UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE MEDICINA

Pobreza multidimensional y su relación con la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en el Centro de Salud Progreso, 2024

Tesis para optar el título de Médico Cirujano

Autores

Gurrionero Pinedo, Paulo Fernando

(Código ORCID: 0009-0006-1146-7820)

Mendoza Quijano, Geraldine Grercy

(Código ORCID: 0009-0009-6407-2226)

Asesor

Franco Lizarzaburu, Reynaldo Javier

(Código ORCID: 0000-0002-9558-8059)

Chimbote – Perú

2025

Índice general

Pág.

Índice general i
Índice de tablas ii
Índice de figuras iii
Palabras clave iv
Constancia de originalidad v
Título vii
Resumen viii
Abstract ix
Introducción 1
Metodología 2
Resultados 3
Análisis y discusión 4
Conclusiones 5
Recomendaciones 6
Referencias bibliográficas 7
Anexos

Índice de tablas

Pág.

Tabla 1. Distribución de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes según pobreza multidimensional 21

Tabla 2. Relación entre la pobreza multidimensional con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.....23

Tabla 3. Relación entre características demográficas y datos de comorbilidad con la adherencia al tratamiento antihipertensivo 25

Tabla 4. Relación ponderada entre características demográficas y datos de comorbilidad con la adherencia al tratamiento antihipertensivo 27

Índice de figuras

Pág.

Figura 1. Gráfico de barras de la distribución de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes según pobreza multidimensional 22

Figura 2. Gráfico combinado de la relación entre la pobreza multidimensional con la adherencia al tratamiento antihipertensivo 24

Figura 3. Gráfico múltiple de la relación entre características demográficas y datos de comorbilidad con la adherencia al tratamiento antihipertensivo 26

Figura 4. Forest Plot de la relación ponderada entre características demográficas y datos de comorbilidad con la adherencia al tratamiento antihipertensivo 28

Palabras clave:

Tema	Pobreza, adherencia, tratamiento de hipertensión
Especialidad	Medicina general

Keywords:

Topic	Poverty, adherence, hypertension treatment
Specialty	General Medicine

Línea de investigación

Línea de investigación	Enfermedades emergentes y reemergentes
Área	Ciencias Médicas, Ciencias de la Salud
Subárea	Medicina Clínica
Disciplina	Medicina General, Medicina Interna

Constancia de Originalidad

USP UNIVERSIDAD SAN PEDRO | VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado **"Pobreza multidimensional y su relación con la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en el Centro de Salud Progreso, 2024"** del (a) estudiante: **GURRIONERO PINEDO PAULO FERNANDO**, identificado(a) con Código Nº **1116200759**, se ha verificado un porcentaje de similitud del **23%**, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario Nº 5037-2019-USP/CUpara la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 30 de junio de 2025

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Dr. JAVIER MARTÍNEZ CARRIÓN
VICERRECTOR

NOTA: Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

USP UNIVERSIDAD SAN PEDRO | VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado **"Pobreza multidimensional y su relación con la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en el Centro de Salud Progreso, 2024"** del (a) estudiante: **MENDOZA QUIJANO GERALDINE GRERCY**, identificado(a) con Código Nº **1117200445**, se ha verificado un porcentaje de similitud del **23%**, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario Nº 5037-2019-USP/CUpara la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 30 de junio de 2025

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Dr. JAVIER MARTÍNEZ CARRIÓN
VICERRECTOR

NOTA: Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

Titulo

Pobreza multidimensional y su relación con la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en el Centro de Salud Progreso, 2024

Resumen

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre la pobreza multidimensional y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Progreso, Chimbote, durante 2024. Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y no experimental con una muestra probabilística de 140 pacientes (N=269). Se utilizó la encuesta de pobreza multidimensional del Estado Peruano y el test de Morisky-Green para evaluar la adherencia. El análisis incluyó estadística descriptiva e inferencial (Chi-cuadrado, regresión logística) con SPSS v25, considerando $p<0.05$ como significativo. Los resultados revelaron una alta prevalencia de no adherencia (78.8%), significativamente mayor en pacientes con pobreza multidimensional (92.9%) comparado con los no pobres (21.2%, $p<0.001$). La regresión logística confirmó la pobreza multidimensional como el predictor más fuerte de no adherencia (OR ajustado=74.5, $p<0.001$), seguido del sexo masculino (OR ajustado=4.62, $p=0.024$). Se concluye que existe una relación inversa y significativa entre la pobreza multidimensional y la adherencia al tratamiento antihipertensivo, siendo las múltiples privaciones asociadas a la pobreza la principal barrera identificada en esta población.

Abstract

Hypertension requires high treatment adherence, often compromised in contexts of socioeconomic vulnerability. The objective of this study was to determine the relationship between multidimensional poverty and adherence to treatment in hypertensive patients treated at the Progreso Health Center, Chimbote, during 2024. An observational, analytical, cross-sectional, non-experimental study was conducted with a probabilistic sample of 140 patients (N=269). The Peruvian State's multidimensional poverty survey and the Morisky-Green test were used to assess adherence. Analysis included descriptive and inferential statistics (Chi-square, logistic regression) with SPSS v25, considering $p<0.05$ as significant. Results revealed a high prevalence of non-adherence (78.8%), significantly higher in patients with multidimensional poverty (92.9%) compared to the non-poor (21.2%, $p<0.001$). Logistic regression confirmed multidimensional poverty as the strongest predictor of non-adherence (adjusted OR=74.5, $p<0.001$), followed by male sex (adjusted OR=4.62, $p=0.024$). It is concluded that there is a significant inverse relationship between multidimensional poverty and adherence to antihypertensive treatment, with the multiple deprivations associated with poverty being the main barrier identified in this population.

Introducción

1. Antecedentes y fundamentación científica

Antecedentes internacionales

Abdisa L. et al. (2022), en Etiopía, realizaron un estudio transversal en 402 pacientes hipertensos para evaluar los factores asociados a la adherencia deficiente al tratamiento antihipertensivo durante la pandemia de COVID-19. Encontraron que el 63% presentó pobre adherencia al tratamiento (IC95%: 58,1-67,9). Las variables significativamente relacionadas fueron no tener educación formal (OR ajustado=1,56; IC95%:1,03-4,30), presencia de comorbilidades (ORa=1,98; IC95%:1,35-4,35), financiar por cuenta propia el costo de medicamentos (ORa=2,05; IC95%:1,34-4,73), conocimiento limitado sobre hipertensión y su tratamiento (ORa=2,67; IC95%:1,45-3,99), mala relación médico-paciente (ORa=1,22; IC95%:1,02-4,34) e indisponibilidad de medicamentos durante la pandemia (ORa=5,05; IC95%:2,78-12,04). Concluyen que la adherencia deficiente estuvo asociada fuertemente a condiciones de pobreza, evidenciada en factores educativos, económicos y de acceso limitado a medicamentos durante la crisis sanitaria.

Arshed M. et al. (2025), en Pakistán, propusieron un ensayo controlado aleatorizado con 440 pacientes hipertensos para evaluar la efectividad de una intervención móvil multifacética ("Multi-Aid-Package") sobre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y reducción de presión arterial sistólica (PAS). La intervención incluyó mensajes escritos, gráficos, videos educativos y apoyo 24/7 mediante una aplicación móvil (WhatsApp), comparada con atención estándar. Los participantes presentaban adherencia inferior al 80%. Como resultado primario medirán cambios en adherencia mediante escalas validadas (SEAMS) y recuento de píldoras, y secundario, variación en PAS, tras 6 meses. Los autores plantearon que esta herramienta tecnológica podría reducir barreras relacionadas con pobreza, como falta de educación y escasa accesibilidad a servicios de salud, mejorando

significativamente la adherencia. Recomendaron considerar esta estrategia en contextos similares de países con ingresos bajos o medios.

Desta M. et al. (2022), en Etiopía, realizaron una revisión sistemática y meta-análisis que incluyó 19 estudios observacionales con una muestra total de 7764 pacientes hipertensos. El objetivo fue estimar la adherencia a medicamentos antihipertensivos y su asociación con presión arterial no controlada. La adherencia nacional fue del 65,1% (IC95%: 61,6-68,6%), con variación regional significativa. Encontraron que una buena adherencia estuvo asociada con una reducción del 51% en las probabilidades de presión arterial no controlada (OR=0,49; IC95%: 0,34-0,69). El conocimiento sobre hipertensión (OR=4,26; IC95%: 2,70-6,72) y la presencia de comorbilidades (OR=2,54; IC95%: 1,06-6,07) aumentaron significativamente la adherencia. Concluyen que mejorar el conocimiento del paciente y abordar condiciones asociadas a la pobreza podría mejorar sustancialmente la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Ferreira P. et al. (2024), en Portugal, realizaron una revisión sistemática incluyendo 45 estudios sobre factores determinantes en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos. Se identificó que la adherencia estuvo consistentemente asociada con satisfacción del paciente respecto a comunicación, relación médico-paciente, uso de tecnologías digitales (eHealth y mHealth), así como factores relacionados con salud mental, cognición, tipo y apariencia del medicamento, alfabetización sanitaria y autoeficacia. La pobreza se destacó indirectamente mediante factores socioeconómicos interrelacionados como bajo nivel educativo, escasa alfabetización en salud, dificultades económicas para adquirir medicamentos y limitado acceso a servicios de salud, lo cual impactó negativamente en la adherencia terapéutica. Los autores concluyen que las estrategias multifacéticas adaptadas al contexto socioeconómico del paciente son fundamentales para mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Hamrahian S. et al. (2022), en Estados Unidos, realizaron una revisión crítica sobre factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Los autores

indicaron que la adherencia constituye un desafío significativo, particularmente en contextos socioeconómicos desfavorables. Señalaron que factores asociados con pobreza, como bajo nivel de ingresos, educación limitada y deficiente acceso al sistema de salud, afectan negativamente la adherencia. Además, identificaron barreras específicas que incluyen la mala relación paciente-profesional de salud, regímenes terapéuticos complejos, comorbilidades psiquiátricas, polifarmacia, y creencias erróneas sobre la hipertensión y su tratamiento. Concluyen que estrategias personalizadas, centradas en el paciente y multidisciplinarias, que consideren la situación socioeconómica y educativa del paciente, son fundamentales para mejorar la adherencia y los resultados clínicos en hipertensos.

Kvarnström K. et al. (2021), en Finlandia, realizaron una revisión sistemática cualitativa que incluyó 89 estudios para identificar factores relacionados con la adherencia a medicamentos en pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo hipertensión. Encontraron que las barreras financieras y logísticas, asociadas a la pobreza, destacaron como factores determinantes importantes de la no adherencia. Los pacientes señalaron que las dificultades económicas, alto costo de medicamentos, desempleo y falta de seguro médico influían significativamente en su capacidad de mantener el tratamiento. Concluyeron que intervenciones dirigidas a mejorar la información sobre la enfermedad, fortalecer la relación paciente-profesional sanitario y garantizar el acceso económico a medicamentos podrían incrementar sustancialmente la adherencia terapéutica, particularmente en contextos socioeconómicos desfavorables.

Mebrahtu G. et al. (2021), en Eritrea, realizaron un estudio transversal en 335 pacientes hipertensos atendidos en un hospital nacional de referencia, con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores asociados. La prevalencia de pobre adherencia fue alta (72,8%). Los factores asociados fueron sexo masculino (OR ajustado=4,95; IC95%:1,52-16,11), alto costo del transporte al hospital (ORa=6,87; IC95%:3,25-14,52), desconocimiento sobre hipertensión (ORa=6,23; IC95%:2,36-18,05) y ausencia en charlas educativas (ORa=2,33; IC95%:1,17-4,63). El alto costo del transporte destacó

como barrera económica clave, evidenciando cómo la pobreza limita significativamente la adherencia terapéutica. Los autores concluyen que mejorar la accesibilidad económica y fortalecer la educación sanitaria son intervenciones esenciales para aumentar la adherencia en contextos socioeconómicos vulnerables

Pristianty L. et al. (2023), en Indonesia, realizaron un estudio transversal correlacional en 72 pacientes hipertensos atendidos en un centro de atención primaria para evaluar la relación entre conocimiento, actitudes y apoyo familiar con la adherencia al tratamiento antihipertensivo. El 94,5% de los pacientes mostró una pobre adherencia. Aunque la mayoría mostró actitud positiva (83,3%) y apoyo familiar adecuado (76,5%), la adherencia estuvo significativamente influenciada solo por el conocimiento ($p=0,022$) y las actitudes ($p=0,025$). El apoyo familiar no mostró asociación significativa. Estos resultados sugieren que, en contextos socioeconómicos limitados, la educación y la actitud del paciente influyen más en la adherencia que el apoyo familiar. Concluyen que fortalecer el conocimiento del paciente sobre hipertensión es clave para mejorar la adherencia al tratamiento en poblaciones vulnerables económicamente.

Raja W. et al. (2021), en India, realizaron un estudio transversal con 406 pacientes hipertensos atendidos en hospitales de atención primaria, con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo y sus determinantes. Utilizaron la escala Hill-Bone y encontraron adherencia subóptima, especialmente en adultos mayores, residentes urbanos, personas con baja condición socioeconómica y pacientes con múltiples medicamentos ($p<0,001$). La adherencia disminuyó significativamente en individuos de estratos socioeconómicos bajos debido a menor poder adquisitivo y menor acceso a atención médica regular y asesoramiento. Concluyen que es necesario reforzar la consejería sobre adherencia terapéutica, especialmente en adultos mayores y personas con escasos recursos económicos, sugiriendo que la pobreza impacta significativamente la adherencia al tratamiento antihipertensivo y, por ende, en el control de la hipertensión.

Shahin W. et al. (2021), en Australia, realizaron una revisión sistemática que incluyó 14 estudios sobre la asociación entre apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo. Encontraron que el apoyo social estuvo significativamente relacionado con una mayor adherencia en nueve estudios revisados ($p<0,05$). Identificaron que la pobreza y condiciones socioeconómicas adversas, incluyendo bajo nivel educativo, desempleo y deficiente comunicación con profesionales de salud, fueron barreras importantes para la adherencia. Señalaron que el apoyo familiar, social y comunitario podría mitigar estos factores negativos relacionados con la pobreza, mejorando así la adherencia terapéutica. Concluyen que es crucial que los proveedores de salud consideren el apoyo social disponible para cada paciente hipertenso, particularmente aquellos en condiciones socioeconómicas vulnerables, como estrategia clave para mejorar la adherencia y los resultados del tratamiento.

Stanikzai M. et al. (2023), en Afganistán, realizaron un estudio transversal con 669 pacientes hipertensos atendidos en un hospital regional para determinar predictores de no adherencia al tratamiento antihipertensivo. La prevalencia de no adherencia fue del 47,9% (IC95%:44,1-51,8%). La pobreza se reflejó como factor predictor significativo, ya que pacientes con ingresos mensuales bajos presentaron mayor riesgo de no adherencia (OR ajustado=1,70; IC95%:1,13-2,55). Otros factores relevantes fueron la polifarmacia (ORa=2,02; IC95%:1,29-3,16), presencia de comorbilidades (ORa=1,68; IC95%:1,05-2,67), desconocimiento sobre complicaciones de la hipertensión (ORa=2,40; IC95%:1,59-3,63) y síntomas depresivos (ORa=1,65; IC95%:1,14-2,38). Concluyen que las condiciones económicas adversas son determinantes significativos de la no adherencia, recomendando intervenciones económicas y educativas adaptadas al contexto local para mejorar la adherencia terapéutica.

Wilder M. et al. (2021), en Estados Unidos, realizaron una revisión sistemática y meta-análisis que incluyó 29 estudios sobre la influencia de determinantes sociales de la salud en la adherencia a medicamentos para enfermedades crónicas, incluyendo hipertensión. La inseguridad alimentaria (OR ajustado=0,56;

IC95%:0,42-0,75) y la inestabilidad habitacional (OR ajustado=0,64; IC95%:0,44-0,93), condiciones estrechamente ligadas a la pobreza, mostraron una asociación significativa y consistente con menor adherencia terapéutica. Otros determinantes como desempleo y bajo apoyo social no mostraron asociaciones consistentes. Los autores concluyen que las circunstancias sociales adversas derivadas de la pobreza afectan significativamente la adherencia a medicamentos y recomiendan que proveedores y responsables de políticas consideren estos factores para mejorar los resultados en salud.

Antecedentes nacionales

Coronel Miguel (2024), en un estudio realizado en un hospital público nivel III de Trujillo, Perú, evaluó a 367 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, con el objetivo de analizar la relación entre la calidad de la relación médico-paciente y la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se emplearon como instrumentos el cuestionario Morisky-Green para medir adherencia y el PDRQ-9 para evaluar la percepción de la relación médico-paciente. Los resultados mostraron que el 69,5% de los pacientes eran adherentes, mientras que el 96,7% percibió su relación con el médico como "muy buena". El análisis mediante la prueba U de Mann-Whitney demostró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p < 0,01$), siendo el puntaje promedio de relación más alto en los pacientes adherentes. Se concluye que una relación médico-paciente positiva influye significativamente en la adherencia al tratamiento, lo cual sugiere que fortalecer dicha relación puede contribuir al control efectivo de la hipertensión, especialmente en contextos con limitaciones socioeconómicas.

Santiago Chávez (2024), en un estudio realizado en el Hospital Regional de Ayacucho, Perú, evaluó a 50 adultos mayores hipertensos para identificar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Utilizó como instrumentos la ficha de entrevista estructurada y el test de Morisky-Green-Levine. Los resultados mostraron que solo el 18% de los pacientes eran adherentes, mientras que el 82% no lo eran. Se halló una asociación estadísticamente

significativa entre la adherencia y los factores socioeconómico ($p = 0,019$), relacionado con el proveedor ($p = 0,002$) y relacionado con la terapia ($p < 0,001$), mientras que el factor relacionado con el paciente no mostró relación significativa ($p = 0,118$). Aunque no se reportó Odds Ratio, los hallazgos permiten afirmar que condiciones como bajos ingresos, escaso apoyo del personal de salud y dificultades con el régimen terapéutico inciden en la no adherencia. Se concluye que la pobreza multidimensional influye negativamente en la adherencia al tratamiento, evidenciando la necesidad de intervenciones integrales para mejorar el cumplimiento terapéutico en esta población vulnerable.

Arias Caycho (2023), en un estudio realizado en el Centro de Salud Asunción 8 – MINSA en Cañete, Perú, evaluó a 77 pacientes hipertensos para determinar su nivel de adherencia terapéutica. El instrumento utilizado fue el test de Morisky-Green-Levine, aplicado mediante entrevistas domiciliarias y en el centro de salud. Se halló que solo el 36,4% de los participantes eran adherentes, mientras que el 63,6% no seguían adecuadamente el tratamiento. La principal causa de no adherencia fue el olvido de la medicación (44,2%), seguido por la interrupción al sentirse bien (35,1%). Aunque no se calcularon medidas de asociación como OR o RR, se observó que los pacientes con presión arterial controlada presentaban mayor adherencia (67,9%). Se concluye que la baja adherencia se relaciona con factores individuales y sociodemográficos, lo que permite inferir que condiciones de pobreza multidimensional, como bajo nivel educativo y acceso limitado a servicios, pueden influir negativamente en el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo.

Zelaya Aguirre (2022), en un estudio realizado en el Centro de Salud San Sebastián, Lima Metropolitana, evaluó a 144 pacientes hipertensos con el objetivo de determinar su adherencia terapéutica al tratamiento antihipertensivo. El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado de 23 ítems que abordó dimensiones relacionadas al comportamiento hacia la medicación, la dieta y las consecuencias de la mala adherencia. Los resultados revelaron que ninguno de los pacientes encuestados se adhería completamente al tratamiento, siendo las

principales barreras el olvido, la automedicación, el temor a efectos adversos y el costo de los medicamentos. Más del 50% de los encuestados presentó conductas indicativas de mala adherencia. Aunque no se consignó un OR o RR, se identificaron factores relacionados con la pobreza multidimensional —como la falta de dinero para comprar medicinas y la dificultad de acceso a atención oportuna— que afectaron negativamente la adherencia. Se concluye que condiciones socioeconómicas desfavorables contribuyen significativamente a la baja adherencia terapéutica en esta población.

Pocohuanca-Ancco et al. (2021), en un estudio desarrollado en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral de EsSalud en Lima, evaluaron a 270 pacientes con hipertensión esencial atendidos en consultorios de cardiología, con el objetivo de identificar factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se utilizó como instrumento la escala MMAS-4 (Morisky-Green), validada para población peruana. Se halló una prevalencia de no adherencia del 27%. Mediante regresión de Poisson con varianza robusta, se identificaron como factores asociados a la no adherencia el ser trabajador independiente (ORa: 3,88; IC95%: 1,51–9,97) y presentar un índice de masa corporal mayor de 30 (ORa: 0,23; IC95%: 0,07–0,70). Aunque el sexo masculino mostró una tendencia, no alcanzó significancia estadística (ORa: 0,45; IC95%: 0,20–1,04). El estudio concluye que la pobreza multidimensional, reflejada en variables como empleo informal y obesidad, influye en la adherencia terapéutica, recomendando implementar estrategias focalizadas para mejorar el cumplimiento en estos grupos vulnerables.

Muñoz Arenas (2021), en un estudio realizado en Lima, Perú, evaluó a 87 pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis con el objetivo de determinar su nivel de adherencia al tratamiento farmacológico. Utilizó el test de Morisky-Green-Levine como instrumento para identificar conductas relacionadas con el olvido de la medicación, descuido en los horarios, abandono ante mejoría y omisión ante malestar. Los resultados mostraron una alta prevalencia de no adherencia: el 75% olvidaba la medicación, el 68% era descuidado con la hora de toma y el 71% la suspendía si se sentía bien. Además, el 63% no tenía la presión

arterial controlada. Si bien no se evaluó directamente la pobreza multidimensional, el estudio concluye que el mal control de la hipertensión se relaciona con la baja adherencia, siendo está influida por condiciones personales, familiares y del entorno que podrían incluir componentes de pobreza. Por tanto, se evidencia la necesidad de investigar cómo factores sociales, como la pobreza multidimensional, afectan la adherencia terapéutica en este tipo de pacientes.

Antecedentes regionales y locales

No se encontraron antecedentes regionales y locales.

Fundamentación científica

La pobreza multidimensional es un fenómeno complejo que va más allá de la simple escasez de recursos económicos. Este concepto reconoce que la pobreza se manifiesta a través de múltiples privaciones simultáneas que afectan las capacidades fundamentales de las personas. Entre estas dimensiones se encuentran limitaciones en acceso a educación, alimentación adecuada, vivienda digna y atención médica, lo que en conjunto deteriora significativamente la calidad de vida y las oportunidades de desarrollo personal (D'Attoma & Matteucci, 2024).

La población infantil experimenta la pobreza de manera particular y más severa que los adultos. Los niños presentan una vulnerabilidad acentuada debido a su dependencia del cuidado adulto y son especialmente susceptibles a las influencias de su entorno inmediato, principalmente el hogar y la comunidad cercana. Esta vulnerabilidad se intensifica en los más pequeños, quienes dependen completamente de otros para satisfacer sus necesidades básicas y cuyo desarrollo puede verse comprometido de manera irreversible por privaciones tempranas (Vollmer & Alkire, 2022).

Entre los niños que viven en condiciones de pobreza, se produce una acumulación de carencias que limita drásticamente sus oportunidades futuras. La desnutrición, la falta de acceso a servicios de salud, la educación deficiente, así como

experiencias traumáticas de violencia o abandono, no actúan de manera aislada sino que se refuerzan mutuamente. Este efecto acumulativo y sinérgico de las privaciones multiplica el impacto negativo en el desarrollo infantil y reduce significativamente sus posibilidades de superar el ciclo de pobreza (Dirksen & Alkire, 2021).

Cada miembro del hogar percibe y experimenta las carencias asociadas a la pobreza de manera diferente. Las privaciones materiales y no materiales afectan de forma distinta a adultos y niños dentro de una misma familia, e incluso entre hermanos pueden existir diferencias significativas en cómo se experimentan estas limitaciones. Estas percepciones diversas influyen en cómo cada individuo desarrolla mecanismos de afrontamiento y en cómo la pobreza moldea su identidad y perspectivas de vida (Koomson et al., 2024).

Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo

La adherencia al tratamiento antihipertensivo se define como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud. Este concepto va más allá del simple cumplimiento pasivo de las indicaciones médicas, implicando una participación activa y voluntaria del paciente en el plan de tratamiento establecido conjuntamente con el profesional sanitario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos como un problema de salud pública de gran magnitud, especialmente en enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (Coelho et al., 2024).

Desde el punto de vista epidemiológico, la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo constituye un fenómeno global. Estudios internacionales revelan que aproximadamente el 50-70% de los pacientes con hipertensión arterial no toman sus medicamentos según lo prescrito. Esta situación tiene consecuencias clínicas significativas, ya que la falta de adherencia se asocia directamente con un control subóptimo de la presión arterial, un aumento del riesgo de complicaciones

cardiovasculares (como accidentes cerebrovasculares e infartos de miocardio), mayores tasas de hospitalización y un incremento en la mortalidad. Los costos económicos derivados de esta problemática son considerables, estimándose que entre el 5-10% de los ingresos hospitalarios están relacionados con la falta de adherencia terapéutica (Lee et al., 2022).

Los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo son multidimensionales y pueden clasificarse en cinco categorías principales: factores relacionados con el paciente (conocimientos, actitudes, creencias, percepción de la enfermedad), factores relacionados con la terapia (complejidad del régimen, efectos secundarios, duración del tratamiento), factores relacionados con la enfermedad (ausencia de síntomas, cronicidad), factores socioeconómicos (costo de los medicamentos, nivel educativo, apoyo social) y factores relacionados con el sistema de salud (relación médico-paciente, acceso a los servicios sanitarios, tiempo de consulta). La interacción de estos factores determina el comportamiento de adherencia, siendo fundamental su identificación para implementar estrategias efectivas de mejora (Gutierrez & Sakulbumrungsil, 2021; Hamrahian et al., 2022).

Para medir la adherencia al tratamiento antihipertensivo, el Test de Morisky-Green de 4 ítems es uno de los instrumentos más utilizados en la práctica clínica debido a su simplicidad y facilidad de aplicación. Este cuestionario consta de cuatro preguntas con respuesta dicotómica (sí/no): "¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?", "¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?", "Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?" y "Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?". Se considera adherente al paciente que responde correctamente a las cuatro preguntas (No, Sí, No, No), mientras que una sola respuesta incorrecta lo califica como no-adherente. A pesar de su sencillez, este test ha demostrado una adecuada validez predictiva en diversas poblaciones y contextos clínicos (Choudhry et al., 2022).

La pobreza multidimensional representa un determinante crucial en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, trascendiendo la mera insuficiencia de ingresos

para abarcar múltiples privaciones que afectan simultáneamente al individuo. Estas privaciones incluyen el acceso limitado a servicios de salud de calidad, bajos niveles educativos, condiciones precarias de vivienda, inseguridad alimentaria y exclusión social. Las personas que viven en situación de pobreza multidimensional enfrentan barreras significativas para mantener la adherencia terapéutica, como la imposibilidad de costear los medicamentos de forma continua, dificultades para transportarse a los centros de salud para controles regulares, menor comprensión de las indicaciones médicas debido a limitaciones educativas, y priorización de necesidades inmediatas de supervivencia sobre el cuidado de enfermedades asintomáticas como la hipertensión. Estas circunstancias hacen imperativo el desarrollo de políticas sanitarias integrales que aborden los determinantes sociales de la salud para mejorar efectivamente la adherencia terapéutica en poblaciones vulnerables (Chaturvedi et al., 2024; Clausen & Trivelli, 2019; Thirunavukkarasu et al., 2022).

2. Justificación de la investigación

Desde el punto de vista teórico, esta investigación profundizará en la comprensión del concepto de pobreza multidimensional aplicado al contexto sanitario, particularmente en el manejo de enfermedades crónicas como la hipertensión. Además, contribuirá al cuerpo teórico existente sobre los determinantes sociales en salud, estableciendo un marco conceptual sólido para analizar cómo múltiples dimensiones de pobreza (educación, ingreso, vivienda, entre otras) interactúan y afectan la capacidad de los pacientes para mantener una adherencia efectiva al tratamiento.

Desde una perspectiva práctica, este estudio permitirá identificar claramente las barreras específicas que enfrentan los pacientes hipertensos en condiciones de pobreza multidimensional al momento de adherirse a su tratamiento farmacológico. Esto facilitará que los sistemas de salud implementen intervenciones efectivas, enfocadas específicamente en reducir dichas barreras económicas y sociales. Asimismo, brindará información relevante para diseñar estrategias de apoyo financiero y acceso equitativo

a medicamentos esenciales que aumenten las tasas de adherencia en poblaciones vulnerables.

Socialmente, este estudio adquiere relevancia debido al creciente impacto de la hipertensión arterial como problema de salud pública a nivel mundial, especialmente en países con desigualdad socioeconómica marcada. Al demostrar empíricamente cómo la pobreza limita la adherencia al tratamiento antihipertensivo, se podrán generar políticas públicas sensibles al contexto social, mejorar la equidad en salud y reducir las complicaciones derivadas de la hipertensión que afectan desproporcionadamente a las poblaciones más vulnerables.

En términos metodológicos, este trabajo proporcionará herramientas analíticas útiles para medir la pobreza desde un enfoque multidimensional, utilizando indicadores validados que van más allá del ingreso económico. La aplicación rigurosa de estos métodos permitirá identificar con precisión cuáles dimensiones específicas de la pobreza afectan con mayor fuerza la adherencia terapéutica. Esto ofrece a futuras investigaciones un modelo replicable, tanto para evaluar adherencia en otras enfermedades crónicas como para explorar otras variables relacionadas.

Desde la perspectiva científica, el estudio contribuirá a llenar un vacío importante en la literatura sobre salud pública, particularmente en contextos de países de ingresos bajos y medios, donde las investigaciones sobre pobreza multidimensional y adherencia terapéutica aún son limitadas. Los resultados generarán evidencia empírica robusta, lo que permitirá avanzar en el conocimiento sobre la interacción entre determinantes sociales, pobreza y enfermedades crónicas, aportando información valiosa para futuras investigaciones en epidemiología social y gestión sanitaria.

3. Fundamentación del problema

La hipertensión arterial es una condición crónica que afecta a millones de personas en todo el mundo, constituyendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad prematura debido a sus graves complicaciones cardiovasculares y renales. A pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos, un alto porcentaje de pacientes no mantiene

una adecuada adherencia terapéutica, especialmente en contextos socioeconómicos desfavorables. Diversos estudios han identificado que factores relacionados con la pobreza, como el bajo nivel educativo, escasos ingresos, difícil acceso a servicios de salud y medicamentos, así como insuficiente apoyo social, limitan significativamente la capacidad de los pacientes para cumplir con su régimen terapéutico. La pobreza, al abordarse desde un enfoque multidimensional, considera simultáneamente privaciones económicas, educativas, habitacionales y sociales, ofreciendo una perspectiva más integral para comprender su impacto en la salud. En este sentido, identificar cómo las múltiples dimensiones de la pobreza afectan específicamente la adherencia al tratamiento antihipertensivo es crucial para el diseño de intervenciones efectivas orientadas a reducir las disparidades en salud.

Enunciado del problema

Por lo tanto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre la pobreza multidimensional y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos?

4. Conceptualización y operacionalización de variables (Ver anexo N° 2)

En el presente estudio, la variable independiente es la pobreza multidimensional, entendida conceptualmente como una condición caracterizada por la carencia en múltiples dimensiones esenciales del bienestar humano, incluyendo aspectos sociales, gubernamentales, educativos, de seguridad, acceso a salud, entre otros. Operacionalmente, esta variable se mide a través de la presencia o ausencia de pobreza en diversas dimensiones específicas, tales como seguridad, servicios básicos, educación, derecho al voto, acceso a salud, características del hogar, conectividad, no discriminación y producto financiero. Cada una de estas dimensiones se evalúa individualmente, siendo codificadas como “presente” o “ausente”. Se trata de una variable cualitativa de tipo ordinal, y su unidad de medida corresponde a la cantidad de dimensiones en las que se presenta pobreza, expresadas como fracciones del total (por ejemplo, I/IX, II/IX, etc.).

Por otro lado, la variable dependiente es la adherencia al tratamiento, la cual se conceptualiza como el apego del usuario a su régimen terapéutico, particularmente en su forma farmacológica. Esta variable se evalúa operativamente mediante la aplicación del test de Morisky-Green, que consta de cuatro ítems. Un paciente se considera adherente si responde de forma específica a los ítems (No/Sí/No/No); cualquier otra combinación de respuestas indica no adherencia. Es una variable cualitativa de tipo nominal, con dos posibles categorías: "adherente" y "no adherente".

Asimismo, se han identificado variables intervinientes que podrían influir en la relación entre las variables principal y dependiente. Entre ellas se incluye la edad, definida como el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la evaluación, registrada en años completos según la historia clínica del paciente. Esta es una variable cuantitativa de escala de razón. También se considera el sexo, entendido como la característica fenotípica que permite clasificar al individuo como masculino o femenino, información también consignada en la historia clínica; se trata de una variable cualitativa de tipo nominal. Otra variable interviniente es el nivel de estudios, que se refiere al grado máximo de escolaridad alcanzado por el sujeto, categorizado ordinalmente como "primaria" y "secundaria o más". La situación laboral también es considerada, definida como la condición de actividad económica del individuo para su sostenimiento, registrada como "no trabaja", "estudiante", "trabajador independiente" o "trabajador dependiente"; es una variable cualitativa nominal. Finalmente, se incluye la comorbilidad, conceptualizada como la presencia de enfermedades adicionales a la hipertensión arterial, cuyo registro se obtiene de la historia clínica. Esta última también es una variable cualitativa nominal con las categorías "sí" y "no".

El anexo 2 muestra la matriz de operacionalización de variables.

5. Hipótesis

Hipótesis alternativa (H_1)

La pobreza multidimensional está significativamente relacionada con una menor adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

Hipótesis nula (H_0)

La pobreza multidimensional no está significativamente relacionada con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

6. Objetivos

Objetivo General:

Determinar la relación entre la pobreza multidimensional y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

Objetivos Específicos:

1. Identificar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes según pobreza multidimensional.
2. Analizar la relación entre la pobreza multidimensional con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.
3. Determinar la relación entre características demográficas y datos de comorbilidad con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.
4. Precisar la relación ponderada entre características demográficas y datos de comorbilidad con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Metodología

1. Tipo y diseño de investigación

TIPO: El presente estudio fue aplicado, dado que buscó resolver un problema práctico identificando cómo la pobreza multidimensional afecta la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Por su alcance es analítico, ya que estableció una relación entre ambas variables y transversal porque los datos fueron recopilados en un único momento.

DISEÑO: Fue no experimental debido a que no se manipularon las variables estudiadas.

2. Población, muestra y muestreo (Ver anexo N° 6)

Población:

La población estuvo conformada por pacientes hipertensos adultos atendidos en el centro de salud seleccionado durante el período 2024, que cumplieron con los criterios de selección establecidos. Entre enero a diciembre de 2024 fueron atendidos 269 pacientes con HTA en el Centro de Salud Progreso.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes hipertensos adultos (≥18 años).
- Pacientes con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial.
- Pacientes con al menos 6 meses de tratamiento antihipertensivo.
- Pacientes residentes en la jurisdicción del centro de salud durante el período de estudio.
- Pacientes con historias clínicas completas y actualizadas.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con trastornos psiquiátricos o deterioro cognitivo diagnosticado.
- Pacientes con enfermedades graves o terminales.
- Pacientes que hayan fallecido durante el período del estudio.
- Pacientes con datos incompletos o ilegibles en las historias clínicas.

- Pacientes que cambiaron de domicilio o de centro de salud durante el período de seguimiento.

Muestra: (Ver anexo N° 6)

Para el presente estudio, la determinación del tamaño muestral se realizó considerando la fórmula para población finita con un nivel de confianza del 95% y un error de estimación del 5%, dada una población total conocida de 269 sujetos. Los detalles del cálculo de muestra se encuentran en el anexo 6.

Se tomarón como referencia los valores de prevalencia obtenidos en estudios previos. Para la variable de pobreza multidimensional, se consideró una prevalencia del 92.9% de acuerdo con lo reportado por Paredes Villanueva (2023). En cuanto a la no adherencia al tratamiento, se utilizó una prevalencia del 75% según lo documentado por Muñoz Arenas (2021). Para estos datos el tamaño de muestra calculado fue de 140 sujetos con HTA.

La selección de participantes se realizó mediante muestreo aleatorio simple a partir del marco muestral conformado por las historias clínicas de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente.

3. Técnicas e instrumentos de investigación

La técnica para la recolección de datos fue documental y mediante encuesta. Se realizó la revisión de historias clínicas para recopilando datos clínicos y demográficos, además se aplicó un cuestionario estructurado que incluyó una escala validada para evaluar adherencia terapéutica y un instrumento para medir pobreza multidimensional (Anexo 3). El cuestionario incluyó preguntas sobre aspectos económicos, educativos, de vivienda, acceso a servicios de salud y apoyo social.

4. Confiabilidad y validez del instrumento

El instrumento de MMAS-4 (Morisky Green) ha sido validado en repetidas veces en Perú y su uso es muy difundido por la sencillez de su aplicación, obteniendo

una V de Aiken de 0.892 y un alfa de Cronbach de 0.920 lo que lo sindica como confiable (Rodríguez Chamorro, 2020). El instrumento para medir la pobreza multidimensional fue validado por Paredes Villanueva (2023) obteniendo una V de Aiken de 0.97 y un alfa de Cronbach de 0.890 lo que lo sindica como confiable.

5. Procesamiento y análisis de la información

Los datos recolectados fueron codificados e ingresados en una base de datos en Microsoft Excel 2019 y analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 28 para Windows. El análisis descriptivo incluyó frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, así como medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, mostrando los resultados en tablas y gráficos.

El análisis inferencial se realizó utilizando la prueba Chi-cuadrado que evalúo la asociación entre pobreza multidimensional y adherencia terapéutica, con significancia estadística de $p<0.05$. También se calculó el Odds Ratio (OR) crudo y su intervalo de confianza al 95% para cuantificar la fuerza de asociación. Además, fue realizado el análisis multivariado mediante regresión logística binaria, controlando por posibles variables confusoras. Los resultados se presentaron en tablas con frecuencias, valores p y OR ajustados, con sus respectivos intervalos de confianza.

Resultados

Tabla 1. Distribución de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes según pobreza multidimensional.

	Adherencia al tratamiento		
	No n (%)	Si n (%)	Total n (%)
Pobreza multidimensional (Global)	98 (90.7)	4 (12.5)	102 (72.9)
Seguridad	72 (66.7)	2 (6.3)	74 (52.9)
Servicios básicos	98 (90.7)	0	98 (70.0)
Educación	77 (71.3)	1 (3.1)	78 (55.7)
Derecho a voto	74 (68.5)	0	74 (52.9)
Acceso a salud	68 (63.0)	0	68 (48.6)
Características del hogar	90 (83.3)	1 (3.1)	91 (65.0)
Conectividad	54 (50.0)	1 (3.1)	55 (39.3)
No discriminación	91 (84.3)	2 (6.3)	93 (66.4)
Producto financiero	98 (90.7)	0	98 (70.0)

Los porcentajes de las 9 dimensiones de pobreza se superponen, razón por lo que la suma suele superar el 100%.

La tabla 1 muestra que la pobreza multidimensional global incluye 102 pacientes (72.9% de la muestra), donde el 90.7% no se adhiere al tratamiento y solo el 12.5% mantiene adherencia.

Las dimensiones de servicios básicos, derecho al voto y acceso a salud muestran 0% de adherencia, con 98, 74 y 68 pacientes respectivamente.

Educación, características del hogar y conectividad presentan adherencia extremadamente baja del 3.1% cada una, con solo 1 paciente adherente por dimensión de totales de 78, 91 y 55 pacientes respectivamente. La no discriminación y producto financiero completan el panorama con 2 y 0 casos de adherencia respectivamente.

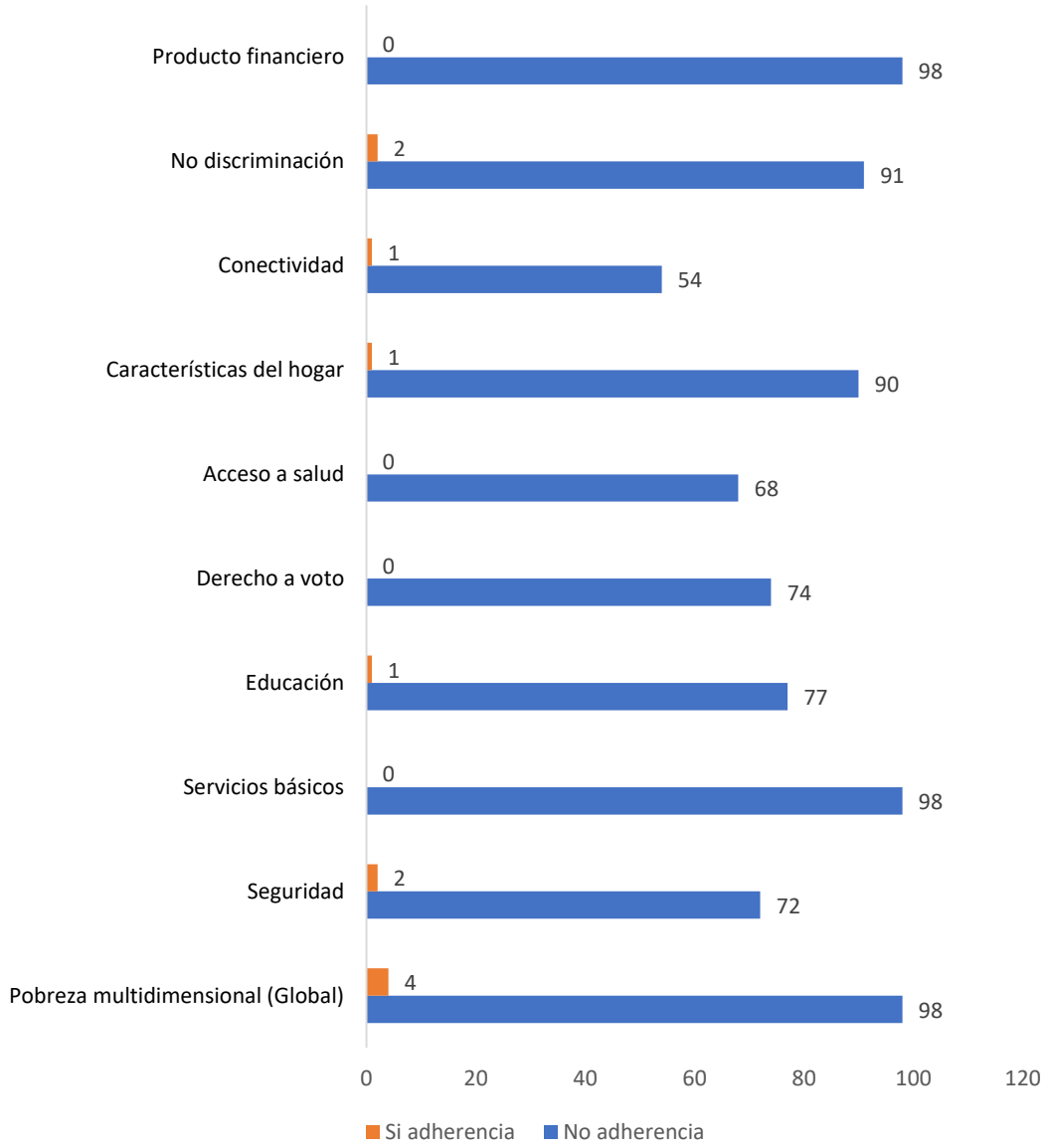


Figura 1. Gráfico de barras de la distribución de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes según pobreza multidimensional

Tabla 2. Relación entre la pobreza multidimensional con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

	Adherencia al tratamiento			
	No n (%)	Si n (%)	X^2 (p valor)	OR [IC 95%]
Pobreza multidimensional (Global)	98 (90.7)	4 (12.5)	76.4 (p<0.001)	68 [19.9-235.5]
Seguridad	72 (66.7)	2 (6.3)	36.2 (p<0.001)	30 [6.8-132.6]
Servicios básicos	98 (90.7)	0	96.8 (p<0.001)	--
Educación	77 (71.3)	1 (3.1)	46.5 (p<0.001)	--
Derecho a voto	74 (68.5)	0	43.8 (p<0.001)	--
Acceso a salud	68 (63.0)	0	39.2 (p<0.001)	--
Características del hogar	90 (83.3)	1 (3.1)	69.8 (p<0.001)	--
Conectividad	54 (50.0)	1 (3.1)	22.7 (p<0.001)	--
No discriminación	91 (84.3)	2 (6.3)	67.4 (p<0.001)	--
Producto financiero	98 (90.7)	0	100.2 (p<0.001)	--

Los porcentajes de las 9 dimensiones de pobreza se superponen, razón por lo que la suma suele superar el 100%.

La tabla 2 muestra una fuerte asociación entre la pobreza multidimensional global y la no adherencia al tratamiento hipertensivo, el valor de 76.4 (p<0.001) para el X^2, así como el OR de 68 [19.9-235.5] muestran que sería más que un factor relacionado o asociado, sino que estadísticamente lo propone como un factor causal.

En relación a sus dimensiones la escaza e incluso ausencia de sujetos con pobreza multidimensional en sus dimensiones hace que sus resultados pierdan significancia estadística en la determinación de la odds ratio, quedando solo el valor de X^2, con ajuste por continuidad de Yates.

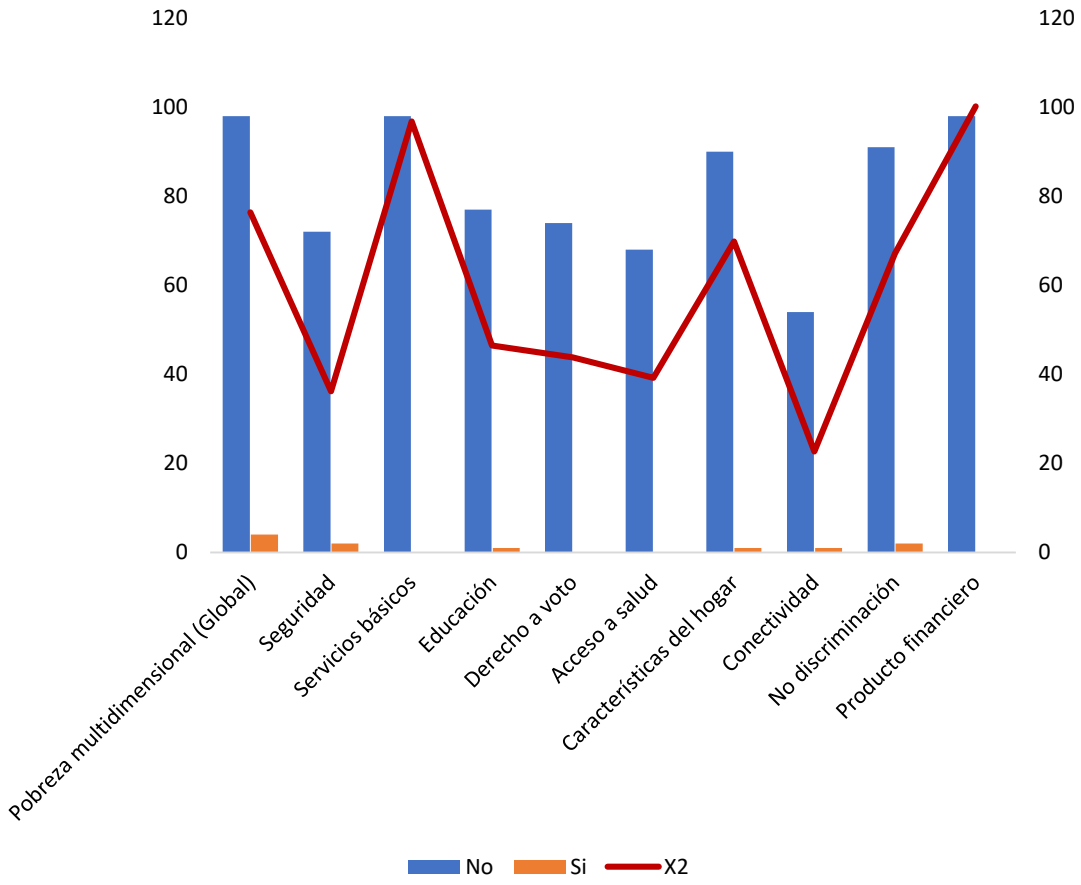


Figura 2. Gráfico combinado de la relación entre la pobreza multidimensional con la adherencia al tratamiento antihipertensivo

Tabla 3. Relación entre características demográficas y datos de comorbilidad con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

		Adherencia al tratamiento		X^2	OR
		No	Si		
		n (%)	n (%)	p valor	[IC 95%]
Edad	$\bar{x}$ ± DE	67.2±10.7	64.6±10.8	t = 1.199 (0.233)	--
Sexo	Masculino	56 (51.9)	7 (21.9)	8.9 (0.003)	3.8
	Femenino	52 (48.1)	25 (78.1)		[1.5 – 9.6]
*Procedencia	Urbano	--	--	-	--
Nivel educativo	Primaria	21 (19.4)	0		
	Secundaria	72 (66.7)	29 (90.6)		
	Sup. Univers.	10 (9.3)	0	8.8 (0.033)	--
	Sup. Tec.	5 (4.6)	3 (9.4)		
Comorbilidades	Diabetes	50 (46.3)	14 (43.8)	0.064 (0.800)	--
	Dislipidemia	78 (72.2)	21 (65.6)	0.519 (0.471)	--

Los porcentajes de las 9 dimensiones de pobreza se superponen, razón por lo que la suma suele superar el 100%.
$\bar{x}$ = promedio, DE = desviación estándar.
t = prueba t de student (La prueba K-S señaló una distribución normal)
* Procedencia, el 100% fue urbana, por lo que no tuvo comportamiento de variable.
* Chi por corrección de continuidad de Yates (> de 25% de frecuencias esperadas son mayores a 5.

La tabla 3 examina la relación entre diversas características demográficas y clínicas con la adherencia al tratamiento antihipertensivo. En cuanto a la edad, los resultados muestran que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (p=0.223).

El análisis por sexo revela diferencias significativas en los patrones de adherencia (p=0.003), el odds ratio (OR) de 3.8, lo que indica que los varones tienen más probabilidad de no adherirse al tratamiento.

El nivel educativo también muestra una asociación estadísticamente significativa con la adherencia (X^2=8.8,p=0.033). En relación a las comorbilidades estas no influyen de manera determinante en el cumplimiento terapéutico (p>0.05).

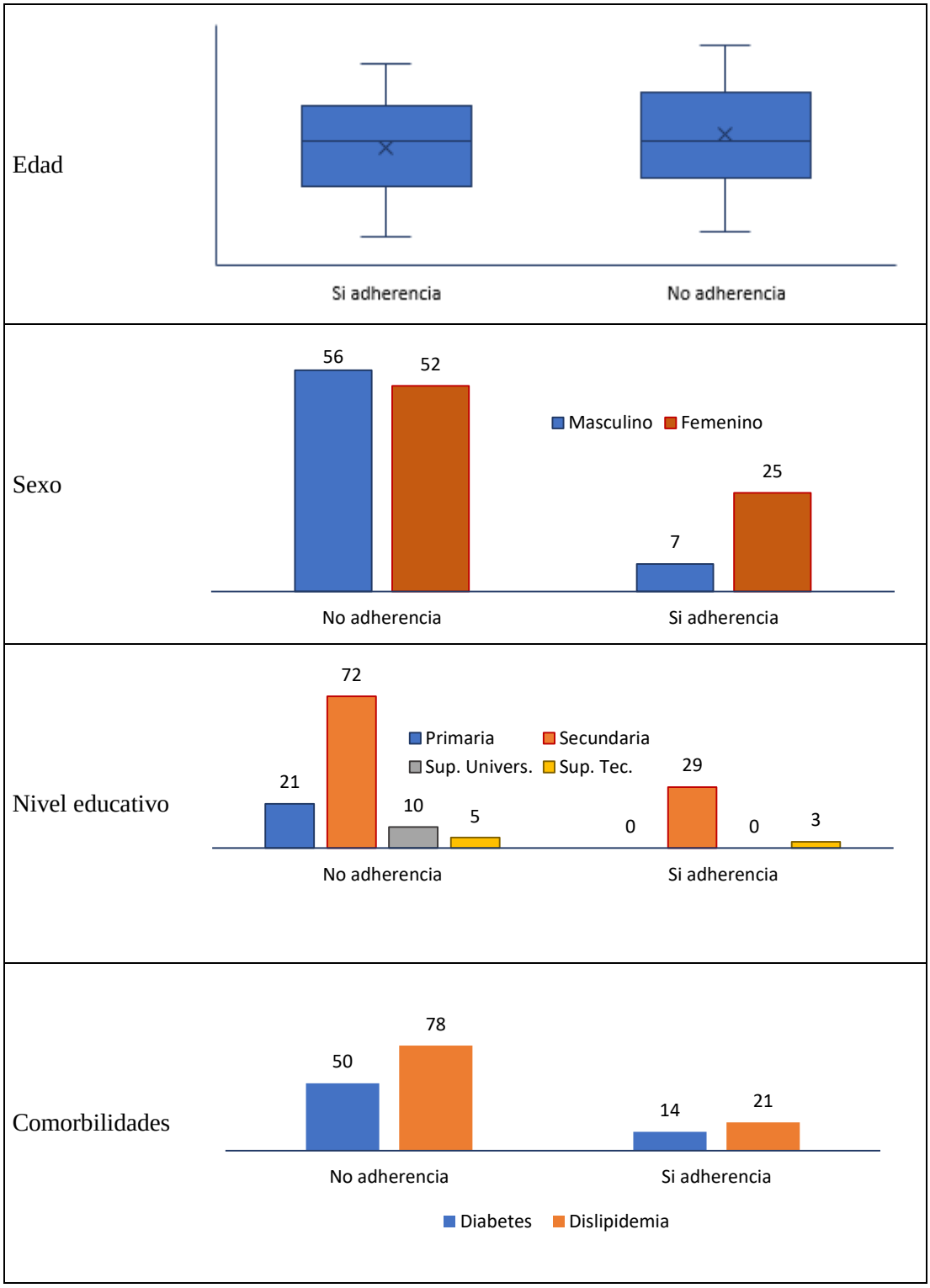


Figura 3. Gráfico múltiple de la relación entre características demográficas y datos de comorbilidad con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Tabla 4. Relación ponderada entre características demográficas y datos de comorbilidad con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

	No adherencia al tratamiento				
	B	Wald	p valor	Exp (B)	[IC 95%]
Sexo masculino	1.53	5.08	0.024	4.62	1.2-17.4
Nivel educativo	-0.12	0.01	0.908	0.89	0.1-6.3
Pobreza multidimensional global	4.31	41.4	<0.001	74.5	20.0-277.1
Constante	-1.52	2.11	0.146	0.22	

La tabla 4 presenta un análisis de regresión logística que examina los factores asociados con la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Los resultados muestran los coeficientes beta, estadísticos de Wald, valores de significancia, exponenciales de beta (odds ratios) e intervalos de confianza al 95% para cada variable incluida en el modelo.

La variable sexo muestra una asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento. El estadístico de Wald de 5.08 (p=0.024), el Exp (B), que es el OR=4.62 [1.2-17.4] los varones tienen más riesgo de no.

El nivel educativo no presenta una asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica. Con un coeficiente beta de -0.12, un estadístico de Wald de 0.01 y un p-valor de 0.908, esta variable no contribuye de manera significativa al modelo predictivo. El odds ratio de 0.89 con un intervalo de confianza amplio entre 0.1 y 6.3 confirma la ausencia de una relación consistente entre el nivel educativo y la adherencia al tratamiento.

La pobreza multidimensional global emerge como el predictor más fuerte de adherencia al tratamiento. Con un coeficiente beta de 4.31 y un estadístico de Wald de 41.4, esta variable presenta un p-valor menor a 0.001, indicando alta significancia estadística. El odds ratio de 74.5 con un intervalo de confianza entre 20.0 y 277.1 revela que los pacientes con menores niveles de pobreza multidimensional tienen una probabilidad sustancialmente mayor de adherirse al tratamiento.

La constante del modelo presenta un coeficiente beta de -1.52 con un estadístico de Wald de 2.11 y un p-valor de 0.146, lo que indica que no es estadísticamente significativa. Esto sugiere que el modelo está bien calibrado y que las variables incluidas explican adecuadamente la variabilidad en la adherencia al tratamiento antihipertensivo sin requerir un ajuste adicional en el intercepto.

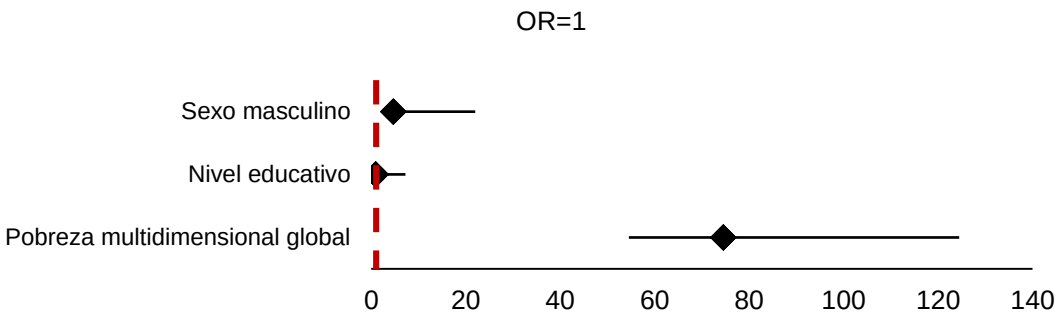


Figura 4. Forest Plot de la relación ponderada entre características demográficas y datos de comorbilidad con la adherencia al tratamiento antihipertensivo

Análisis y discusión

El presente estudio reveló una prevalencia alarmantemente alta de no adherencia al tratamiento antihipertensivo, alcanzando el 78.8% en la población estudiada del Centro de Salud Progreso. Este hallazgo supera las cifras reportadas en diversos estudios nacionales realizados en contextos similares de atención primaria o seguros sociales, donde las tasas de no adherencia oscilan generalmente entre el 40% y 75% (Arias Caycho, 2023; Muñoz Arenas, 2021; Zelaya Aguirre, 2022; Pocohuanca Ancco et al., 2021). La magnitud de la no adherencia en nuestra muestra subraya una problemática crítica en el manejo de la hipertensión arterial en esta comunidad específica, sugiriendo la presencia de barreras significativas que dificultan el seguimiento terapéutico adecuado por parte de los pacientes.

La comparación con estudios internacionales también sitúa nuestros hallazgos en el extremo superior del espectro de no adherencia. Investigaciones en Etiopía reportaron tasas de pobre adherencia del 63% y 65.1% (Abdisa et al., 2022; Desta et al., 2022), mientras que en Eritrea se encontró un 72.8% (Mebrahtu et al., 2021) y en Indonesia un 94.5%, aunque este último con una muestra más pequeña (Pristianty et al., 2023). Si bien la variabilidad metodológica y contextual dificulta comparaciones directas, la elevada tasa encontrada en el Centro de Salud Progreso sugiere que los factores locales, posiblemente vinculados a las condiciones socioeconómicas y al acceso a servicios, juegan un papel preponderante en la dificultad para mantener el tratamiento antihipertensivo prescrito.

Al analizar la adherencia estratificada por la presencia de pobreza multidimensional, se observa una clara tendencia: la no adherencia es marcadamente más frecuente entre aquellos pacientes clasificados como multidimensionalmente pobres (92.9%) en comparación con los no pobres (21.2%). Esta diferencia sustancial ($p<0.001$) sugiere que las privaciones capturadas por el índice de pobreza multidimensional, que van más allá del simple ingreso económico, están intrínsecamente ligadas a la capacidad o disposición del paciente para seguir su tratamiento. Las dimensiones específicas de pobreza predominantes en el grupo no adherente, como las relacionadas con servicios

básicos, educación y acceso a salud (Tabla 2), apuntan a barreras estructurales y sociales concretas.

La identificación de una tasa tan elevada de no adherencia, particularmente concentrada en el grupo con pobreza multidimensional, resalta la necesidad urgente de intervenciones focalizadas en el Centro de Salud Progreso. No basta con prescribir el tratamiento; es fundamental abordar las múltiples carencias que enfrentan estos pacientes. La falta de acceso a servicios básicos, las limitaciones educativas que pueden dificultar la comprensión de la enfermedad y el tratamiento, y las barreras económicas para acceder a la atención médica o a los propios medicamentos, emergen como factores críticos que deben ser considerados en las estrategias de manejo de la hipertensión en esta población vulnerable.

Confirmando la tendencia observada en el análisis descriptivo, el estudio estableció una relación estadísticamente significativa y fuerte entre la pobreza multidimensional y la no adherencia al tratamiento antihipertensivo ($p<0.001$). Este hallazgo es consistente con una amplia base de evidencia internacional que subraya el impacto negativo de las condiciones socioeconómicas desfavorables sobre la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas (Ferreira et al., 2024; Hamrahian et al., 2022a; Wilder et al., 2021). La pobreza, entendida no solo como falta de ingresos sino como un conjunto de privaciones interconectadas, crea un entorno adverso que dificulta enormemente el seguimiento de regímenes médicos a largo plazo.

La literatura internacional ha identificado consistentemente factores asociados a la pobreza como barreras clave para la adherencia. Estudios en Etiopía, Pakistán, Eritrea, India y Afganistán han señalado el bajo nivel educativo, la dificultad para financiar medicamentos, el costo del transporte, el bajo nivel socioeconómico y los bajos ingresos mensuales como predictores significativos de pobre adherencia (Abdisa et al., 2022; Arshed et al., 2025; Mebrahtu et al., 2021; Raja et al., 2021; Stanikzai et al., 2023). Nuestro estudio, al utilizar un índice de pobreza multidimensional validado para el contexto peruano, refuerza esta asociación, mostrando cómo múltiples carencias simultáneas potencian el riesgo de abandono terapéutico.

El enfoque multidimensional de la pobreza adoptado en este estudio permite una comprensión más profunda de las barreras que enfrentan los pacientes hipertensos en el Centro de Salud Progreso. Más allá de la incapacidad económica directa para comprar medicamentos, dimensiones como la falta de acceso a servicios básicos (agua, saneamiento, electricidad), las condiciones precarias de la vivienda, las limitaciones educativas y la falta de acceso a servicios de salud de calidad (Tabla 2) contribuyen a un estado de vulnerabilidad general que relega el cuidado de la salud a un segundo plano frente a necesidades más urgentes (Chaturvedi et al., 2024; Clausen & Trivelli, 2019).

La fortaleza de la asociación encontrada (evidenciada también en el análisis multivariado) subraya que la pobreza multidimensional no es simplemente un factor más, sino un determinante fundamental de la adherencia en esta población. Ignorar estas condiciones estructurales al diseñar estrategias de manejo de la hipertensión sería insuficiente. Las intervenciones deben ir más allá del ámbito clínico tradicional y considerar programas de apoyo social, mejora del acceso a servicios básicos y estrategias educativas adaptadas a las limitaciones de los pacientes, reconociendo que la salud está inextricablemente ligada a las condiciones de vida (Thirunavukkarasu et al., 2022; Kvarnström et al., 2021).

El análisis bivariado de las características demográficas reveló asociaciones significativas entre el sexo y el nivel educativo con la adherencia al tratamiento. Específicamente, se encontró que los pacientes varones tienen una probabilidad significativamente mayor de no adherirse al tratamiento (OR=3.8, p=0.003) en comparación con las mujeres. Este hallazgo coincide con algunos estudios internacionales, como el de Mebrahtu et al. (2021) en Eritrea, que también reportó mayor riesgo de no adherencia en hombres. Las razones detrás de esta diferencia de género podrían ser multifactoriales, incluyendo diferencias en la percepción de la enfermedad, búsqueda de atención médica o roles sociales.

Respecto al nivel educativo, se observó una asociación significativa (p=0.033), donde un menor nivel educativo se relacionó con una mayor proporción de no adherencia.

Este resultado es consistente con numerosa literatura que identifica la baja escolaridad como una barrera para la adherencia, posiblemente debido a una menor comprensión de la enfermedad, del tratamiento y de la importancia del seguimiento a largo plazo (Abdisa et al., 2022; Ferreira et al., 2024; Hamrahian et al., 2022b; Pristianty et al., 2023; Raja et al., 2021; Shahin et al., 2021). La educación influye en la alfabetización en salud, un componente crucial para el autocuidado en enfermedades crónicas.

Contrariamente a lo esperado y a lo reportado en algunos estudios (Raja et al., 2021), no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la adherencia al tratamiento ($p=0.223$) en nuestra muestra. Si bien algunos trabajos sugieren que los adultos mayores pueden tener menor adherencia, otros no encuentran esta relación o incluso reportan mejor adherencia en este grupo. La ausencia de asociación en nuestro estudio podría deberse a características específicas de la población del Centro de Salud Progreso o a la interacción con otros factores no controlados en el análisis bivariado.

De manera similar, la presencia de comorbilidades como diabetes o la propia hipertensión (considerada aquí como antecedente) no mostró una relación significativa con la adherencia ($p>0.05$). Esto contrasta con hallazgos de estudios como los de Abdisa et al. (2022), Desta et al. (2022) y Stanikzai et al. (2023), que sí encontraron asociación entre comorbilidades y adherencia (positiva o negativa según el estudio). La falta de significancia en nuestra muestra podría indicar que, en este contexto particular, el impacto de la pobreza multidimensional es tan predominante que eclipsa la influencia de otros factores como las comorbilidades.

El análisis de regresión logística multivariada permitió evaluar el peso relativo de los factores asociados a la no adherencia, controlando simultáneamente sus efectos. El resultado más destacado de este análisis es la confirmación de la pobreza multidimensional global como el predictor más potente y significativo de la no adherencia al tratamiento antihipertensivo (OR=74.5, IC 95%: 20.0-277.1, $p<0.001$). Este hallazgo subraya que, incluso al considerar otros factores relevantes como el sexo

y la educación, la condición de pobreza multidimensional mantiene una influencia abrumadora sobre la capacidad de los pacientes para seguir su tratamiento.

La magnitud del Odds Ratio (74.5) para la pobreza multidimensional es excepcionalmente alta, indicando que los pacientes en esta condición tienen una probabilidad drásticamente mayor de no adherirse al tratamiento en comparación con los no pobres, independientemente de su sexo o nivel educativo. Esto refuerza la idea de que las privaciones múltiples y simultáneas que caracterizan a la pobreza multidimensional constituyen la barrera más fundamental para el manejo efectivo de la hipertensión en la población estudiada. Abordar estas carencias estructurales se perfila como la estrategia más relevante para mejorar la adherencia.

El modelo de regresión también confirmó que el sexo masculino se mantiene como un factor de riesgo significativo para la no adherencia (OR=4.62, IC 95%: 1.2-17.4, p=0.024) después de ajustar por pobreza y educación. Esto sugiere que existen factores específicos ligados al género, más allá de las condiciones socioeconómicas generales, que influyen en el comportamiento de adherencia en los hombres de esta comunidad. Identificar y abordar estas barreras específicas de género podría ser un componente importante de las intervenciones futuras en el Centro de Salud Progreso.

Curiosamente, el nivel educativo, que mostró una asociación significativa en el análisis bivariado, perdió su significancia estadística en el modelo multivariado (p=0.908). Esto podría indicar que el efecto aparente de la educación sobre la adherencia está, en gran medida, mediado o confundido por la pobreza multidimensional. Es decir, las personas con menor nivel educativo también tienden a sufrir mayores privaciones multidimensionales, y es este conjunto de carencias, más que la educación por sí sola, lo que impacta primordialmente en la adherencia. Este hallazgo refuerza aún más el papel central de la pobreza multidimensional.

Integrando los hallazgos de los objetivos específicos, este estudio afirma de manera contundente que existe una relación inversa, fuerte y estadísticamente significativa entre la pobreza multidimensional y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Progreso durante 2024. La alta

prevalencia de no adherencia (78.8%) se concentra marcadamente en el grupo de pacientes que experimentan múltiples privaciones simultáneas, confirmando que la pobreza multidimensional actúa como un determinante social crítico de la salud en este contexto específico.

La investigación demuestra que las barreras para la adherencia van mucho más allá de la simple falta de voluntad o conocimiento por parte del paciente. Las dimensiones de la pobreza relacionadas con el acceso limitado a servicios básicos, educación, salud y seguridad, entre otras, crean un entorno de vulnerabilidad que dificulta enormemente el seguimiento de un tratamiento crónico como el de la hipertensión. El análisis multivariado refuerza esta afirmación, mostrando que la pobreza multidimensional es el predictor más potente de la no adherencia, superando incluso a factores demográficos como el sexo y la educación.

Estos resultados tienen implicaciones importantes para la práctica clínica y la salud pública en el ámbito del Centro de Salud Progreso y áreas con características socioeconómicas similares. Las estrategias para mejorar el control de la hipertensión arterial no pueden limitarse a la prescripción farmacológica y la consejería individual. Es imperativo adoptar un enfoque integral que reconozca y aborde los determinantes sociales de la salud, particularmente las múltiples dimensiones de la pobreza que afectan a los pacientes. Esto podría incluir programas de apoyo social, facilitación del acceso a medicamentos, mejora de la infraestructura sanitaria local y colaboración intersectorial.

Es importante reconocer las limitaciones del estudio, principalmente su diseño transversal, que no permite establecer causalidad, y la dependencia del auto-reporte para medir la adherencia (Test de Morisky-Green), aunque este es un método validado y ampliamente utilizado. Futuras investigaciones podrían emplear diseños longitudinales y métodos de medición de adherencia más objetivos (como recuento de píldoras o niveles farmacológicos) para confirmar estos hallazgos. Asimismo, sería valioso explorar cualitativamente las experiencias de los pacientes para comprender mejor las barreras específicas ligadas a cada dimensión de la pobreza en este contexto.

Conclusiones

La adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes del Centro de Salud Progreso es predominantemente baja, con una tasa de no adherencia del 78.8%. Esta falta de adherencia es significativamente más acentuada en el grupo de pacientes que viven en condiciones de pobreza multidimensional (92.9% de no adherencia).

Existe una relación estadísticamente significativa e inversa entre la pobreza multidimensional y la adherencia al tratamiento antihipertensivo ($p<0.001$).

Se identificó una relación significativa entre el sexo masculino y una menor adherencia al tratamiento (OR bivariado=3.8, $p=0.003$). Asimismo, un menor nivel educativo se asoció inicialmente con menor adherencia ($p=0.033$). No se encontraron asociaciones significativas entre la edad o la presencia de comorbilidades con la adherencia en el análisis bivariado.

En el análisis ponderado (regresión logística), la pobreza multidimensional se ratifica como el predictor más fuerte y significativo de la no adherencia (OR ajustado=74.5, $p<0.001$), manteniendo su influencia incluso al controlar por sexo y nivel educativo. El sexo masculino también se mantuvo como factor de riesgo significativo (OR ajustado=4.62, $p=0.024$), el nivel educativo perdió significancia en el modelo ajustado.

La pobreza multidimensional es un determinante fundamental y el principal factor asociado a la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo en la población estudiada del Centro de Salud Progreso. Las múltiples privaciones que engloba esta condición representan barreras críticas que limitan significativamente la capacidad de los pacientes para gestionar eficazmente su hipertensión arterial.

Recomendaciones

Al equipo de salud del C.S. Progreso: Implementar un sistema de seguimiento más cercano y personalizado para los pacientes hipertensos identificados con alta prevalencia de no adherencia, especialmente aquellos en situación de pobreza multidimensional. Esto podría incluir visitas domiciliarias más frecuentes (si es factible) o llamadas telefónicas de recordatorio y apoyo.

A la Jefatura del Centro de Salud Progreso: Promover la sensibilización del equipo de salud sobre el impacto de la pobreza multidimensional en la adherencia. Fomentar la evaluación rutinaria de barreras socioeconómicas durante la consulta (más allá de la clínica) y explorar mecanismos locales para facilitar el acceso a medicamentos.

Al personal médico y de enfermería del C.S. Progreso: Desarrollar estrategias de comunicación y educación en salud diferenciadas por género, prestando especial atención a los pacientes varones, quienes mostraron mayor riesgo de no adherencia.

A la Jefatura y equipo multidisciplinario del C.S. Progreso: Priorizar intervenciones dirigidas a mitigar las barreras identificadas en el análisis de pobreza multidimensional dentro del ámbito de acción del centro. Esto implica fortalecer la coordinación con trabajadores sociales (si los hubiera) o agentes comunitarios para conectar a los pacientes con recursos locales disponibles (programas de alimentación, apoyo educativo, mejora de vivienda, etc.), reconociendo que la adherencia mejora cuando se abordan las necesidades básicas.

A los investigadores y a la Universidad San Pedro: Realizar estudios longitudinales en la misma población para confirmar la relación observada y evaluar el impacto de intervenciones específicas diseñadas para abordar la pobreza multidimensional y mejorar la adherencia.

Referencias

Abdisa, L., Alemu, A., Heluf, H., Sertsu, A., Dessie, Y., Negash, B., Ayana, G. M., & Letta, S. (2022). *Factors associated with poor medication adherence during COVID-19 pandemic among hypertensive patients visiting public hospitals in Eastern Ethiopia: A cross-sectional study*. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064284

Arias Caycho, E. L. (2023). *Adherencia terapeutica en pacientes con tratamiento Antihipertensivo C.S. Asuncion 8 Minsa Imperial Cañete, setiembre a octubre 2022.* [Tesis de licenciatura, Universidad Roosevelt]. http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/1823

Arshed, M., Mahmud, A. B., Umer, M. F., Mashhadi, F., & Kawish, A. B. (2025). Study protocol for a randomized control trial investigating the effectiveness of a multifaceted mHealth approach on adherence to antihypertensive treatment among patients in Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, *41*(1), 22-28. https://doi.org/10.12669/pjms.41.1.9272

Chaturvedi, A., Zhu, A., Gadela, N. V., Prabhakaran, D., & Jafar, T. H. (2024). Social Determinants of Health and Disparities in Hypertension and Cardiovascular Diseases. *Hypertension*, *81*(3), 387-399. https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21354

Choudhry, N. K., Kronish, I. M., Vongpatanasin, W., Ferdinand, K. C., Pavlik, V. N., Egan, B. M., Schoenthaler, A., Houston Miller, N., Hyman, D. J., & en nombre del Consejo de Hipertensión de la Asociación Estadounidense del Corazón; Consejo de Enfermería Cardiovascular y de Accidentes Cerebrovasculares; y Consejo de Cardiología Clínica. (2022). Medication Adherence and Blood Pressure Control: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*, *79*(1), e1-e14. https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000203

Clausen, J., & Trivelli, C. (2019). *Explorando la pobreza multidimensional rural: Una propuesta comprehensiva y sensible al contexto peruano* (1.ª ed., Vol. 1). Instituto de Estudios Peruanos. https://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/1166

Coelho, J. C., Guimarães, M. C. da L. P., Vaz, A. K. M. G., Meira, K. C., Santos, J. dos, Lee, R. J. W., Drager, L. F., & Pierin, A. M. G. (2024). Adherence to antihypertensive drug treatment in Brazil: A systematic review and meta-analysis. *Ciência & Saúde Coletiva*, *29*, e19282022. https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.19282022EN

Coronel Miguel, L. F. (2024). *Relación médico paciente y adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital público nivel III* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/156889

D'Attoma, I., & Matteucci, M. (2024). Multidimensional poverty: An analysis of definitions, measurement tools, applications and their evolution over time through a systematic review of the literature up to 2019. *Quality & Quantity*, *58*(4), 3171-3213. https://doi.org/10.1007/s11135-023-01792-8

Desta, M., Yibeltal, D., Memiah, P., Ayenew, T., Mulugeta, H., Gedefaw, M., Bewket Kidanie, B., Birhanu, M. Y., Tessema, Z., Mengist, B., Alene, M., Simieneh, M. M., Ewunetie, A. A., Shiferaw, W. S., & Yeshitila, Y. G. (2022). Antihypertensive medications adherence and associated uncontrolled blood pressure among hypertensive patients in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, *16*, 100404. https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100404

Dirksen, J., & Alkire, S. (2021). Children and Multidimensional Poverty: Four Measurement Strategies. *Sustainability*, *13*(16), Article 16. https://doi.org/10.3390/su13169108

Ferreira, P. D., Simoes, J. A., & Velho, D. C. (2024). Adherence to Antihypertensive Therapy and Its Determinants: A Systematic Review. *Cureus*. https://doi.org/10.7759/cureus.59532

Gutierrez, M. M., & Sakulbumrungsil, R. (2021). Factors associated with medication adherence of hypertensive patients in the Philippines: A systematic review. *Clinical Hypertension*, *27*(1), 19. https://doi.org/10.1186/s40885-021-00176-0

Hamrahian, S. M., Maarouf ,Omar H, & and Fülöp, T. (2022a). A Critical Review of Medication Adherence in Hypertension: Barriers and Facilitators Clinicians Should Consider. *Patient Preference and Adherence*, *16*, 2749-2757. https://doi.org/10.2147/PPA.S368784

Hamrahian, S. M., Maarouf ,Omar H, & and Fülöp, T. (2022b). A Critical Review of Medication Adherence in Hypertension: Barriers and Facilitators Clinicians Should Consider. *Patient Preference and Adherence*, *16*, 2749-2757. https://doi.org/10.2147/PPA.S368784

Koomson, I., Kofinti, R. E., & Laryea, E. (2024). Financial inclusion and multidimensional child poverty. *Review of Economics of the Household*, *22*(1), 237-260. https://doi.org/10.1007/s11150-022-09641-7

Kvarnström, K., Westerholm, A., Airaksinen, M., & Liira, H. (2021). Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review of Qualitative Research. *Pharmaceutics*, *13*(7), Article 7. https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13071100

Lee, E. K., Poon, , Máster, , Yip, B. H., Bo, Y., Zhu, M.-T., Yu, C.-P., Ngai, A. C., Wong, M. C., & Wong, S. Y. (2022). Global Burden, Regional Differences, Trends, and Health Consequences of Medication Nonadherence for Hypertension During 2010 to 2020: A Meta-Analysis Involving 27 Million Patients. *Journal of the American Heart Association*, *11*(17), e026582. https://doi.org/10.1161/JAHA.122.026582

Mebrahtu, G., M Moleki ,Mary, Okoth Achila ,Oliver, Seyoum ,Yemane, Adnoy ,Elias T, & and Ovberedjo, M. (2021). Antihypertensive Medication Adherence and Associated Factors: A Cross-Sectional Analysis of Patients

Attending a National Referral Hospital in Asmara, Eritrea. *Patient Preference and Adherence*, *15*, 2619-2632. https://doi.org/10.2147/PPA.S319987

Muñoz Arenas, M. D. (2021). *Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Centro de Salud San Luis- 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal]. https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5226

Paredes Villanueva, Z. W. (2023). *Asociación entre anemia infantil y pobreza multidimensional en los cuidadores de niños que acuden a Control de Crecimiento y Desarrollo de un Centro de Salud público* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/131681

Pocohuanca Ancco, L., Villacorta, J., & Hurtado Roca, Y. (2021). Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, *14*(3), 316-322. https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1252

Pristianty, L., Priyandani, Y., & Rahem, A. (2023). The correlation between knowledge, attitude and family support on compliance of outpatients with hypertension in a healthcare centre in Indonesia. *Pharmacy Education*, *23*(2), 25-30. https://doi.org/10.46542/pe.2023.232.2530

Raja, W., Ayub, T., Jeelani, A., & Khan, S. M. S. (2021). Adherence to antihypertensive therapy and its determinants among patients attending primary care hospitals of Kashmir, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *10*(11), 4153. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_668_21

Rodríguez Chamorro, M. A. (2020). Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en la práctica clínica habitual. *Pharmaceutical Care*, *22*(3), 25. https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/download/572/460

Santiago Chavez, D. (2024). *Factores asociados a la adherencia del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores, Hospital Regional de Ayacucho 2022* [Tesis de maestría, Universidad Nacional San Cristobal de Huamanga]. https://repositorio.unsch.edu.pe/handle/20.500.14612/7137

Shahin, W., Kennedy, G. A., Stupans, I., Shahin, W., Kennedy, G. A., & Stupans, I. (2021). The association between social support and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review. *Pharmacy Practice (Granada)*, *19*(2). https://doi.org/10.18549/pharmpract.2021.2.2300

Stanikzai, M. H., Wafa, M. H., Tawfiq, E., Jafari, M., Le, C. N., Wasiq, A. W., Rahimi, B. A., Baray, A. H., Ageru, T. A., & Suwanbamrung, C. (2023). Predictors of non-adherence to antihypertensive medications: A cross-sectional study from a regional hospital in Afghanistan. *PLOS ONE*, *18*(12), e0295246. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295246

Thirunavukkarasu, A., Naser Abdullah Alshahrani ,Abdullah, Mazen Abdel-Salam ,Doaa, Homoud Al-Hazmi ,Ahmad, Farhan ALruwaili ,Bashayer, Awad Alsaidan ,Aseel, Narapureddy ,Bayapa Reddy, Muteb AL-Ruwaili ,Aliyah, Ghuwayli aljabri ,Fahad, Khalaf Albalawi ,Rahaf, & and Alanazi, K. A. F. (2022). Medication Adherence Among Hypertensive Patients Attending Different Primary Health Centers in Abha, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Patient Preference and Adherence*, *16*, 2835-2844. https://doi.org/10.2147/PPA.S388365

Vollmer, F., & Alkire, S. (2022). Consolidating and improving the assets indicator in the global Multidimensional Poverty Index. *World Development*, *158*, 105997. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2022.105997

Wilder, M. E., Kulie, P., Jensen, C., Levett, P., Blanchard, J., Dominguez, L. W., Portela, M., Srivastava, A., Li, Y., & McCarthy, M. L. (2021). The Impact of Social Determinants of Health on Medication Adherence: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, *36*(5), 1359-1370. https://doi.org/10.1007/s11606-020-06447-0

Win, T., Banharak, S., & Ruaisungnoen, W. (2021). Factors Influencing Medication Adherence among Patients with Hypertension: A Systematic Review. *Systematic Reviews in Pharmacy*, *12*(1).

Zelaya Aguirre, G. F. (2022). *Adherencia terapéutica en el tratamiento antihipertensivo de lospacientes del Centro de Salud San Sebastián -Lima Metropolitana,2022.* [Tesis de licenciatura, Universidad Norbert Wiener]. https://hdl.handle.net/20.500.13053/7593

Anexos y apéndices

Anexo 1. Autorización para acceder a Pacientes y registros clínicos.

Ancash

Red Integrada de Salud Pacífico Norte

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

MEMORANDUM N° 244-2025-RSPN/U.RR.HH/A.C.CYA.D.S

A	:	**JEFATURA DEL C.S. PROGRESO**
ASUNTO	:	**PRESENTACION DE PERSONAL EN CALIDAD DE INVESTIGADOR**
REFERENCIA	:	**DOC. S/N – U.S.P.**
FECHA	:	Chimbote 05 de mayo del año 2025.

Se comunica que, según el documento de la referencia **DOC. S/N – U.S.P.** deberá brindar facilidades a los alumnos Gurrionero Pinedo Paulo Fernando y Mendoza Quijano Geraldine Grecy pertenecientes a la Universidad San Pedro que; realizarán la investigación "Pobreza multidimensional y su relación con la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en el centro de salud progreso, 2024", en tal sentido deberán de brindar las facilidades para el cumplimiento de la investigación expuesta, con eficacia anticipada del 15 de abril al 15 de mayo del presente año.

CENTRO DE SALUD PROGRESO
RECIBIDO
Fecha: 09/05/25
Hora: 08:46a.m

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección Regional de Salud Ancash
Red Integrada de Salud Pacífico Norte
Giancarlo S. Perez Correa
CALL 6785 DNI 43043500
JEFE DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

MINISTERIO DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD PACIFICO NORTE
ÁREA DE CAPACITACIÓN CONVENIOS Y SERUMS
V° B°

RR.HH. - RISPN
REG.DOC 034-09272
E. EXP 02045133

GPC /SSAD/remm
C.c /Archivo

Escaneado con CamScanner

Anexo 2.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones (factores)	Indicadores	Instrumento	Tipo	Escala	Unidad de medida
V. Independiente:	Pobreza multidimensional. Es la pobreza en base a la presencia de dimensiones de pobreza que incluye variables sociales, gubernamentales, educativas, seguridad, de acceso a salud entre otros.	En función a sus dimensiones. La presencia de pobreza en una dimensión define como pobreza.	Seguridad Servicios básicos Educación Derecho a voto Acceso a salud Características del hogar Conectividad No discriminación Producto financiero	Si. Presente No, ausente	Cuestionario de pobreza multidimensional	Cualitativa	Ordinal	I/IX II/IX ... VI/IX
V. dependiente:	Adherencia. Apego al tratamiento en su forma farmacológica.	Resultado del test de Morisky-Green para la adherencia aplicado a usuarios.	Cada uno de los 4 ítems	Si responde: No/Si/No/No (adherente). De lo contrario (no adherentes)	Test de Morisky - Green	Cualitativa	Nominal	Adherente No adherente
V. Intervinientes	Edad. Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta un momento determinado.	Edad en años registrada en la historia clínica.	--	--	--	Cuantitativa	Razón	Años

	Sexo. Características fenotípicas que identifican a un sujeto como masculino o femenino.	Sexo consignado en la historia clínica.	--	--	--	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
	Nivel de estudios. Grado máximo de escolaridad que el sujeto ha alcanzado.	Nivel de estudio consignado en la historia clínica.	--	--	--	Cualitativa	Ordinal	Estudio hasta la primaria De secundaria a más
	Situación laboral. Es la situación referida a la actividad que realiza para lograr su manutención.	Situación laboral consignada en la historia clínica.	--	--	--	Cualitativa	Nominal	No trabaja Estudiante T. independiente T. dependiente
	Comorbilidad. Es la presencia simultanea de otras enfermedades además de la HTA.	Registro de otras comorbilidades en la historia clínica	--	--	--	Cualitativa	Nominal	Si No

Anexo 3.

Ficha de recolección de datos.

Parte 1. Test de adherencia al tratamiento antihipertensivo (Morisky-Green).

Marque con una x en “SI” o “NO” en cada sección que describa mejor la actitud frente a la medicación.

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

Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir, No/Si/No/No. De lo contrario, se considerará que el paciente no es adherente al tratamiento.

Parte 2. Cuestionario de pobreza multidimensional

Como respuesta considerar SI o NO

1. ¿Ha habido algún miembro de su hogar que haya necesitado atención médica en las últimas cuatro semanas, pero no pudo obtenerla por algún motivo?

   SI ( ) NO ( )

2. ¿Todos los miembros de su hogar están afiliados a algún tipo de seguro de salud?

   SI ( ) NO ( )

3. ¿Todos los niños o adolescentes (de entre 6 y 19 años) en su hogar están asistiendo a un centro educativo y están al día con sus estudios?

   SI ( ) NO ( )

4. ¿Tiene algún miembro de su hogar de 20 años o más que no haya alcanzado un nivel educativo mínimo según su edad?

   SI ( ) NO ( )

5. ¿Tiene su hogar un suministro de agua constante y potable todos los días de la semana y las 24 horas del día?

   SI ( ) NO ( )

6. ¿El servicio higiénico de su hogar está conectado a la red pública de desagüe o a una letrina o pozo séptico?

   SI ( ) NO ( )

7. ¿La vivienda de su hogar no tiene título de propiedad registrado en la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos (SUNARP)?

   SI ( ) NO ( )

8. ¿Los materiales de construcción de su vivienda son de baja calidad o inadecuados?

   SI ( ) NO ( )

9. ¿Hay tres o más personas por habitación en su hogar, sin contar baño, cocina, pasadizos ni garaje?

   SI ( ) NO ( )

10. ¿Su hogar tiene acceso a la electricidad?

    SI ( ) NO ( )

11. ¿El combustible que su hogar utiliza para cocinar es carbón, leña, bosta, estiércol u "otro"?

    SI ( ) NO ( )

12. ¿Algún miembro de su hogar pertenece a algún tipo de asociación?

    SI ( ) NO ( )

13. ¿Alguien en su hogar ha sentido que ha sido discriminado o maltratado en los últimos cinco años?

    SI ( ) NO ( )

14. ¿Su hogar tiene acceso a teléfono fijo, celular y/o internet?

    SI ( ) NO ( )

15. ¿Alguien en su hogar no sabe qué es la democracia, o piensa que la democracia funciona mal?

    SI ( ) NO ( )

16. ¿Alguien en su hogar no confía en ninguna de las instituciones estatales?

    SI ( ) NO ( )

17. ¿Alguien en su hogar siente que no se respetan sus libertades civiles en Perú?

    SI ( ) NO ( )

18. ¿Alguien en su hogar siente que podría ser víctima de un delito en los próximos meses?

    SI ( ) NO ( )

19. ¿Alguien en su hogar ha sido víctima de algún delito en los últimos doce meses?

    SI ( ) NO ( )

20. ¿El ingreso de su hogar es menor a la línea de pobreza extrema o todos sus miembros de 14 años o más tienen malas condiciones de empleo?

    SI ( ) NO ( )

21. ¿En los últimos doce meses, ha sufrido su hogar alguna disminución de ingresos o pérdida de bienes que aún no ha solucionado totalmente?

    SI ( ) NO ( )

22. ¿Todos los miembros adultos de su hogar tienen algún tipo de producto financiero?

    SI ( ) NO ( )

Cuestionario basado en la propuesta de pobreza multidimensional de Clausen J y Trivelli C (2019).

DATOS GENERALES

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Procedencia
- Comorbilidad

*Hipertensión arterial ( ), criterio de inclusión

Anexo 4.

Validación de ficha de expertos y confiabilidad.

Informe de Juicio de Experto sobre Instrumento de Investigación

VALIDACIÓN

Experto 1

A. DATOS GENERALES

- Título de la Investigación: Pobreza multidimensional y su relación con la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en el Centro de Salud Progreso, 2024
- Apellidos y Nombres del experto: MONCADA VEGA GREGORIA GLADYS
- Grado Académico: MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
- Institución en la que trabaja el experto: CENTRO DE SALUD PROGRESO
- Cargo que desempeña: MÉDICO CIRUJANO
- Instrumento motivo de la evaluación: Cuestionario
- Autor de instrumento: Claustren y Travelli

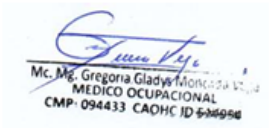
B. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

Nº	CRITERIOS	INDICADORES
1	CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.
2	OBJETIVIDAD	Los ítems del instrumento permitirán mensurar la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.
3	COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.
4	PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado.

C. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

Muy deficiente (1), Deficiente (2), Aceptable (3), Buena (4) y Excelente (5)

Nº	ÍTEMS	CLARIDAD	OBJETIVIDAD	COHERENCIA	PERTINENCIA
1	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.	5	5	5	5
2	Los ítems del instrumento permitirán mensurar la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.	5	4	5	5
3	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.	5	5	5	5
4	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado.	5	5	5	5



Chimbote, 8 de abril del 2025

Informe de Juicio de Experto sobre Instrumento de Investigación

VALIDACIÓN

Experto 2

D. DATOS GENERALES

- Título de la Investigación: Pobreza multidimensional y su relación con la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en el Centro de Salud Progreso, 2024
- Apellidos y Nombres del experto: VILCARINO ZELADA PATRICIA MERCEDES
- Grado Académico: MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
- Institución en la que trabaja el experto: CENTRO DE SALUD PROGRESO
- Cargo que desempeña: MÉDICO CIRUJANO
- Instrumento motivo de la evaluación: Cuestionario
- Autor de instrumento: Claustren y Travelli

E. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

Nº	CRITERIOS	INDICADORES
1	CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.
2	OBJETIVIDAD	Los ítems del instrumento permitirán mensurar la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.
3	COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.
4	PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado.

F. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

Muy deficiente (1), Deficiente (2), Aceptable (3), Buena (4) y Excelente (5)

Nº	ÍTEMS	CLARIDAD	OBJETIVIDAD	COHERENCIA	PERTINENCIA
1	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.	5	5	5	5
2	Los ítems del instrumento permitirán mensurar la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.	5	4	5	4
3	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.	5	5	5	5
4	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado.	5	5	5	5

Chimbote, 11 de abril del 2025

Informe de Juicio de Experto sobre Instrumento de Investigación

VALIDACIÓN

Experto 3

G. DATOS GENERALES

- Título de la Investigación: Pobreza multidimensional y su relación con la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en el Centro de Salud Progreso, 2024
- Apellidos y Nombres del experto: QUIJANO ROJAS ROBERTO DARWIN
- Grado Académico: ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
- Institución en la que trabaja el experto: HOSPITAL ESSALUD DE VIRÚ
- Cargo que desempeña: MÉDICO INTERNISTA
- Instrumento motivo de la evaluación: Cuestionario
- Autor de instrumento: Claustren y Travelli

H. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

Nº	CRITERIOS	INDICADORES
1	CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.
2	OBJETIVIDAD	Los ítems del instrumento permitirán mensurar la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.
3	COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.
4	PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado.

I. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

Muy deficiente (1), Deficiente (2), Aceptable (3), Buena (4) y Excelente (5)

Nº	ÍTEMS	CLARIDAD	OBJETIVIDAD	COHERENCIA	PERTINENCIA
1	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.	5	5	5	5
2	Los ítems del instrumento permitirán mensurar la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.	5	4	5	5
3	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.	5	4	4	5
4	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado.	5	5	5	5

Chimbote, 18 de abril del 2025

Cálculo de V de Aiken para el test de Adherencia de Morisky-Green (Excel)

	CLARIDAD				OBJETIVIDAD				COHERENCIA				PERTINENCIA			
	It-1	It-2	It-3	It-4	It-1	It-2	It-3	It-4	It-1	It-2	It-3	It-4	It-1	It-2	It-3	It-4
Juez 1	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Juez 2	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Juez 3	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5

Juez 1	100	100	100	100	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Juez 2	100	100	100	100	100	75	100	100	100	100	100	100	100	75	100	100
Juez 3	100	100	100	100	100	75	75	100	100	100	75	100	100	100	100	100
	100				91.66666667				97.91666667				97.91666667			

V Aiken = 96.88

La V de Aiken calculada es de 96.88 % = 0.969.

Este valor indica que V de Aiken para el test de adherencia tiene alta validez, por lo que puede ser aplicado.

Validación por ficha de expertos para el Cuestionario de pobreza multidimensional

Experto 1

VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL

Señor (a) experto (a) se le pide su colaboración para que luego de una cuidadosa deliberación sobre la presente escala para el estudio titulado "**Pobreza multidimensional y su relación con la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en el Centro de Salud Progreso, 2024**". Se le pide marque con una (X) el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio

NOTA: Para cada uno de los 4 ítems se le dará una calificación de 1 a 5, donde:

1-Muy deficiente	2-Deficiente	3-Regular	4-Buena	5-Muy buena

Ítem	Pregunta	Claridad	Objetividad	Coherencia	Pertinencia
1	¿Ha habido algún miembro de su hogar que haya necesitado atención médica en las últimas cuatro semanas, pero no pudo obtenerla por algún motivo?	4	3	5	4
2	¿Todos los miembros de su hogar están afiliados a algún tipo de seguro de salud?	5	5	5	5
3	¿Todos los niños o adolescentes (de entre 6 y 19 años) en su hogar están asistiendo a un centro educativo y están al día con sus estudios?	5	5	4	4
4	¿Tiene algún miembro de su hogar de 20 años o más que no haya alcanzado un nivel educativo mínimo según su edad?	5	3	4	4
5	¿Tiene su hogar un suministro de agua constante y potable todos los días de la semana y las 24 horas del día?	5	5	3	3
6	¿El servicio higiénico de su hogar está conectado a la red pública de desagüe o a una letrina o pozo séptico?	5	5	4	5
7	¿La vivienda de su hogar no tiene título de propiedad registrado en la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos (SUNARP)?	5	4	4	4
8	¿Los materiales de construcción de su vivienda son de baja calidad o inadecuados?	3	3	5	5
9	¿Hay tres o más personas por habitación en su hogar, sin contar baño, cocina, pasadizos ni garaje?	5	4	4	5
10	¿Su hogar tiene acceso a la electricidad?	5	5	5	5
11	¿El combustible que su hogar utiliza para cocinar es carbón, leña, bosta, estiércol u "otro"?	5	3	5	4
12	¿Algún miembro de su hogar pertenece a algún tipo de asociación?	3	3	4	4
13	¿Alguien en su hogar ha sentido que ha sido discriminado o maltratado en los últimos cinco años?	5	5	5	5
14	¿Su hogar tiene acceso a teléfono fijo, celular y/o internet?	5	5	5	5
15	¿Alguien en su hogar no sabe qué es la democracia, o piensa que la democracia funciona mal?	4	4	4	4
16	¿Alguien en su hogar no confía en ninguna de las instituciones estatales?	5	5	5	5
17	¿Alguien en su hogar siente que no se respetan sus libertades civiles en Perú?	5	5	5	5
18	¿Alguien en su hogar siente que podría ser víctima de un delito en los próximos meses?	5	5	5	5
19	¿Alguien en su hogar ha sido víctima de algún delito en los últimos doce meses?	5	5	5	5
20	¿El ingreso de su hogar es menor a la línea de pobreza extrema o todos sus miembros de 14 años o más tienen malas condiciones de empleo?	3	4	4	5
21	¿En los últimos doce meses, ha sufrido su hogar alguna disminución de ingresos o pérdida de bienes que aún no ha solucionado totalmente?	5	4	4	5
22	¿Todos los miembros adultos de su hogar tienen algún tipo de producto financiero?	5	4	4	4

Alguna recomendación que quiera realizar:

Ninguna

Firma y sello

Datos generales del experto:

Apellidos y Nombres	:	Quijano Rojas Roberto Darwin
Grado académico/mención	:	Especialista en Medicina Interna
DNI/Teléfono	:	42477999 / 961075955
Cargo y lugar donde labora	:	Médico asistente, Hospital EsSalud de Virú

Experto 2

VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL

Señor (a) experto (a) se le pide su colaboración para que luego de una cuidadosa deliberación sobre la presente escala para el estudio titulado "**Pobreza multidimensional y su relación con la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en el Centro de Salud Progreso, 2024**". Se le pide marque con una (X) el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio

NOTA: Para cada uno de los 4 ítems se le dará una calificación de 1 a 5, donde:

1-Muy deficiente	2-Deficiente	3-Regular	4-Buena	5-Muy buena

Ítem	Pregunta	Claridad	Objetividad	Coherencia	Pertinencia
1	¿Ha habido algún miembro de su hogar que haya necesitado atención médica en las últimas cuatro semanas, pero no pudo obtenerla por algún motivo?	4	5	5	4
2	¿Todos los miembros de su hogar están afiliados a algún tipo de seguro de salud?	5	4	5	5
3	¿Todos los niños o adolescentes (de entre 6 y 19 años) en su hogar están asistiendo a un centro educativo y están al día con sus estudios?	5	5	4	5
4	¿Tiene algún miembro de su hogar de 20 años o más que no haya alcanzado un nivel educativo mínimo según su edad?	5	4	4	4
5	¿Tiene su hogar un suministro de agua constante y potable todos los días de la semana y las 24 horas del día?	5	5	4	5
6	¿El servicio higiénico de su hogar está conectado a la red pública de desagüe o a una letrina o pozo séptico?	5	5	4	5
7	¿La vivienda de su hogar no tiene título de propiedad registrado en la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos (SUNARP)?	5	4	5	5
8	¿Los materiales de construcción de su vivienda son de baja calidad o inadecuados?	5	4	5	5
9	¿Hay tres o más personas por habitación en su hogar, sin contar baño, cocina, pasadizos ni garaje?	5	4	5	5
10	¿Su hogar tiene acceso a la electricidad?	5	5	5	5
11	¿El combustible que su hogar utiliza para cocinar es carbón, leña, bosta, estiércol u "otro"?	5	4	5	5
12	¿Algún miembro de su hogar pertenece a algún tipo de asociación?	5	3	5	4
13	¿Alguien en su hogar ha sentido que ha sido discriminado o maltratado en los últimos cinco años?	5	5	5	5
14	¿Su hogar tiene acceso a teléfono fijo, celular y/o internet?	5	5	5	5
15	¿Alguien en su hogar no sabe qué es la democracia, o piensa que la democracia funciona mal?	4	5	4	5
16	¿Alguien en su hogar no confía en ninguna de las instituciones estatales?	5	5	5	5
17	¿Alguien en su hogar siente que no se respetan sus libertades civiles en Perú?	5	4	4	5
18	¿Alguien en su hogar siente que podría ser víctima de un delito en los próximos meses?	5	5	5	5
19	¿Alguien en su hogar ha sido víctima de algún delito en los últimos doce meses?	5	4	5	5
20	¿El ingreso de su hogar es menor a la línea de pobreza extrema o todos sus miembros de 14 años o más tienen malas condiciones de empleo?	5	4	4	5
21	¿En los últimos doce meses, ha sufrido su hogar alguna disminución de ingresos o pérdida de bienes que aún no ha solucionado totalmente?	5	4	5	5
22	¿Todos los miembros adultos de su hogar tienen algún tipo de producto financiero?	5	5	5	4

Alguna recomendación que quiera realizar:

Ninguna

Firma y sello

Datos generales del experto:

Apellidos y Nombres	:	Vilcarino Zelada Patricia Mercedes
Grado académico/mención	:	Maestría en Gestión en los Servicios de Salud
DNI/Teléfono	:	40281198 / 961004949
Cargo y lugar donde labora	:	Médico asistente, Centro de Salud Progreso

Experto 3

VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL

Señor (a) experto (a) se le pide su colaboración para que luego de una cuidadosa deliberación sobre la presente escala para el estudio titulado "**Pobreza multidimensional y su relación con la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en el Centro de Salud Progreso, 2024**". Se le pide marque con una (X) el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio

NOTA: Para cada uno de los 4 ítems se le dará una calificación de 1 a 5, donde:

1-Muy deficiente	2-Deficiente	3-Regular	4-Buena	5-Muy buena

Ítem	Pregunta	Claridad	Objetividad	Coherencia	Pertinencia
1	¿Ha habido algún miembro de su hogar que haya necesitado atención médica en las últimas cuatro semanas, pero no pudo obtenerla por algún motivo?	5	5	5	4
2	¿Todos los miembros de su hogar están afiliados a algún tipo de seguro de salud?	5	5	5	5
3	¿Todos los niños o adolescentes (de entre 6 y 19 años) en su hogar están asistiendo a un centro educativo y están al día con sus estudios?	5	5	5	4
4	¿Tiene algún miembro de su hogar de 20 años o más que no haya alcanzado un nivel educativo mínimo según su edad?	5	5	5	4
5	¿Tiene su hogar un suministro de agua constante y potable todos los días de la semana y las 24 horas del día?	5	5	5	5
6	¿El servicio higiénico de su hogar está conectado a la red pública de desagüe o a una letrina o pozo séptico?	5	5	4	5
7	¿La vivienda de su hogar no tiene título de propiedad registrado en la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos (SUNARP)?	5	5	5	4
8	¿Los materiales de construcción de su vivienda son de baja calidad o inadecuados?	5	5	5	5
9	¿Hay tres o más personas por habitación en su hogar, sin contar baño, cocina, pasadizos ni garaje?	5	4	4	5
10	¿Su hogar tiene acceso a la electricidad?	5	5	5	5
11	¿El combustible que su hogar utiliza para cocinar es carbón, leña, bosta, estiércol u "otro"?	5	5	5	4
12	¿Algún miembro de su hogar pertenece a algún tipo de asociación?	5	5	5	4
13	¿Alguien en su hogar ha sentido que ha sido discriminado o maltratado en los últimos cinco años?	5	5	5	5
14	¿Su hogar tiene acceso a teléfono fijo, celular y/o internet?	5	5	5	5
15	¿Alguien en su hogar no sabe qué es la democracia, o piensa que la democracia funciona mal?	5	5	5	4
16	¿Alguien en su hogar no confía en ninguna de las instituciones estatales?	5	5	5	5
17	¿Alguien en su hogar siente que no se respetan sus libertades civiles en Perú?	5	5	5	5
18	¿Alguien en su hogar siente que podría ser víctima de un delito en los próximos meses?	5	5	5	5
19	¿Alguien en su hogar ha sido víctima de algún delito en los últimos doce meses?	5	5	5	5
20	¿El ingreso de su hogar es menor a la línea de pobreza extrema o todos sus miembros de 14 años o más tienen malas condiciones de empleo?	5	5	4	5
21	¿En los últimos doce meses, ha sufrido su hogar alguna disminución de ingresos o pérdida de bienes que aún no ha solucionado totalmente?	5	5	4	5
22	¿Todos los miembros adultos de su hogar tienen algún tipo de producto financiero?	5	5	5	4

Alguna recomendación que quiera realizar:

Ninguna

Firma y sello

Datos generales del experto:

Apellidos y Nombres	:	Moncada Vega Gregoria Gladys
Grado académico/mención	:	Maestría Gestión Servicios de salud
DNI/Teléfono	:	32872780 / 943842410
Cargo y lugar donde labora	:	Médico asistente, Centro de Salud Progreso

CALCULO DE V DE AIKEN

		Juez 1				Juez 2				Juez 3								
		Claridad	Objetividad	Coherencia	Pertinencia	Claridad	Objetividad	Coherencia	Pertinencia	Claridad	Objetividad	Coherencia	Pertinencia	Claridad	Objetividad	Coherencia	Pertinencia	Total
Ítems	It-1	4	3	5	4	4	5	5	4	5	5	5	4	0,87	0,87	1	1	0,93
	It-2	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	1	0,93	1	1,25	1,05
	It-3	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	4	1	1	0,87	1,08	0,99
	It-4	5	3	4	4	5	4	4	4	5	5	5	4	1	0,8	0,87	1	0,92
	It-5	5	5	3	3	5	5	4	5	5	5	5	5	1	1	0,8	1,08	0,97
	It-6	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	1	1	0,8	1,25	1,01
	It-7	5	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	1	0,87	0,93	1,08	0,97
	It-8	3	3	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	0,87	0,8	1	1,25	0,98
	It-9	5	4	4	5	5	4	5	5	5	4	4	5	1	0,8	0,87	1,25	0,98
	It-10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1,25	1,06
	It-11	5	3	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	1	0,8	1	1,08	0,97
	It-12	3	3	4	4	5	3	5	4	5	5	5	4	0,87	0,73	0,93	1	0,88
	It-13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1,25	1,06
	It-14	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1,25	1,06
	It-15	4	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	4	0,87	0,93	0,87	1,08	0,94
	It-16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1,25	1,06
	It-17	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	1	0,93	0,93	1,25	1,03
	It-18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1,25	1,06
	It-19	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	1	0,93	1	1,25	1,05
	It-20	3	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	5	0,87	0,87	0,8	1,25	0,95
	It-21	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	1	0,87	0,87	1,25	1
	It-22	5	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	1	0,93	0,93	1	0,97

V de Aiken = 0,994

V de Aiken es 0.994, lo que indica que el cuestionario de pobreza multidimensional es confiable.

FICHA TÉCNICA

1. Nombre del instrumento

Test de Adherencia al Tratamiento Farmacológico de 4 ítems de Morisky-Green

2. Objetivo

Evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial.

3. Número de ítems

4 ítems

4. Tipo de respuesta

Dicotómica (Sí/No)

5. Tiempo estimado de aplicación

5-7 minutos

6. Población objetivo

Personas con diagnóstico de hipertensión arterial.

7. Forma de puntuación e interpretación

Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir:

- Ítem 1: NO (¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?)
- Ítem 2: SÍ (¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?)
- Ítem 3: NO (Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?)
- Ítem 4: NO (Si alguna vez la medicación le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?)

Cualquier otra combinación de respuestas indica que el paciente no es adherente al tratamiento.

8. Autor(es) y año de creación

Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ (2008)

9. Validación

El instrumento fue sometido a validación por expertos, obteniéndose una V de Aiken de 0.969, lo que indica una alta validez de contenido.

FICHA TÉCNICA

1. Nombre del instrumento

Cuestionario de Pobreza Multidimensional

2. Objetivo

Determinar la pobreza multidimensional en sus diversas dimensiones.

3. Número de ítems

22 ítems

4. Tipo de respuesta

Dicotómica (Sí/No)

5. Tiempo estimado de aplicación

15-20 minutos

6. Población objetivo

Adultos atendidos en establecimientos de atención primaria.

7. Forma de puntuación e interpretación

Se considera que existe pobreza multidimensional si en alguno de los ítems la respuesta hace referencia a algún tipo de carencia o privación. Para no presentar pobreza multidimensional, se debe superar todos los ítems de forma favorable.

El instrumento permite identificar pobreza en una o múltiples dimensiones, dependiendo de las respuestas a los diferentes ítems. Cuantas más respuestas indiquen privación, mayor será el grado de pobreza multidimensional.

8. Autor(es) y año de creación

Adaptado a Perú por Clausen J y Trivelli C (2019)

9. Validación

El instrumento fue sometido a validación por tres expertos, obteniéndose una V de Aiken de 0.994, lo que indica una muy alta validez de contenido.

Anexo 5.

Matriz de consistencia.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
¿Existe relación entre la pobreza multidimensional y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos?	**Objetivo General**: Determinar la relación entre la pobreza multidimensional y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. **Objetivos Específicos**: 1. Identificar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes según pobreza multidimensional. 2.Analizar la relación entre la pobreza multidimensional con la adherencia al tratamiento antihipertensivo. 3.Determinar la relación entre características demográficas y datos de comorbilidad con la adherencia al tratamiento antihipertensivo. 4.Precisar la relación ponderada entre características demográficas y datos de comorbilidad con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.	**V. independiente** Pobreza multidimensional **V. dependiente** Adherencia	**Hipótesis alternativa (H1)** La pobreza multidimensional está significativamente relacionada con una menor adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. **Hipótesis nula (H0)** La pobreza multidimensional no está significativamente relacionada con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.	**Tipo y diseño**. Aplicado, transversal no experimentar y correlacional. **Población** Hipertensos adultos atendidos en el centro de salud Progreso, 2024. **Muestra** 152 sujetos **Instrumentos** Ficha de recolección de datos Test de Morisky-Green **Procesamiento de la información** Chi cuadrado para evaluar asociación entre pobreza multidimensional y adherencia terapéutica, odds ratio en IC 95%. Análisis multivariado de regresión logística.

Anexo 6.

Cálculo del tamaño de muestra probabilística.

1. PARA ESTIMACIÓN DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Aplicando la fórmula para población finita:

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

Donde N es el tamaño de la población, el cual es de 269 (dato proporcionado por la estrategia de enfermedades no transmisibles), Z corresponde al valor de 1.96 para un nivel de confianza del 95%, p es la proporción esperada, q es (1-p), y representa el error máximo permitido (5%), se realizaron los siguientes cálculos:

Para la estimación de no adherencia al tratamiento:

Prevalencia (p): 75%, tomado de Muñoz Arenas (2021).

Al remplazar los datos se tiene:

$$n = \frac{269 \times 1.96^{2} \times 0.75 \times 0.25}{0.05^{2} \times (269-1) + 1.96^{2} \times 0.75 \times 0.25}$$

$$n = \frac{193.7607}{1.3903} = 139.366 \cong 140$$

El tamaño de la muestra es de 140 sujetos con HTA.

Anexo 7.

Consentimiento informado.

Este documento describe el consentimiento informado para un estudio titulado:

"**Pobreza multidimensional y su relación con la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en el Centro de Salud Progreso, 2024**"

Debe responder un cuestionario de 22 preguntas sobre pobreza multidimensional que tomará 10 minutos; y un cuestionario sobre adherencia al tratamiento que tomará 5 minutos.

La participación es voluntaria, gratuita, sin compensación económica y puede retirarse en cualquier momento. Se garantiza la confidencialidad y anonimato de la información recolectada.

Los investigadores son: Gurrionero Pinedo Paulo Fernando y Mendoza Quijano Geraldine Grercy.

Los participantes expresarán su decisión marcando si aceptan o no participar voluntariamente.

ACEPTO	NO ACEPTO

Anexo 8

Base de datos

Nº	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	V29	V30	V31	V32
1	51	0	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	83	0	4	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
3	67	1	3	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1
4	74	0	3	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	81	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	73	0	3	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1
7	68	1	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
8	69	0	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	78	0	4	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0
10	52	0	3	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1
11	48	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	68	1	3	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1
13	56	1	2	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1
14	56	0	3	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1
15	64	0	3	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1
16	59	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	62	1	3	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
18	51	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	55	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0
20	69	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	51	0	3	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1
22	81	1	4	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1

23	78	0	3	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1
24	73	0	4	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1
25	57	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1
26	67	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	84	1	4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1
28	73	1	3	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1
29	54	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30	59	0	3	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
31	67	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	85	1	4	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0
33	76	1	3	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0
34	84	1	4	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0
35	76	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	60	1	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1
37	75	1	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38	53	0	3	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
39	82	1	3	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
40	61	0	3	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0
41	59	0	3	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
42	58	1	2	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1
43	61	0	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
44	65	0	3	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
45	69	1	3	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1
46	65	0	3	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
47	82	0	4	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
48	74	0	4	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0

49	49	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1
50	66	1	3	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1
51	80	1	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	53	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1
53	86	1	4	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1
54	57	1	3	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0
55	70	0	3	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1
56	58	1	2	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1
57	54	0	3	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0
58	78	1	3	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
59	73	1	3	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0
60	62	1	3	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0
61	69	1	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
62	55	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1
63	55	1	3	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0
64	65	0	3	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65	81	1	4	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
66	77	1	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
67	73	1	3	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0
68	60	0	3	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1
69	53	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0
70	64	0	4	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1
71	55	1	3	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
72	64	1	3	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0
73	56	0	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
74	61	1	2	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0

75	63	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1
76	65	1	3	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0
77	63	0	3	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0
78	73	1	3	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1
79	85	0	3	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0
80	64	0	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
81	57	1	2	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1
82	59	0	3	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1
83	51	1	3	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1
84	78	0	3	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
85	72	0	3	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1
86	60	1	3	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0
87	65	0	3	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
88	65	1	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1
89	82	1	4	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
90	85	0	3	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0
91	46	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
92	84	1	3	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
93	82	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
94	57	0	2	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1
95	48	1	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1
96	80	0	4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1
97	62	1	3	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1
98	63	1	3	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0
99	85	1	4	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
100	72	1	4	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0

101	71	1	3	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
102	72	0	3	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1
103	46	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
104	76	0	3	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1
105	77	0	3	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1
106	76	1	3	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1
107	66	1	3	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0
108	68	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
109	64	1	3	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0
110	51	0	3	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
111	47	0	3	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0
112	48	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
113	85	1	4	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
114	81	1	4	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0
115	71	0	3	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1
116	55	0	3	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
117	61	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
118	59	0	3	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
119	63	1	3	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1
120	68	1	3	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0
121	80	0	3	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
122	52	1	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1
123	79	0	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
124	66	0	4	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
125	51	0	3	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0
126	63	0	3	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1

127	63	0	3	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
128	73	1	4	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0
129	73	1	3	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0
130	86	0	3	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1
131	57	0	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
132	68	0	3	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
133	69	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
134	50	0	2	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0
135	69	0	3	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1
136	78	1	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
137	74	0	4	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0
138	64	1	3	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0
139	72	0	3	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1
140	74	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Leyenda de la base de datos

Variables sociodemográficas y antecedentes patológicos

V1	Edad
V2	Sexo
V3	Nivel educativo
V4	Nivel educativo dicotómico
V5	DM2
V6	HTA

Test de adherencia

V7	Ítem 1
V8	Ítem 2
V9	Ítem 3
V10	Ítem 4

Resultados del test de pobreza multidimensional

V11	Ítem 1
V12	Ítem 2
V13	Ítem 3
V14	Ítem 4
V15	Ítem 5
V16	Ítem 6
V17	Ítem 7
V18	Ítem 8
V19	Ítem 9
V20	Ítem 10
V21	Ítem 11
V22	Ítem 12
V23	Ítem 13
V24	Ítem 14
V25	Ítem 15
V26	Ítem 16
V27	Ítem 17
V28	Ítem 18
V29	Ítem 19
V30	Ítem 20
V31	Ítem 21
V32	Ítem 22

Anexo 9

Formato de Publicación en Repositorio

USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor

Apellidos y Nombres	DNI	Correo Electrónico
Mendoza Quijano Geraldine Greicy	73063918	geraldine.26.9@hotmail.com

2. Tipo de Documento de Investigación

Tesis	Trabajo de Suficiencia Profesional	Trabajo Académico	Trabajo de Investigación
✓			

3. Grado Académico o Título Profesional [1]

Bachiller	Título Profesional	Título Segunda Especialidad	Maestría	Doctorado
	✓			

4. Título del Documento de Investigación

Pobreza multidimensional y su relación con la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en el Centro de Salud Progreso, 2024

5. Programa Académico

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE MEDICINA

6. Tipo de Acceso al Documento

Abierto o Público [3] (info:eu-repo/semantics/openAccess)	Acceso restringido [4] (info:eu-repo/semantics/restrictedAccess) (*)
✓	

(*) En caso de restringido sustentar motivo

A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS [5]

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento. [6]

Lugar	Día	Mes	Año
Chimbote	18	07	2025

Huella Digital

Firma

USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor		
Gurrionero Pinedo Paulo Fernando Apellidos y Nombres	72913327 DNI	jer.paulo.02@gmail.com Correo Electrónico

2. Tipo de Documento de Investigación			
X Tesis	Trabajo de Suficiencia Profesional	Trabajo Académico	Trabajo de Investigación

3. Grado Académico o Título Profesional [1]				
Bachiller	X Título Profesional	Título Segunda Especialidad	Maestría	Doctorado

4. Título del Documento de Investigación

Pobreza multidimensional y su relación con la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en el Centro de Salud Progreso, 2024

5. Programa Académico

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE MEDICINA

6. Tipo de Acceso al Documento		
X Abierto o Público [3] *(info:eu-repo/semantics/openAccess)*		Acceso restringido [4] *(info:eu-repo/semantics/restrictedAccess)* (*)
(*) En caso de restringido sustentar motivo		

A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS [5]

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento. [6]

Lugar	Día	Mes	Año
Chimbote	18	07	2025

Huella Digital

Firma

Importante

1. Según Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU-CD, *Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. 8, inciso 8.2.*
2. *Ley N° 30035. Ley que regula el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S. 006-2015-PCM.*
3. *Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.*
4. *En caso de que el autor elija la segunda opción, únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra, de acuerdo a la directiva N° 004-2016-CONCYTEC-DEGC (Numerales 5.2 y 6.7) que norma el funcionamiento del Repositorio Nacional Digital*
5. *Las licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que pone a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de herramientas tecnológicas que facilitan la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otros. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra.*
6. *Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales-RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".*

Nota. - En caso de falsedad en los datos, se procederá de acuerdo a ley (Ley 27444, art. 32, num. 32.3).

Anexo 10

Reporte de similitud

Pobreza multidimensional y su relación con la adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en el Centro de Salud Progreso, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%	22%	%	8%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	6%
2	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	eprints.ucm.es Fuente de Internet	1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
6	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1%
7	Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista Trabajo del estudiante	<1%
8	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	<1%

9	Submitted to Universidad Internacional del Ecuador Trabajo del estudiante	<1 %
10	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
11	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
12	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.unica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Submitted on 1686015522267 Trabajo del estudiante	<1 %
17	docta.ucm.es Fuente de Internet	<1 %
18	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %

20	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	<1 %
21	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
22	Submitted to consultoriadeserviciosformativos Trabajo del estudiante	<1 %
23	www.repositorio.usac.edu.gt Fuente de Internet	<1 %
24	repositorioinstitucional.uaslp.mx Fuente de Internet	<1 %
25	dokumen.pub Fuente de Internet	<1 %
26	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
27	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
28	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
29	belleza-estetica.com.ar Fuente de Internet	<1 %
30	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

31	oldri.ues.edu.sv Fuente de Internet	<1 %
32	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1 %
33	Submitted to unapiquitos Trabajo del estudiante	<1 %
34	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
35	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
36	Submitted to Universidad Alas Peruanas Trabajo del estudiante	<1 %
37	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %
38	Submitted to Universidad Gerardo Barrios de El Salvador Trabajo del estudiante	<1 %
39	Submitted to Universidad de Cádiz Trabajo del estudiante	<1 %
40	Submitted to Integración ABbL Trabajo del estudiante	<1 %
41	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %

42	repositorio.upec.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
43	1library.co Fuente de Internet	<1 %
44	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	<1 %
45	Submitted to Universidad Católica Boliviana "San Pablo" Trabajo del estudiante	<1 %
46	Submitted to Universidad Femenina del Sagrado Corazón Trabajo del estudiante	<1 %
47	Submitted to Universidad Tecnologica del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
48	Submitted to Universidad de Cantabria Trabajo del estudiante	<1 %
49	cmhnaaa.org.pe Fuente de Internet	<1 %
50	www.fepafem.org.ve Fuente de Internet	<1 %
51	Submitted to Universidad de Salamanca Trabajo del estudiante	<1 %
52	Submitted to Universitat Internacional de Catalunya	<1 %

	Trabajo del estudiante	
53	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
54	Submitted to UPAEP: Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla Trabajo del estudiante	<1 %
55	www.enfermeriaperu.net Fuente de Internet	<1 %
56	www.scielo.org.co Fuente de Internet	<1 %
57	Submitted to Universidad Católica del CIBAO Trabajo del estudiante	<1 %
58	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
59	cienciadigital.org Fuente de Internet	<1 %
60	cies.org.pe Fuente de Internet	<1 %
61	docs.google.com Fuente de Internet	<1 %
62	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
63	es1.svetzdravlja.org Fuente de Internet	<1 %

64	evidencia.midis.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
65	gredos.usal.es Fuente de Internet	<1 %
66	pesquisa.teste.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
67	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
68	repositorio.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %
69	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
70	repositorio.uroosevelt.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
71	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
72	repositorioinstitucional.buap.mx Fuente de Internet	<1 %
73	repository.udca.edu.co Fuente de Internet	<1 %
74	saludconciencia.com.ar Fuente de Internet	<1 %
75	www.aehc.es Fuente de Internet	<1 %

76	www.gaatw.org Fuente de Internet	<1 %
77	www.grafiati.com Fuente de Internet	<1 %
78	www.jove.com Fuente de Internet	<1 %
79	www.porlainfancia.org Fuente de Internet	<1 %
80	www.repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
81	Submitted to Universidad Manuela Beltrán Virtual Trabajo del estudiante	<1 %
82	Submitted to Universidad de San Martin de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
83	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
84	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
85	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
86	repositorio.uia.ac.cr:8080 Fuente de Internet	<1 %

87	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
88	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
89	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
90	revistas.umariana.edu.co Fuente de Internet	<1 %
91	ridum.umanizales.edu.co Fuente de Internet	<1 %
92	www.samfyc.es Fuente de Internet	<1 %
93	inba.info Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas	Apagado	Excluir coincidencias	< 6 words
Excluir bibliografía	Activo		