



**Universidad  
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**

**Facultad de Ciencias de Salud**

**Escuela Académica Profesional de Enfermería**

**Tesis**

**“ANSIEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN EN  
PACIENTES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL POLICLINICO  
VILLA SALUD LURIN, 2021”**

**PARA OPTAR EL GRADO LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:**

**ABIGAIL BLAS CALDERÓN**

**Código ORCID:0000-0003-35387375**

**ASESOR(A)**

**DRA. CARDENAS DE FERNANDEZ, María Hilda**

**Código ORCID:0000-0002-7160-7585**

**LIMA-PERÚ**

**2022**

## **Dedicatoria**

Esta tesis esta dedicado a mis padres quienes me han apoyado para llegar a esta instancia de mis estudios ya que ellos me han apoyado siempre han llegado presentes para apoyarme moralmente .

tambien se lo dedico a una persona muy especial quien me motivo para no rendirme en mis estudios y poder llegar y cumplir con mi meta trazada.

## **Agradecimiento**

Agradezco a dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia ,gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto gracias a la vida porque cada dia me demuestra lo hermosa que es la vida y lo justa que puede llegar a ser : gracias a mi familia por permitirme a cumplir con excelencia en el desarrollo de esta tesis. no ha sido sencillo el camino hasta ahora pero con su apoyo incondicional de poder cumplir esta meta se ha notado .les agradezco y hago presente mi gran afecto hacia ustedes a mi familia .

## INDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice (general, de tablas y gráficos)	iv
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	x
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b>	<b>01</b>
1.1 Planteamiento del problema	01
1.2 Formulación del problema	03
1.2.1 Problema general	03
1.2.2 Problemas específicos	03
1.3 Objetivos de la investigación	04
1.3.1 Objetivo general	04
1.3.2 Objetivos específicos	04
1.4 Justificación de la investigación	04
1.4.1 Teórica	04
1.4.2 Metodológica	05
1.4.3 Práctica	05
1.5 Limitaciones de la investigación	05
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>06</b>
2.1 Antecedentes de la investigación	06
2.2 Bases teóricas	09
2.3 Formulación de hipótesis	19
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	<b>21</b>
3.1. Método de investigación	21
3.2. Enfoque investigativo	21
3.3. Tipo de investigación	21
3.4. Diseño de la investigación	21
3.5. Población, muestra y muestreo	22
3.6. Variables y operacionalización	23



3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	25
3.7.1.	Técnica	25
3.7.2.	Descripción	25
3.7.3.	Validación	26
3.7.4.	Confiabilidad	26
3.8.	Procesamiento y análisis de datos	26
3.9.	Aspectos éticos	27
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS		28
4.1	Resultados	28
4.1.1.	Análisis descriptivo de resultados	28
4.1.2.	Análisis inferencial de resultados	40
4.1.3.	Discusión de resultados	43
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		45
5.1	Conclusiones	45
5.2	Recomendaciones	46
REFERENCIAS		47
ANEXOS		53
Anexo 1: Matriz de consistencia		54
Anexo 2: Instrumentos		55
Anexo 3: Confiabilidad del instrumento		59

### Índice de tablas

Tabla 1.	Distribución de datos según la variable ansiedad.	28
Tabla 2.	Ansiedad según dimensión síntomas afectivos.	29
Tabla 3.	Ansiedad según dimensión síntomas somáticos.	30
Tabla 4.	Distribución de datos según la variable adherencia al tratamiento hipertensivo.	31
Tabla 5.	Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión cumplimiento al tratamiento	32
Tabla 6.	Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión antecedente de falta de adherencia.	33
Tabla 7.	Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión interacción médico-paciente.	34
Tabla 8.	Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión creencia del paciente relativo al tratamiento.	35
Tabla 9.	Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión Empleo de estrategias para toma de medicamentos.	36
Tabla 10.	Ansiedad según adherencia al tratamiento hipertensivo	37
Tabla 11.	Síntomas afectivos según adherencia al tratamiento hipertensivo.	38
Tabla 12.	Síntomas somáticos según adherencia al tratamiento hipertensivo.	39
Tabla 13.	Prueba de correlación según Spearman entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión.	40
Tabla 14.	Prueba de correlación según Spearman entre síntomas afectivos y la adherencia al tratamiento de hipertensión.	41
Tabla 15.	Prueba de correlación según Spearman entre síntomas somáticos y la adherencia al tratamiento de hipertensión	42

## Índice de gráficos

Gráfico 1	Distribución de datos según la variable ansiedad.	28
Gráfico 2	Ansiedad según dimensión síntomas afectivos.	29
Gráfico 3	Ansiedad según dimensión síntomas somáticos.	30
Gráfico 4	Distribución de datos según la variable adherencia al tratamiento hipertensivo.	31
Gráfico 5	Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión cumplimiento al tratamiento	32
Gráfico 6	Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión antecedente de falta de adherencia.	33
Gráfico 7	Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión interacción médico-paciente.	34
Gráfico 8	Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión creencia del paciente relativo al tratamiento.	35
Gráfico 9	Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión Empleo de estrategias para toma de medicamentos.	36
Gráfico 10	Ansiedad según adherencia al tratamiento hipertensivo	37
Gráfico 11	Síntomas afectivos según adherencia al tratamiento hipertensivo.	38
Gráfico 12	Síntomas somáticos según adherencia al tratamiento hipertensivo.	39

## **Resumen**

El objetivo del estudio es determinar la relación que existe entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021. Material y método: Es una investigación presentó un enfoque cuantitativo, con un nivel básico, de tipo descriptiva correlacional y un diseño no experimental de corte transversal, asimismo la muestra fue de 80 pacientes que se incluirá en el presente estudio, que acuden al servicio de cardiología del policlínico Villa Salud Lurín, durante los meses de setiembre y octubre, 2021. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento cuestionarios, la cual tuvo una confiabilidad de 0.879 para la ansiedad y para la adherencia al tratamiento de hipertensión 0,883. Resultados: El 37.5% presentan una ansiedad moderada, el 28.8% ansiedad leve, el 23.8% no presenta ansiedad y el 10.0% presentan ansiedad grave. Asimismo se halló que el 48.8% presenta una adherencia al tratamiento hipertensivo regular, el 32.5% presenta una buena adherencia y el 18.8% presenta una mala adherencia. Conclusión: Se determinó que la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión se relacionan de manera inversa con un coeficiente de correlación de -0.801 considerada como moderada y significativa al 0.000.

**Palabras claves:** Ansiedad, adherencia, hipertensión, tratamiento.

### **Abstract**

The objective of the study is to determine the relationship between anxiety and adherence to hypertension treatment in patients of the Cardiology Service of the Villa Salud Lurín Polyclinic, 2021. Material and method: It is a research presented a quantitative approach, with a basic level, of correlational descriptive type and a non-experimental design of cross-sectional, also the sample was of 80 patients that will be included in the present study, who go to the cardiology service of the Villa Salud Lurín polyclinic, during the months of September and October, 2021. The survey was used as a technique and as a questionnaire instrument, which had a reliability of 0.879 for anxiety and for adherence to hypertension treatment 0.883. Results: 37.5% have moderate anxiety, 28.8% mild anxiety, 23.8% do not have anxiety and 10.0% have severe anxiety. It was also found that 48.8% have adherence to regular hypertensive treatment, 32.5% have good adherence and 18.8% have poor adherence. Conclusion: It was determined that anxiety and adherence to hypertension treatment are inversely related to a correlation coefficient of -0.801 considered moderate and significant to 0.000.

**Keywords:** Anxiety, adherence, hypertension, treatment.

## **Introducción**

La hipertensión es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. El diagnóstico de este trastorno y su tratamiento se basan en la correcta medición de la presión arterial. Sin embargo, las técnicas de medición de la presión arterial a menudo se subestiman y, a menudo, se realizan incorrectamente. Medir correctamente la presión arterial en una consulta requiere seguir ciertos pasos y utilizar equipos certificados y calibrado.

Actualmente, se recomienda complementar estas tomas con tomas de presión arterial fuera de la consulta, ya sea mediante control ambulatorio o mediante autocontrol domiciliario, para confirmar el diagnóstico y descartar la presencia de hipertensión de bata blanca. En un futuro próximo, el control ambulatorio de la presión arterial o el autocontrol domiciliario se utilizarán cada vez con más frecuencia debido a sus reconocidas ventajas sobre la medición de la presión arterial en el consultorio. El primero es fundamentalmente el diagnóstico de los pacientes hipertensos, y el segundo es el seguimiento de los pacientes hipertensos que están siendo tratados para comprobar su eficacia. Está claro, sin embargo, que el estado mental del paciente, los factores psicológicos y cognitivos están asociados con los efectos deseados de estos comportamientos y su tratamiento, es por ello que el objetivo de estudio es; determinar la relación que existe entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021. Considerando el siguiente esquema:

Capítulo 1: denominado el problema; donde se detalla la problemática de estudio además de la formulación del problema, objetivos y la justificación del estudio además de las limitaciones.

Capítulo 2: donde se presenta los antecedentes de estudio, las bases teóricas y la formulación de las hipótesis.

Capítulo 3: se presenta el desarrollo de la metodología utilizada, así como la presentación de la población, muestra de estudio y de las variables además de las técnicas e instrumentos de recolección de datos,

Capítulo 4; presentación y discusión de resultados.

Capítulo 5: se presenta las conclusiones y recomendación finalizando con las referencias y anexos utilizados en el desarrollo de la investigación.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible que se ha acelerado en los últimos años, afectando cada vez más a los jóvenes, aumentando así la incidencia. Asimismo, las complicaciones de la hipertensión arterial son variables e interfieren en el desempeño normal porque reduce la longevidad, lo que sumado a que la ansiedad es un problema, aumenta aún más la dificultad de lograr un control adecuado.

En todo el mundo, las enfermedades vasculares y cardíacas matan a unos 17 millones de personas, o alrededor de un tercio de la población. Las complicaciones hipertensivas fueron responsables de un total de 9,4 millones de muertes; además, esta patología fue responsable de al menos el 45% de las muertes cardíacas y el 51% de las cerebrovasculares (1). Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2020, esta enfermedad afecta a más del 30% de la población mundial y está asociada a complicaciones como cardiovasculares, cerebrovasculares, enfermedad de las arterias coronarias e insuficiencia cardíaca y renal. incluso demencia(2).

En los Estados Unidos, se estimó que la prevalencia de la hipertensión aumentó del 31,9 % al 45,6 % recomendado por ACC/AHA en 2017, según las pautas anteriores del Comité Nacional Conjunto n.º 7 (JNC7). Medicamentos para el estrés, 34,4% según criterios JNC7 para presión arterial no controlada, 53,4% según criterios de la guía ACC/AHA 2017, necesidad de tratamiento intensivo(3).

Entre el 20% y el 35% de los adultos en América Latina y el Caribe tienen presión arterial alta, y también hay que tener en cuenta que el número de casos de presión arterial alta ha ido en aumento en los últimos años, y que muchos pacientes no saben que la tienen. Alta presión sanguínea. enfermedad. Según un estudio realizado en países como Chile, Brasil, Argentina y Colombia, se estima que el 57,1 % de los adultos con hipertensión arterial



han sido diagnosticados con hipertensión arterial, lo que lleva a un control deficiente de la población; solo el 18,8 % tiene la presión arterial controlada(4).

En México, una de cada cuatro personas padece hipertensión arterial, siendo más las mujeres que los hombres, 26.1% y 24.9%, respectivamente. Sobre su prevalencia en base a que la hipertensión se diagnostica como PA mayor o igual a 140/90 mmHg; se estima en unos 30 millones de pacientes, pero la prevalencia bajará a menos de la mitad según los criterios propuestos por la American Heart Association (AHA)(5).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Midway 2017 realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Secretaría de Salud, uno de cada cuatro adultos que viven en México tiene hipertensión arterial, es decir, el 25.5 por ciento de la población; 40 % de ellos ignoran su patología, lo que afecta su salud. Además, alrededor del 60% de las personas conocen el diagnóstico, y solo la mitad de ellas están controladas.

Tomando como ejemplo a Ecuador, se reportó que la incidencia de hipertensos aumentó de 256 a 1.084 por 100.000 habitantes entre 2000 y 2009, con una prevalencia de 25,8% en el último siglo(6).

El Ministerio de Salud (Minsa) ha informado un aumento estimado del 20% en el número de personas con hipertensión arterial durante la pandemia de covid-19. Mientras tanto, el departamento dijo que los resultados, derivados de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de los Hogares (Endes), constituyen un problema de salud pública, ya que la enfermedad podría conducir a la aparición de nuevas enfermedades. De esta forma, la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades Raras, No Transmisibles y Raras del Minsa deja claro que para el año 2020, la población estimada de hipertensión arterial recién diagnosticada en el país superará los 730.000(7).

Un estudio sobre tendencias en la prevalencia y tratamiento de la hipertensión reportó que la prevalencia de hipertensión estandarizada por edad aumentó de 18,7% en 2015 a

20,6% en 2018, mientras que la prevalencia de hipertensión previamente diagnosticada y controlada presenta una tendencia a la baja (8) . Como resultado, en 2018 menos de la mitad de los hipertensos peruanos fueron diagnosticados, el 20,6% fueron tratados y solo el 5,3% controlados adecuadamente. Asimismo, la evidencia sugiere que las tasas más bajas de diagnóstico, tratamiento y control de la HTA se encuentran en personas que viven en zonas rurales y con nivel socioeconómico bajo(9).

La prevalencia de hipertensión arterial aumenta con la edad, debemos tener en cuenta que esta patología conduce a un aumento de la ansiedad en los pacientes, ya que puede surgir y llegar a ser fatal(10). Ante esta situación problemática nos nace el profundo interés de investigar el tema planteado, ya que también se ha observado en el ámbito local en Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, donde los pacientes presentan cierto nerviosismo, preocupación ante su enfermedad y más aún a sus tratamientos, lo cual podría perjudicar la evolución y efectividad de los tratamientos por ellos es que se formula las siguientes interrogantes:

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

Problema general

¿Qué relación existe entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021?

### **1.2.2 Problemas específicos**

¿Qué relación existe entre la ansiedad en su dimensión síntomas afectivos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021?

¿Qué relación existe entre la ansiedad en su dimensión síntomas somáticos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

Identificar la relación que existe entre la ansiedad en su dimensión síntomas afectivos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.

Identificar la relación que existe entre la ansiedad en su dimensión síntomas somáticos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.

### **1.4 Justificación de la investigación**

#### **1.4.1 Teórica**

El actual trabajo nos permitirá reconocer la repercusión que presenta la ansiedad sobre las actitudes frente a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos y evitar así las complicaciones; además, de ahondar más sobre el grado de relación que presentan.

### **1.4.2 Metodológica**

El presente trabajo de investigación será un antecedente importante, ya que permitirá ampliar el conocimiento sobre esta relación y a su vez nos ayudará como base para futuros estudios.

### **1.4.3 Práctica**

En el ámbito práctico, los resultados que se obtengan permitirán realizar estrategias óptimas para disminuir el grado de abandono o reforzar el nivel de adherencia del paciente hipertenso.

## **1.5 Limitaciones de la investigación**

Parte de la limitación en la investigación es el tema de aplicación de los instrumentos, debido a que se coordinó con los pacientes en función de su disponibilidad, pero con una explicación del objetivo y una motivación adecuada y una buena organización, se pudo investigar a toda la muestra de pacientes.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes de la investigación**

#### **Internacionales**

**Eisele et al(11) 2020, Inglaterra;** realización una investigación con el objetivo de *“Investigar la asociación entre la angustia psicológica y la adherencia a la medicación y las recomendaciones de estilo de vida en una cohorte de 3099 pacientes utilizando un concepto integral de adherencia al estilo de vida”*. El método utilizado fue un estudio de cohortes y los resultados mostraron que la angustia psicológica se asoció significativamente con una menor adherencia a la medicación, pero no con la adherencia al estilo de vida después de controlar los factores de confusión. Identificamos diferentes factores asociados con la adherencia a la medicación y al estilo de vida. Un índice de masa corporal más alto, una red social menos desarrollada, vivir solo, menos comorbilidades crónicas y el desconocimiento de un diagnóstico de insuficiencia cardíaca solo se asociaron con una menor adherencia al estilo de vida. La educación superior se asocia con una menor adherencia a la medicación. El sexo masculino, la edad más joven, la menor autoeficacia y la menor familiaridad con los médicos generales son factores comunes asociados con una menor adherencia a la medicación y al estilo de vida.

**Edmealem y Sanchez (12) 2020, Etiopía,** llevaron a cabo un estudio con el objetivo de *“Evaluar los factores asociados con la ansiedad y la depresión entre los pacientes con diabetes, hipertensión e insuficiencia cardíaca en 404 pacientes”*. Participaron un total de 384 pacientes con una tasa de respuesta del 94,8%. Entre ellos, el 32% y el 5,73% padecen ansiedad y depresión, respectivamente. Los pacientes que no sabían leer ni escribir tenían 7,89 veces más probabilidades de experimentar ansiedad que los pacientes con un grado o superior (ORA: 7,89; IC 95%: 3,08-20,26;). Los pacientes que consumían sustancias como

chat, cigarrillos, narguile, marihuana y alcohol tenían 2,56 veces más probabilidades de experimentar ansiedad que sus compañeros (AOR: 2,56; IC 95%: 1,05-6,23;). Los pacientes con niveles inactivos de actividad física tenían 24 veces más probabilidades de sufrir depresión que aquellos que realizaban actividad física que promueve la salud. Los pacientes viudos tienen 5 veces más probabilidades de sufrir depresión que los casados.

**Liu et al(13), 2017, China**, realizaron un estudio con el objetivo de “*Realizar una revisión de los últimos avances sobre la comprensión de la existencia de la relación entre el estrés psicosocial y la presencia de hipertensión arterial; además de un metaanálisis destinado a evaluar la relación entre el estrés psicosocial crónico y la presión arterial*”. El análisis final incluyó 11 estudios con un total de 5696 participantes. Los datos mostraron que el estrés psicosocial se asoció con un mayor riesgo de hipertensión (OR = 2,40, IC 95% = 1,65-3,49), con una mayor incidencia de estrés psicosocial en pacientes hipertensos en comparación con pacientes hipertensos. pacientes normotensos (OR = 2,69, IC 95% = 2,32-3,11). El estrés psicosocial crónico puede ser un factor de riesgo de hipertensión, según nuestro metanálisis.

## **Nacionales**

**Amacifén (14) 2019, Tarapoto**, llevo a cabo un estudio con la finalidad de “*Determinar el grado de asociación entre la hipertensión y la ansiedad*”; para lo cual se empleó un estudio descriptivo correlacional en base a un total de 659 historias clínicas de pacientes con hipertensión, La prueba de Hamilton se utiliza para determinar los niveles de ansiedad. El 53,3% de los hipertensos tenía ansiedad, el 46,1% no tenía ansiedad y el 46,75% tenía ansiedad sin hipertensión, además el 53,9% no tenía hipertensión ni ansiedad. Asimismo, la incidencia de hipertensión arterial fue del 49,9%, siendo mayor la incidencia entre los hombres, con un 61,1%; mientras que el 53,3% de las personas presentaban ansiedad, de los

cuales el 53,8% eran mujeres. concluyó que la ansiedad no se asoció estadísticamente con la hipertensión arterial.

**Vasquez y Villena (15) 2018**, Lambayeque, realizaron un estudio con el objetivo de “*Comparar los niveles de ansiedad y depresión entre 57 adultos con hipertensión controlada y 57 con hipertensión no controlada*”. Las personas con hipertensión arterial primaria no controlada tenían niveles de ansiedad significativamente más altos que las personas con estrés controlado. La ansiedad también se asoció con la presión arterial alta en los pacientes adultos incluidos en el estudio.

**Lara (16), 2018 ;Lima** , realizó un estudio con el objetivo de “*Establecer el nivel de ansiedad estado-rasgo de pacientes con hipertensión arterial que se atienden en Cardiología*”, Para ello, se utilizó un enfoque de estudio transversal descriptivo, incluyendo 100 pacientes hipertensos, de los cuales una cuarta parte presentaba niveles elevados de estado de ansiedad. El veintitrés por ciento de los pacientes tenían niveles altos de ansiedad rasgo, y la ansiedad estaba asociada con el sexo; se encontró que en el 30% de los casos, las mujeres presentaban niveles altos de ansiedad estado y el 255 por ciento de las mujeres presentaban niveles altos de ansiedad rasgo. Los hombres en la mitad de los casos tenían un estado de ansiedad alto, pero 335 tenían un rasgo de ansiedad alto. En cuanto a la existencia y duración patológica de la ansiedad, en el caso de la ansiedad estado, su duración patológica fue de 1 a 5 años, y la prevalencia de ansiedad alta fue del 15%. Veinticuatro por ciento de los que habían estado enfermos por más de 5 años tenían altos niveles de ansiedad. Entre aquellos con enfermedad entre 1 y 5 años de edad, el 14% reportó un rasgo de ansiedad alto; entre aquellos con enfermedad por más de 5 años, el 31% reportó ansiedad alta.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1. Ansiedad**

La ansiedad es un estado mental considerado un trastorno caracterizado por la producción de sentimientos como el miedo y la aprensión, lo que puede indicar un trastorno en el sujeto, como la ansiedad acompañada de hiperactividad del sistema nervioso simpático, manifestada por expresión somática y trastornos mentales (17). ), asimismo, se caracteriza por malestar leve o moderado, en cuyo caso se presenta respiración y latidos cardíacos acelerados, y también puede presentarse con sudoración excesiva, lo que ayuda en situaciones de alta complejidad(18).

La ansiedad, por su parte, se conceptualiza como una emoción negativa que surge de sentimientos de miedo, tensión expresada a través del cuerpo, y se acompaña de síntomas como náuseas, disminución o alteración de la respiración, problemas estomacales, que se expresan principalmente en nombre de percepciones individuales de situaciones de riesgo (19). Cabe mencionar que la ansiedad es un trastorno que surge cuando se presenta la preocupación o el miedo, el cual puede deberse a situaciones comunes o específicas en las que se ha acumulado la percepción y el desarrollo de lo que puede o no ser posible, lo que crea tensión, lo que se hace cambiando física y mentalmente el cuerpo en respuesta a la percepción de una situación amenazante.

#### **2.2.1.1 Dimensiones de la ansiedad**

**Síntomas afectivos:** está relacionado con la experiencia interior de las personas, se produce de forma subjetiva y se considera un estado emocional desagradable, como el pánico, el miedo, la preocupación, etc. (veinte). Desde un punto de vista psicológico, ve la ansiedad como una emoción desagradable y desagradable. Del mismo modo, los estados de ánimo o estados de ánimo generales con estos síntomas



pueden distorsionarse o no coincidir con su situación e interferir con su capacidad para funcionar. Las personas pueden estar muy tristes e irritables, al igual que pueden tener un período de exceso de felicidad, los trastornos de ansiedad también pueden afectar el estado de ánimo y la depresión ocurre con mayor frecuencia al mismo tiempo. Los trastornos del estado de ánimo deben considerarse peligrosos porque aumentan el riesgo de suicidio (21).

Asimismo, los síntomas comunes son sentimientos persistentes de tristeza, vacío y desesperanza; alienación, baja autoestima; culpa; dificultad para hacer referencia; cambios en el apetito y el sueño; fatiga; pérdida de energía o irritabilidad; hostilidad y agresión; falta de interés en actividades que usted solía disfrutar, enfermedades físicas frecuentes y muchos otros síntomas (22). Parte de las dimensiones son los siguientes indicadores: La agitación se define como un estado de tensión, es cuando la persona tiene una sensación desagradable que puede o no lograr porque intuye un peligro inminente. La angustia es una emoción o comportamiento desagradable que afecta la forma en que piensa, siente o se comporta y le dificulta controlar, tomar decisiones y tomar medidas relacionadas con su salud(23).

La desintegración mental; es el cambio mental del individuo que influye en sus decisiones y comportamientos, así como en su desempeño en las diversas actividades de su vida. El último indicador es la preocupación, se considera una forma, actividad o simple proceso de pensamiento a través del cual se capta (comprende y traduce a contenido mental) información perceptiva (24). Cuando una persona se enfrenta a una situación compleja o nueva, el cuerpo reacciona y lo ve como una amenaza real y se prepara para aumentar la producción de varias hormonas

(entre ellas, epinefrina, norepinefrina) activando el sistema endocrino. Ven a enfrentarlo con energía. y cortisol (25).

**Síntomas Somáticos:** Cuando un individuo presenta una ansiedad extrema y exagerada debido a síntomas físicos, se considera Trastorno de Síntomas Somáticos (SSD), el individuo también vincula los síntomas que está experimentando con su comportamiento y los sentimientos que no puede cargar. Conocen tanto sus actividades diarias que perciben la condición médica en su vida diaria como fatal; por lo tanto, es posible que no mejore la ansiedad a pesar de los resultados normales de las pruebas(26)

En el caso de los síntomas somáticos, el foco está en los aspectos físicos, como el dolor o el cansancio, tanto que hay mucho estrés emocional y problemas en el día a día. Puede o no tener otras condiciones médicas asociadas con estos síntomas, pero no está respondiendo a ellos normalmente. Los problemas de salud pueden convertirse en una prioridad tan alta en su vida que pueden ser difíciles de manejar, lo que a veces puede conducir a una discapacidad(27).

Por otro lado, esta dimensión tiene como indicador el temblor, el temblor se considera una contracción muscular rítmica que se presenta de manera involuntaria y puede ocasionar cierto tipo de movimientos espásticos en diferentes partes del cuerpo, se considera un trastorno más que se presenta con frecuencia en el mano, sino que también afectan a otras partes del cuerpo, como los brazos y la cabeza, que pueden ser constantes o intermitentes, aunque también pueden darse de forma ocasional(28).

Otro indicador es el dolor muscular, que suele ser común y afecta a músculos y ligamentos. La fascia es el tejido blando que conecta los músculos, los huesos y los órganos (29). También está el cansancio, la debilidad, en primer lugar, la falta de

fuerza física o muscular, la sensación de que necesita un esfuerzo extra para mover los brazos, las piernas u otros músculos. Si la debilidad muscular se debe al dolor, es posible que la persona pueda ejercitar el músculo, pero esto causará dolor. La fatiga es una sensación de cansancio o agotamiento, o la necesidad de descansar por falta de energía o fuerza. La fatiga puede ser el resultado del exceso de trabajo, la falta de sueño, la ansiedad, el aburrimiento o la falta de ejercicio. Este es un síntoma que puede ser causado por una enfermedad, un fármaco o un tratamiento farmacológico (como la quimioterapia). La ansiedad o la depresión también pueden causar fatiga(30).

Otro factor es la inquietud o falta de quietud. Sorprendido, confundido, molesto o frustrado. Otro indicador son las palpitaciones del corazón o la sensación de que el corazón late rápido, rápido o muy rápido. El estrés, el ejercicio, la medicación o, en casos raros, la enfermedad puede desencadenarlos. Si bien las palpitaciones del corazón pueden ser preocupantes, generalmente son inofensivas. En casos raros, puede ser un síntoma de una afección cardíaca más grave, como un latido cardíaco irregular (arritmia), que puede requerir tratamiento(31).

El vértigo; esta es una sensación de giro repentino que ocurre interna o externamente, generalmente cuando mueve la cabeza rápidamente. Desmayo; esto es una pérdida temporal de la conciencia. Cuando se desmaya, se siente mareado, aturdido o con náuseas. Es posible que vea "Todo blanco" o "Todo negro". Su piel puede sentirse fría y húmeda. Puede perder el control de sus músculos y caerse(32).

Disnea; Se considera disnea y puede tener causas diferentes a las debidas a una enfermedad de base (33). Parestesia; un trastorno de hipersensibilidad en el que un individuo es estimulado sin ningún estímulo previo y exhibe sensaciones anormales. Náuseas y vómitos, algo que sucede cuando se siente malestar estomacal,

como si estuviera a punto de vomitar y el vómito está devolviendo el contenido del estómago por la boca (34). Micción frecuente, necesidad de orinar con más frecuencia, ganas repentinas y fuertes de orinar, que pueden causar molestias en la vejiga(35).

Sudoración; son las glándulas sudoríparas del cuerpo las que liberan líquido helado, un proceso también conocido como transpiración, que es una función esencial del cuerpo para mantenerse fresco, generalmente debajo de los brazos, en los pies y en las palmas de las manos(36). También se tiene al rubor facial; Es posible que la causa de la piel enrojecida no se remonte a la enfermedad subyacente. Por ejemplo, ejercicio, comida picante, calor, sofocos o nerviosismo. Insomnio; es un trastorno del sueño común que puede hacer que sea difícil conciliar el sueño (quedarse dormido), permanecer dormido o hacer que se despierte demasiado temprano para volver a dormirse. Es posible que aún se sienta cansado cuando se despierte. Pesadillas; esta es una pesadilla que produce intensos sentimientos de miedo, pavor, dolor o ansiedad(37).

### **2.2.2. Adherencia al tratamiento hipertensivo**

La adherencia a la medicación es un marcador general de un buen comportamiento de salud, y cuando se considera la falta de adherencia, a menudo se considera que los pacientes "olvidaron" tomar su medicación, lo que se conoce como "falta de adherencia involuntaria". Sin embargo, el "incumplimiento intencional" puede ser más común de lo que pensamos. Hay algunos pacientes que exhiben "adherencia de bata blanca", comenzando la medicación regular antes de cada contacto con un profesional de la salud, pero tomando la medicación de forma irregular en otros momentos. En el otro extremo, la "sobreadherencia" también puede ser un problema para los pacientes que aumentan sus dosis más allá de las recomendadas, lo que resulta en reacciones adversas, o toman medicamentos adicionales que

no están recetados actualmente con posibles interacciones. También está el problema del "cumplimiento patológico", cuando un paciente se apega a un medicamento que causa efectos secundarios significativos sin buscar ayuda hasta la próxima cita de seguimiento de rutina(38).

### **Hipertensión**

La epidemia mundial de hipertensión está en gran parte descontrolada, y la hipertensión sigue siendo la principal causa de muerte por enfermedades no transmisibles en todo el mundo. La adherencia subóptima, que incluye no iniciar la medicación, tomar la medicación según lo prescrito y la adherencia al tratamiento a largo plazo, son factores reconocidos que contribuyen al control deficiente de la presión arterial en pacientes hipertensos. Varias categorías de factores, que incluyen datos demográficos, socioeconómicos, condiciones de comportamiento médico combinadas, factores relacionados con el tratamiento, equipo y sistema médico y factores del paciente, están asociados con la falta de adherencia(39).

Se prevé que la carga mundial de hipertensión (definida como presión arterial sistólica (PA, mmHg)  $\geq 140$  o presión arterial diastólica  $\geq 90$  o tratamiento antihipertensivo) aumente de 918 millones de adultos en el año calendario 2000 a 1560 millones en 2025. La carga de hipertensión refleja un aumento en la prevalencia de hipertensión del 26,4% al 29,2% y el aumento esperado en la población mundial. Para 2010, estas proyecciones parecen conservadoras, ya que la prevalencia mundial de la hipertensión se estima en un 31,1 % y afecta a 1390 millones de personas. El gran aumento de la prevalencia de la hipertensión en todo el mundo se debe principalmente al rápido aumento de la prevalencia en los países de ingresos bajos y medianos. En 2010, 349 millones de adultos con hipertensión vivían en países de ingresos altos y 1040 millones vivían en países de ingresos bajos y medianos. La prevalencia de la hipertensión en los países de ingresos altos es menor que en los países de ingresos bajos y medianos, donde las tasas de concientización,

tratamiento y control son significativamente más bajas. Aproximadamente la mitad de los adultos con hipertensión que reciben tratamiento están controlados en países de ingresos altos, en comparación con una cuarta parte en países de ingresos bajos y medianos(40).

Los más pobres corren mayor riesgo de enfermedades crónicas y muerte prematura porque corren un alto riesgo y tienen poco acceso a la atención médica: 'La enfermedad crónica y la pobreza están vinculadas en un círculo vicioso'(41).

La actividad física regular y seguir una dieta rica en frutas y verduras es costosa, mientras que evitar alimentos ricos en grasas, azúcar y sal; evitar fumar y beber alcohol; mantener un peso saludable requiere un esfuerzo sostenido y un nivel de esfuerzo personal Altamente automotivado , pero esta automotivación tiende a disminuir con el tiempo debido a la falta de atención social y apoyo estatal. La medicación tomando medicamentos antihipertensivos que reducen la presión arterial a niveles óptimos es la única forma de reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. A nivel mundial, la adherencia a la medicación para la hipertensión oscila entre el 43 % y el 88 %, según la población de estudio, la duración del seguimiento, el método de evaluación de la adherencia, etc.(42).

La falta de adherencia a los medicamentos antihipertensivos prescritos es una causa importante de hipertensión insuficientemente controlada. Los comportamientos de alta adherencia se asocian con tasas más bajas de mortalidad y hospitalización. La imposibilidad de comprar medicamentos es un determinante importante y está significativamente asociada con la mala adherencia y los malos resultados de salud en los países en desarrollo. A veces, cuando algunos pacientes cambian a medicina complementaria y alternativa, terminan en las salas de emergencia de los hospitales.(42).

Dos factores principales ayudan al control de la hipertensión arterial en los pacientes tratados, es la prescripción de cantidades y dosis adecuadas de medicamentos antihipertensivos y la adherencia al tratamiento. Se ha informado que la adherencia al

tratamiento farmacológico suele ser <50% 1 año después del inicio de la hipertensión. Históricamente, la proporción de pacientes con terapia controlada ha oscilado entre el 20 % y el 50 %, lo que refleja la eficacia de la medicación prescrita y la adherencia a la terapia. Usando la proporción de pacientes en tratamiento controlado como indicador de la adherencia, los datos recientes sugieren que la adherencia ha mejorado, al menos en algunos países. Por ejemplo, en los Estados Unidos, alrededor del 70 % de los pacientes tratados se controlaron a <140/<90 entre 2007 y 2008, un nivel alcanzado en Alemania entre 2008 y 2011. 9 En Canadá, el 85% de los pacientes tratados(43,44).

Varios factores contribuyen a la baja adherencia a la terapia antihipertensiva. En primer lugar, la mayoría de los pacientes requieren múltiples medicamentos para alcanzar los objetivos de presión arterial y, a medida que aumenta la cantidad de medicamentos recetados, disminuye la adherencia. Por lo tanto, se ha demostrado consistentemente que el uso de composiciones fijas mejora el cumplimiento de la terapia antihipertensiva. Los combos fijos también parecen reducir AP más que los combos gratuitos. El uso de una combinación fija también parece reducir los costos de atención médica y la incidencia de enfermedades cardiovasculares(45).

La reducción de la complejidad de la farmacoterapia mediante la prescripción de un fármaco de acción prolongada una vez al día también tuvo un efecto beneficioso sobre la adherencia. En pacientes que recibieron 3 medicamentos antihipertensivos, la reducción de este número a 2 tuvo un efecto positivo en la adherencia. Además, la combinación de un medicamento antihipertensivo con una estatina y aspirina en una sola pastilla también puede mejorar el cumplimiento. Además, el inicio de la terapia antihipertensiva al mismo tiempo que la terapia hipolipemiente también resultó en una mejor adherencia a ambos tratamientos, posiblemente porque permitió a los pacientes organizar mejor el recambio de medicamentos. Un segundo factor importante en la baja adherencia es el costo de la medicación. De hecho,

el uso de medicamentos genéricos se asocia con una mejor adherencia. Ser mujer, joven, nivel socioeconómico bajo y la falta de comorbilidades también se asociaron con una adherencia subóptima. Por el contrario, los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida parecían ser más adherentes a la terapia antihipertensiva, posiblemente porque tenían una mejor percepción del riesgo de eventos cardiovasculares recurrentes. Entre los fármacos antihipertensivos, el cumplimiento de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueadores de los receptores de angiotensina parece ser mejor(46).

### **2.2.2.1 Dimensiones de la Adherencia al tratamiento hipertensivo**

**Cumplimiento al tratamiento:** La adherencia es un concepto amplio que hace referencia al grado en que los pacientes se adhieren a los compromisos o acuerdos adquiridos con los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, farmacéuticos, etc.) que les atienden, en cuanto a los medicamentos que deben tomar, seguir una dieta o cambio de vida en el método. Este documento se centra en la adherencia a la medicación, a la que nos referimos como adherencia al tratamiento(47).

**Antecedente de falta de adherencia:** Es cuando el paciente anteriormente a faltado a sus tratamientos.

**Interacción médico-paciente:** Como columna vertebral de la profesión médica, moviliza seres humanos poderosos: fe, esperanza, confianza, fortaleza moral y aceptación de la adversidad —la enfermedad— como un fenómeno importante y una experiencia racional. El desarrollo de la medicina en las últimas décadas ha sido mayor que en cualquier otro período similar de la historia. Como resultado, la relación médica ha cambiado fundamentalmente mientras mantiene su naturaleza como base para el comportamiento médico(48).

**Creencia del paciente relativo al tratamiento:** El comportamiento de una persona depende de la amenaza percibida para su salud. Esta vulnerabilidad, a su vez,



depende de las percepciones de susceptibilidad a la enfermedad y de la gravedad de las consecuencias de adquirir la enfermedad. El aumento de las percepciones de vulnerabilidad a las amenazas para la salud crea un impulso y fortalece los comportamientos de protección contra tales amenazas(49).

**Empleo de estrategias para toma de medicamentos:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el uso correcto de los medicamentos significa que el paciente recibe cada medicamento para una indicación específica en la dosis adecuada durante un período de tiempo determinado, al menor costo posible para él y la sociedad. Es decir, la medicina adecuada para lograr su propósito: sanar y restaurar la salud. Sin embargo, depende de su estrategia para hacerlo y de usar el medicamento de manera racional para evitar consecuencias negativas, como efectos secundarios, interacciones no deseadas o pérdida de eficacia (resistencia a la enfermedad), y para mantener los costos bajo control. personales, sociales y de salud innecesarios(50).

### **Ansiedad e hipertensión**

Estudios transversales históricos muestran una asociación bidireccional positiva entre la ansiedad generalizada y la hipertensión generalizada: los adultos con presión arterial alta tienen más probabilidades de tener trastornos de ansiedad, mientras que aquellos con trastornos de ansiedad tienen más probabilidades de tener presión arterial alta, no asociada con otros factores de riesgo para la hipertensión La Iniciativa de Encuestas de Salud Mental Global realizó 18 encuestas transversales (n = 42,249, incluidas regiones geográficas de América del Norte y del Sur, Asia, Pacífico Sur, Europa, Medio Oriente y África) en la población general de 17 países. Definición del diagnóstico de ansiedad y/o depresión utilizando la Edición Mundial

de Salud Mental de la Entrevista Diagnóstica Internacional Integral de la OMS(OMS) (WMH-CIDI)(51).

En general, los adultos diagnosticados con trastornos de ansiedad tenían estadísticamente más probabilidades de tener una o más de las siguientes comorbilidades autoinformadas: obesidad, diabetes, asma, hipertensión, artritis y otros trastornos musculoesqueléticos. el dolor crónico y el dolor de cabeza con ansiedad e hipertensión (sin depresión) fue (OR 1,7, IC del 95 %: 1,5-1,9), y el rango de razón de probabilidades para otras condiciones de OR fue: 1,2-2,3 (todas  $p < 0,05$ ). Un análisis transversal reciente de registros médicos hospitalarios y ambulatorios evaluó la prevalencia de hipertensión y trastornos psiquiátricos, incluidos los trastornos de ansiedad, entre los residentes del condado de Estocolmo, Suecia ( $n = 2.058.408$ ). En general, los hombres y mujeres hipertensos tenían más probabilidades de tener un trastorno de ansiedad diagnosticado en sus historias clínicas, con una mayor incidencia de comorbilidades en hombres (OR ajustado 1,28, IC 95% 1,24-1, 32) que en mujeres (OR ajustado 1,05, 32). IC del 95 % 1,02–1,09)(52).

### **2.2.2 Teorías de enfermería para el cuidado de pacientes con ansiedad**

#### **Modelo del sistema conductual de Dorothy e. Johnson**

El modelo del sistema conductual de Johnson (JBSM) estuvo muy influido por el libro de Florence Nightingale Notes on Nursing. Johnson empezó a trabajar en su modelo con la premisa de que la enfermería era una profesión que hacía una contribución característica al bienestar de la sociedad. Por tanto, la enfermería tenía un objetivo explícito de acción en el bienestar del paciente. Su tarea fue aclarar la

misión social de la enfermería desde “la perspectiva de una visión teóricamente sólida de la persona a la que servimos”

Una de las ventajas de la teoría del sistema conductual de Johnson (JBS) es la integración coherente de conceptos que definen los sistemas conductuales extraídos de la teoría de sistemas general. Entre estos conceptos se incluyen el holismo, la búsqueda de objetivos, la interrelación/interdependencia, la estabilidad, la inestabilidad, los subsistemas, la regularidad, la estructura, la función, la energía, la retroalimentación y la adaptación. Johnson (1980) escribió que la enfermería contribuye a facilitar un funcionamiento conductual eficaz en el paciente antes, durante y después de la enfermedad.

## **2.3 Formulación de hipótesis**

### **Hipótesis general**

- Ha: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.
- Ho: No existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.

### **Hipótesis específicas**

- Ha: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad en su dimensión síntomas afectivos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021

- Ho: No existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad en su dimensión síntomas afectivos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021
  
- Ha: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad en su dimensión síntomas somáticos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.
  
- Ho: No existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad en su dimensión síntomas somáticos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Método de investigación**

El proyecto de investigación es de método Hipotético-Deductivo, donde se utiliza estrategias de inferencia para sacar conclusiones lógicas a partir de un conjunto de condiciones previas o principios. Consiste en sacar conclusiones basadas en suposiciones o un conjunto de afirmaciones que se supone que son verdaderas. (53).

### **3.2. Enfoque investigativo**

El estudio de enfoque cuantitativo, que se basa en la medición de variables a través de estadísticas y valores ordinales para establecer los patrones de comportamiento de las variables (54).

### **3.3. Tipo de investigación**

La investigación propuesta es de tipo básico porque tiene un objeto de investigación sin considerar propósitos prácticos directos; sin embargo, busca incrementar el

conocimiento teórico y/o productos para el progreso científico y contribuir a los beneficios socioeconómicos a largo plazo (54).

Asimismo el estudio es de **nivel descriptivo correlacional**, donde se busca identificar las características principales de la variable para luego encontrar el grado de relación entre ellas (53).

### **3.4. Diseño de la investigación**

La investigación es de diseño no experimental, porque se realizó sin manipular variables, describiéndolas según la situación real; horizontal, porque se desarrolla en un período de tiempo determinado (54).

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

**Población:** Desarrollada como un conjunto de individuos que presentan características similares en el estudio de fenómenos o variables, compartiendo tanto espacio como tiempo (54). En este caso la población de estudio estuvo constituida por 80 pacientes que se incluirá en el presente estudio, que acuden al servicio de cardiología del policlínico Villa Salud Lurín, durante los meses de setiembre y octubre, 2021.

**Muestra:** Es una fracción que representa la totalidad de la población, para el estudio de variables en un contexto específico (54). En este caso se tomó a toda la población por ser una cantidad mínima de estudio.

$$n= 80$$

**Muestreo:** No Probabilístico, censal ya que no intervino la probabilidad y se tomó a toda la población como muestra de estudio.

**Criterios de inclusión:**

- Paciente con diagnóstico confirmado de hipertensión
- Paciente que desee participar en el estudio
- Paciente que tiene un tratamiento igual o mayor a 6 meses

**Criterios de exclusión.**

- Pacientes con problemas psicológicos limitantes a la comprensión del estudio
- Pacientes con deterioro cognitivo alto.

### **3.6. Variables y operacionalización**

**Variable 1: Ansiedad**

Es un estado de la mente que se ha visto alterado considerado como un trastorno, el cual se caracteriza por el desarrollo de sentimiento como el miedo y la aprensión, lo que puede ser indicaciones de que una enfermedad está presente en el sujeto, como sería el caso de la ansiedad lo que se acompaña de una hiperactividad del sistema simpático, expresado en expresiones somáticas y trastornos de la mente(17)

**Variable 2: Adherencia al tratamiento hipertensivo**

La adherencia a la medicación es un marcador general de buen comportamiento de salud, en este caso del cumplimiento adecuado del tratamiento para la hipertensión (38).



## Operacionalizacion

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
<b>Ansiedad</b>	El nivel de ansiedad en enfermeros, se medirá a través del Test de ansiedad de William Zung. El cual consta de 20 ítems	Síntomas afectivos.	Intranquilidad Angustia Desintegración mental Aprensión	<p style="text-align: center;"><b>Ordinal</b></p> Nunca o raras veces (1) Algunas veces (2) Buen número de veces (3) La mayoría de las veces (4)	20-44 puntos: Sin ansiedad 45-59 puntos: Ansiedad leve 60-74 puntos: Ansiedad moderada 75-80 puntos: Ansiedad grave
		Síntomas Somáticos	Temblores Molestias y dolores musculares Fatigabilidad, debilidad Inquietud Palpitaciones Vértigo Desmayos Disnea Parestesias Náuseas y vómitos Micción frecuente Sudoración Rubor facial Insomnio Pesadillas		
<b>Adherencia al tratamiento hipertensivo</b>	Es el nivel de cumplimiento que tiene el paciente con su tratamiento el cual será medido a través de un cuestionario de 20 ítems	Cumplimiento al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Responsabilidad</li> <li>➤ Depresión</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Ordinal</b></p> Siempre (3) A veces (2) Nunca (1)	Buena 47-60 puntos Regular 33-46 puntos Mala 20-32 puntos
		Antecedente de falta de adherencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Antecedente</li> <li>➤ Relación con el personal de salud</li> </ul>		
		Interacción médico-paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tratamiento</li> <li>➤ Antihipertensivos</li> <li>➤ Voluntad</li> </ul>		
		Creencia del paciente relativo al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Creencias</li> <li>➤ Motivación</li> <li>➤ Efectos secundarios</li> <li>➤ Satisfacción</li> </ul>		
		Empleo de estrategias para toma de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estrategias</li> <li>➤ Organización</li> </ul>		



### **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1. Técnica**

La técnica fue la encuesta, la cual permite obtener la información de cada una de las unidades de análisis de estudio, de manera eficiente lo que refleja el sentir, opinión, condición, así como sus sugerencias de los encuestados (54).

#### **3.7.2. Descripción**

El instrumento que se empleó para evaluar la ansiedad fue la escala de Zung diseñada por William W.K. Zung en 1971. Adaptado y validado en el trabajo de Astocondor, "Estudios Exploratorios sobre Ansiedad y Depresión en Grupos de Habitantes de Comunidades Indígenas Aguaruna". Consta de 20 ítems, las primeras 5 preguntas están relacionadas con síntomas cognitivos y las 15 preguntas restantes están relacionadas con síntomas físicos. Contiene cuatro columnas que contienen respuestas como: Totalmente o rara vez, a veces muy a menudo, más a menudo, los valores obtenidos en cada columna se suman hasta 20 Obtendrá un total en el rango de ~ 80 puntos y debe ser convertido en un "índice de miedo".

Para la detección de la adherencia al tratamiento se adaptó el cuestionario de "Assessment of Adherence to Antiretroviral Therapy Questionnaire", el cual fue desarrollado y validado por Remor en España(34); siendo adaptado en el Perú con el título de "Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral" (CEAT-VIH) por Tafur E et al(55) en el año 2008. Este cuestionario consta de 20 ítems, de considerando las dimensiones Cumplimiento del tratamiento con 4 ítems, Antecedentes de la falta de adherencia con 2 ítems; Interacción médico-paciente con 5 ítems, Creencias del paciente relativas al tratamiento con 7 ítems y Uso de estrategias para recordar la toma de fármacos con 2 ítems. Con una escala de Likert de 3 opciones para todas sus preguntas.

### **3.7.3. Validación**

Para el caso de la ansiedad al se ha realizado a través de juicios de expertos dando como valido al instrumento con un indice del 0.001.

Asimismo para la calidad de vida laboral la autora Remor (55) igualmnete valido los instrumentos por juicio de 5 expertos con un indice del 0.006.

### **3.7.4. Confiabilidad**

Para el caso de la ansiedad el instrumento es estandarizado y en la mayoría de investigaciones presenta un índice mayor a 0.7, altamente confiable.

El instrumento empleado para la adherencia al tratamiento tuvo una confiabilidad de 0.706, mostrando una confiabilidad alta.

## **3.8. Procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento de datos de la presente investigación, se aplicará la Estadística Descriptiva que son los procedimientos empleados para organizar y resumir conjuntos de observaciones en forma medible para poder expresar las conclusiones debidas.

### **Análisis de datos**

Luego de aplicada la encuesta, se creó la base de datos de Excel y se analizó mediante el programa SPSS.25.0 para generar las tablas y gráficos correspondientes. Estas tablas y gráficos también se utilizan para ver los elementos descritos en los programas Microsoft Office Word 2013 y Microsoft Office Excel 2013 para la frecuencia y los porcentajes que se ejecutan en tablas y gráficos de barras. También se utilizó la prueba rho de Spearman para probar la hipótesis.

### **3.9. Aspectos éticos**

- a) **Beneficencia:** El estudio de investigación buscó en todo momento beneficiar al servicio y la integridad de los pacientes.
- b) **No maleficencia:** no se buscó ni perjudicar a la institución ni a los participantes en la investigación solo se tiene el fin de aportar en la mejora del servicio.
- c) **Justicia:** El derecho de participación al estudio de investigación dependió de la voluntad y deseo de participar en cada unidad de análisis; por tanto, todos tienen derecho a formar parte del estudio.
- d) **Confidencialidad:** Garantiza que toda información recolectada fue utilizada única y exclusivamente en fines del estudio.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1 Resultados

#### 4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla 1.

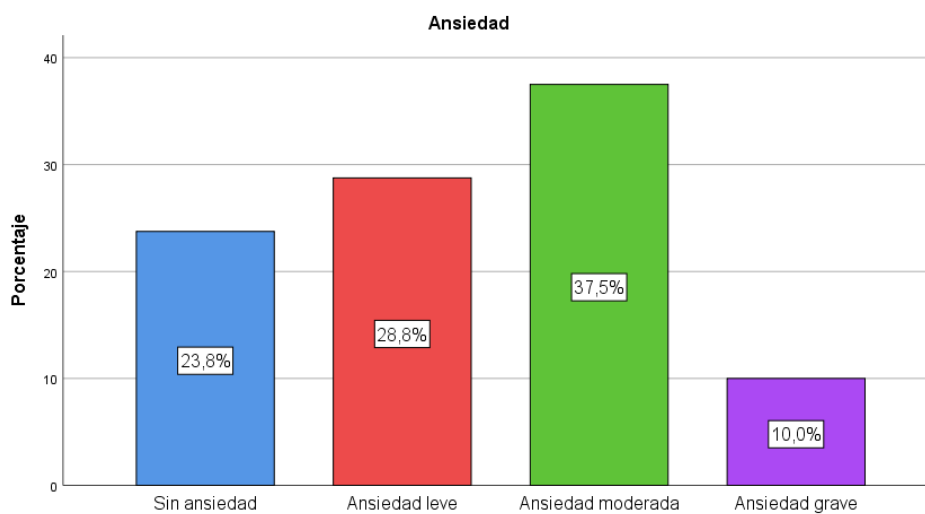
Distribución de datos según la variable ansiedad.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Sin ansiedad	19	23,8
Ansiedad leve	23	28,7
Ansiedad moderada	30	37,5
Ansiedad grave	8	10,0
Total	80	100,0

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia.

Gráfico 1.

Distribución de datos según la variable ansiedad.



En la tabla y gráfico 1, se puede observar que el 37.5% presentan una ansiedad moderada, el 28.8% ansiedad leve, el 23.8% no presenta ansiedad y el 10.0% presentan ansiedad grave.

Tabla 2.

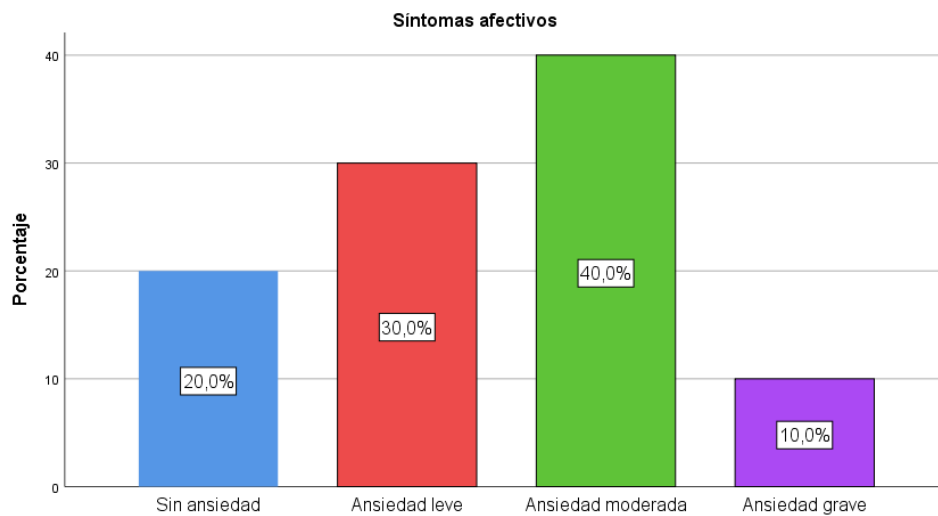
Ansiedad según dimensión síntomas afectivos.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Sin ansiedad	16	20,0
Ansiedad leve	24	30,0
Ansiedad moderada	32	40,0
Ansiedad grave	8	10,0
Total	80	100,0

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia.

Gráfico 2.

Ansiedad según dimensión síntomas afectivos.



En la tabla y gráfico 2, se puede observar que el 40.0% presentan una ansiedad moderada en sus síntomas afectivos, el 30.0% leve, el 20.0% no presenta ansiedad y el 10.0% presentan los síntomas afectivos en un nivel grave.

Tabla 3.

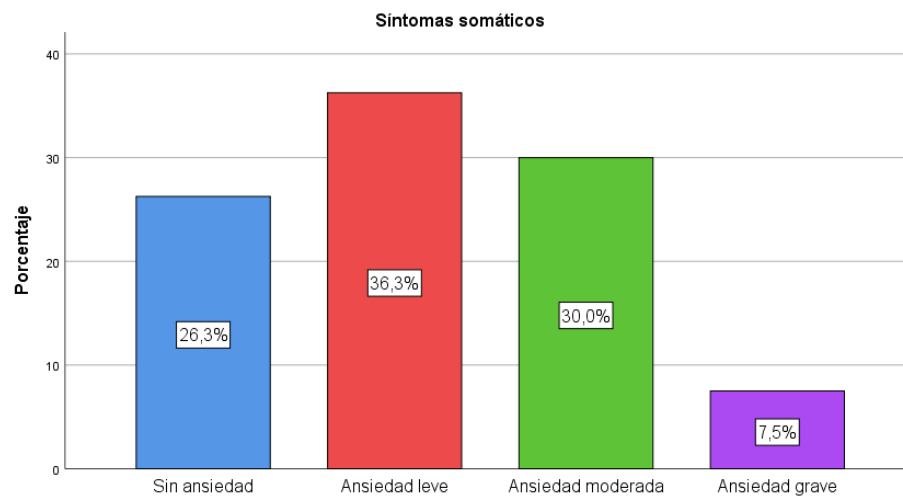
Ansiedad según dimensión síntomas somáticos.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Sin ansiedad	21	26,3
Ansiedad leve	29	36,3
Ansiedad moderada	24	30,0
Ansiedad grave	6	7,5
Total	80	100,0

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia.

Gráfico 3.

Ansiedad según dimensión síntomas somáticos.



En la tabla y gráfico 3, se puede observar que el 36.3% presentan una ansiedad leve en sus síntomas somáticos, el 30.0% moderada, el 26.3% no presenta ansiedad y el 7.5% presentan los síntomas somáticos en un nivel grave.

Tabla 4.

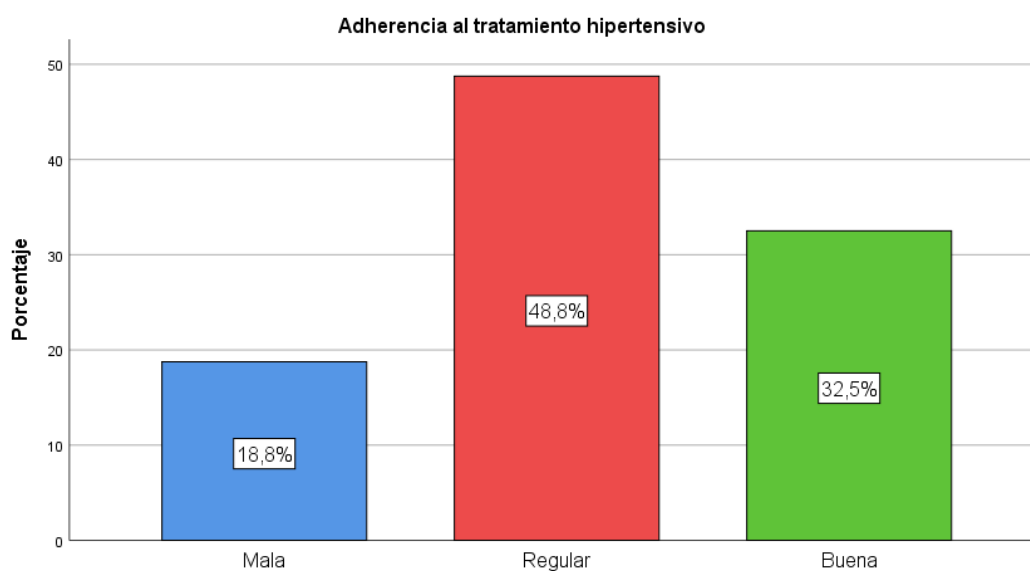
Distribución de datos según la variable adherencia al tratamiento hipertensivo.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	15	18,8
Regular	39	48,8
Buena	26	32,5
Total	80	100,0

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia.

Gráfico 4.

Distribución de datos según la variable adherencia al tratamiento hipertensivo.



En la tabla y gráfico 4, se observa que el 48.8% presenta una adherencia al tratamiento hipertensivo regular, el 32.5% presenta una buena adherencia y el 18.8% presenta una mala adherencia.

Tabla 5.

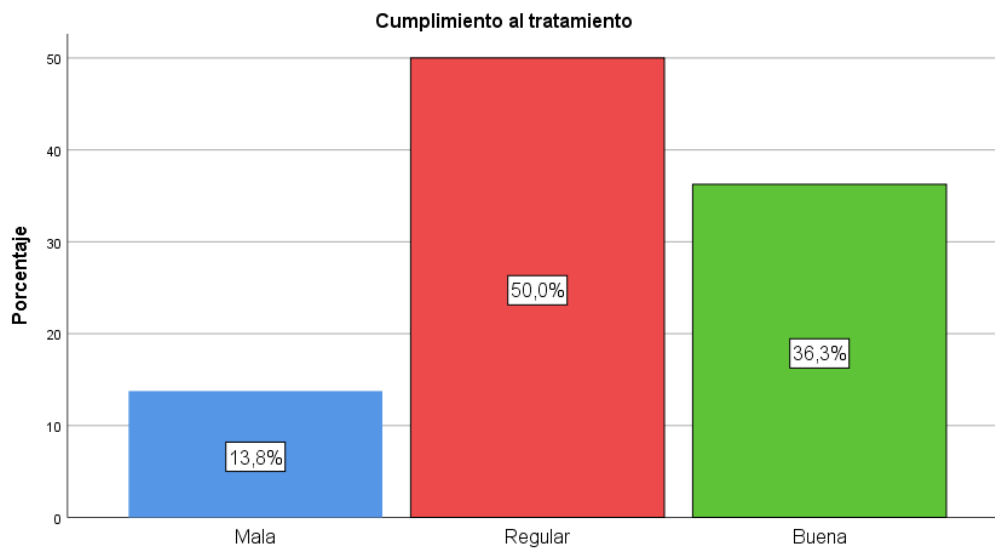
Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión cumplimiento al tratamiento.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	11	13,8
Regular	40	50,0
Buena	29	36,3
Total	80	100,0

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia.

Gráfico 5.

Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión cumplimiento al tratamiento.



En la tabla y gráfico 5, se observa que el 50.0% presenta una adherencia al tratamiento hipertensivo regular en cuanto al cumplimiento al tratamiento, el 36.3% presenta una buena adherencia y el 13.8% presenta una adherencia mala en cuanto al cumplimiento al tratamiento.



Tabla 6.

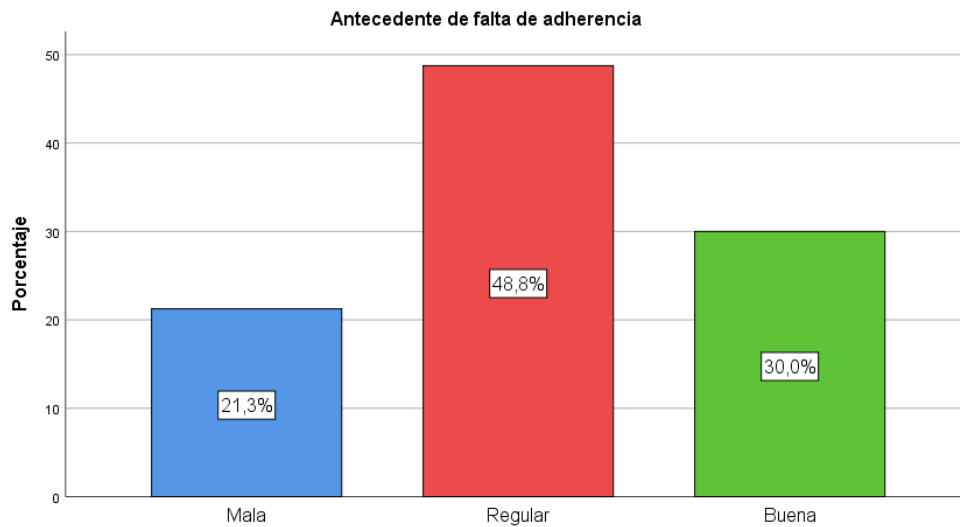
Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión antecedente de falta de adherencia.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	17	21,3
Regular	39	48,8
Buena	24	30,0
Total	80	100,0

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia.

Gráfico 6.

Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión antecedente de falta de adherencia.



En la tabla y gráfico 6, se observa que el 48.8% presenta una adherencia al tratamiento hipertensivo regular en cuanto al antecedente de falta de adherencia, el 30.0% presenta una buena adherencia y el 21.3% presenta una adherencia mala en cuanto al antecedente de falta de adherencia.

Tabla 7.

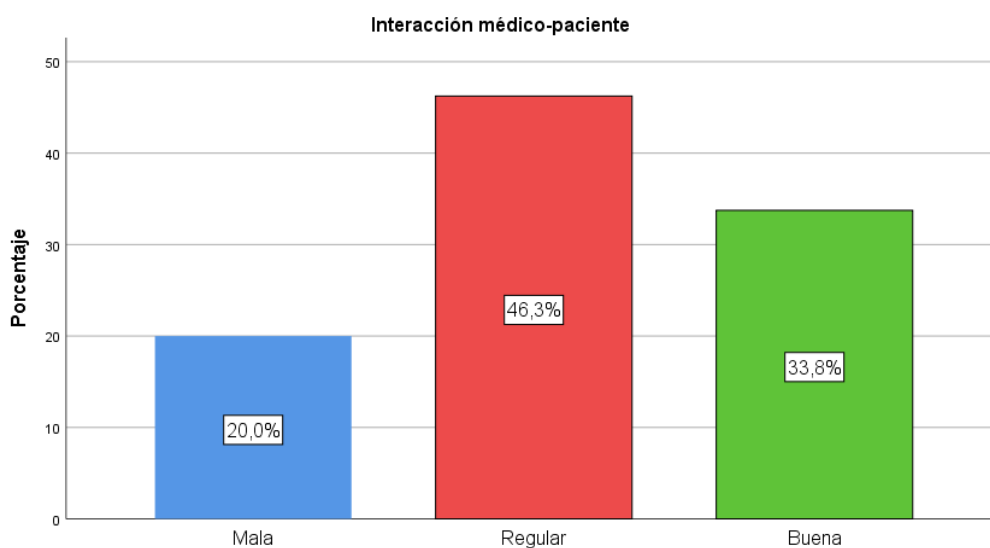
Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión interacción médico-paciente.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	16	20,0
Regular	37	46,3
Buena	27	33,8
Total	80	100,0

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia.

Gráfico 7.

Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión interacción médico-paciente.



En la tabla y gráfico 7, se observa que el 46.3% presenta una adherencia al tratamiento hipertensivo regular en cuanto a la interacción médico-paciente, el 33.8% presenta una buena adherencia y el 20.0% presenta una adherencia mala en cuanto a la interacción médico-paciente.

Tabla 8.

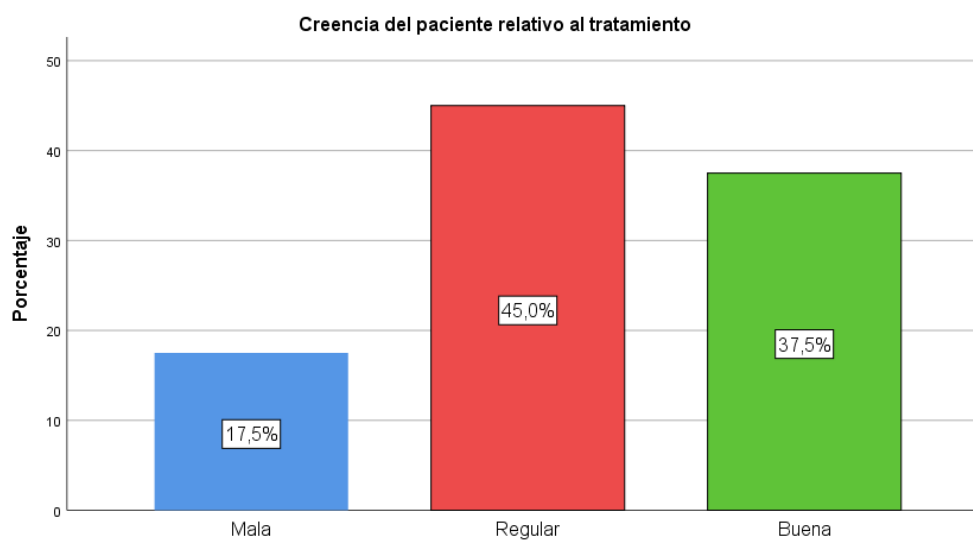
Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión creencia del paciente relativo al tratamiento.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	14	17,5
Regular	36	45,0
Buena	30	37,5
Total	80	100,0

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia.

Gráfico 8.

Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión creencia del paciente relativo al tratamiento.



En la tabla y gráfico 8, se observa que el 45.0% presenta una adherencia al tratamiento hipertensivo regular en cuanto a la creencia del paciente relativo al tratamiento, el 37.5% presenta una buena adherencia y el 17.5% presenta una adherencia mala en cuanto a la creencia del paciente relativo al tratamiento.

Tabla 9.

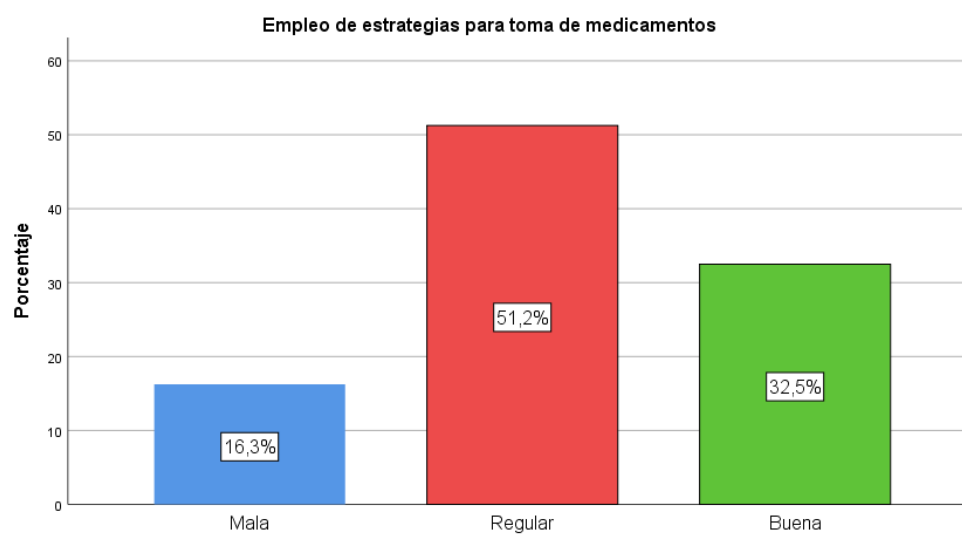
Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión Empleo de estrategias para toma de medicamentos.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	13	16,3
Regular	41	51,2
Buena	26	32,5
Total	80	100,0

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia.

Gráfico 9.

Adherencia al tratamiento hipertensivo según la dimensión empleo de estrategias para toma de medicamentos.



En la tabla y gráfico 9, se observa que el 51,2% presenta una adherencia al tratamiento hipertensivo regular en cuanto al empleo de estrategias para toma de medicamentos, el 32,5% presenta una buena adherencia y el 16,3% presenta una adherencia mala en el empleo de estrategias para toma de medicamentos.

Tabla 10.

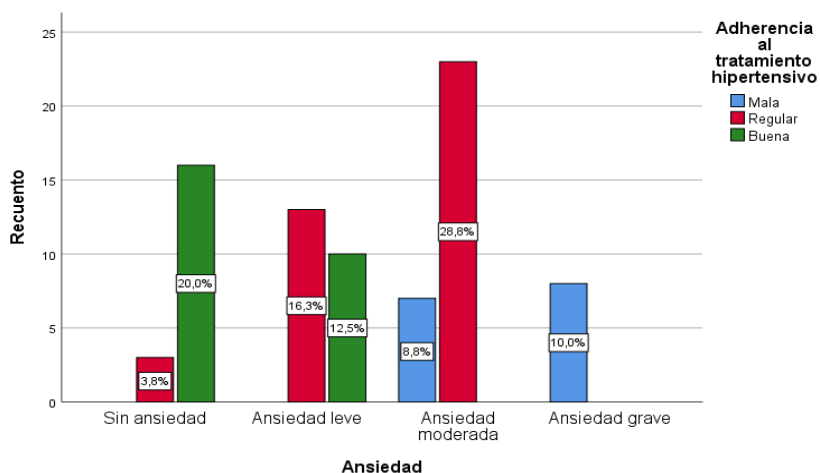
Ansiedad según adherencia al tratamiento hipertensivo.

			Adherencia al tratamiento hipertensivo			
			Mala	Regular	Buena	Total
Ansiedad	Sin ansiedad	Recuento	0	3	16	19
		% del total	0,0%	3,8%	20,0%	23,8%
	Ansiedad leve	Recuento	0	13	10	23
		% del total	0,0%	16,3%	12,5%	28,7%
	Ansiedad moderada	Recuento	7	23	0	30
		% del total	8,8%	28,7%	0,0%	37,5%
	Ansiedad grave	Recuento	8	0	0	8
		% del total	10,0%	0,0%	0,0%	10,0%
Total		Recuento	15	39	26	80
		% del total	18,8%	48,8%	32,5%	100,0%

Fuente: Encuesta de elaboración propia.

Gráfico 10.

Ansiedad según adherencia al tratamiento hipertensivo.



En la tabla y gráfico 10, se observa que al correlacional la ansiedad con la adherencia al tratamiento hipertensivo, cuando el paciente no presenta ansiedad, el 3.8% presenta una adherencia regular y el 20.0% presenta una adherencia buena, cuando el paciente presenta una ansiedad leve el 16.3% presenta una adherencia regular y el 12.5% una adherencia buena, cuando el paciente presenta una ansiedad moderada el 8.8% presenta una adherencia mala y el 28.7% regular; cuando la ansiedad es grave la adherencia es mala en el 10.0%.

Tabla 11.

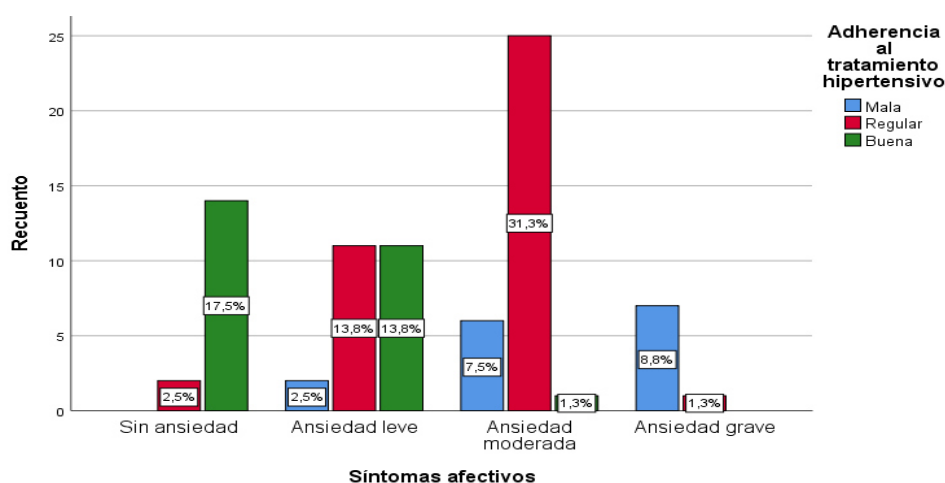
Síntomas afectivos según adherencia al tratamiento hipertensivo.

		Adherencia al tratamiento hipertensivo			Total
		Mala	Regular	Buena	
Síntomas afectivos Sin ansiedad	Recuento	0	2	14	16
	% del total	0,0%	2,5%	17,5%	20,0%
Ansiedad leve	Recuento	2	11	11	24
	% del total	2,5%	13,8%	13,8%	30,0%
Ansiedad moderada	Recuento	6	25	1	32
	% del total	7,5%	31,3%	1,3%	40,0%
Ansiedad grave	Recuento	7	1	0	8
	% del total	8,8%	1,3%	0,0%	10,0%
Total	Recuento	15	39	26	80
	% del total	18,8%	48,8%	32,5%	100,0%

Fuente: Encuesta de elaboración propia.

Gráfico 11.

Síntomas afectivos según adherencia al tratamiento hipertensivo.



En la tabla y gráfico 11, se observa que al correlacionar la ansiedad en sus síntomas afectivos con la adherencia al tratamiento hipertensivo, cuando el paciente no presenta ansiedad, el 2.5% presenta una adherencia regular y el 17.5% presenta una adherencia buena, cuando el paciente presenta síntomas afectivos en un nivel leve el 2.5% presenta una adherencia mala, el 13.8% presenta una adherencia regular y el 13.8% una adherencia buena, cuando el paciente presenta síntomas afectivos en un nivel moderado el 7.5% presenta una adherencia mala, el 31.3% regular y el 1.3% mala; cuando los síntomas afectivos presentan un nivel grave la adherencia es mala en el 8.8% y en el 1.3% es regular.

Tabla 12.

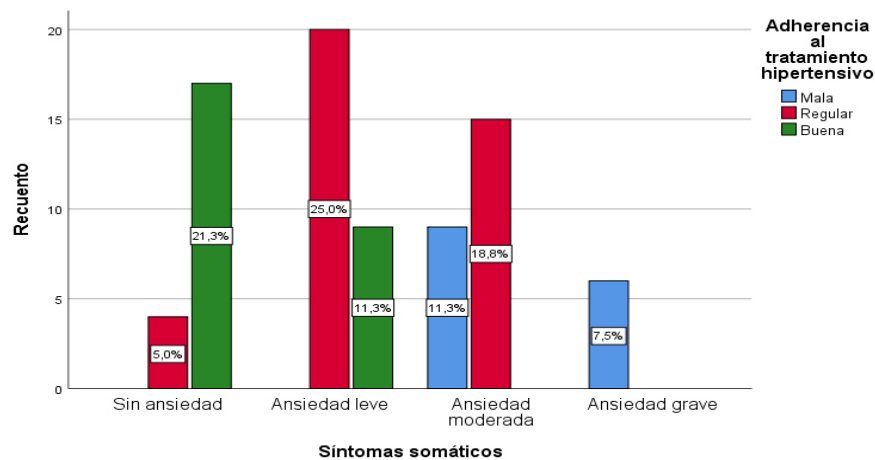
Síntomas somáticos según adherencia al tratamiento hipertensivo.

		Adherencia al tratamiento hipertensivo			Total	
		Mala	Regular	Buena		
Síntomas somáticos	Sin ansiedad	Recuento	0	4	17	21
		% del total	0,0%	5,0%	21,3%	26,3%
	Ansiedad leve	Recuento	0	20	9	29
		% del total	0,0%	25,0%	11,3%	36,3%
	Ansiedad moderada	Recuento	9	15	0	24
		% del total	11,3%	18,8%	0,0%	30,0%
	Ansiedad grave	Recuento	6	0	0	6
		% del total	7,5%	0,0%	0,0%	7,5%
Total		Recuento	15	39	26	80
		% del total	18,8%	48,8%	32,5%	100,0%

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia.

Gráfico 12.

Síntomas somáticos según adherencia al tratamiento hipertensivo.



En la tabla y gráfico 12, se observa que al correlacionar la ansiedad en sus síntomas somáticos con la adherencia al tratamiento hipertensivo, cuando el paciente no presenta ansiedad, el 5.0% presenta una adherencia regular y el 21.3% presenta una adherencia buena, cuando el paciente presenta síntomas somáticos en un nivel leve el 25.0% presenta una adherencia regular y el 11.3% una adherencia buena, cuando el paciente presenta síntomas somáticos en un nivel moderado el 11.3% presenta una adherencia mala y el 18.8% regular; cuando los síntomas somáticos es grave la adherencia es mala en el 7.5%.

#### 4.1.2. Análisis inferencial de resultados

##### Hipótesis principal

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.

Tabla 13

*Prueba de correlación según Spearman entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión.*

			Ansiedad	Adherencia al tratamiento hipertensivo
Rho de Spearman	Ansiedad	Coefficiente de correlación	1,000	-,801**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	80	80
	Adherencia al tratamiento hipertensivo	Coefficiente de correlación	-,801**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	80	80

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como podemos observar en el resultado de la Rho de Spearman representado en la tabla 13 muestra que la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión se relacionan de manera inversa con un coeficiente de correlación de -0.801 considerada como moderada y significativa al 0.000, rechazando la hipótesis nula y aprobando la hipótesis general.



### Hipótesis específica 1

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad en su dimensión síntomas afectivos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad en su dimensión síntomas afectivos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.

Tabla 14

*Prueba de correlación según Spearman entre síntomas afectivos y la adherencia al tratamiento de hipertensión.*

			Síntomas afectivos	Adherencia al tratamiento hipertensivo
Rho de Spearman	Síntomas afectivos	Coefficiente de correlación	1,000	-,729**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	80	80
	Adherencia al tratamiento hipertensivo	Coefficiente de correlación	-,729**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	80	80

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como podemos observar en el resultado de la Rho de Spearman representado en la tabla 14 muestra que la ansiedad en sus síntomas afectivos y la adherencia al tratamiento de hipertensión se relacionan de manera inversa con un coeficiente de correlación de -0.729 considerada como moderada y significativa al 0.000, rechazando la hipótesis nula y aprobando la hipótesis específica 1.

## Hipótesis específica 2

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad en su dimensión síntomas somáticos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad en su dimensión síntomas somáticos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.

Tabla 15

*Prueba de correlación según Spearman entre síntomas somáticos y la adherencia al tratamiento de hipertensión*

			Síntomas somáticos	Adherencia al tratamiento hipertensivo
Rho de Spearman	Síntomas somáticos	Coefficiente de correlación	1,000	-,776**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	80	80
	Adherencia al tratamiento hipertensivo	Coefficiente de correlación	-,776**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	80	80

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como podemos observar en el resultado de la Rho de Spearman representado en la tabla 15 muestra que la ansiedad en sus síntomas somáticos y la adherencia al tratamiento de hipertensión se relacionan de manera inversa con un coeficiente de correlación de -0.776 considerada como moderada y significativa al 0.000, rechazando la hipótesis nula y aprobando la hipótesis específica 2.

### 4.1.3. Discusión de resultados

De acuerdo a los resultados se encontró que el 37.5% presentan una ansiedad moderada, el 28.8% ansiedad leve, el 23.8% no presenta ansiedad y el 10.0% presentan ansiedad grave. Asimismo se halló que el 48.8% presenta una adherencia al tratamiento hipertensivo regular, el 32.5% presenta una buena adherencia y el 18.8% presenta una mala adherencia, por lo mismo y teniendo como objetivo determinar la relación que existe entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021; se encontró que la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión se relacionan de manera inversa con un coeficiente de correlación de -0.801 considerada como moderada y significativa al 0.000.

Lo que se compara con el estudio de **Eisele et al(11) 2020, Inglaterra** quien evidenció que la angustia psicológica se asoció significativamente con una menor adherencia a la medicación, pero no con la adherencia al estilo de vida después de controlar los factores de confusión. Identificamos diferentes factores asociados con la adherencia a la medicación y al estilo de vida. Un índice de masa corporal más alto, una red social menos desarrollada, vivir solo, menos comorbilidades crónicas y el desconocimiento del diagnóstico de insuficiencia cardíaca solo se asociaron con una menor adherencia al estilo de vida, concordando con el presente estudio donde la ansiedad se relacionó de manera inversa con la adherencia es decir a menor ansiedad mayor adherencia, lo que se asemeja a lo obtenido por **Liu et al(13), 2017, China** donde los datos mostraron que el estrés psicosocial se asoció con un mayor riesgo de hipertensión (OR = 2,40, IC 95% = 1,65-3,49), con una mayor incidencia de estrés psicosocial en pacientes hipertensos en comparación con pacientes no hipertensos. pacientes normotensos (OR = 2,69, IC 95% = 1,65-3,49, IC 95% = 2,32-

3,11). El estrés psicosocial crónico puede ser un factor de riesgo para la hipertensión, según su metanálisis, es decir que factores asociados con la alteración del equilibrio psicológico en la persona como la ansiedad, el estrés entre otros, incrementan los riesgos de no cumplir con el tratamiento además de incrementar la complicación en la hipertensión.

Otro estudio es el de **Amacifén (14) 2019**, Tarapoto Encontré que la frecuencia de hipertensión arterial fue del 49,9%, siendo mayor la frecuencia en hombres, 61,1%; y el 53,3% tenía ansiedad, de los cuales el 53,8% eran mujeres. No demostrar asociación estadística entre la ansiedad y la hipertensión arterial. Similar a los encontrado por **Vasquez y Villena (15) 2018** las personas con hipertensión arterial primaria no controlada tenían niveles de ansiedad significativamente más altos que las personas con estrés controlado. Según el estudio, la evidencia de ansiedad se asoció con la presión arterial alta en los pacientes adultos inscritos en el estudio. Cabe destacar que la ansiedad se asoció inversamente con la adherencia al tratamiento de la hipertensión en nuestro caso. Asimismo, para conceptualizar la ansiedad, se menciona que es una emoción negativa, derivada del miedo, tensión expresada a través del cuerpo, acompañada de síntomas como náuseas, respiración disminuida o alterada, problemas estomacales, etc., principalmente en la percepción que tiene el individuo de siendo afectado .Amenaza baja(19). La adherencia a la medicación, por otro lado, es un marcador general de un buen comportamiento de salud. Pero la falta de adherencia a los medicamentos antihipertensivos prescritos es una de las principales razones de la hipertensión no controlad. (42).

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

- Primera** Se determinó que la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión se relacionan de manera inversa con un coeficiente de correlación de considerada como moderada y significativa .
- Segunda** Se identificó que la ansiedad en sus síntomas afectivos y la adherencia al tratamiento de hipertensión se relacionan de manera inversa con un coeficiente de correlación de considerada como moderada y significativa .
- Tercera** Se identificó que la ansiedad en sus síntomas somáticos y la adherencia al tratamiento de hipertensión se relacionan de manera inversa con un coeficiente de correlación de considerada como moderada y significativa .

## 5.2 Recomendaciones

- Primera** Implementar talleres de relajación, así como de intervención cognitiva a fin de mejorar los niveles de ansiedad en los pacientes con la participación activa de distintos profesionales del ámbito sanitario para la prevención, detección y abordaje de la baja adherencia al tratamiento.
- Segunda** Incrementar el desarrollo de actividades preventivas promocionales de la salud física mental en el programa de capacitación a las pacientes a fin de mejorar las condiciones saludables mentalmente como la ansiedad para un adecuado afrontamiento a los síntomas de la enfermedad hipertensiva.
- Tercera** Continuar el desarrollo de esta línea de investigación, así como reproducir este estudio en poblaciones más amplias y en otros contextos, en las cuales se pueda emplear el instrumento diseñado en este estudio aporte en la evaluación de la ansiedad y la adherencia al tratamiento.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de Salud. Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo [Internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf;jsessionid=47BCEB94E80313E41B7EB1B86471BA93?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=47BCEB94E80313E41B7EB1B86471BA93?sequence=1)
2. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Hipertensión 2020 - OPS/OMS [Internet]. 2020 [citado 3 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-hipertension-2020>
3. Lanás-Zanetti F. Cambio del umbral diagnóstico de la hipertensión arterial en Latinoamérica. *Revista médica de Chile*. 2019;147(5):543-4.
4. OPS/OMS. Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es)
5. Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G. Impacto de los nuevos criterios para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica sugeridos por la American College of Cardiology/American Heart Association. *Gaceta de México* [Internet]. 2018 [citado 3 de enero de 2021];154(6). Disponible en: [http://gacetamedicademexico.com/frame\\_esp.php?id=210](http://gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=210)
6. Navarro AAM, Navarro JCM, Tenorio SM. Frecuencia de hipertensión arterial en personas adultas del Barrio México, Puyo, Pastaza, Ecuador. *Revista Cubana de Reumatología*. 2020;22(2):11.
7. Minsa. Minsa estima que pacientes con hipertensión arterial aumentarían en 20% durante la pandemia. *Ministerio de Salud Diario el Peruano*. [Internet]. 2021 [citado 3 de enero de 2021]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/120970-minsa-estima-que-pacientes-con-hipertension-arterial-aumentarian-en-20-durante-la-pandemia>
8. Villarreal D, Carrillo RM, Bernabe A. Shortterm trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of arterial hypertension in Peru. *J Hum Hypertens*. [Internet]. 2020 [citado 3 de enero de 2021] 35(5):462-71. disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41371-020-0361-1>

9. Ruiz A, Carrillo R, Bernabé A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. [Internet]. 2021 [citado 3 de enero de 2021] 38(4):521-29. disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/download/8502/4641>
10. Alvarez-Arias P, Huanca-Yufra F, Caira B, Zafra-Tanaka JH, Moreno-Loaiza O. Prevalencia de hipertensión arterial en Perú según las nuevas recomendaciones de la guía AHA 2017: análisis secundario de Endes 2016. *Salud Pública de México*. 2019;61(2):98.
11. Eisele M, Harder M, Rakebrandt A, Boczor S, Marx G, Blozik E, et al. Association of depression and anxiety with adherence in primary care patients with heart failure-cross-sectional results of the observational RECODE-HF cohort study. *Fam Pract*. 2020;37(5):695-702.
12. Edmealem A, Sanchez Olis C. Factors Associated with Anxiety and Depression among Diabetes, Hypertension, and Heart Failure Patients at Dessie Referral Hospital, Northeast Ethiopia. *Behavioural Neurology*. 2020;1(1):1-10.
13. Liu M-Y, Li N, Li WA, Khan H. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurological Research*. 2017;39(6):573-80.
14. Amacifén Chong FF. Asociación entre ansiedad e hipertensión arterial en el Hospital II – 2 Tarapoto 2019 [Tesis de Grado]. [Trujillo - Peru]: Universidad Cesar Vallejo; 2019.
15. Vasquez Ruiz JJ, Villena Herrera Y. Niveles de ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial primaria controlada y no controlada en Policlínico Chiclayo Oeste – Essalud Lambayeque. setiembre, 2017- marzo, 2018. [Tesis de Grado]. [Lambayeque - Perú]: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2018.
16. Lara Orbegoso J. Ansiedad Estado - Rasgo en pacientes hipertensos que acuden a consulta externa en un Hospital General 2018 [Tesis de Grado]. [Lima - Perú]: Universidad Inca Garcilazo de la Vega; 2019.
17. Sanitas. Crisis de ansiedad. Sanitas Seguros. España. 2018. (Internet). [citado 2021 Enero 25]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/psicologia/crisis-ansiedad.html>.
18. Córdova D, Benigna F. Niveles de ansiedad en pacientes adultos de una clínica odontológica en una universidad peruana. *Rev. Estomatol. Herediana* 28 (2) 2018. [citado 2021 Enero 25]. Disponible en:



- [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552018000200004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552018000200004)
19. Bustamante R. Ansiedad en adolescentes y jóvenes aspectos genéticos y epigenéticos. X Congreso Internacional de Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes "Comprometidos siempre" Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013 [citado 2021 Enero 25]. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Ansiedad%20-Bustamante.pdf>
  20. Mayo Clinic. Trastornos del estado de ánimo. Mayo Foundation for Medical Education and Research 2018 [citado 2021 Enero 25]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mood-disorders/symptoms-causes/syc-20365057>
  21. Nicklaus Children's Hospital. Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. 2020 [citado 2021 Enero 25]. Disponible en: <https://www.nicklauschildrens.org/condiciones/trastornos-del-estado-de-animo-y-de-ansiedad>
  22. American Cancer Society. ¿Qué es la angustia?. 2018. [citado 28 de Enero del 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-emocionales/angustia/que-es-angustia.html>
  23. Clínica Universidad de Navarra. Definición de aprehensión. Diccionario médico. 2018 [citado 28 de Enero del 2021]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/aprehension>.
  24. Sanitas. Crisis de ansiedad. Sanitas Seguros. España. 2018. [citado 28 de Enero del 2021]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/psicologia/crisis-ansiedad.html>
  25. Medline Plus. Trastorno de síntomas somáticos. Institutos Nacionales de la Salud Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. 2018 [citado 2021 Enero 28]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000955.htm>
  26. Mayo Clinic. Trastorno de síntomas somáticos. 2018 [citado 2021 Enero 28]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/somatic-symptom-disorder/symptoms-causes/syc-20377776>
  27. NIH. Temblor. Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares. Institutos Nacionales de Salud de EE. UU. 2018. [citado 28 de Enero del 2021]. Disponible en: <https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/temblor.htm>.

28. Medline Plus. Dolores musculares. Institutos Nacionales de la Salud Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. 2018. [citado 28 de Enero del 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003178.htm>
29. Cigna. Debilidad y fatiga. Cigna Health Care of Illinois, Inc 2018.[citado 28 de Mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/health-wellness/hw/temas-de-salud/debilidad-y-fatiga-wkfat#:~:text=Debilidad%20es%20la%20falta%20de,o%20falta%20extrema%20de%20energ%C3%ADa.>
30. Mayo Clinic. Palpitaciones cardíacas. Mayo Foundation for Medical Education and Research. 2018. [citado 28 de Enero del 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/heart-palpitations/symptoms-causes/syc-20373196#:~:text=Las%20palpitaciones%20card%C3%ADacas%20son%20las,lo%20general%20no%20hacen%20da%C3%B1o.>
31. Medline Plus. Desmayo. Institutos Nacionales de la Salud Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. 2018. [citado 28 de Enero del 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/fainting.html>
32. CUN. Disnea. Clínica Universidad de Navarra. [citado 28 de Mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/disnea>
33. Medline Plus. Náusea y vómitos. Institutos Nacionales de la Salud Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. 2018. [citado 28 de Enero del 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/nauseaandvomiting.html>
34. Medline Plus. Micción urgente o frecuente. Institutos Nacionales de la Salud Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. 2018. [citado 28 de Enero del 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003140.htm>
35. Medline Plus. Sudoración. Institutos Nacionales de la Salud Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. 2018. [citado 1 de Febrero del 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003218.htm>
36. Mayo Clinic. Insomnio. Mayo Foundation for Medical Education and Research. 2018. [citado 1 de Febrero del 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/insomnia/symptoms-causes/syc-20355167>
37. Medline Plus. Pesadillas. Institutos Nacionales de la Salud Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. 2018. [citado 1 de abril del 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003209.htm>

38. Mackenzie IS, MacDonald TM. Identifying poor adherence to antihypertensive medications in patients with resistant hypertension. *Br J Clin Pharmacol*. 2019;85(1):5-7.
39. Burnier Michel, Egan Brent M. Adherence in Hypertension. *Circulation Research*. 2019;124(7):1124-40.
40. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. *Circulation*. 2016;134(6):441-50.
41. Bhandari S, Sarma S, Thankappan K. Adherence to Antihypertensive Treatment and Its Determinants Among Urban Slum Dwellers in Kolkata, India. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 2015;27(2):NP74-84.
42. Elliott WJ. What factors contribute to the inadequate control of elevated blood pressure? *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(1 Suppl 1):20-6.
43. Neuhauser HK, Adler C, Rosario AS, Diederichs C, Ellert U. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–11. *J Hum Hypertens*. 2015;29(4):247-53.
44. Schiffrin EL, Campbell NRC, Feldman RD, Kaczorowski J, Lewanczuk R, Padwal R, et al. Hypertension in Canada: Past, Present, and Future. *Annals of Global Health*. 2016;82(2):288.
45. Alkagiet S, Tziomalos K. Suboptimal Adherence to Antihypertensive Treatment: Causes and Management. *TOHYPERJ*. 2018;10(1):41-5.
46. Xu Tao, Yu Xinyuan, Ou Shu, Liu Xi, Yuan Jinxian, Tan Xinjie, et al. Adherence to Antihypertensive Medications and Stroke Risk: A Dose-Response Meta-Analysis. *Journal of the American Heart Association*. 2017;6(7):e006371.
47. CedimCat. ¿Qué es el cumplimiento terapéutico?. [Internet] 2020 [citado 1 de Febrero del 2021]. Disponible en: [https://www.cedimcat.info/index.php?option=com\\_content&view=article&id=215:cu-mpimiento-terapeutico&catid=40&Itemid=472&lang=es](https://www.cedimcat.info/index.php?option=com_content&view=article&id=215:cu-mpimiento-terapeutico&catid=40&Itemid=472&lang=es)
48. Mendoza A. La relación médico-paciente: consideraciones bioéticas. *Rvdo. Perú. ginecólogo. obstetra* [Internet]. 2017 [citado 1 de Febrero del 2021]; 63 (4): 555-564. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322017000400007&lng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007&lng=en).

49. Ortego M, López S, Álvarez M. Tema 14. La adherencia al tratamiento. Ciencias psicosociales [Internet]. 2016 [citado 1 de Febrero del 2021]. Disponible en: [https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema\\_14.pdf](https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_14.pdf)
50. Cinfa Salud. Uso correcto de medicamentos. [Internet]. 2015 [citado 1 de Febrero del 2021]. Disponible en: <https://cinfasalud.cinfa.com/p/uso-correcto-de-medicamentos/>
51. Johnson HM. Anxiety and Hypertension: Is There a Link? A Literature Review of the Comorbidity Relationship Between Anxiety and Hypertension. *Curr Hypertens Rep.* 2019;21(9):66.
52. Ho AK, Thorpe CT, Pandhi N, Palta M, Smith MA, Johnson HM. Association of Anxiety and Depression with Hypertension Control: A U.S. Multi-Disciplinary Group Practice Observational Study. *J Hypertens.* 2015;33(11):2215-D
53. Hernández R, Mendoza C Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, Año de edición: 2018, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p.
54. Carrasco S. Metodología de la investigación/ pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación, edición decimonovena. Editorial San Marcos. 2019.
55. Remor E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema.* 2002;14(3):262-7.

## **ANEXOS**

## Anexo1: Matriz de consistencia

**Título de la Investigación:** “Ansiedad y adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021”

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
<p><b>Problema general</b> ¿Qué relación existe entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar la relación que existe entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.</p>	<p><b>Hipótesis general</b> Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.</p>	<p><b>V1: Ansiedad</b> Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas afectivos</li> <li>• Síntomas Somáticos</li> <li>•</li> </ul> <p><b>V2: Adherencia al tratamiento de hipertensión</b> Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento al tratamiento</li> <li>• Antecedente de falta de adherencia</li> <li>• Interacción médico-paciente</li> <li>• Creencia del paciente relativo al tratamiento</li> <li>• Empleo de estrategias para toma de medicamentos</li> </ul>	<p><b>Método:</b> Hipotético-deductivo. <b>Tipo:</b> Básica <b>Diseño:</b> No experimental, trasversal- <b>Nivel:</b> Descriptivo Correlacional <b>Población</b> 80 pacientes. <b>Muestra</b> 80 pacientes <b>Técnica</b> Encuesta <b>Instrumentos</b> Cuestionarios</p>
<p><b>Problemas específicos</b> ¿Qué relación existe entre la ansiedad en su dimensión síntomas afectivos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021?</p> <p>¿Qué relación existe entre la ansiedad en su dimensión síntomas somáticos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021?</p>	<p><b>Objetivos específicos</b> Identificar la relación que existe entre la ansiedad en su dimensión síntomas afectivos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.</p> <p>Identificar la relación que existe entre la ansiedad en su dimensión síntomas somáticos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.</p>	<p><b>Hipótesis específicas</b> Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad en su dimensión síntomas afectivos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.</p> <p>Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad en su dimensión síntomas somáticos y la adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes del Servicio de Cardiología del Policlínico Villa Salud Lurín, 2021.</p>		

## Anexo 2: Instrumentos

### CUESTIONARIO DE ANSIEDAD

#### I. Datos Generales:

##### Edad

- a) 21 a 30 años ( )  
 b) 31 a 40 años ( )  
 c) 41 a 50 años ( )  
 d) 51 a más años ( )

##### Sexo

- a) Masculino ( )  
 b) Femenino ( )

### TEST DE ANSIEDAD

Creado por Dr. William Zung

N		Nunca o raras veces	Algunas veces	Buen número de veces	La mayoría de las veces
<b>Síntomas afectivos</b>					
1	Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre				
2	Me siento con temor sin razón				
3	Despierto con facilidad o siento pánico				
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos				
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme				
<b>Síntomas Somáticos</b>					
6	Me tiemblan los brazos y las piernas				
7	Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura.				
8	Me siento débil y me canso fácilmente				
9	Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente				
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón				
11	Sufro de mareos				
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.				
13	puedo inspirar y expirar fácilmente.				
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.				
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión				
16	Orino con mucha frecuencia				
17	Generalmente mis manos están secas y calientes				
18	Siento bochornos.				
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche				
20	Tengo pesadillas				

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN

### **Cumplimiento del tratamiento**

1. ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?

Siempre (1) A veces (2) Nunca (3)

2. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos?

Siempre (1) A veces (2) Nunca (3)

3. Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, ¿Ha dejado de tomarlos?

Siempre (1) A veces (2) Nunca (3)

4. Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿Ha dejado de tomar los medicamentos?

Siempre (1) A veces (2) Nunca (3)

### **Antecedentes de la falta de adherencia**

5. ¿Recuerda qué familia de medicamentos está tomando en este momento?

Siempre (3) A veces (2) Nunca (1)

6. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?

Buena (3) Regular (2) Mala (1)

### **Interacción médico-paciente**

7. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?

Mucho (3) Regular (2) Poco (1)

8. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antihipertensivos?

Buena (3) Regular (2) Mala (1)

9. ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antihipertensivos?

Muchos (3) Regulares (2) Pocos (1)



10. ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antihipertensivos?  
Mucho (3) Regular (2) Poco (1)

11. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?  
Muy capaz (3) Regular (2) Poco capaz (1)

**Creencias del paciente relativas al tratamiento**

12. ¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?  
Siempre (3) A veces (2) Nunca (1)

13. Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?  
Siempre (3) A veces (2) Nunca (1)

14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antihipertensivos?  
Satisfecho (3) Indiferente (2) Insatisfecho (1)

15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antihipertensivos?  
Leves (3) Moderados (2) Intensos (1)

16. ¿Cuánto tiempo cree que ocupa en tomar sus medicamentos?  
Menos de 5 horas a la semana (3) Entre 5 y 7 horas a la semana (2) Más de 7 horas a la semana (1)

17. ¿Qué tan satisfecho se encuentra usted con respecto a la toma de los antihipertensivos?  
Satisfecho (3) Indiferente (2) Insatisfecho (1)

18. ¿Qué tan difícil considera tomar sus medicamentos?  
Fácil (3) Ni difícil ni fácil (2) Difícil (1)

**Uso de estrategias para recordar la toma de fármacos**

19. Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno?

Siempre (1) A veces (2) Nunca (3)

20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos?

Siempre (3) A veces (2) Nunca (1)



**COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA  
INVESTIGACIÓN**

Lima, 01 de octubre de 2021

Investigador(a):  
**ABIGAIL BLAS CALDERÓN**  
**Exp. N° 1042-2021**

---

Cordiales saludos, en conformidad con el proyecto presentado al Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, titulado: **“ANSIEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL POLICLINICO VILLA SALUD LURIN, 2021” V02**, el cual tiene como investigador principal a **ABIGAIL BLAS CALDERÓN**.

Al respecto se informa lo siguiente:

El Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, en sesión virtual ha acordado la **APROBACIÓN DEL PROYECTO** de investigación, para lo cual se indica lo siguiente:

1. La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de este documento.
2. Toda enmienda o adenda que requiera el Protocolo debe ser presentado al CIEI y no podrá implementarla sin la debida aprobación.
3. Debe presentar 01 informe de avance cumplidos los 6 meses y el informe final debe ser presentado al año de aprobación.
4. Los trámites para su renovación deberán iniciarse 30 días antes de su vencimiento juntamente con el informe de avance correspondiente.

Sin otro particular, quedo de Ud.,

Atentamente



---

Yenny Marisol Bellido Fuentes  
Presidenta del CIEI- UPNW

## ANSIEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN

### ORIGINALITY REPORT

12%

SIMILARITY INDEX

10%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

5%

STUDENT PAPERS

### PRIMARY SOURCES

1

[repositorio.uigv.edu.pe](http://repositorio.uigv.edu.pe)

Internet Source

3%

2

[repositorio.uwiener.edu.pe](http://repositorio.uwiener.edu.pe)

Internet Source

3%

3

[repositorio.unid.edu.pe](http://repositorio.unid.edu.pe)

Internet Source

2%

4

Rodrigo Tagle. "DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL", Revista Médica Clínica Las Condes, 2018

Publication

1%

5

Submitted to Universidad Wiener

Student Paper

1%

6

[repositorio.uta.edu.ec](http://repositorio.uta.edu.ec)

Internet Source

1%

7

Submitted to Universidad Peruana de Las Americas

Student Paper

1%

## Anexo 5: Confiabilidad del instrumento

### ANSIEDAD

#### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	20	100,0

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,879	20

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	53,95	116,787	,302	,880
Item2	54,20	111,326	,585	,870
Item3	54,50	107,842	,723	,865
Item4	53,95	114,155	,517	,873
Item5	53,75	120,303	,181	,882
Item6	54,15	114,029	,494	,873
Item7	54,15	110,661	,562	,871
Item8	54,35	110,766	,530	,872
Item9	54,65	107,082	,730	,864
Item10	54,05	117,103	,307	,879
Item11	54,25	116,408	,293	,880
Item12	53,80	116,063	,409	,876
Item13	53,90	116,305	,386	,876
Item14	53,85	111,082	,609	,869
Item15	54,40	109,832	,542	,871
Item16	54,30	117,484	,297	,879
Item17	54,40	110,463	,635	,868
Item18	54,10	108,937	,594	,869
Item19	53,70	114,537	,557	,872
Item20	54,60	114,674	,426	,875

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN

### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	20	100,0

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,883	20

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	39,55	50,892	,611	,873
Item2	39,70	53,800	,406	,880
Item3	39,65	53,292	,487	,877
Item4	39,50	54,579	,348	,882
Item5	39,45	53,208	,539	,876
Item6	39,50	51,842	,562	,875
Item7	39,60	52,568	,534	,876
Item8	39,80	54,168	,431	,879
Item9	39,70	50,853	,632	,872
Item10	39,65	51,608	,592	,874
Item11	39,50	52,474	,564	,875
Item12	39,80	54,274	,499	,877
Item13	39,45	56,787	,187	,885
Item14	39,85	50,766	,689	,870
Item15	39,65	55,713	,284	,883
Item16	39,25	53,145	,502	,877
Item17	39,45	56,576	,213	,885
Item18	40,00	52,737	,574	,875
Item19	39,55	50,787	,687	,870
Item20	39,70	54,958	,339	,882

# ANSIEDAD

Piloto\_var1 (4).sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 22 de 22 variables

	Edad	Sexo	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20
1	1	2	4	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3
2	1	2	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	3	4	4
3	3	1	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4
4	3	2	4	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	3
5	2	1	3	4	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	3	3	4	4	4	3
6	1	2	4	3	4	4	4	3	2	2	3	2	4	4	2	4	2	4	4	4	4	2
7	2	2	4	2	2	3	2	2	4	2	4	3	2	4	4	4	2	4	2	4	3	2
8	1	2	2	3	4	4	2	2	3	3	2	4	4	4	2	4	3	4	4	3	2	2
9	1	2	2	3	3	3	4	2	3	4	3	3	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4
10	3	1	4	3	4	2	4	2	4	4	3	4	4	3	2	3	4	2	2	3	3	2
11	1	2	4	4	3	3	4	3	4	1	2	2	1	3	3	3	1	4	4	1	4	2
12	1	1	2	3	2	4	1	4	4	3	1	4	3	4	4	4	4	1	2	2	4	1
13	2	1	4	1	2	4	3	4	1	1	3	2	2	4	4	3	1	4	3	3	3	1
14	1	1	3	4	1	2	4	2	3	3	1	4	3	2	3	2	2	1	2	3	3	2
15	4	2	4	1	1	2	3	3	1	2	1	1	4	2	3	1	3	3	2	2	1	3
16	2	1	1	2	1	1	4	3	3	4	1	4	1	4	3	2	1	2	1	4	3	1
17	2	2	4	3	2	3	4	3	2	2	2	2	1	3	3	4	4	2	2	4	3	3
18	2	2	1	2	2	3	3	1	1	2	1	3	3	3	2	1	1	2	2	1	3	3
19	4	2	2	1	1	2	3	2	2	1	2	1	1	3	3	3	1	2	1	1	3	2
20	1	2	3	3	2	3	2	2	2	1	1	3	3	1	1	3	2	2	2	1	3	1
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						
32																						
33																						
34																						
35																						
36																						
37																						

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

# ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN

Piloto\_var2 (3).sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 20 de 20 variables

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20	var	var
1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1		
2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1		
3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2		
4	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1		
5	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1		
6	1	2	3	3	2	1	1	2	3	2	2	1	3	2	1	2	3	1	2	3		
7	1	1	2	2	1	3	3	2	3	1	3	2	3	1	3	3	3	1	2	1		
8	2	1	2	2	2	3	2	3	1	1	1	1	2	2	2	3	3	1	1	2		
9	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	3		
10	3	1	3	3	3	3	2	1	3	2	3	2	1	1	3	3	2	1	2	1		
11	3	3	1	2	2	2	3	1	2	1	2	2	2	2	3	1	2	1	3	2		
12	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2		
13	3	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2		
14	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3		
15	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3		
16	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2		
17	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3		
18	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2		
19	3	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2		
20	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2		
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						
32																						
33																						
34																						
35																						
36																						
37																						

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo [Unicode:ON]



# BASE DE DATOS GENERAL

## ANSIEDAD

Data\_var1 (3).sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 22 de 22 variables

	Edad	Sexo	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20
1	1	2	4	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3
2	1	2	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	3	4	4
3	3	1	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4
4	3	1	4	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	4	4	3
5	2	1	3	4	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	3	3	4	4	4	3
6	1	2	4	3	4	4	4	4	3	2	2	3	2	4	4	2	4	4	4	4	4	2
7	2	2	4	2	2	3	2	2	4	2	4	3	2	4	4	4	2	4	2	4	3	2
8	1	2	2	3	4	4	2	2	3	2	4	4	4	4	2	4	3	4	4	3	2	2
9	1	2	2	3	3	3	4	2	3	4	3	3	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4
10	3	1	4	3	4	2	4	2	4	4	3	4	4	3	2	3	4	2	2	3	3	2
11	1	1	3	3	3	4	3	2	3	4	4	4	3	3	2	2	4	4	3	3	4	2
12	2	2	3	3	4	2	3	4	4	2	3	2	3	4	4	3	4	3	2	4	3	2
13	2	1	4	3	2	3	3	3	4	4	4	3	2	2	3	3	3	3	4	2	3	3
14	2	1	2	3	2	2	4	3	2	3	2	3	3	4	2	2	4	3	3	4	3	2
15	3	1	2	4	4	4	3	2	4	2	3	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	4
16	1	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	4	3	4	3	4	2	3	4	2	3	4
17	1	1	2	2	4	4	3	4	2	4	2	4	3	3	2	4	3	4	3	2	3	2
18	3	2	4	2	2	3	4	4	4	4	2	2	4	2	2	2	4	2	3	2	4	4
19	2	2	2	2	2	3	4	3	4	3	2	3	2	4	2	2	4	3	4	4	3	4
20	4	1	4	3	2	4	2	2	3	4	3	3	3	3	2	3	4	4	2	2	4	4
21	4	1	2	4	2	4	2	4	4	2	3	2	4	2	3	3	4	4	4	2	3	2
22	3	2	4	2	3	3	3	2	3	4	3	3	2	4	2	4	4	2	3	2	2	2
23	1	2	3	3	3	2	4	3	3	2	4	3	3	4	4	2	2	2	3	3	2	2
24	3	1	3	3	2	4	2	4	3	3	2	2	4	2	3	4	4	3	2	4	3	4
25	3	2	2	4	4	2	3	3	3	2	4	2	4	2	2	4	2	4	2	2	2	4
26	1	2	2	2	4	2	4	3	2	4	4	3	2	4	3	2	3	2	4	2	2	2
27	3	1	2	4	4	4	2	3	2	2	2	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4
28	4	1	3	4	3	4	2	4	2	3	3	3	2	4	2	2	2	3	4	4	4	4
29	2	2	3	4	4	3	4	2	3	2	2	2	4	2	4	4	3	4	2	2	3	2
30	4	1	3	2	4	4	3	2	3	4	4	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	3
31	4	2	3	2	2	2	2	4	4	4	4	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	4
32	2	1	2	3	4	4	2	4	2	4	3	2	4	3	4	4	2	2	4	3	4	4
33	2	1	3	3	4	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	4	3	2	2
34	4	2	3	2	3	4	4	2	4	2	2	4	2	2	3	2	2	2	4	4	2	2
35	4	1	3	3	4	4	2	3	2	3	4	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2
36	4	2	4	3	3	3	2	2	2	2	4	1	2	3	2	3	4	1	3	4	4	1
37	1	2	2	4	4	1	2	2	1	3	4	3	2	1	1	1	3	3	4	4	4	1

Vista de datos Vista de variables

Data\_var1 (3).sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 22 de 22 variables

	Edad	Sexo	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20
37	1	2	2	4	4	1	2	2	1	3	4	3	2	1	1	1	3	3	4	4	4	1
38	3	2	4	3	3	1	1	1	4	1	3	1	1	3	4	1	2	2	2	4	2	3
39	4	1	3	2	3	3	2	1	1	4	3	1	1	2	3	1	2	1	2	2	1	3
40	1	2	4	4	3	3	4	3	4	1	2	2	1	3	3	3	1	4	4	1	4	2
41	1	1	2	3	2	4	1	4	4	3	1	4	3	4	4	4	4	1	2	2	4	1
42	2	1	4	1	2	4	3	4	1	1	3	2	2	4	4	3	1	4	3	3	3	1
43	1	1	3	4	1	2	4	2	3	3	1	4	3	2	3	2	2	1	2	3	3	2
44	3	2	3	1	2	4	4	3	4	3	3	3	1	2	3	2	4	1	4	3	3	2
45	3	2	1	4	3	4	2	4	4	3	1	2	4	4	2	1	2	2	2	2	3	2
46	1	1	4	3	2	4	4	2	4	2	3	3	3	2	3	4	1	2	4	1	3	1
47	4	2	4	1	1	2	3	3	1	2	1	1	4	2	3	1	3	3	2	2	1	3
48	2	1	1	2	1	1	4	3	3	4	1	4	1	4	3	2	1	2	1	4	3	1
49	2	2	4	3	2	3	4	3	2	2	2	2	1	3	3	4	4	2	2	4	3	3
50	2	2	1	2	2	3	3	1	1	2	1	3	3	3	2	1	1	2	2	1	3	3
51	4	2	2	1	1	2	3	2	2	1	2	1	1	3	3	3	1	2	1	1	3	2
52	1	2	3	3	2	3	2	2	2	1	1	3	3	1	1	3	2	2	2	1	3	1
53	4	2	2	2	3	2	3	1	2	1	1	2	3	3	3	3	2	2	1	1	3	2
54	4	2	2	3	2	3	2	2	1	3	1	2	2	3	2	3	2	1	3	2	1	2
55	4	2	2	1	2	2	1	3	3	1	1	3	1	2	1	3	1	3	3	3	1	2
56	2	1	1	1	1	1	3	3	3	2	2	2	2	3	1	3	1	3	1	1	2	2
57	3	1	3	3	1	1	1	2	1	3	2	1	3	2	1	1	3	1	3	3	2	1
58	2	1	3	3	1	2	3	1	2	1	2	1	3	3	2	2	2	1	1	3	1	2
59	3	2	1	3	1	3	1	2	2	3	1	3	1	2	1	1	1	3	1	1	1	2
60	3	2	1	3	1	2	3	3	3	3	2	1	2	1	3	2	2	2	3	2	3	1
61	3	2	1	2	3	1	2	2	2	2	3	2	1	2	1	2	3	3	2	3	2	3
62	2	2	1	3	1	1	3	1	3	3	1	2	2	3	1	1	1	3	1	1	3	3
63	2	1	2	2	3	1	1	3	2	3	2	2	1	3	2	1	2	1	2	2	1	2
64	2	1	2	1	3	1	3	3	1	1	3	3	2	3	3	2	1	2	3	3	3	1
65	1	1	1	3	3	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	3	1	2	2	3	3	1
66	2	1	2	3	2	3	2	1	2	3	1	3	3	1	3	2	3	2	2	2	2	2
67	4	1	1	3	1	2	1	1	2	1	3	1	3	2	1	2	3	3	3	2	2	2
68	4	2	2	1	2	3	2	2	3	3	2	3	3	1	1	1	2	1	2	2	2	2
69	3	2	1	2	2	1	1	2	3	1	3	2	2	2	1	3	3	2	3	1	1	1
70	4	1	1	2	2	2	3	3	2	3	1	3	3	3	3	1	3	1	3	2	3	2
71	3	2	3	3	3	2	3	1	1	3	3	3	1	3	2	1	3	3	3	1	3	2
72	3	1	1	2	3	1	2	1	3	2	3	1	3	3	3	1	1	3	1	1	1	1
73	1	2	1	1	3	2	3	3	3	2	3	1	3	3	2	3	2	2	2	2	1	1

Vista de datos Vista de variables

Data\_var1 (3).sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 22 de 22 variables

	Edad	Sexo	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20
73	1	2	1	1	3	2	3	3	3	2	3	1	3	3	2	3	2	2	2	2	1	1
74	1	2	3	2	1	3	2	2	1	3	1	2	1	2	3	1	1	3	1	1	1	2
75	3	1	1	3	1	1	1	2	1	3	3	3	2	1	3	3	1	1	2	3	2	2
76	4	2	1	3	3	1	1	1	1	3	1	3	1	2	3	3	2	1	1	2	1	1
77	1	2	1	3	1	1	3	1	2	1	1	1	3	1	3	3	1	3	2	1	1	2
78	3	1	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	3	1	2	1	3	2	2	1	3	2
79	1	1	1	1	2	1	1	3	2	2	1	1	3	1	2	3	1	1	1	1	1	3
80	3	2	3	2	1	2	1	2	1	3	2	1	1	3	1	3	3	2	2	1	1	3
81																						
82																						
83																						
84																						
85																						
86																						
87																						
88																						
89																						
90																						
91																						
92																						
93																						
94																						
95																						
96																						
97																						
98																						
99																						
100																						
101																						
102																						
103																						
104																						
105																						
106																						
107																						
108																						
109																						

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

# ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN

Data\_var2 (4).sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 20 de 20 variables

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20	var	var
1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1		
2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2		
3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2		
4	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1		
5	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2		
6	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1		
7	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2		
8	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1		
9	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1		
10	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2		
11	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1		
12	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2		
13	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2		
14	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1		
15	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2		
16	1	1	3	3	2	2	1	1	1	3	2	2	3	1	3	3	1	3	2	2		
17	3	2	3	3	3	3	1	1	1	2	2	2	1	3	1	2	1	1	3	3		
18	3	1	3	2	1	2	2	2	2	1	3	2	3	1	2	1	2	1	3	3		
19	2	1	1	1	1	1	3	1	1	3	3	1	3	1	2	3	1	3	1	1		
20	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	2		
21	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	1	1	3	3	2	1	2		
22	3	3	1	2	2	2	3	3	2	1	2	2	2	2	3	1	2	1	3	2		
23	2	2	1	1	1	2	1	2	2	3	3	1	2	1	3	2	1	3	3	3		
24	2	1	2	2	3	1	3	3	1	3	2	2	2	1	2	2	1	3	3	1		
25	2	2	3	3	1	2	3	2	2	1	1	3	3	1	2	3	1	3	3	1		
26	3	2	2	1	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	3	3	2	2	1	1		
27	1	2	1	1	1	2	3	1	3	2	2	1	3	2	2	3	2	1	2	2		
28	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	2	3	3	2	1	3	3	2	2	2		
29	3	1	1	3	3	3	1	1	2	1	2	3	1	3	2	3	2	2	3	1		
30	2	1	3	1	3	1	3	2	3	1	2	3	3	1	2	1	1	3	1	3		
31	2	2	2	2	2	1	1	3	1	3	2	1	3	1	3	1	1	1	2	3		
32	3	2	2	2	2	1	3	3	2	1	3	2	1	2	1	1	3	1	2	2		
33	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	1	3	3	3	2	2		
34	3	1	3	1	1	2	2	1	3	3	3	2	1	3	3	1	3	3	3	3		
35	2	1	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	1	2	3	1	1	1		
36	3	1	1	3	1	1	1	3	3	3	3	2	1	1	2	2	1	1	2	3		
37	2	2	1	2	3	1	3	3	2	3	2	1	2	2	1	2	3	3	3	3		

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON

Data\_var2 (4).sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 20 de 20 variables

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20	var	var
37	2	2	1	2	3	1	3	3	2	3	2	1	2	2	1	2	3	3	3	3		
38	2	3	3	3	3	1	1	2	3	1	1	1	2	3	1	1	3	2	2	1		
39	2	3	2	2	1	1	1	2	3	2	3	1	2	3	2	1	3	3	2	1		
40	3	2	3	2	1	3	2	2	3	3	1	2	2	3	2	3	1	2	2	2		
41	3	3	2	1	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	1	1	1		
42	3	3	1	1	3	2	2	1	3	3	2	2	1	3	2	3	3	1	2	2		
43	1	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	1	2	2	3	2		
44	1	1	3	2	3	2	2	2	1	1	3	2	1	2	2	1	2	3	1	2		
45	1	1	1	1	2	1	2	1	2	3	1	1	1	1	3	2	2	3	1	1		
46	1	2	3	3	2	1	1	2	3	2	2	1	3	2	1	2	3	1	2	3		
47	1	1	2	2	1	3	3	2	3	1	3	2	3	1	3	3	1	2	1	2		
48	2	1	2	2	2	3	2	3	1	1	1	1	2	2	2	3	3	1	1	2		
49	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	2		
50	3	1	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	1	1	3	3	2	1	2	1		
51	3	3	1	2	2	2	3	3	2	1	2	2	2	2	3	1	2	1	3	2		
52	2	2	1	1	1	2	1	2	2	3	3	1	2	1	3	2	1	3	3	3		
53	2	1	2	2	3	1	3	3	1	3	2	2	2	1	2	2	1	3	3	1		
54	2	2	3	3	1	2	3	2	2	1	1	3	3	1	2	3	1	3	3	1		
55	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2		
56	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2		
57	3	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2		
58	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3		
59	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2		
60	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3		
61	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3		
62	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3		
63	3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3		
64	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2		
65	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3		
66	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2		
67	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3		
68	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2		
69	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2		
70	3	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2		
71	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3		
72	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3		
73	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2		

Vista de datos Vista de variables

Data\_var2 (4).sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 20 de 20 variables

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20	var	var
73	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2		
74	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3		
75	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3		
76	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2		
77	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2		
78	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2		
79	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2		
80	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3		
81																						
82																						
83																						
84																						
85																						
86																						
87																						
88																						
89																						
90																						
91																						
92																						
93																						
94																						
95																						
96																						
97																						
98																						
99																						
100																						
101																						
102																						
103																						
104																						
105																						
106																						
107																						
108																						
109																						

Vista de datos Vista de variables

## Prueba de Normalidad

### Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad	,231	80	,000	,867	80	,000
Adherencia al tratamiento hipertensivo	,252	80	,000	,802	80	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para muestras mayores a 50 el cual presentó una significancia por debajo del 0.05 siendo no paramétrico, por lo cual se decidió utilizar la prueba no paramétrica de Rho de Spearman .