

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL
PRIMARIA NO CONTROLADA EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
MONSEFU, 2026”**

Para obtener el título de Médica Cirujana

INVESTIGADORES:

Custodio Chafloque Sara Marleny

Roa Elias Anggie Julissa

ASESOR METODOLÓGICO Y TEMÁTICO:

Dra. Denissa Pajuelo García

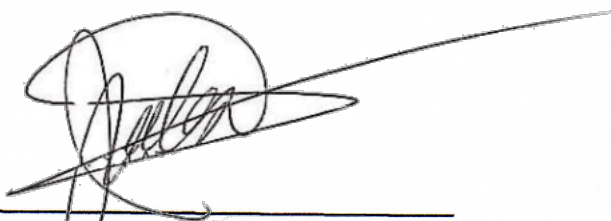
25 de febrero

Lambayeque, 2026

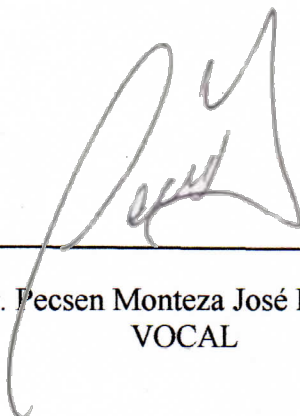
APROBADO POR:



Dr. Montenegro Perez Jorge Enrique
PRESIDENTE



Dr. Salazar Zuloeta Jaime Ysrael
SECRETARIO



Dr. Pecen Monteza José Enrique
VOCAL



Mgtr. Dra. Pajuelo García Denissa
ASESOR METODOLÓGICO
17928375

ACTA DE SUSTENTACIÓN N° 022-2026-FMH-UNPRG

Siendo las 15 : 30 horas del día 25 de Febrero del 2026, se reunieron los miembros los jurado evaluador designados mediante Resolución N° 105-2026-UNPRG/FMH-D; conformada por los siguientes docentes:

Presidente: Dr. MONTENEGRO PEREZ JORGE ENRIQUE
Secretario: Dr. SALAZAR ZULOETA JAIME YSRAEL
Vocal: Dr. PECSN MONTEZA JOSE ENRIQUE

Con la finalidad de evaluar y calificar la sustentación de la tesis titulada:
"ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA NO CONTROLADA EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MONSEFU, 2026", cuyos autores son los Bachilleres:

CUSTODIO CHAFLOQUE SARA MARLENY
ROA ELIAS ANGGIE JULISSA

Teniendo como Asesor al Dra. Denissa Pajuelo García

El acto de sustentación fue autorizado por Resolución N° 128-2026-D-FMH-UNPRG de fecha 23 de febrero del 2026.

Después de la sustentación y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros de jurado se procedió a la calificación respectiva otorgándoseles la calificación de 17 (diecisiete) en escala vigésima y 87 (ochenta y siete) en la escala centesimal; Nivel: Bueno.

Por lo que quedan APTOS para optar el título profesional de Médica Cirujana de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Medicina Humana y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 16 : 10 horas se da por concluido el presente acto académico, dándose conformidad al presente, con la firma de los miembros del jurado.

Dr. MONTENEGRO PEREZ JORGE ENRIQUE
PRESIDENTE

Dr. SALAZAR ZULOETA JAIME YSRAEL
SECRETARIO

Dr. PECSN MONTEZA JOSE ENRIQUE
VOCAL



CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, DENISSA PAJUELO GARCÍA usuario revisor de:

Tesis

Trabajo de Suficiencia Profesional

Trabajo Académico

Titulado ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL
PRIMARIA NO CONTROLADA EN PACIENTES DEL CENTRO DE
SALUD MONSEFU, 2026

Cuyo(s) autor(es) es(son):

CUSTODIO CHAFLOQUE SARA MARLENY DNI° 73335999

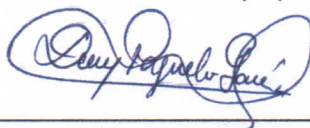
ROA ELIAS ANGGIE JULISSA DNI° 73507548

declaro que la evaluación realizada por el Programa informático, ha arrojado un porcentaje de similitud 18 %, verificables en el Resumen del Reporte Automatizado de similitudes que se acompaña.

El(La/Los/Las) suscrito(a/s/as) analizó y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituyen plagio y que el documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos.

Se cumple con adjuntar el Recibo Digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso.

Lambayeque, 25 de FEBRERO del 2026



Nombres y Apellidos: DENISSA PAJUELO GARCÍA

DNI°: 17928375

ASESOR

Defina la modalidad con [X]

Adjuntar

- Reporte Automatizado de similitudes
- Recibo Digital

Asociación entre ansiedad e hipertensión arterial primaria no controlada en pacientes del Centro de Salud Monsefú, 2026

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%
INDICE DE SIMILITUD

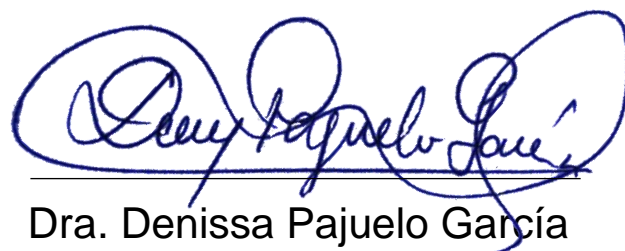
17%
FUENTES DE INTERNET

6%
PUBLICACIONES

18%
TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	10%
2	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	< 1%
5	repositorio.unica.edu.pe Fuente de Internet	< 1%
6	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	< 1%
7	repositorio.utea.edu.pe Fuente de Internet	< 1%
8	Submitted to Universidad Católica Santa María la Antigua	< 1%



Dra. Denissa Pajuelo García

DNI: 17925375

ASESORA

9	cbsportclub.com Fuente de Internet	< 1 %
10	soeici.org Fuente de Internet	< 1 %
11	helvia.uco.es Fuente de Internet	< 1 %
12	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %
13	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	< 1 %
14	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	< 1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 15 words

Excluir bibliografía

Activo



Dra. Denissa Pajuelo García

DNI: 17925375

ASESORA



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Sara Marleny Y Anggie Julissa, Custodio Chafloque Y Roa Elias
Título del ejercicio: Quick Submit
Título de la entrega: Asociación entre ansiedad e hipertensión arterial primaria no ...
Nombre del archivo: o_controlada_en_pacientes_del_Centro_de_Salud_Monsef_,_20...
Tamaño del archivo: 3.47M
Total páginas: 36
Total de palabras: 8,439
Total de caracteres: 47,018
Fecha de entrega: 25-feb-2026 02:15p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2888381351

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

Asociación entre ansiedad e hipertensión arterial primaria no controlada en
pacientes del Centro de Salud Monsefú, 2026

Para obtener el título de Médico Cirujano

INVESTIGADORES:

Custodio Chafloque Sara Marleny

Roa Elias Anggie Julissa

ASESOR METODOLÓGICO Y TEMÁTICO:

Dra. Denissa Pajuelo García

Lambayeque, 2026

Dra. Denissa Pajuelo García
DNI: 17925375
ASESORA



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUÍZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Custodio Chafloque Sara Marleny Código: 190208H

Yo, Roa Elias Anggie Julissa Código: 190221D

Alumno (s) de pregrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo.

Soy (somos) autor (es) del Proyecto de Tesis Titulado:

ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA NO CONTROLADA EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MONSEFÚ, 2026.

Expresamos que el **Informe final de Tesis es Original**, no ha sido plagiado ni total ni parcialmente de otra tesis, libro, monografía, etc. Asimismo, no ha sido presentado anteriormente para obtener algún grado académico o título profesional, ni ha sido publicado en sitio alguno. Además, se ha respetado las normas internacionales de citas y referencias bibliográficas de los autores revisados.

Por lo que asumo (asumimos) la responsabilidad que pudiera derivarse de irregularidades en el proyecto de tesis, para lo cual **Declaramos Bajo Juramento** haber cumplido con las normas éticas de la Facultad de Medicina Humana y de la UNPRG.

Lambayeque, 23 de febrero del 2026

Custodio Chafloque Sara Marleny

Roa Elias Anggie Julissa

Dra. Denissa Pajuelo García
ASESOR METODOLÓGICO

DEDICATORIA

Dedico este triunfo a Dios, por bendecirme con la perseverancia y por poner en mi camino a las personas correctas para cumplir este propósito.

A mis padres, Flor y Reynaldo, por ser mi hogar y mi bandera. Gracias por sembrar en mí la semilla de la superación y por regarla con su amor incondicional todos estos años. Todo lo que soy y lo que logre será siempre un tributo a ustedes.

A mis hermanos, Justin y Claudio, por ser mi equipo y mi alegría. Gracias por entender mis ausencias y por celebrar mis logros como si fueran propios.

A mi abuela y mis tías, por ser el hilo que une a nuestra familia y por rodearme de ese cariño que me dio la paz necesaria para estudiar y crecer. Su fe en mí fue mi mayor motor.

A mis amigos cercanos, que se volvieron familia. Gracias por cada palabra de aliento y por ser el refugio necesario en medio de la tormenta académica.

Anggie Roa

A Dios, por ser mi guía constante, mi fortaleza en los momentos difíciles y la luz que iluminó cada paso de este camino.

A mis queridos padres, Sara y César, por su amor y apoyo incondicional, su esfuerzo y por enseñarme que los sueños se alcanzan con perseverancia y fe.

A mis hermanos, Adelaida y Julio, por su apoyo, confianza y por ser siempre parte esencial de mi motivación.

Con todo mi amor y gratitud, ese logro también es de ustedes.

Sara Custodio

ÍNDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO.....	2
ANTECEDENTES.....	2
BASE TEÓRICA.....	4
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES.....	7
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	8
CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS.....	9
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	9
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	9
CÁLCULO DE TAMAÑO MUESTRAL.....	9
TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	10
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS.....	11
ASPECTOS ÉTICOS.....	12
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	14
RESULTADOS.....	14
DISCUSIONES.....	18
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES.....	21
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXOS.....	25

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre hipertensión arterial no controlada y niveles de ansiedad en pacientes del Centro de Salud Monsefú, 2026. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, analítico y transversal en pacientes hipertensos. Se evaluaron cifras tensionales, ansiedad (escalas validadas), edad, sexo y grado de instrucción. Para comparar medias de presión según grados de ansiedad, se emplearon T-Student y ANOVA. El análisis bivariado usó chi-cuadrado y el multivariado regresión logística múltiple para estimar OR ajustados (IC 95%). Se consideró $p < 0,05$ como significativo. **Resultados:** La ansiedad elevada ($p < 0,001$) mostró asociación significativa con el descontrol tensional. La ansiedad severa (OR=3.2), edad avanzada y bajo grado de instrucción se identificaron como los principales factores asociados significativamente ($p < 0,05$). El sexo no mostró asociación significativa tras el ajuste multivariado. **Conclusiones:** La ansiedad, la edad y el bajo grado de instrucción constituyen los principales factores de riesgo asociados al descontrol de la hipertensión arterial en el Centro de Salud Monsefú, dificultando el éxito del tratamiento convencional.

Palabras clave: Hipertensión arterial; ansiedad; control tensional; salud mental; Monsefú.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between uncontrolled hypertension and anxiety levels in patients at the Monsefú Health Center, 2026. **Materials and methods:** Observational, analytical, cross-sectional study in hypertensive patients. Blood pressure readings, anxiety (validated scales), age, sex, and level of education were evaluated. Student's t-test and ANOVA were used to compare mean blood pressure according to anxiety levels. Bivariate analysis used chi-square and multivariate analysis used multiple logistic regression to estimate adjusted OR (95% CI). $P < 0,05$ was considered significant. **Results:** High anxiety ($p < 0,001$) showed a significant association with uncontrolled blood pressure. Severe anxiety (OR=3,2), advanced age, and low educational level were identified as the main factors significantly associated ($p < 0,05$). Gender did not show a significant association after multivariate adjustment. **Conclusions:** Anxiety, age, and low educational attainment are the main risk factors associated with uncontrolled hypertension at the Monsefú Health Center, hindering the success of conventional treatment.

Keywords: Hypertension; anxiety; blood pressure control; mental health; Monsefú.

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes, afectando a la cuarta parte de todos los adultos y constituyendo la principal causa de mortalidad a nivel mundial. Se estima que para el final del año 2026, el total de adultos con HTA aumentará a 1,56 mil millones en el mundo (1). Por otro lado, los trastornos de salud mental son frecuentes; en el Perú, estudios del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi indican que hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental (2). La prevalencia de depresión varía según la región, siendo del 18.2% en Lima Metropolitana, 16.2% en la sierra y 21.4% en la selva. Las enfermedades mentales no atendidas generan graves problemas en el entorno familiar, laboral y económico, e incluso se ha observado una correlación positiva entre el grado de ansiedad y el incremento de las cifras de presión arterial (3).

Los trastornos de ansiedad y depresivos son reconocidos como factores de riesgo psicosociales de enfermedad cardiovascular en personas sanas (4). Además de varios procesos biológicos, la ansiedad puede dificultar los cambios en el estilo de vida y reducir la adherencia a la medicación en pacientes con enfermedades cardiovasculares (5). Los factores de riesgo que se han visto asociados a una mayor carga emocional son el mayor tiempo de enfermedad, el sexo femenino y la edad avanzada (6). A pesar de su importancia, la evaluación de factores psicosociales como la ansiedad está lejos de ser una práctica clínica habitual y su impacto en la estabilidad del paciente hipertenso suele estar subestimado. Por ello, este estudio se plantea identificar y comprender la relación entre el control de la HTA y la presencia de síntomas ansiosos, permitiendo mejorar la atención clínica y desarrollar estrategias de prevención integral.

Por lo tanto, formulamos el problema: ¿Existe asociación entre la hipertensión arterial primaria no controlada y la ansiedad en pacientes del Centro de Salud Monsefú durante el año 2026? Y nos planteamos como objetivo general: Determinar la asociación entre la hipertensión arterial primaria no controlada y los niveles de ansiedad en dicha población. Los objetivos específicos son: identificar el perfil sociodemográfico de los participantes, identificar sus niveles de ansiedad, analizar las diferencias de ansiedad entre pacientes controlados y no controlados, y determinar el grado de correlación entre las cifras tensionales y los síntomas ansiosos. La importancia de este estudio radica en obtener información local en la región Lambayeque ante la carencia de trabajos en este contexto. Además, disponer de una fuente de datos permitirá crear estrategias de intervención multidisciplinarias que disminuyan la progresión de la enfermedad, optimicen el gasto público en salud y mejoren la calidad de vida de los pacientes.

CAPÍTULO 1: DISEÑO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Internacionales

Polishchuk, O. (7) en el año 2021 en su trabajo titulado "Ansiedad y trastornos depresivos en pacientes con hipertensión arterial", con el objetivo de indagar la relación entre ansiedad, trastornos depresivos y la HTA. Se examinaron 55 pacientes. Se halló un nivel alto de ansiedad en el 74,6%, mientras que el 25,5% presentó un nivel moderado. Según el género, el nivel de ansiedad fue significativamente mayor en las mujeres. Se mostró un nivel de depresión subclínica con 12,7%, leve con 49,1% y moderada con 16,4%. Se destacó que los niveles de ansiedad y la gravedad de los episodios depresivos fueron más altos en las mujeres, lo cual se asoció con una reducción en varios indicadores de calidad de vida.

Pogosova, N. (8) en el año 2021 en su trabajo titulado "Factores asociados con la ansiedad y los síntomas depresivos en 2775 pacientes con hipertensión arterial y cardiopatía coronaria: resultados del estudio multicéntrico COMETA", Los pacientes con HTA (60,8%), enfermedad coronaria (2,6%) y con ambas (36,6%). Se encontró ansiedad moderada/grave en el 25,5% y depresión en el 16,3% de los pacientes. Las asociaciones más fuertes entre ansiedad y depresión se revelaron, en orden descendente respectivamente, para un nivel alto de estrés, un nivel de estrés moderado, un apoyo social bajo y sexo femenino. La baja actividad física, la alimentación poco saludable, el desempleo y los bajos ingresos se asociaron positivamente tanto con ansiedad como con depresión.

Hamam M, (9) en el año 2020 en su estudio titulado "Ansiedad, depresión y dolor: consideraciones en el tratamiento de pacientes con hipertensión no controlada", El estudio concluye que existe una relación significativa entre estos factores, lo cual puede resultar en un manejo inadecuado tanto de la HTA como de los trastornos psicológicos subyacentes. La salud mental en pacientes bajo tratamiento es compleja y está influenciada por factores biológicos y ambientales. Recomiendan un monitoreo frecuente de los pacientes para detectar posibles anomalías en la salud mental al inicio del tratamiento y a lo largo del tiempo, con el fin de preservar la salud y optimizar los resultados terapéuticos.

Aguirre, J. (10) en el año 2024 en su estudio titulado "Niveles de estrés, ansiedad y depresión en población con hipertensión arterial", donde su objetivo fue conocer la prevalencia de estos trastornos del estado de ánimo en pacientes con HTA y los factores asociados. Tras analizar 11

investigaciones, se halló que la ansiedad en pacientes con hipertensión primaria presenta una prevalencia variable (25% a 100%), evidenciando una comorbilidad bidireccional. Este vínculo se ve influenciado por factores como el sexo femenino, el desempleo, el bajo nivel educativo y la presencia de otras enfermedades.

Oliveira A. (11) en el año 2021 en su trabajo titulado "La relación entre la presión arterial alta, la ansiedad y el estrés: una revisión integradora de la literatura". Se obtuvo que existen cambios fisiopatológicos provocados por la HTA, que conlleva gran carga emocional para los pacientes al punto de afectar las relaciones interpersonales, la realización de las tareas laborales y el estado de ánimo, sin que esto esté necesariamente relacionado con el control de la enfermedad. Los pacientes con HTA, frente a normotensos, muestran niveles más elevados de ansiedad y depresión. Se informa que los temperamentos ansiosos y depresivos actúan como marcadores de riesgo para HTA y otras complicaciones cardiovasculares.

Nacionales

Cruz, A. (12) en el año 2022 en su estudio titulado "Ansiedad y depresión en pacientes con Hipertensión Arterial. Hospital Santa Rosa, 2019", donde se diferenciaron los niveles de ansiedad y depresión entre pacientes con HTAC y HTANC. Se encontró que los pacientes con HTANC mostraron niveles de ansiedad más elevados en comparación con los pacientes con HTAC, con ansiedad leve (26,9% frente a 25,2%), moderada (10,1% frente a 18,49%) y severa (10,9% frente a 4,2%). Concluyeron que los niveles de ansiedad en adultos con HTANC son más altos en comparación con aquellos con HTAC. Además, se observó que el 100% de los casos presentó depresión leve, la cual está más asociada con pacientes con HTANC.

Serrano, S. (13) en el año 2022 en su estudio titulado "Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el centro de salud San Isidro, período julio-setiembre 2022". Los resultados indicaron que los factores sociodemográficos relacionados con la ocupación y el estado civil, así como los factores clínicos como la obesidad, la Diabetes Mellitus tipo 2, la HTANC, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco y la polifarmacia, están asociados significativamente con la presencia de depresión y ansiedad en pacientes hipertensos.

Mamani, M. (14) en el año 2024 en su estudio titulado "Ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada en el Centro de Salud de Pocollay y Centro de Salud la Esperanza de Tacna durante el periodo junio - julio del 2024". El 43,1% son pacientes

con HTAC y el 56,9%, pacientes con HTANC. De todos los pacientes, el 38,6% manifestó síntomas de ansiedad, y el 61,4%, no mostró signos de ansiedad. Los pacientes menores de 37 años, de religión evangelista, sin nivel de estudio o con estudios superiores no universitarios presentan síntomas de ansiedad, lo que refleja la interacción de factores socioeconómicos, culturales, educativos y laborales en el desarrollo de trastornos ansiosos.

Vivas, A. (6) en el año 2025 en su trabajo titulado “Correlación entre los trastornos de ansiedad y el desarrollo de hipertensión arterial primaria”. Evidencian que las personas con trastornos de ansiedad tienen predisposición a desarrollar HTA. El estudio también demuestra que los pacientes con HTA tienden a desarrollar trastornos de ansiedad, esto sugiere que la ansiedad y la HTA presentan una comorbilidad bidireccional, compartiendo factores de riesgo determinantes como la edad, el sexo, la obesidad y el estilo de vida.

Milian, M. (15) en el año 2024 en su trabajo titulado “Nivel de ansiedad y su relación con el afrontamiento en pacientes hipertensos de un centro de atención primaria, 2022”. Se observa en su muestra de pacientes hipertensos que el 50,5% presenta ansiedad en nivel moderado, el 42,2% en nivel severo y el 7,3% es leve. El sexo masculino presenta mayor éxito para afrontar la ansiedad. Los adultos presentan mejor afrontamiento de la ansiedad frente a los adultos mayores. La ansiedad en hipertensos disminuye al intensificarse el uso de estilos de afrontamiento, evidenciando una relación inversa entre ambas variables

BASE TEÓRICA

La HTA es uno de los factores de riesgo más significativos para enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica, accidentes cerebrovasculares y mortalidad, y es potencialmente modificable. A menudo, el control de la PA no se alcanza a los niveles recomendados por las guías, aun cuando se emplean diversas opciones de tratamiento (16).

A nivel mundial, más del 25% de la población se clasifica como hipertensa, lo que supone un total que supera los mil millones de personas. No solo debido a su alta prevalencia, sino también por las diversas complicaciones que puede generar en los sistemas cardiovascular, renal, ocular y cognitivo, la HTA es responsable de hasta 10 millones de muertes a nivel global. Contrariamente a la gran importancia de la HTA como resultado de una prevalencia tan alta y un efecto enorme en la salud a nivel global, la comprensión de la enfermedad es limitada entre quienes la padecen. Menos de uno de cada dos pacientes conoce el estado de su enfermedad y menos del 40% de los pacientes logra un control adecuado de la PA, manteniendo un objetivo

de tratamiento por debajo de 140/90 mmHg, a pesar de recibir tratamiento antihipertensivo (17). En 2022, se elaboró un informe en Perú sobre enfermedades no transmisibles, que reveló que alrededor de 5,5 millones de personas mayores de 15 años tienen HTA, lo que representa el 22,1% de esa población (18). En Perú, la costa tuvo la mayor tasa de HTA, alcanzando un 24,4%, seguida por la sierra, que registró un 18,7%, y la selva, con un 17,2%. Se reportó que las áreas urbanas tenían mayor prevalencia en cuanto a las áreas rurales (17,2% y 11,9% respectivamente). En los departamentos se halló mayor prevalencia en Lima (27,1%), Loreto (24,0%), y Tumbes (23,2%), y los de menor prevalencia Apurímac (12,9%), y Ucayali (9,4%) (19).

El diagnóstico de HTA se efectúa a través de la medición precisa y repetida de la PA en múltiples visitas médicas. Se considera que una persona tiene HTA si sus valores de la PA caen a la categoría de HTA de etapa 1 o etapa 2 en dos o más visitas médicas separadas. Según AHA/ACC: La PA normal que se caracteriza por una presión sistólica (SBP) de 120 mmHg o menos y una presión diastólica (DBP) de 80 mmHg o menos, elevación de la PA se define como una presión sistólica (SBP) entre 120 y 129 mmHg con una diastólica (DBP) menor a 80 mmHg, HTA de etapa 1 se clasifica con una SBP de 130 a 139 mmHg o una DBP de 80 a 89 mmHg, mientras que la HTA de etapa 2 se identifica con una SBP de 140 mmHg o más o una DBP de 90 mmHg o más. HTA controlada es para adultos en general cuando la SBP está por debajo de 130 mmHg y la DBP menor de 80 mmHg. La HTA no controlada se refiere específicamente a los casos en los que la PA sigue por encima de los niveles de HTA de etapa 2 a pesar del tratamiento. Esto significa que a pesar de estar bajo terapia médica, la PA no ha alcanzado los niveles recomendados para su control (20).

La ansiedad es la respuesta emocional en previsión de una amenaza futura, puede ser el síntoma psiquiátrico más frecuente en la población general. El grupo de trastornos de ansiedad presenta una prevalencia vital combinada del 28%, superando a los trastornos depresivos, y al incluir comorbilidades y diagnósticos primarios, representa más del 75% de todos los trastornos psiquiátricos. Los tipos de trastornos de ansiedad incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, fobias, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad social (21). Existen distintos niveles de ansiedad. La ansiedad leve se caracteriza por un estado de alerta, donde la persona observa y analiza la situación antes de que ocurra; también se le conoce como ansiedad benigna o ligera. La ansiedad moderada incluye reacciones emocionales como respiración rápida, aumento de la tensión arterial, malestar estomacal, boca seca, estreñimiento o diarrea, expresión

facial de inquietud, sobresaltos, y dificultades para relajarse o dormir. Por otro lado, la ansiedad grave implica una reducción del campo perceptual, haciendo que la persona se enfoque únicamente en lo que le causa malestar, dificultando el análisis de su entorno. En este estado, la atención se dispersa, lo que provoca distorsiones en la percepción y obstáculos para aprender o seguir secuencias lógicas. A nivel físico, puede haber respiración entrecortada, sensación de ahogo, movimientos involuntarios, tics, temblores, aumento de la PA, etc (22).

En cuanto a la relación entre HTA y ansiedad, aproximadamente el 45% de los adultos de EE.UU. viven con un diagnóstico de HTA y alrededor del 19% de la población adulta sufre de trastornos de ansiedad (9). Dada la elevada prevalencia de ambas enfermedades, es importante comprender la relación entre la ansiedad y la HTA. La relación entre HTA, ansiedad y estrés puede ser evidente ya en la edad adulta temprana. Las formas crónicas de morbilidad, incluidos los trastornos mentales y la HTA, desempeñan un papel dominante en la determinación de la carga de morbilidad a nivel global en los países en desarrollo (23). La HTA es un factor de riesgo significativo de mortalidad y morbilidad, y representa aproximadamente el 6% de las muertes a nivel mundial.

La ansiedad impacta de manera notable en la calidad de vida, tanto a nivel fisiológico, a través de la activación simpática y las catecolaminas en circulación, como en respuestas conductuales, como el aumento en la ingesta de alimentos, el consumo de alcohol y el tabaquismo. La ansiedad también puede influir en el desarrollo de anomalías circadianas. Se ha descubierto que los pacientes ansiosos eran más propensos a experimentar HTA diurna, sin descenso de la PA durante la noche y con lecturas elevadas por la mañana. Además, se observó que los pacientes hipertensos con un ritmo circadiano alterado mostraban un incremento en los marcadores inflamatorios en la circulación y una reducción en la modulación vagal de la PA al despertar (24).

Existen diversas herramientas para evaluar los síntomas y la prevalencia de la ansiedad, entre las cuales destaca la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), que fue una de las primeras escalas desarrolladas para evaluar la gravedad de los síntomas de ansiedad y continúa siendo ampliamente utilizada hoy en día. La HARS es una escala de evaluación administrada por un evaluador, diseñada para pacientes que ya han sido diagnosticados con ansiedad. Su propósito es cuantificar la gravedad de los síntomas y los cambios en la condición del paciente. También se considera la información obtenida en entrevistas previas y se aceptan datos complementarios de otras fuentes (25).

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES

a) Tipos de Variables:

Variables Intervinientes:

- Sexo
- Edad
- Grado de Instrucción

Variables No Intervinientes:

- Variable dependiente: Nivel de ansiedad
- Variable independiente Control de la hipertensión

b) Definición operacional de variables:

Hipertensión arterial controlada: Se considera cuando valores de SBP son menores a 130 mmHg y los valores de DBP son menores a 80 mmHg (20) .

Hipertensión arterial no controlada: Se define como aquella que, a pesar del tratamiento, sin importar el tiempo ni la cantidad de fármacos, no se llegan a los límites establecidos: presión sistólica >140 mmHg y presión diastólica >90 mmHg (20).

Nivel de ansiedad: Se evalúa utilizando la escala de Hamilton, un examen que consta de trece ítems que evalúan los aspectos físicos, psicológicos y conductuales de la ansiedad.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN
Hipertensión Arterial	Independiente	Clínica	Cifras de Presión Arterial (PA)	Controlado: < 140/90 mmHg No Controlado: ≥ 140/90 mmHg	Nominal
Nivel de Ansiedad	Dependiente	Psiquiátrica	Puntaje total del Test de Hamilton	Normal: 0-13 Leve: 14-17 Moderada: 18-24 Grave: 25-56	Ordinal
Características sociodemográficas	De interés	Temporal	Grupo etario	40 a 50 años 51 a 60 años 61 a 75 años	Razón
		Biológica	Sexo	Masculino Femenino	Nominal
		Social	Nivel de Educación	Sin estudios Primaria Secundaria Superior	Ordinal

CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio prospectivo, transversal, analítico.

POBLACIÓN Y MUESTRA

a) Población

Población diana o universo: pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Primaria del centro de salud Monsefú durante el año 2026, los cuales se reportan 336.

Población de estudio: Según las atenciones dadas en el programa de Daños no Transmisibles del Centro de Salud Monsefú se contó con 215 pacientes.

b) Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión:

- Pacientes entre 40 a 75 años de edad, pertenecientes al programa de Daños no Transmisibles
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial primaria.
- Deseo de participar del trabajo de investigación y firmar el consentimiento informado.
- Tener capacidad de poder responder completamente el test de Hamilton para ansiedad.
- Diagnóstico de hipertensión arterial, mínimo un año.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no deseen participar de la investigación.
- Pacientes con otras comorbilidades crónicas (diabetes mellitus, insuficiencia renal, etc), pacientes con duelo por pérdida de un familiar.
- Pacientes con problemas de salud mental y que tomen medicamentos psicotrópicos.

CÁLCULO DE TAMAÑO MUESTRAL

Cálculo del tamaño muestral Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el software estadístico Epidat versión 4.2, aplicando la fórmula para poblaciones finitas. Se consideró una población total de 215 pacientes con hipertensión arterial primaria pertenecientes al Programa de Daños No Transmisibles. Para el cálculo, se estableció un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5% y una proporción esperada de 0.50 (máxima varianza). El resultado arrojó una muestra de 138 pacientes, los cuales serán seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia según el cumplimiento de los criterios de selección (26).

Muestreo

Para la determinación de la muestra se utilizará la fórmula para el estudio presente:

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

Donde:

N: Tamaño de la población de estudio, que en caso de este estudio son 215 pacientes.

Z: Valor crítico de la distribución normal estándar para el nivel de confianza deseado, para un nivel de confianza del 95%, será aproximadamente 1.96.

p: Prevalencia de ansiedad en HTA no controlada. (0.5)

q: Probabilidad de que no ocurra el evento (1-p=0.5).

E: Precisión deseada (margen de error). Para un margen de error del 5% será 0.05.

n: Tamaño de muestra necesario.

Reemplazando:

$$n = \frac{215 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.05)^2 \cdot (215 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = 138.08 \approx 138$$

TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica que se utilizará es la encuesta, mediante un cuestionario y el Test de Hamilton para la ansiedad.

El cuestionario consta de 7 preguntas, las cuales incluyen preguntas del nivel socioeconómico, medida de presión arterial y el tipo de tratamiento que recibe el participante.

Por otro lado, el Test de Hamilton consta de 14 ítems que evalúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es recomendable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica

una mayor intensidad o nivel de ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (27).

La escala tiene 56 puntos como máximo y 13 puntos como mínimo con la siguiente escala de niveles:

- Ansiedad nula: 0-13 puntos
- Nivel de ansiedad leve: 14- 17 puntos.
- Nivel de ansiedad moderada: 18-24 puntos.
- Nivel de ansiedad grave: 25-56 puntos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

Se solicitará el permiso para encuestar a los pacientes con Hipertensión Arterial del centro de salud Monsefú. Luego se seleccionan las personas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, se obtiene el Consentimiento informado (ANEXO N°1). Se recopilarán los datos pertinentes del cuestionario (ANEXO N°2) y del Test de Hamilton para Ansiedad (ANEXO N°3) de manera presencial. Se verifica la última toma de la presión arterial en la historia clínica y se procede a tomar la presión arterial de manera convencional. Una vez obtenida la información pertinente se anotan los datos. Los datos recolectados serán procesados inicialmente en una base de datos de Microsoft Excel para su depuración, y posteriormente exportados al software estadístico IBM SPSS versión 23.0 para su análisis estadístico.

Estadística Descriptiva: las variables cualitativas, como niveles de ansiedad y control de la presión arterial, se presentarán mediante tablas de frecuencias y porcentajes. Para las cuantitativas, como la edad y el puntaje global de ansiedad, se calcularán medidas de tendencia central y de dispersión según su distribución. Asimismo, se emplearán gráficos de cajas y bigotes para comparar visualmente la variabilidad de los puntajes de ansiedad entre los pacientes controlados y no controlados, permitiendo identificar la mediana y valores atípicos. Finalmente, los datos de edad y sexo se analizarán para caracterizar el perfil de la muestra y fundamentar la discusión de los hallazgos.

Estadística Analítica: Se utilizará la prueba de chi-cuadrado para analizar la asociación entre el control de la hipertensión arterial y la presencia de niveles de ansiedad, así como con los factores sociodemográficos. Esta prueba es adecuada para evaluar la dependencia entre variables cualitativas en un estudio de diseño transversal. Para cuantificar la magnitud de dicha asociación y el riesgo asociado, se calculará el Odds Ratio (OR) con su respectivo intervalo de confianza al 95%. Adicionalmente, para el análisis de las variables cuantitativas, se aplicarán pruebas de comparación de medias

con el fin de evaluar diferencias en los puntajes de ansiedad según el perfil sociodemográfico; se empleará la prueba t de Student para muestras independientes al comparar los promedios de ansiedad entre dos grupos (como en la variable sexo). Se utilizará el análisis de varianza (ANOVA) de un factor para comparar los promedios de ansiedad entre tres o más grupos (como en las variables edad y grado de instrucción). Finalmente, para establecer el grado de correlación entre las cifras tensionales sistólicas y los puntajes de la Escala de Hamilton, se aplicará el coeficiente de correlación de Spearman, el cual se representará en un gráfico de dispersión. En todos los análisis se considerará un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación, titulada "Asociación entre Ansiedad e Hipertensión Arterial Primaria no controlada en pacientes del Centro de Salud Monsefú, 2026", se llevará a cabo con estricto apego a principios éticos y normativos establecidos para la investigación científica en seres humanos.

- **Consentimiento Informado:** Todos los participantes potenciales serán adecuadamente informados sobre los objetivos del estudio, los procedimientos involucrados, así como los riesgos y beneficios esperados. Se obtendrá el consentimiento informado por escrito de cada participante antes de su inclusión en el estudio (ANEXO 1).
- **Confidencialidad:** Se garantizará la confidencialidad de la información recolectada. Los datos personales y clínicos de los participantes serán manejados de manera confidencial y solo serán accesibles para los investigadores directamente involucrados en el estudio. La información será utilizada exclusivamente para fines de investigación y no se compartirá con terceros sin el consentimiento expreso de los participantes.
- **Beneficencia y No Maleficencia:** Se tomarán todas las precauciones necesarias para minimizar cualquier riesgo potencial para los participantes. Los procedimientos y métodos de recolección de datos serán diseñados de manera que no causen daño físico ni psicológico a los participantes. Además, se brindará acceso a asesoramiento y atención médica adecuada en caso de que se identifiquen condiciones de salud que requieran intervención.
- **Transparencia y Honestidad:** Todos los hallazgos y resultados serán presentados de manera objetiva y honesta. Se evitará cualquier forma de sesgo en la recolección, análisis e interpretación de los datos.

- **Derecho a Retirarse:** Los participantes tendrán el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias adversas para su atención médica o tratamiento.
- **Divulgación de Resultados:** Los resultados de la investigación serán comunicados de manera clara y comprensible, contribuyendo así al conocimiento científico y beneficiando potencialmente a la comunidad médica y a los pacientes.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIONES

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas, control de la presión arterial y niveles de ansiedad en pacientes hipertensos del Centro de Salud Monsefú, 2026.

Categoría	n	%
Sexo		
Masculino	37	26,81%
Femenino	101	73,19%
Grupo etario		
40 - 50 años	18	13,04%
51 - 60 años	64	46,38%
61 - 75 años	56	40,58%
Grado de instrucción		
Sin estudios	29	21,01%
Primaria completa	60	43,48%
Secundaria completa	45	32,61%
Grado superior	4	2,90%
Presión Arterial		
Controlada	49	35,51%
No Controlada	89	64,49%
Nivel de Ansiedad		
Ansiedad Nula	49	35,51%
Ansiedad leve	26	18,84%
Ansiedad moderada	29	21,01%
Ansiedad grave	34	24,64%

Tabla 2. Relación entre factores sociodemográficos, niveles de ansiedad y el estado de control de la presión arterial mediante Chi-cuadrado y Odds Ratio (OR)

VARIABLE	HIPERTENSION ARTERIAL				<i>p</i> valor*	OR**
	CONTROLADA		NO CONTROLADA			
	(n = 49)	%	(n = 89)	%		
SEXO					0,648	1.20
Femenino	37	26,81%	64	46,38%		
Masculino	12	8,70%	25	18,12%		
GRUPO ETARIO					< 0,001	9,18
40-50	12	8,70%	6	4,35%		
51-60	31	22,46%	33	23,91%		
61-75	6	4,35%	50	36,23%		
GRADO DE INSTRUCCIÓN					< 0,001	6,79
Sin estudios	0	0%	29	21,01%		
Primaria completa	18	13,04%	42	30,43%		
Secundaria completa	29	21,01%	16	11,59%		
Grado superior	2	1,45%	2	1,45%		
NIVEL DE ANSIEDAD					< 0,001	24.5
Ansiedad nula	11	7,97%	38	27,54%		
Ansiedad leve	9	6,52%	17	12,32%		
Ansiedad moderada	1	0,72%	28	20,29%		
Ansiedad grave	1	0,72%	33	23,91%		

Nota: *El valor p fue obtenido mediante la prueba estadística Chi-cuadrado. **Para el cálculo del riesgo, se utilizó el Odds Ratio (OR) con un nivel de confianza del 95%.

Tabla 3.

Comparación de puntuaciones medias de ansiedad según variables sociodemográficas en pacientes hipertensos del Centro de Salud Monsefú, 2026.

Variable	n	Puntaje ansiedad (media) ± DE	p*
Sexo			
Masculino	37	13,41 ± 6,77	0,000358
Femenino	101	18,55 ± 8,17	
Grupo etario			
40 a 50 años	18	10,33 ± 3,23	<0,0001
51 a 60 años	64	14,97 ± 8,46	
61 a 75 años	56	21,89 ± 5,96	
Grado de instrucción			
Sin estudios	29	23,79 ± 5,39	<0,0001
Primaria completa	60	17,93 ± 7,82	
Secundaria completa	45	12,4 ± 6,97	
Grado superior	4	11,5 ± 2,89	

Nota: DE: Desviación Estándar. *El valor p fue obtenido mediante la prueba t de Student para la variable sexo y la prueba ANOVA para edad y grado de instrucción.

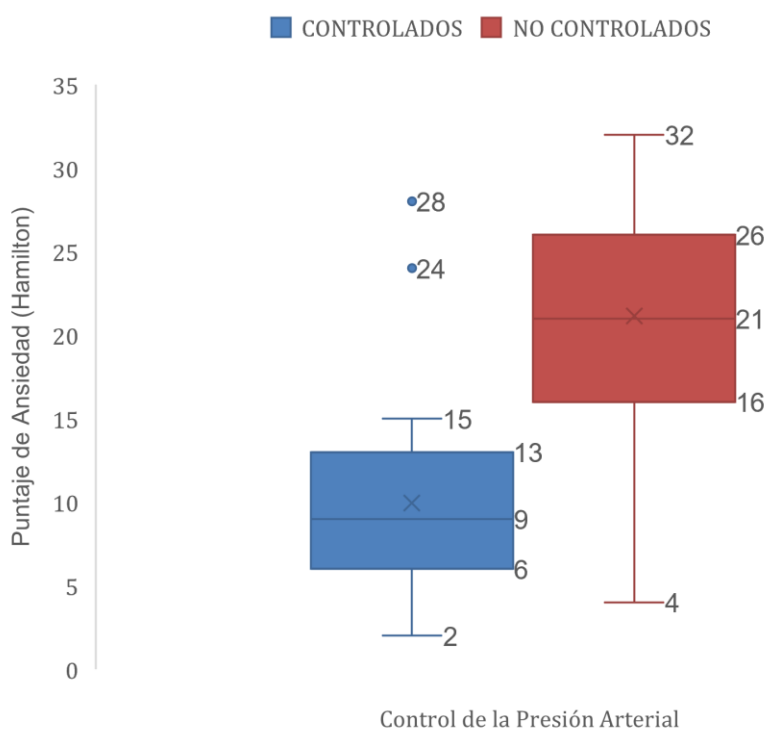


Gráfico 1. Distribución de los puntajes de ansiedad (Escala de Hamilton) según el estado de control de la presión arterial en pacientes del Centro de Salud Monsefú, 2026

DISCUSIONES

La presente investigación determinó que existe una asociación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la hipertensión arterial primaria no controlada en pacientes del Centro de Salud Monsefú ($p < 0,001$). Los hallazgos confirman la hipótesis planteada al demostrar que el estado emocional del paciente es un determinante crítico en la estabilidad de las cifras tensionales. En cuanto al perfil sociodemográfico descrito en la Tabla 1, se identificó un marcado predominio del sexo femenino con el 73,19% de la muestra, lo cual es consistente con lo reportado por Polishchuk et al. (7) y Cruz (12), quienes sostienen que las mujeres presentan una mayor susceptibilidad a manifestar síntomas afectivos al enfrentar enfermedades crónicas. Esta vulnerabilidad se confirma mediante el análisis de la Tabla 3, donde las mujeres presentaron una media de ansiedad significativamente superior ($18,55 \pm 8,17$) en comparación con los varones ($13,41 \pm 6,77$), con un valor $p = 0,000358$ que refuerza la disparidad de género en la carga emocional de la enfermedad.

Clínicamente, la Tabla 1 revela que el 64,49% de los pacientes presenta cifras de presión arterial no controladas. Este dato resulta preocupante al contrastarlo con el estudio de Mamani (14) en Tacna, donde el descontrol fue del 56,9%, lo que sugiere que en la población de Monsefú los factores psicosociales podrían estar influyendo con mayor intensidad en la baja eficacia del tratamiento estándar. Respecto a los niveles de ansiedad, la Tabla 1 muestra que el 64,49% de la muestra manifiesta algún grado de afectación, distribuyéndose en ansiedad leve (18,84%), moderada (21,01%) y grave (24,64%). Esta alta prevalencia de sintomatología coincide con la revisión de Aguirre y Jaramillo (10), quienes advierten que la ansiedad es el trastorno comórbido más común y menos diagnosticado en los programas de riesgo cardiovascular a nivel mundial. Asimismo, guarda relación con lo hallado por Milian (15), donde una proporción similar de pacientes presentó niveles moderados y severos de ansiedad; Serrano (13) encontró en su población de estudio una prevalencia del 47,3% con respecto a la ansiedad y, a diferencia de este estudio, encontraron que predominó la ansiedad leve (26,2%), seguida de la ansiedad moderada y grave (24,7%).

El hallazgo de mayor relevancia clínica para el cumplimiento de los objetivos se encuentra en la Tabla 2, donde el cálculo del Odds Ratio (OR) de 24,49 indica que la presencia de ansiedad incrementa casi veinticinco veces la probabilidad de mantener la presión arterial elevada en comparación con quienes tienen ansiedad nula. Este riesgo identificado es notablemente superior al OR de 2,9 hallado por Serrano (13) en Lima, lo que subraya la severidad del impacto

emocional en la zona de estudio. Como señalan Vivas et al. (6) y Oliveira et al. (11), la ansiedad persistente mantiene una hiperactividad del sistema nervioso simpático, generando una resistencia vascular periférica difícil de vencer únicamente con el abordaje farmacológico convencional.

Sobre el grado de correlación analizado en el Gráfico 2, el coeficiente de determinación $R^2=0,4147$ revela que la ansiedad explica el 41,4% de la variabilidad de la presión arterial sistólica en estos pacientes. La línea de tendencia ascendente y la ecuación de dispersión ($y = 0,2453x - 18,758$), se interpreta que por cada 10 mmHg que aumenta la presión arterial sistólica, el puntaje de ansiedad en la escala de Hamilton se eleva, en promedio 2,45 puntos. Este hallazgo permite opinar que existe una relación bidireccional de retroalimentación negativa: mientras que la ansiedad eleva la presión mediante la activación del sistema simpático, el conocimiento del paciente sobre su estado de descontrol tensional genera una angustia adicional. Se establece una correlación bidireccional donde el aumento de la presión arterial exacerba la sintomatología ansiosa; esta dinámica genera una resistencia que compromete los resultados de la terapéutica estándar. Es preciso diferenciar que, aunque nuestro estudio es de naturaleza correlacional y transversal, la literatura internacional profundiza en la causalidad de este fenómeno. Por ejemplo, el estudio multicéntrico COMETA de Pogosova et al. (8) establece que factores psicológicos como la ansiedad actúan como causas determinantes que sabotean las metas terapéuticas. En la misma línea, Hamam et al. (9) demuestran que la severidad de los síntomas psicológicos causa una interferencia directa en los mecanismos de autorregulación del organismo, dificultando el manejo de la hipertensión. A esta evidencia de causalidad se suma el trabajo de Vivas et al. (6), quienes concluyen que los trastornos de ansiedad no solo se asocian, sino que generan una predisposición directa para el desarrollo de la hipertensión arterial primaria, confirmando que la carga emocional funciona como un precursor patológico del daño cardiovascular. Así, mientras nuestro análisis en Monsefú confirma cómo ambas variables coexisten y se afectan proporcionalmente, los antecedentes de Pogosova, Hamam y Vivas validan que existe una relación de causa-efecto que perpetúa la enfermedad.

Un dato de vital importancia que no debe dejarse de lado es la relación con el grado de instrucción. En la Tabla 3 se observa que los pacientes sin estudios presentan los niveles de ansiedad más altos ($23,79 \pm 5,39$) y, según la Tabla 2, representan el 21,01% de los casos no controlados con un riesgo estadísticamente significativo ($p < 0.001$). Esto permite opinar que la baja escolaridad limita las herramientas de afrontamiento y la comprensión de la patología,

generando un estado de incertidumbre que alimenta el ciclo ansiedad-hipertensión. Además, el Gráfico 1 de muestra una clara diferencia jerárquica donde el grupo de "No Controlados" exhibe una distribución de ansiedad notablemente más elevada, con medianas y promedios que superan al grupo controlado. No obstante, la presencia de valores atípicos en el grupo de controlados sugiere que existen pacientes que, a pesar de tener cifras normales de presión, cargan con una tensión emocional elevada que los pone en riesgo de descompensación futura.

Finalmente, el análisis de la Tabla 2 revela un riesgo extremo en el grupo de adultos mayores (>60 años) tienen un OR de 9,18 de estar no controlados frente al grupo más joven. Si bien Milian (15) sugiere que los adultos suelen tener un mejor afrontamiento frente a los adultos mayores, los resultados demuestran que en Monsefú el adulto mayor es el eslabón más vulnerable emocional y físicamente. En conclusión, el descontrol tensional en el Centro de Salud Monsefú no es un fenómeno puramente biológico; la magnitud del riesgo identificado y la fuerza explicativa de la ansiedad sobre la presión sistólica justifican la necesidad urgente de un abordaje biopsicosocial, integrando estrategias de manejo emocional para reducir la prevalencia de una hipertensión que no responde al tratamiento estándar por factores psicológicos.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

1. Existe una asociación estadística significativa entre la presión arterial no controlada y la ansiedad.
2. El perfil del paciente hipertenso en el Centro de Salud Monsefú se caracteriza por una mayor tendencia del sexo femenino, adultos mayores y un bajo nivel de instrucción educativa, siendo este último un factor determinante en el incumplimiento de las metas tensionales.
3. La ansiedad es una comorbilidad prevalente y severa en la población estudiada, identificándose la sintomatología de grado grave como la manifestación más frecuente entre los pacientes hipertensos.
4. Los pacientes no controlados presentan puntajes de ansiedad significativamente superiores a los pacientes controlados.
5. Se confirmó una correlación positiva moderada-fuerte entre la presión arterial sistólica y los niveles de ansiedad. Ambas variables presentan una interdependencia, donde el incremento de los niveles tensionales se vincula directamente con el agravamiento del malestar psicológico.

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

- Al Centro de Salud Monsefú, se recomienda la implementación urgente de un programa de tamizaje de salud mental mediante el Test de Hamilton dentro del consultorio de Hipertensión Arterial. Dado que nuestro estudio demuestra que la ansiedad grave dispara el riesgo de descontrol tensional, no se puede seguir tratando la presión solo con fármacos sin evaluar el estado emocional del paciente.
- A la Estrategia de Salud Mental del establecimiento, se recomienda diseñar talleres de soporte emocional específicos para adultos mayores, con énfasis en el acompañamiento familiar. Los resultados sugieren que, a medida que el paciente avanza en edad, el riesgo de descontrol aumenta drásticamente, por lo que es vital sensibilizar a los familiares sobre la importancia de no dejar al paciente solo en su proceso de cuidado y tratamiento.
- Al personal de Salud de Monsefú, se recomienda reestructurar las charlas de educación sanitaria para enfrentar la deficiencia educativa identificada en la zona. Es inaceptable que el descontrol clínico esté ligado a la falta de instrucción básica; por ello, se deben crear materiales de comunicación puramente visuales y dinámicos que permitan al paciente con primaria incompleta o sin estudios comprender su enfermedad sin barreras de lenguaje técnico.
- A futuras investigaciones en la región, se sugiere estudiar el impacto del abandono familiar y la soledad como factores detonantes de la ansiedad en el hipertenso mayor. El presente estudio abre una puerta importante para evaluar cómo el entorno social de Monsefú está afectando directamente la efectividad de los tratamientos convencionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet Lond Engl*. 15 de enero de 2005;365(9455):217-23.
2. Rondón MB. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. octubre de 2006;23(4):237-8.
3. Jaén Águila F, Mediavilla García JD, Navarrete Navarrete N, Ramos Cortés JL, Fernández-Torres C, Jiménez Alonso JF. Ansiedad, depresión y su implicación en la hipertensión arterial resistente. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2014;31(1):7-13.
4. Gan Y, Gong Y, Tong X, Sun H, Cong Y, Dong X, et al. Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry*. 24 de diciembre de 2014;14(1):371.
5. Dennison RA, Feldman AL, Usher-Smith JA, Griffin SJ. The association between psychosocial factors and change in lifestyle behaviour following lifestyle advice and information about cardiovascular disease risk. *BMC Public Health*. 13 de junio de 2018;18(1):731.
6. Vivas A, Pérez V, González L. Correlación entre los trastornos de ansiedad y el desarrollo de hipertensión arterial primaria. *Salut Sci Spirit*. 3 de septiembre de 2025;11(02):41-6.
7. Polishchuk OY, Tashchuk VK, Barchuk NI, Amelina TM, Hrechko SI, Trefanenko IV. Anxiety and depressive disorders in patients with arterial hypertension. *Wiadomosci Lek Wars Pol* 1960. 2021;74(3 cz 1):455-9.
8. Pogosova N, Boytsov S, De Bacquer D, Sokolova O, Ausheva A, Kursakov A, et al. Factors Associated with Anxiety and Depressive Symptoms in 2775 Patients with Arterial Hypertension and Coronary Heart Disease: Results from the COMETA Multicenter Study. *Glob Heart*. 2021;16(1):73.
9. Hamam M, Kunjummen E, Hussain M, Nasereldin M, Bennett S, Miller J. Anxiety, Depression, and Pain: Considerations in the Treatment of Patients with Uncontrolled Hypertension - PubMed [Internet]. 2020 [citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33170388/>
10. Aguirre J, Jaramillo M. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en población con hipertensión arterial. *Rev Metrop Cienc Apl*. 1 de septiembre de 2024;7(3):70-8.
11. Oliveira A, de Jesus H, Oliveira E, Morais J, Roberto M. The relationship of high blood pressure, anxiety and stress: an integrative literature review. *Psicol estud*. 2021;26:e46083.
12. Cruz Arteaga AE. Ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial. Hospital Santa Rosa, 2019 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2022 [citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/88277>
13. Serrano S. Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud San Isidro, período julio-setiembre 2022 [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2023 [citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6546>
14. Mamani M. Ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada en el Centro de Salud de Pocollay y Centro de Salud la Esperanza de Tacna durante el periodo junio - julio del 2024 [Internet]. [Tacna]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2024 [citado 17 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/server/api/core/bitstreams/97bfe218-78b8-4507-9404-a1f0f7d66179/content>
15. Milian M. Nivel de ansiedad y su relación con el afrontamiento en pacientes hipertensos de un centro de atención primaria, 2022. [Lambayeque]: Universidad Señor de Sipán; 2024.
16. Al Ghorani H, Götzinger F, Böhm M, Mahfoud F. Arterial hypertension - Clinical trials update 2021. *Nutr Metab Cardiovasc Dis NMCD*. enero de 2022;32(1):21-31.
17. Hengel FE, Sommer C, Wenzel U. [Arterial Hypertension]. *Dtsch Med Wochenschr* 1946. 2022;147(7):414-28.
18. “Asesino silencioso”: 5.5 millones de peruanos mayores de 15 años sufren de hipertensión arterial [Internet]. [citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/895575-asesino-silencioso-5-5-millones-de-peruanos-mayores-de-15-anos-sufren-de-hipertension-arterial>

19. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022: Enfermedades crónicas en el Perú [Internet] [Internet]. INEI; 2022 [citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en:
https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2022.pdf
20. Jones D, Ferdinand K, Taler S, Williamson J, Altieri M, et al. 2025
AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines | *Circulation* [Internet]. [citado 19 de enero de 2026]. Disponible en:
<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001356>
21. Roy-Byrne P. Treatment-refractory anxiety; definition, risk factors, and treatment challenges. *Dialogues Clin Neurosci.* junio de 2015;17(2):191-206.
22. Villanueva L, Ugarte A, Concha ARU. Niveles de ansiedad y la calidad de vida en estudiantes de una Universidad Privada de Arequipa. *Av En Psicol.* 16 de diciembre de 2017;25(2):153-69.
23. Johnson HM. Anxiety and Hypertension: Is There a Link? A Literature Review of the Comorbidity Relationship Between Anxiety and Hypertension. *Curr Hypertens Rep.* 18 de julio de 2019;21(9):66.
24. Fang C, Lei J, Zhou S xian, Zhang Y ling, Yuan G yi, Wang J feng. Association of higher resistin levels with inflammatory activation and endothelial dysfunction in patients with essential hypertension. *Chin Med J (Engl).* febrero de 2013;126(4):646-9.
25. Arias PR, Gordón-Rogel J, Galárraga-Andrade A, García FE. Propiedades Psicométricas de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) en Estudiantes Ecuatorianos. *Rev AJAYU.* 29 de agosto de 2022;20(2):273-87.
26. Arias F. *El Proyecto de Investigación: Introducción a la metodología científica.* 7ª ed. Caracas: Editorial Episteme; 2024.
27. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré Saavedra R, Badia Llach X, Baró Salvador E, et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clínica.* 2002;118:493-9.

ANEXOS

ANEXO N°1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

Investigadores: Custodio Chafloque Sara Marleny, Roa Elias Anggie Julissa

Asesor: Dra. Denissa Pajuelo García

Título del Proyecto:

“Asociación entre ansiedad e hipertensión arterial primaria no controlada en pacientes del Centro de Salud Monsefú, 2026”

Fines del estudio: Determinar si existe asociación entre la hipertensión arterial primaria no controlada y la ansiedad.

Riesgos: No se prevén riesgos físicos ni psicológicos

Confidencialidad: Las respuestas que brinden serán anónimas y sólo se usarán para los propósitos de la investigación. En el caso de ser publicados los resultados de la investigación, se evitará toda información que permita identificar a las personas a las cuales pertenece la información.

Derechos del participante:

- La participación es voluntaria.
- Puede retirarse en cualquier momento sin repercusiones.
- Puede solicitar información adicional al personal investigador.

Declaración de Consentimiento

Con la información proporcionada, yo, , identificado/a con DNI: , autorizo la aplicación del cuestionario del estudio “.....” Declaro que:

1. He sido debidamente informado/a sobre el objetivo del estudio.
2. He comprendido que mi participación es voluntaria y puedo retirarme cuando lo desee.
3. Se me garantiza la confidencialidad de mis datos.

Al firmar, expreso mi consentimiento libre y voluntario para participar en la investigación.

Firma

ANEXO N°2: CUESTIONARIO

1. Su edad está entre:

- **40 a 50**
- **51 a 60**
- **61 a 75**

2. Sexo:

- **Femenino**
- **Masculino**

3. Usted tiene estudios hasta:

- **Sin estudios**
- **Primaria completa**
- **Secundaria completa**
- **Grado superior**

4. ¿Algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le ha tomado la presión los últimos 7 días?

- **Sí**
- **No**

Si su respuesta fue afirmativa, contesta la pregunta número 5.

5. ¿En qué rango está el valor de su presión arterial tomada?

- **<140/90**
- **>igual 140/90**

6. ¿Qué tipo de tratamiento está haciendo?

- **Medicamentos**
- **Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicio físico)**

7. Presión sistólica: _____

ANEXO N°3: Test de Hamilton para Ansiedad

Indique si durante el último mes, la intensidad con que se cumplieron o no los siguientes ítems

0. Ausente

1. Intensidad ligera

2. Intensidad media

3. Intensidad elevada

4. Intensidad máxima

Indicadores	0	1	2	3	4
1. Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, irritabilidad.					
2. Tensión: Sensaciones de tensión, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
3. Temores: A la oscuridad, a lo desconocido, a ser dejado solo.					
4. Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, temores nocturnos.					
5. Funciones intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
6. Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante.					
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo					
9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos fuertes, sensación de “baja presión” o desmayo.					
10. Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, sensación de falta de aire o de dificultad para respirar.					

11. Síntomas gastrointestinales: Dificultad al deglutir, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, heces blandas, pérdida de peso, diarreas.					
12. Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea, falta de periodo menstrual.					
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, dolor de cabeza por tensión.					
14. Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.					

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
Puntaje total	

ANEXO N°4: FICHA DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

ALUMNOS: Custodio Chafloque Sara Marleny (190208H) Roa Elias Elias Anggie Julissa (190221D)			
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Salud Mental			
TÍTULO: Asociación entre ansiedad e hipertensión arterial primaria no controlada en pacientes del Centro de Salud Monsefú, 2026			
PREGUNTA: ¿Existe asociación entre la hipertensión arterial primaria no controlada y la ansiedad en pacientes del centro de salud Monsefú?			
HIPÓTESIS: Existe asociación entre el control de la hipertensión arterial y la aparición de un trastorno de ansiedad.			
OBJETIVOS			
General: Determinar si existe asociación entre la hipertensión arterial primaria no controlada y la ansiedad.			
Específicos:			
Caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de los participantes en el estudio.	Identificar los niveles de ansiedad de los participantes en el estudio.	Analizar si existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre los pacientes con hipertensión controlada frente a los de hipertensión no controlada.	Determinar el grado de correlación entre el descontrol de la presión arterial y la presencia de síntomas ansiosos.
VARIABLES			
Variables	Dimensión	Indicador	
Sexo	Sociodemográfico	Masculino Femenino	
Edad	Sociodemográfico	40-50 años 51-60 años 61-75 años	
Nivel de Educación	Sociodemográfico	Sin estudios Primaria completa Secundaria completa Grado superior	
Nivel de Ansiedad	Clínica	Puntuación en escala de ansiedad (Test de Hamilton)	
Control de la Hipertensión	Clínica	Controlada No controlada	