sea factible la atención.
3. Realizar capacitaciones a los expertos que podrían explicar de forma clara la manera correcta de consumir sus medicamentos.
4. Informar a los pacientes y población lo importante que es cumplir su tratamiento para que realice un buen cuidado de su salud.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud. Orientación Técnica Dislipidemias. [Internet]. 2018 [citado 01 dic 2023] Pág 121. Disponible en:  
<http://soched.cl/guias/Dislipidemias-MINSALChile-2018.pdf>
2. Paredes J, Bernabé A. Asociación entre la participación en programas de asistencia alimentaria y patrones del perfil lipídico en Perú. Rev Chil Nutr [Internet]. 20218 [citado 05 dic 2023]; 45(2): 135-139 Disponible en:  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v45n2/0716-1549-rchnut-45-02-0135.pdf>
3. Gotera J, Valero Ávila A, Mosquera J, et-al. Comportamiento epidemiológico de las dislipidemias en pacientes del Instituto de Investigaciones Endocrino-Metabólicas. [Internet]. 2019 [citado 01 dic 2023]; 14(5): 601-602. Disponible en:  
[https://www.revhipertension.com/rlh\\_5\\_2019/14\\_comportamiento\\_epidemiologico.pdf](https://www.revhipertension.com/rlh_5_2019/14_comportamiento_epidemiologico.pdf)
4. Ponte N, Pérez J, et-al. Dislipidemia aterogénica en Latino América: prevalencia, causas y tratamiento. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. [Internet]. 2017 [citado 02 dic 2023]; 15(2): 106-129. Disponible en:  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169031102017000200006](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169031102017000200006)
5. Medina A. Factores relacionados a la baja AT hipolipemiente en pacientes con dislipidemia. [Internet]. [Tesis para optar el Título profesional de Médico Cirujano]. Trujillo-Perú: Universidad Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana; 2020. Disponible en:  
[https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6064/1/REP\\_MEHU\\_ALEX.MEDINA\\_FACTORES.RELACIONADOS.BAJA.ADHERENCIA.TRATAMIENTO.HI POLIPEMIANTE.PACIENTES.DISLIPIDEMIA.pdf](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6064/1/REP_MEHU_ALEX.MEDINA_FACTORES.RELACIONADOS.BAJA.ADHERENCIA.TRATAMIENTO.HI POLIPEMIANTE.PACIENTES.DISLIPIDEMIA.pdf)
6. Ruiz-López, JC; Letamendi-Velasco, JA; Calderón-León, RA. Prevalencia de dislipidemias en pacientes obesos. Redalyc.org. [citado el 21 de abril de 2023].

Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3684/368463016005/>

7. Carrero C, Navarro E, Lastre G, Orostegui M, et-al. Dislipidemia como factor de riesgo cardiovascular: uso de probióticos en la terapéutica nutricional. [Internet]. 2020 [citado 01 dic 2023]; 39:1. Disponible en:  
[https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft\\_1\\_2020/22\\_dislipidemia.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_1_2020/22_dislipidemia.pdf)
8. Pagès N, Valverde M. Adherencia terapéutica: Factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm* [Internet]. 2018 [citado 04 dic 2023]; 59(4): 25147258. Disponible en:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S234098942018000400251](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S234098942018000400251)
9. Pascual F. V Tratamiento farmacológico de la dislipemia en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular. *Rev Esp Sanid Penit* [Internet]. 2017 [citado 11 dic 2023]; 18: 95-109. Disponible en:  
[https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v18n3/es\\_04\\_revision.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v18n3/es_04_revision.pdf)
10. Sapunar J, et al. Alta prevalencia de dislipidemias y riesgo aterogénico en una población infanto-juvenil. *Rev Med Chile* [Internet]. 2018 [citado 11 dic 2023]; 146: 1112-1122. Disponible en:  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n10/00349887-rmc-146-10-01112.pdf>
11. Chasiliquin J. AT no farmacológico de dislipidemias en pacientes tratados en el Hospital Provincial General Latacunga. [Internet]. [Tesis para optar el Título profesional de Médico Cirujano]. Ecuador: Universidad Regional de los Andes; 2017 [citado 12 dic 2023]. Disponible en:  
<https://1library.co/document/zw5kn71z-adherencia-tratamiento-farmacologicodislipidemias-pacientes-atendidos-provincial-latacunga.html>
12. Lemus C. Factores relacionados con una baja AT en pacientes obesos. [Internet]. [Tesis para optar el Título profesional de Enfermería]. España: Universidad da Coruña; 2018 [citado 12 dic 2023]. Disponible en:  
[https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/21379/LemusCorrea\\_Cristhian](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/21379/LemusCorrea_Cristhian)

Andres\_TFG\_2018.pdf?sequence=5

13. Parody E, Vásquez A. Prevalencia y factores vinculados a la adherencia en un centro de atención primaria de Cali: comparación de 3 test de adherencia. *Fundación PharmaceuticalCare* [Internet]. 2019[citado 13 dic 2023]; 21(1): 23-40. Disponible en: <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/487>
14. Moreno A, et al. AT de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes en población anciana de una cohorte española. *Med CLin* [Internet]. 2018 [citado 14 abr 2023]:Pág. 1. Disponible en: [https://zagan.unizar.es/record/86273/files/texto\\_completo.pdf](https://zagan.unizar.es/record/86273/files/texto_completo.pdf)
15. John Jairo. La investigación aplicada y el desarrollo experimental en el fortalecimiento de las competencias de la sociedad del siglo XXI [Internet]. Gob.pe. [citado el 16 de septiembre de 2023]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-921X2023000100140](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-921X2023000100140)
16. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2019;30(1):36–49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.11.005>
17. Trujillo-Gutierrez, RP. Factores vinculados a la AT en pacientes adultos con dislipidemia del servicio de consulta externa del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima 2022. Tesis para optar el título de especialista en Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Lima: Universidad Norbert Wiener, 2022. 73p. Disponible en: [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8906/T061\\_46971114\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8906/T061_46971114_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

### XIII. ANEXOS

#### ANEXO 1

#### MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Título:** Factores asociados a la no AT en pacientes con dislipidemia atendidos en el CSLPG, Ica 2023

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	Categoría	METODOLOGIA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar los factores asociados a la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023</p>	<p>Variable:</p> <p>Factores asociados</p>	<p>Nunca</p> <p>A veces</p> <p>Siempre</p>	<p><b>Método de la Investigación.</b></p> <p><b>. Aplicada – Descriptiva – No experimental</b></p>	<p>Población: Estará constituida por los pacientes diagnosticados con dislipidemias en el CSLPG que fueron 81 pacientes.</p>
<p>Problemas Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la relación entre los factores socioeconómicos y la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023?</li> <li>• ¿Cuál es la relación entre los factores relacionados al tratamiento y la no adherencia en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023?</li> <li>• ¿Cuál es la relación entre los factores relacionados al paciente y la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023?</li> </ul>	<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la relación entre los factores socioeconómicos y la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023.</li> <li>• Identificar la relación entre los factores relacionados al tratamiento y la no adherencia en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023</li> <li>• Identificar la relación entre los factores relacionados al paciente y la no AT en pacientes con dislipidemia tratados en el CSLPG, Ica 2023</li> </ul>	<p>Adherencia</p>	<p>Adherente</p> <p>No adherente</p>		<p><b>Muestra</b></p> <p>Se utilizó la fórmula para poblaciones finitas teniendo como resultado a 68 pacientes</p>

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con dislipidemia  
atendidos en el Centro de Salud La Palma Grande, Ica 2023”**

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

.....

Le invito a participar en un proyecto de investigación para estudiar los Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con dislipidemia atendidos en el Centro de Salud La Palma Grande, Ica 2023.

Si Ud. decide participar, llenaremos un formulario con la información sobre su conocimiento y sus respuestas a las preguntas que le voy a hacer. Los datos que se obtengan serán analizados juntamente con los de los demás participantes, sin dar a conocer su identidad en ningún caso.

Si acepta Ud. Participar, firme esta hoja y ponga la fecha de hoy.

---

**Firma**

**Fecha:** / /

### ANEXO 3

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

##### Características socioculturales.

##### I. Datos generales

###### Edad

18 a 30 años ( ) 31 a 40 años ( ) 41 a 50 años ( ) 51 a más ( )

###### Género

Femenino ( ) Masculino ( )

###### Ocupación

Ama de casa ( ) Jubilado ( ) Desempleado ( ) Independiente ( ) Empleado ( )

###### Nivel de instrucción

Sin instrucción ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

###### Tiempo de tratamiento de la dislipidemia

Más de 1 meses ( ) Más de 3 meses ( ) Más de 6 meses ( )

##### II. Factores asociados

No.	Dimensión 1: Factores socioeconómicos	Nunca	A veces	Siempre
1	¿Los ingresos económicos son suficientes para atender las necesidades básicas de su hogar?			
2	¿Dispone de dinero para trasladarse al lugar de la consulta?			
3	¿Puede costearse los medicamentos?			
4	¿Cuenta con el apoyo de su familia o allegados para cumplir su tratamiento?			
	<b>Dimensión 2: Factores relacionados con el tratamiento</b>			
5	¿Las ocupaciones dentro y fuera del hogar le dificulta seguir su tratamiento?			
6	¿La distancia de su casa al hospital le dificulta cumplir con sus citas programadas?			
7	¿Desde que recibe el tratamiento se le ha presentado dolor de cabeza, náuseas, dolor de estómago, vértigos o algún otro malestar?			
8	¿Tiene dudas en la manera de tomar sus medicamentos en cuanto a cantidad?			
9	¿Si mejoran sus síntomas suspende su tratamiento?			
10	¿Considera que hay hábitos difíciles de cambiar?			
	<b>Dimensión 3. Factores relacionados al paciente</b>			
11	¿Tiene el convencimiento de que el tratamiento lo beneficia?			
12	¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?			
13	¿Cree que es importante seguir su tratamiento y la forma de cuidarse?			
14	¿Considera que es el único responsable del cuidado de su salud?			

### Test de Morisky-Green

PREGUNTA		SI	NO
1	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3	Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación?		
4	Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja usted de tomarla?		

#### Interpretación:

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas.

- 1) No
- 2) Si
- 3) No
- 4) No

## ANEXO 4

### PERMISO



**“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”**




### PERMISO

Yo, M.C. **Luz Geraldine Quispe Aparcana**, Gerente del Centro de Salud La Palma Grande, en respuesta a la solicitud presentada por el Bachiller **Frank Jonathan Geronimo Calderon**, egresado de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, donde solicita permiso para el desarrollo de su proyecto de tesis titulado **“Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con dislipidemia atendidos en el Centro de Salud La Palma Grande, Ica 2023”**, se responde lo siguiente:

Otorgarle el permiso respectivo para el desarrollo de su proyecto de tesis en el presente Centro de Salud, brindando las facilidades en los servicios para que aplique su instrumento y realice las actividades que estime conveniente en el Centro de Salud La Palma Grande.

Atentamente, 02 de agosto del 2024

  
Dra. Luz G. Quispe Aparcana  
CIRUGIA GENERAL  
CMP. 68788 R.N.E. 046679  
M.C. Luz G. Quispe Aparcana  
Gerente C.S. La Palma Grande

## ANEXO 5

### RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"  
Ciudad Universitaria s/n Teléfono 055 762573



FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA  
DECANATO

"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

#### RESOLUCION DECANAL N° 228-D/FFB-UNICA-2024

Ica, 01 de marzo de 2024

#### **VISTO:**

El Oficio N°441-UI-CI-FFB-UNICA-2024 de fecha 27 de febrero de 2024, Exp. N° 1146 del 27 de febrero de 2024, presentado por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, haciendo llegar el reporte y la constancia de haber realizado el análisis con el software de verificación de similitud al proyecto de tesis presentado por el (la): **Bach. GERONIMO CALDERON FRANK JONATHAN (Autor)**.

#### **CONSIDERANDO:**

Que, mediante Resolución Rectoral N° 011-R-UNICA-2024 de fecha 10 de enero de 2024, se encarga como Decano interino de la Facultad de Farmacia y Bioquímica al **Dr. FELIPE ARTEMIO SURCO LAOS**.

Que, la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" organiza su régimen académico por facultades; que las facultades son unidades de formación académica, profesional y de gestión.

Que, el Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales, aprobado con RR. N° 048-R-UNICA-2021 (25-01-2021), establece que, para la obtención del Título Profesional mediante Tesis, el Bachiller debe cumplir con el desarrollo de un proyecto de tesis, con el asesor designado.

Que, habiendo presentado el (la): **Bach. GERONIMO CALDERON FRANK JONATHAN (Autor)**, su solicitud pidiendo aprobación de Proyecto y Asesor con fecha 18 de diciembre de 2023, Exp. N° 5757 se acuerda aceptar la propuesta de asesor al **Mg. JUAN FELIPE PANAY CENTENO** con Oficio N° 103-UI-CI-FFB-UNICA-2024 de fecha 26 de enero de 2024 quien debe coordinar y revisar el proyecto enviando un documento que esté apto para pasar el antiplagio de acuerdo al Artículo 32.- Procedimiento para la obtención del Título profesional donde señala que el proyecto de tesis pase por el sistema antiplagio, y una vez aprobada deberá ser formalizada mediante Resolución Decanal.

Que, habiéndose reunido la Comisión de Investigación de la Facultad de Farmacia y Bioquímica el día 24 de enero de 2024, se aprueba su proyecto de tesis.

Que, de acuerdo al Art° 32, inciso 10.- del Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", Aprobado con R.R. N° 048-R-UNICA-2021 de fecha 25-01-2021; con esta aprobación, el asesorado deberá desarrollar el proyecto de tesis en un plazo mínimo de cuatro (4) meses, debiendo concluirse en un plazo máximo de dieciocho (18) meses, pudiéndose prorrogar el plazo por dos (2) meses más. Vencido el plazo, el asesorado tendrá que presentar un nuevo proyecto.

Que, mediante el Oficio N° 441-UI-CI-FFB-UNICA-2024 de fecha 27 de febrero de 2024, Exp. N° 1146 del 27 de febrero de 2024; la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, hace llegar el reporte de Antiplagio y la constancia de haber realizado el análisis con el software de verificación de similitud de fecha 26 de enero de 2024, para la emisión de la Resolución Decanal de aprobación del Proyecto de Tesis "**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISLIPIDEMIA ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD LA PALMA GRANDE, ICA 2023**" presentado por el (la) **Bach. GERONIMO CALDERON FRANK JONATHAN (Autor)**, para la obtención del Título Profesional, habiendo obtenido el calificativo de Aprobado con el 6% de similitud, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 4°, inciso 4.3 del Reglamento para la Evaluación de Originalidad de los Documentos de Investigación aprobado con RR. N° 1668-R-UNICA-2020 (14-12-2020) y R.R. N° 761-R-UNICA-2021 (04-05-2021) que Aprueba el uso obligatorio del servicio de iThenticate de Tmitin.

Que, en la Facultad de Farmacia y Bioquímica, el Decano interino haciendo uso de sus atribuciones conferidas en el Reglamento General de la Universidad, aprobado con RR N.º 027-2021-R-UNICA, Art 176. Funciones y atribuciones del decano.

#### **SE RESUELVE:**

**ARTICULO 1º.-** Aprobar, el Proyecto de Tesis presentado por el (la): **Bach. GERONIMO CALDERON FRANK JONATHAN (Autor)**, Titulado: "**FACTORES ASOCIADOS**

*Campus Universitario (Panamericana Sur Km 395) – Facultad de Farmacia y Bioquímica - ICA  
Email: farmacia@unica.edu.pe*





UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"  
Ciudad Universitaria s/n Teléfono 056 262573



FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA  
DECANATO

"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

**A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISLIPIDEMIA ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD LA PALMA GRANDE, ICA 2023"**, para la obtención del Título Profesional.

- ARTÍCULO 2º.-** Debiendo continuar desarrollando el proyecto con el asesor designado: **Mg. JUAN FELIPE PANAY CENTENO** con N°Orcid.org/0000-0001-8721-7218; teniendo un periodo de 04 meses, del 01 de marzo al 28 de julio de 2024.
- ARTÍCULO 3º.-** Transcribir la presente resolución a los interesados e instancias pertinentes para los fines correspondientes.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"  
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA  
  
DR. FELIPE PANAY CENTENO  
DECANO (e)

**ANEXO 6**

**EVIDENCIA DE TRABAJO EN CAMPO**





ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con dislipidemia  
atendidos en el Centro de Salud La Palma Grande, Ica 2023”**

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

FRANK GERONIMO CALDERON.....

Le invito a participar en un proyecto de investigación para estudiar los Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con dislipidemia atendidos en el Centro de Salud La Palma Grande, Ica 2023.

Si Ud. decide participar, llenaremos un formulario con la información sobre su conocimiento y sus respuestas a las preguntas que le voy a hacer. Los datos que se obtengan serán analizados juntamente con los de los demás participantes, sin dar a conocer su identidad en ningún caso.

Si acepta Ud. Participar, firme esta hoja y ponga la fecha de hoy.



Firma

Fecha: 18/06/24

**ANEXO 3**  
**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Características socioculturales.**

**I. Datos generales**

Edad  
18 a 30 años ( ) 31 a 40 años ( ) 41 a 50 años ( ) 51 a más (X)

Género  
Femenino ( ) Masculino (X)

Ocupación  
Ama de casa ( ) Jubilado ( ) Desempleado ( ) Independiente (X) Empleado ( )

Nivel de instrucción  
Sin instrucción ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior (X)

Tiempo de tratamiento de la dislipidemia  
Más de 1 meses ( ) Más de 3 meses ( ) Más de 6 meses (X)

**II. Factores asociados**

No.	Dimensión 1: Factores socioeconómicos	Nunca	A veces	Siempre
1	¿Los ingresos económicos son suficientes para atender las necesidades básicas de su hogar?		X	
2	¿Dispone de dinero para trasladarse al lugar de la consulta?			X
3	¿Puede costearse los medicamentos?			X
4	¿Cuenta con el apoyo de su familia o allegados para cumplir su tratamiento?		X	
<b>Dimensión 2: Factores relacionados con el tratamiento</b>				
5	¿Las ocupaciones dentro y fuera del hogar le dificulta seguir su tratamiento?			X
6	¿La distancia de su casa al hospital le dificulta cumplir con sus citas programadas?			X
7	¿Desde que recibe el tratamiento se le ha presentado dolor de cabeza, náuseas, dolor de estómago, vértigos o algún otro malestar?			X
8	¿Tiene dudas en la manera de tomar sus medicamentos en cuanto a cantidad?		X	
9	¿Si mejoran sus síntomas suspende su tratamiento?		X	
10	¿Considera que hay hábitos difíciles de cambiar?			X
<b>Dimensión 3. Factores relacionados al paciente</b>				
11	¿Tiene el convencimiento de que el tratamiento lo beneficia?			X
12	¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?			X
13	¿Cree que es importante seguir su tratamiento y la forma de cuidarse?			X
14	¿Considera que es el único responsable del cuidado de su salud?			X

### Test de Morisky-Green

PREGUNTA		SI	NO
1	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		X
2	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	X	
3	Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación?		X
4	Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja usted de tomarla?		X

#### Interpretación:

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas.

1) No

2) Si

3) No

No

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con dislipidemia  
atendidos en el Centro de Salud La Palma Grande, Ica 2023”**

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

FRANK GERONIMO CALDERON.....

Le invito a participar en un proyecto de investigación para estudiar los Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con dislipidemia atendidos en el Centro de Salud La Palma Grande, Ica 2023.

Si Ud. decide participar, llenaremos un formulario con la información sobre su conocimiento y sus respuestas a las preguntas que le voy a hacer. Los datos que se obtengan serán analizados juntamente con los de los demás participantes, sin dar a conocer su identidad en ningún caso.

Si acepta Ud. Participar, firme esta hoja y ponga la fecha de hoy.



Firma

Fecha: 18/06/24

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### Características socioculturales.

#### I. Datos generales

Edad

18 a 30 años ( ) 31 a 40 años ( ) 41 a 50 años ( ) 51 a más

Género

Femenino  Masculino ( )

Ocupación

Ama de casa ( ) Jubilado  Desempleado ( ) Independiente ( ) Empleado ( )

Nivel de instrucción

Sin instrucción ( ) Primaria ( ) Secundaria  Superior ( )

Tiempo de tratamiento de la dislipidemia

Más de 1 meses  Más de 3 meses ( ) Más de 6 meses ( )

#### II. Factores asociados

No.	Dimensión 1: Factores socioeconómicos	Nunca	A veces	Siempre
1	¿Los ingresos económicos son suficientes para atender las necesidades básicas de su hogar?			<input checked="" type="checkbox"/>
2	¿Dispone de dinero para trasladarse al lugar de la consulta?		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	¿Puede costearse los medicamentos?			<input checked="" type="checkbox"/>
4	¿Cuenta con el apoyo de su familia o allegados para cumplir su tratamiento?	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>Dimensión 2: Factores relacionados con el tratamiento</b>				
5	¿Las ocupaciones dentro y fuera del hogar le dificulta seguir su tratamiento?	<input checked="" type="checkbox"/>		
6	¿La distancia de su casa al hospital le dificulta cumplir con sus citas programadas?			<input checked="" type="checkbox"/>
7	¿Desde que recibe el tratamiento se le ha presentado dolor de cabeza, náuseas, dolor de estómago, vértigos o algún otro malestar?	<input checked="" type="checkbox"/>		
8	¿Tiene dudas en la manera de tomar sus medicamentos en cuanto a cantidad?			<input checked="" type="checkbox"/>
9	¿Si mejoran sus síntomas suspende su tratamiento?	<input checked="" type="checkbox"/>		
10	¿Considera que hay hábitos difíciles de cambiar?	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>Dimensión 3. Factores relacionados al paciente</b>				
11	¿Tiene el convencimiento de que el tratamiento lo beneficia?		<input checked="" type="checkbox"/>	
12	¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?		<input checked="" type="checkbox"/>	
13	¿Cree que es importante seguir su tratamiento y la forma de cuidarse?	<input checked="" type="checkbox"/>		
14	¿Considera que es el único responsable del cuidado de su salud?			<input checked="" type="checkbox"/>

### Test de Morisky-Green

PREGUNTA		SI	NO
1	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		X
2	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	X	
3	Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación?		X
4	Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja usted de tomarla?	X	

#### Interpretación:

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas.

1) No

2) Si

3) No

No