

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



T E S I S

**Ansiedad y adherencia terapéutica de Diabetes Mellitus Tipo 2,
en pacientes del nivel primario de atención, Centro de Salud
Paragsha–Pasco 2025**

Para optar el título profesional de:

Médico Cirujano

Autor:

Bach. Darío Eliazar BALDEON CHACA

Asesor:

Dr. Cesar Ivan ROJAS JARA

Cerro de Pasco – Perú – 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



T E S I S

**Ansiedad y adherencia terapéutica de Diabetes Mellitus Tipo 2,
en pacientes del nivel primario de atención, Centro de Salud
Paragsha–Pasco 2025**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Dr. Elsa Ruth MONTERO JARA
PRESIDENTE

Dr. Javier SOLIS CONDOR
MIEMBRO

Mg. Marina Luz ELIAS MORENO
MIEMBRO



Universidad Nacional
Daniel Alcides Carrión
Creada por Ley 15527
promulgada el 23 de abril de 1965
LICENCIADA

DECANATO DE LA FACULTAD
DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 012-2025-UNDAC-D/UI-FMH

La Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional "Daniel Alcides Carrión" ha realizado el análisis de exclusión en el Software de similitud Turniting Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por:

Bach. Dario Eliazar BALDEON CHACA

Escuela de Formación Profesional de:

MEDICINA HUMANA

Tipo de Trabajo:

TESIS

Título de Trabajo:

"Ansiedad y adherencia terapéutica de Diabetes Mellitus Tipo 2, en pacientes del nivel primario de atención, Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025"

Asesor:

Dr. Cesar Ivan ROJAS JARA

Índice de Similitud:

14%

Calificativo:

APROBADO

Es cuanto informo, para los fines del caso.

Atentamente,



Firmado digitalmente por NAPA
SANCHEZ Cesar Martin FAU
20154605046 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02.12.2025 11:38:26 -05:00

Documento Firmado Digitalmente

CESAR MARTIN NAPA SANCHEZ

Jefe(e)

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN - FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA**

Se adjunta:

✓ **REPORTE DE TURNITING**

Edificio Estatal N° 4, Parque Universitario,
Yanacancha - San Juan Pampa.
Portal Institucional: <https://undac.edu.pe>
Gov.pe: <https://www.gob.pe/undac>
Mesa de Partes Virtual:
<https://digital.undac.edu.pe/mpv/inicio.do>

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento digital archivado en la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://digital.undac.edu.pe/verifica/inicio.do> e ingresando la siguiente clave: **C74NNQ2**

DEDICATORIA

A Dios, fuente de toda sabiduría y consuelo, por sostenerme en cada paso de este arduo camino, por dar sentido a mi vocación. A mis padres y hermano por el apoyo brindado, por enseñarme a perseverar y luchar por las metas.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser guía constante en este camino de aprendizaje, por darme fortaleza en los momentos de incertidumbre.

Agradezco de manera sincera a mi asesor de tesis. Para el desarrollo de esta investigación, fueron esenciales su meticulosidad metodológica, paciencia inagotable y guía experta.

Agradezco a mis docentes y mentores, por compartir su conocimiento con generosidad, por formar no solo profesionales, sino seres humanos comprometidos con el bienestar de los demás

Profundo agradecimiento a la jefa y personal de salud del Centro de Salud Paragsha por apoyarme y brindarme el apoyo necesario para la realización de esta investigación.

Por brindarme su tiempo, disposición, y colaboración agradezco a la población de estudio, fue fundamental para esta investigación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre ansiedad y adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025. **Metodología:** La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo básico, observacional, prospectivo y analítico. Se emplearon métodos científicos, sintéticos, deductivos, inductivos y estadísticos. El diseño fue no experimental, de corte transversal y correlacional. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario tipo Likert y se utilizaron registros documentales, en una muestra censal conformada por 45 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). **Resultados:** Los resultados evidencian una relación inversa entre ansiedad y adherencia terapéutica en pacientes con DM2. El 84.4% de pacientes presentó ansiedad leve y el 15.6% ansiedad moderada. Respecto a la adherencia, el 73.3% mostró alta adherencia y el 26.7% moderada adherencia. Los pacientes con ansiedad leve presentaron mayoritariamente alta adherencia (68.9%), mientras que aquellos con ansiedad moderada mostraron predominantemente moderada adherencia (11.1%) y solo el 4.4% logró alta adherencia, lo que sugiere que, a mayor nivel de ansiedad, menor es el compromiso terapéutico. **Conclusión:** Existe una relación significativa, inversa y de magnitud moderada ($r = -0.434$; $p = 0.003$) entre ansiedad y adherencia terapéutica en pacientes con DM2. Este hallazgo demuestra que la mayoría de los pacientes con ansiedad leve (68.9%) sí cumple con el tratamiento, mientras que la adherencia disminuye notablemente en aquellos con ansiedad moderada (4.4%).

Palabras clave: Ansiedad. Adherencia Terapéutica. Diabetes Mellitus Tipo 2.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between anxiety and therapeutic adherence in type 2 diabetes mellitus among patients at the first level of care at the Paragsha-Pasco Health Center 2025. **Methodology:** The research was conducted under a quantitative, basic, observational, prospective, and analytical approach. Scientific, synthetic, deductive, inductive, and statistical methods were employed. The design was non-experimental, cross-sectional, and correlational. A Likert-type questionnaire was applied for data collection, and documentary records were used. The sample was a census of 45 patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus (DM2). **Results:** The results indicate an inverse relationship between anxiety and therapeutic adherence in DM2 patients. 84.4% of patients presented mild anxiety, and 15.6% presented moderate anxiety. Regarding adherence, 73.3% showed high adherence, and 26.7% showed moderate adherence. Patients with mild anxiety predominantly showed high adherence (68.9%), while those with moderate anxiety primarily showed moderate adherence (11.1%) and only 4.4% achieved high adherence, suggesting that higher levels of anxiety are associated with lower therapeutic engagement. **Conclusion:** There is a significant, inverse, and moderate magnitude ($r = -0.473$; $p = 0.003$) relationship between anxiety and therapeutic adherence in patients with DM2. This finding demonstrates that the majority of patients with mild anxiety (68.9%) do comply with treatment, while adherence decreases notably in those with moderate anxiety (4.4%).

Keywords: Anxiety, Therapeutic Adherence, Type 2 Diabetes Mellitus.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se considera una condición medicamente crónica, ya sea en lo físico o psicológico, esta enfermedad tiende a ser muy demandante por las repercusiones que acarrea en el proceso evolutivo de este, las personas diagnosticadas con DM2 deben realizar modificaciones en su estilo de vida y en el autocontrol de su glucemia para poder alcanzar un buen control glucémico y metabólico, para así poder ralentizar la aparición de complicaciones propias de la DM2.

Las personas diagnosticadas con DM2 tienen una probabilidad de 2 a 3 veces mayor de presentar depresión y ansiedad, ya que estas personas atraviesan por un proceso de ajuste que muchas veces genera reacciones y sentimientos como: depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida (1) . Lo que a su vez genera un mayor descuido en el control glucémico y metabólico, lo que puede agravar la ansiedad y este a la vez agravar la diabetes.

La Organización Mundial de la Salud señala que cerca del 3,6% de la población sufre de trastornos de ansiedad generalizada. En particular, el 17,5% de las mujeres, a diferencia del 9,5% de los hombres (2).

La presente investigación busca la relación entre la ansiedad y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo2, ya que una buena adherencia terapéutica contribuye a un buen control glucémico y metabólico, también a que el paciente no entre en estrés constante por las complicaciones de la diabetes y por lo tanto no contribuya a la ansiedad.

En el contexto del Centro de Salud Paragsha–Pasco, donde se atiende una población vulnerable con limitaciones en acceso, disponibilidad y soporte terapéutico, resulta pertinente investigar la relación entre ansiedad y adherencia terapéutica en pacientes con DM2. La ansiedad, como respuesta emocional ante el diagnóstico y las exigencias del tratamiento, puede interferir en la toma de decisiones clínicas del paciente y en su capacidad para mantener conductas saludables. Estudios recientes

han reportado que niveles elevados de ansiedad se asocian con menor adherencia al tratamiento farmacológico y conductual, afectando directamente el control glucémico y la evolución clínica de la enfermedad.

Por tanto, esta investigación se orienta a determinar la relación entre ansiedad y adherencia terapéutica en pacientes con DM2 atendidos en el primer nivel de atención, específicamente en el Centro de Salud Paragsha–Pasco durante el año 2025. El estudio busca aportar evidencia científica que permita fortalecer las estrategias de intervención psicoeducativa y mejorar el seguimiento terapéutico en esta población, contribuyendo al enfoque integral de la atención primaria en salud.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
ÍNDICE	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y determinación del problema	1
1.2. Delimitación de la investigación	3
1.3. Formulación del problema.....	4
1.3.1. Problema general	4
1.3.2. Problemas específicos	4
1.4. Formulación de objetivos	5
1.4.1. Objetivo general	5
1.4.2. Objetivos específicos.....	5
1.5. Justificación de la investigación	6
1.6. Limitaciones de la investigación.....	6

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio	8
2.2. Bases teóricas - científicas	15
2.3. Definición de términos básicos	32
2.4. Formulación de hipótesis	34
2.4.1. Hipótesis general.....	34

2.4.2. Hipótesis específica.....	34
2.5. Identificación de variables.....	35
2.6. Definición operacional de variables e indicadores.....	36

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación	37
3.2. Nivel de investigación	37
3.3. Método de Investigación	38
3.4. Diseño de investigación	38
3.5. Población y Muestra	39
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	39
3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación	40
3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	41
3.9. Tratamiento estadístico.....	42
3.10. Orientación ética filosófica y epistémica.....	42

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo	43
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	44
4.3. Prueba de hipótesis	52
4.4. Discusión de resultados.....	60

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Estadísticas de fiabilidad de adherencia terapéutica.....	41
Tabla 2 Tabla cruzada Ansiedad según Adherencia Terapéutica	44
Tabla 3 Tabla cruzada Ansiedad Psíquica según Adherencia Terapéutica.....	45
Tabla 4. Tabla cruzada Ansiedad Somática según Adherencia Terapéutica.....	46
Tabla 5. Tabla cruzada Ansiedad según AT Régimen Terapéutico	47
Tabla 6. Tabla cruzada Ansiedad según AT Conocimiento y Percepción de la Enfermedad	48
Tabla 7. Tabla cruzada Ansiedad según AT Acceso y Disponibilidad	49
Tabla 8. Tabla cruzada Ansiedad según AT Apoyo Social y Médico.....	50
Tabla 9. Tabla cruzada Ansiedad según AT Clínica	51
Tabla 10. Correlaciones entre la Ansiedad con la Adherencia Terapéutica	53
Tabla 11. Correlaciones entre la Ansiedad Psíquica con la Adherencia Terapéutica .	54
Tabla 12. Correlaciones entre la Ansiedad Somática con la Adherencia Terapéutica	55
Tabla 13. Correlaciones entre la Ansiedad con la AT Régimen Terapéutico.....	56
Tabla 14. Correlaciones entre la Ansiedad con la AT Conocimiento y Percepción de la Enfermedad	57
Tabla 15. Correlaciones entre la Ansiedad con la AT Acceso y Disponibilidad	58
Tabla 16. Correlaciones entre la Ansiedad con la AT Apoyo Social y Médico.....	59
Tabla 17. Correlaciones entre la Ansiedad con la AT Clínica	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ansiedad según Adherencia Terapéutica	44
Figura 2. Ansiedad Psíquica según Adherencia Terapéutica	45
Figura 3 Ansiedad Somática según Adherencia Terapéutica	46
Figura 4. Ansiedad según AT Régimen Terapéutico	47
Figura 5. Ansiedad según AT Conocimiento y Percepción de la Enfermedad	48
Figura 6. Ansiedad según AT Acceso y Disponibilidad.....	49
Figura 7. Ansiedad según AT Apoyo Social y Médico	50
Figura 8 Ansiedad según AT Clínica	51

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y determinación del problema

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que con el pasar de los años fue aumentando su prevalencia en toda la población, siendo las personas adultas mayores de 40 años las que tienen más probabilidad de desarrollarla.

Dentro de esta enfermedad se observan muchas repercusiones a nivel de la salud general de la persona y que son estudiados día a día, pero hay una repercusión que muchos no toman en cuenta, y que pasa muchas veces desapercibido de los especialistas, esta repercusión es la Psicológica, ya que en estudios se evidencio que las personas con diabetes mellitus tipo 2 tienen una alta prevalencia a desarrollar depresión y ansiedad.

Siendo la depresión y ansiedad un problema de salud de mental, esto a su vez conlleva a un mal control de la diabetes tipo 2 y a una mala adherencia al tratamiento, haciendo así que las repercusiones tanto psicológicas, físicas y psicosociales aumenten en gran medida, lo cual lleva a un agravamiento de la enfermedad, siendo las repercusiones de esta enfermedad más agresivas debido al descuido de la persona y al incumplimiento de la terapia.

Los conflictos psicológicos no diagnosticados, ansiedad, incrementan en gran medida el descuido personal del paciente, haciendo así que la enfermedad progrese más rápido.

La ansiedad y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) han sido ampliamente estudiadas debido a su impacto en la calidad de vida y el control de la enfermedad. A nivel internacional, estudios han demostrado que la ansiedad puede afectar negativamente la adherencia terapéutica, lo que conlleva un mal control glucémico y un mayor riesgo de complicaciones (3). En México, una investigación realizada en la Unidad de Medicina Familiar No. 16 encontró que el 61,8% de los pacientes con DM2 presentaban mala adherencia terapéutica, y que la ansiedad tenía una asociación significativa con esta problemática (3).

Además, en España, se ha señalado que la falta de adherencia terapéutica dificulta el control de la enfermedad y que es necesario mejorar la formación de los profesionales de salud para abordar este problema (4).

En Perú, un estudio realizado en el Hospital San José de Chíncha identificó una correlación positiva entre la ansiedad y la depresión en pacientes con DM2, lo que sugiere que aquellos que presentan síntomas depresivos tienen mayor vulnerabilidad a desarrollar ansiedad (5).

Si no se implementan estrategias efectivas para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con DM2, se espera un aumento en las complicaciones asociadas a la enfermedad, como neuropatías, retinopatías y enfermedades cardiovasculares. La ansiedad, al ser un factor que interfiere con el cumplimiento del tratamiento, podría agravar la situación, generando un mayor uso de recursos sanitarios y una disminución en la calidad de vida de los pacientes.

Para mitigar estos efectos, es fundamental desarrollar intervenciones multidisciplinarias que incluyan apoyo psicológico, educación sobre la enfermedad y estrategias de seguimiento personalizado. La implementación de

programas de salud mental en centros de atención primaria podría mejorar la adherencia terapéutica y reducir los niveles de ansiedad en los pacientes con DM2. Además, el uso de herramientas digitales para el monitoreo y recordatorio de medicamentos podría ser una solución efectiva.

1.2. Delimitación de la investigación

Delimitación espacial: La investigación se desarrolló en el Centro de Salud Paragsha, ubicado en Pasco - Perú. Se identificaron los pacientes atendidos en este centro de salud que padecen *Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)* y que reciben tratamiento en el nivel primario de atención.

Delimitación temporal: El estudio se desarrolló durante el año 2025, abarcando los meses de junio a septiembre para la recolección y análisis de datos.

Delimitación poblacional: La población objetivo estuvo conformada por paciente diagnosticados con DM2 que acuden al Centro de Salud Paragsha para tratamiento. Que incluirá criterios como edad, género y tiempo de diagnóstico.

Delimitación conceptual: El estudio se enfocó en la relación entre ansiedad y adherencia terapéutica: Considerando las dimensiones Régimen terapéutico, Conocimiento y percepciones de la enfermedad, Acceso y disponibilidad, Apoyo social y médico, y Clínica con respecto a adherencia terapéutica, y las dimensiones de ansiedad psíquica y ansiedad somática con respecto a la ansiedad, y niveles ansiedad leve, moderada o grave en pacientes con DM2.

Delimitación metodológica: Se utilizó una metodología cuantitativa, incluyendo encuestas y entrevistas estructuradas con pacientes y profesionales de la salud. También se recurrirá a análisis estadísticos para evaluar la correlación entre ansiedad y adherencia terapéutica.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre ansiedad y adherencia terapéutica de Diabetes Mellitus Tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025?

1.3.2. Problemas específicos

- a. ¿Cuál es la relación entre ansiedad psíquica y adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025?
- b. ¿Cuál es la relación entre ansiedad somática y adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025?
- c. ¿Cuál es la relación entre ansiedad y el régimen terapéutico de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025?
- d. ¿Cuál es la relación entre ansiedad y el conocimiento y percepciones de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025?
- e. ¿Cuál es la relación entre ansiedad y el acceso y disponibilidad de medicamentos de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025?
- f. ¿Cuál es la relación entre ansiedad y el apoyo social y médico brindado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025?
- g. ¿Cuál es la relación entre ansiedad y la clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Paragsha-

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la ansiedad y adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.

1.4.2. Objetivos específicos

- a. Determinar la relación entre ansiedad psíquica y adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.
- b. Determinar la relación entre ansiedad somática y adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.
- c. Determinar la relación entre ansiedad y el régimen terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.
- d. Determinar la relación entre ansiedad y el conocimiento y percepciones de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes atendidos en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.
- e. Determinar la relación entre ansiedad y el acceso y disponibilidad de medicamentos de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.
- f. Determinar la relación entre ansiedad y el apoyo social y médico brindado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.
- g. Determinar la relación entre ansiedad y la clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Paragsha-

1.5. Justificación de la investigación

Relevancia científica: La DM2 es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en Perú y el mundo. Estudios han demostrado que la ansiedad puede afectar negativamente la adherencia terapéutica, lo que conlleva un mal control glucémico y un mayor riesgo de complicaciones.

Impacto en la salud pública: En Perú, la DM2 representa un desafío para el sistema de salud debido a su alta incidencia y las dificultades en el cumplimiento del tratamiento. La falta de adherencia terapéutica genera un aumento en hospitalizaciones y costos sanitarios.

Beneficio para los pacientes: Comprender la relación entre ansiedad y adherencia terapéutica permite el desarrollo de estrategias de intervención que mejoren la calidad de vida de los pacientes con DM2. La implementación de programas de apoyo psicológico y educación en salud podría optimizar el tratamiento y reducir complicaciones.

Contribución a la comunidad científica: Este estudio aporta evidencia sobre la importancia de la salud mental en el manejo de enfermedades crónicas, contribuyendo al desarrollo de políticas de salud más integrales.

1.6. Limitaciones de la investigación

Limitaciones metodológicas: El sesgo en la selección de la muestra la investigación se centró en pacientes de un solo centro de salud, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otras regiones de Perú. También la información sobre ansiedad y adherencia terapéutica dependerá de cuestionarios, lo que puede estar sujeto a sesgos de percepción o memoria.

Limitaciones temporales: por el periodo de estudio restringido la investigación se desarrolló en el presente año (2025), lo que impide evaluar cambios en la adherencia terapéutica y ansiedad a lo largo del tiempo.

Limitaciones en la disponibilidad de información: Por los datos secundarios insuficientes contaremos con la falta de estudios previos específicos sobre ansiedad y adherencia terapéutica en pacientes con DM2 en Perú puede dificultar la comparación de resultados.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio

Internacional

Narváez, A. (2023), tuvo como propósito analizar la relación entre ansiedad y depresión en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) y hipertensión arterial significativa (HT) tratada en 17D06 unidades de salud del distrito. El método utilizado fue el diseño de investigación de métodos de correlación transversales cuantitativos y no experimentales. El examen fue de 152 pacientes que participaron en el servicio médico y familiar interno en el distrito 17D06. Para la recopilación de datos, la alarma de Hamilton fue el volumen del Centro de Investigación Epidemiológica de Depresión (CES-D) fue una escala (HARS) y un cuestionario para las variables sociodemográficas. Los resultados muestran que los pacientes con DM2 tenían una mayor ansiedad (47,8%, n = 46) y un tipo de depresión medio (45,7%, n = 46). Los pacientes con resultados de HTA mostraron una mayor extensión de alarma del 65.8% (n = 79) en un nivel grave, mientras que la depresión tenía un nivel moderado (36,7%, n = 79), lo que nos permite concluir que los pacientes con HTA tienen varios síntomas de visión de intensidad. Un grupo de pacientes con una combinación de morbilidad domina los síntomas de ansiedad y depresión mixtas (63,0%, n = 27) (6).

López y Topa (2017), en su estudio tuvieron como propósito identificar los elementos que se relacionan con la depresión y la ansiedad en individuos de entre 35 y 64 años que padecen diabetes mellitus tipo II y tienen hipertensión. Metodología: analítica, observacional, transversal y de asociación, mediante una encuesta aplicada a 278 pacientes que sufren de diabetes mellitus tipo II y de hipertensión arterial esencial, con el fin de identificar los factores sociodemográficos y clínicos que se vinculan a estas condiciones. Los hallazgos del estudio señalaron que el género no afecta la ansiedad, aunque sí tiene un impacto en la depresión, que es más común en las mujeres. Tanto la ansiedad como la depresión pueden surgir en cualquier etapa de la vida. El grado de educación no muestra asociación con la depresión, pero a medida que aumenta, también se incrementa el riesgo de experimentar ansiedad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al estado civil de los sujetos, y no hubo relación entre la ansiedad y los niveles de ingreso económico; sin embargo, se observó que un aumento en los ingresos se correlaciona con una disminución de la depresión. Las comorbilidades tienen un efecto sobre la ansiedad, aunque no sobre la depresión, y finalmente, un mayor tiempo con la enfermedad está más relacionado con estas condiciones mentales (7).

Lebrón y Arias (2019), se plantearon como objetivo entender la prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo I y II. Se llevó a cabo un estudio descriptivo con el objetivo de recopilar datos que detallen los signos y síntomas de depresión en la población elegida. En este evento, se realizaron entrevistas a 80 pacientes y se aplicó un cuestionario sociodemográfico para recopilar datos generales sobre los pacientes y aspectos relacionados con sus capacidades de manejo, además del inventario de depresión de Aaron Beck (BDI -II). Los hallazgos indican que la incidencia de signos y síntomas de depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo I y II es reducida (8).

Flores, Cruz, et al. (2024), en su investigación el objetivo fue analizar la relación existente entre la ansiedad, la depresión, el cumplimiento de los tratamientos y el comportamiento de pacientes que han sido diagnosticados con Diabetes tipo II. Se realizó un estudio con 344 individuos con diagnóstico en un hospital ubicado en la Ciudad de México. Se utilizaron herramientas validadas, como la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS), la Escala de Cumplimiento con el Tratamiento Farmacológico y la Escala de Actitudes hacia la Adherencia a la Medicación, para examinar las variables relevantes. Los resultados indican una conexión negativa significativa entre la depresión y el cumplimiento del tratamiento ($r = -0.121$, $p < 0.05$), se encontró una correlación positiva entre ansiedad y depresión ($r = 0.524$, $p < 0.01$). Subrayando cómo los factores emocionales afectan el tratamiento de esta condición crónica (9).

Castillo, Salinas, et al. (2023), investigaron con el objetivo fue analizar la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus y los factores que contribuyen a su incumplimiento. La falta de adherencia a la terapia farmacológica representa la causa fundamental del fracaso en múltiples tratamientos, incluyendo la diabetes. Este estudio se enfocó en identificar los elementos que afectan la adherencia terapéutica en individuos diagnosticados con Diabetes Mellitus. Se ha observado que esta falta de adherencia genera altos costos para el sistema de salud, deteriora la calidad de vida de los pacientes, y, especialmente, impide obtener resultados clínicos favorables. En la actualidad, el incumplimiento de la terapia farmacológica sigue siendo la principal razón del fracaso de varios tratamientos, incluyendo la diabetes. Esta falta de adherencia a la terapia resulta en elevados costos para el sistema de salud, problemas en la calidad de vida de los pacientes y, fundamentalmente, obstaculiza la obtención de resultados clínicos positivos (10).

Haro, et al (2025) desarrollaron en California México un estudio con el objetivo de analizar la relación entre la adherencia al tratamiento y los niveles

de estrés, ansiedad y depresión en pacientes con diabetes tipo 2. Metodología: El estudio tuvo un diseño transversal y analítico con adultos atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 16, utilizando el test Morisky-Green para evaluar la adherencia y la escala DASS-21 para medir el estrés, ansiedad y depresión. Resultados: De los 157 participantes, el 61,8% mostró baja adherencia terapéutica. La ansiedad fue la más frecuente (26,8%), seguida por el estrés (19,8%) y la depresión (11,5%), predominando los niveles leve y moderado. Solo la ansiedad mostró una asociación significativa con la adherencia terapéutica (χ^2 4,662. $p=0.038$), mientras que el estrés y la depresión no evidenciaron relación. Conclusión: En los pacientes con diabetes tipo 2, se observó una prevalencia de baja adherencia terapéutica y ansiedad, evidenciándose una relación significativa entre ambas. En contraste, no se halló asociación entre la adherencia y los niveles de estrés o depresión (3).

Nacional

Garay (2018), tuvo como propósito identificar la frecuencia de Depresión y Ansiedad en Pacientes que padecen Diabetes tipo 2. Se utilizó un enfoque de investigación prospectivo, transversal, descriptivo y observacional, con un grupo de 63 pacientes. Se aplicaron las siguientes herramientas: cuestionarios clínicos destinados al diagnóstico de depresión y ansiedad, así como la Prueba de Zung para la evaluación de Ansiedad y Depresión. Los hallazgos de la muestra de 63 individuos diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) mostraron las siguientes características: En cuanto a la ausencia o presencia de depresión y ansiedad, de los 63 evaluados, el 92% (58) mostró síntomas de depresión, el 84% (53) ansiedad y el 83% (52) tanto depresión como ansiedad. En conclusión, el estudio presenta resultados significativos relacionados con la existencia de depresión y ansiedad, evidenciando un deterioro emocional en los pacientes; además, se encontró que los niveles de ansiedad y depresión en personas con

DMT2 eran más comunes entre hombres que entre mujeres, y en el rango de edad de 50 a 60 años (11).

Vallejo (2022), se planteó como propósito evaluar la adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II durante el año 2022. Se observó que un 56.4% de los pacientes cumple con el tratamiento farmacológico. El grupo de edad de 59 a 68 años fue el más frecuente, alcanzando un 22,1%, mientras que el género masculino se presentó más recurrentemente con un 50,7%. Los pacientes de Lima Sur fueron los más numerosos, representando un 52,9%, y el nivel educativo más común entre ellos fue el superior, con un 33,6%. El grupo de amas de casa fue el que mayor recurrencia mostró, con un total de 21,4%. La mayoría reportó tener entre 10 y 20 años con la enfermedad, alcanzando un 32,1%. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial, con un porcentaje del 25,7%. La mayoría indicó que no había tenido hospitalizaciones, representando un 27,9% (12).

Amao Valle, K (2020), tuvo como finalidad analizar el impacto de la ansiedad y la depresión en la adherencia al tratamiento en individuos con diabetes tipo 2 en el Hospital de Camaná. Metodología: Este estudio es de carácter analítico, con un diseño observacional, correlacional y transversal. Se llevó a cabo con una muestra de 90 pacientes diabéticos del Hospital de Camaná que cumplían con los criterios de inclusión. Para la recolección de datos, se utilizó una entrevista junto con una ficha de recolección, el Test de Morisky Green Levine para evaluar la adherencia al tratamiento y la Escala de Hamilton para medir niveles de ansiedad y depresión. Se observó que, de los 90 participantes, el 64.44% era mujeres y el 35,56% hombres. Además, el mayor porcentaje de pacientes diabéticos, 48,88%, se encontró en el grupo de edad de 50 a 67 años (13).

Quispe (2024), tuvo el objetivo: Determinar la asociación de depresión y ansiedad sobre la adherencia terapéutica en adultos con DM2 Métodos: La

investigación se llevó a cabo en el Hospital Antonio Lorena y el Hospital Regional del Cusco durante los meses de mayo y junio de 2024. Se utilizó un diseño observacional de corte transversal analítico, con una muestra de 358 personas y los datos se obtuvieron a través de la revisión de historias clínicas y un formulario de recolección de datos que incluía pruebas validadas para evaluar depresión (PHQ-9), ansiedad (GAD-7) y adherencia al tratamiento (ARMS-e). El 67.9% tenía depresión, el 57,8% ansiedad y el 22,9% una mala adherencia al tratamiento (14).

Torres (2023), plantea su objetivo identificar la conexión entre la adherencia a la terapia y la calidad de vida en personas con diabetes que asisten al Centro de Salud Villa San Luis en 2023. Metodología: Con un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional, se examinó a 120 pacientes con diabetes tipo II a través de la implementación de dos encuestas. Se halló que, la adherencia al tratamiento entre los participantes fue en su mayoría considerada regular, alcanzando un 40%. La calidad de vida de los individuos evaluados mostró en gran medida una afectación regular, con un 44,2% (15).

Marcos y Pérez (2023) realizaron en Chinchá su investigación con el objetivo de Determinar la relación entre la depresión y los síntomas afectivos en adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo II. Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo correlacional con un diseño no experimental de corte transversal. Participaron 80 personas, se emplearon las escalas de Zung para depresión y ansiedad. Resultados: El 41% no presentó depresión, mientras que el 16% tuvo niveles moderados. En ansiedad, el 59% presentó niveles moderados y el 5% niveles severos. Se utilizó el coeficiente Rho de Spearman, obteniendo una correlación positiva significativa ($Rho = 0,545$, $p = 0,000$), confirmando que la depresión incrementa la vulnerabilidad a la ansiedad. Conclusión: existe correlación positiva considerable entre

depresión y ansiedad, de modo el individuo que presenta depresión es vulnerable al padecimiento de un cuadro ansioso (5).

Regional

González y Zavala (2019), tuvo como propósito conocer la relación entre la adherencia al tratamiento y los estilos de vida de las personas que padecen diabetes tipo 2; se utilizaron como instrumentos un cuestionario con datos personales y un test de Likert que incluía afirmaciones sobre las variables, las cuales fueron respondidas por los pacientes durante la entrevista. Los hallazgos mostraron que, en la variable de adherencia terapéutica, el 79% indicó que cumple a veces, mientras que, en la dimensión de tratamiento higiénico-dietético, el 67% mencionó que cumple a veces. En la dimensión relacionada con el tratamiento farmacológico, el cumplimiento a veces fue del 56%, y en la dimensión de la relación personal salud-enfermedad, el 61% de los participantes también cumple a veces. Se llegó a la conclusión de que, en casi la mitad (47%), la adherencia terapéutica se presenta a veces cuando los estilos de vida no son del todo beneficiosos (16).

Escobar (2022), en su investigación tuvo como objetivo: Determinar la relación entre resiliencia y estilos de afrontamiento en pacientes diabéticos. El tipo de investigación fue descriptivo, diseño correlacional, de corte transversal, con el objetivo de relacionar el nivel de resiliencia y los estilos de afrontamiento en los pacientes diabéticos. Para este estudio se trabajó con la poblacional muestral de 38 pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Félix Mayorca Soto y como técnica el muestreo no probabilístico intencional; la recolección de datos fue a través de dos cuestionarios, uno de resiliencia y el otro de estilos de afrontamiento. Los resultados evidencian que del total de pacientes diabéticos estudiados el 71,1% tienen una resiliencia regular y el 68,4% sus estilos de afrontamiento son regulares, existiendo correlación positiva moderada y

significativa ($r= 0,585$) ($p= 0,000$). Se ha podido establecer que existe relación estadística significativa entre ambas variables (17).

2.2. Bases teóricas - científicas

Atención de salud en el primer nivel de atención

El primer nivel de atención de salud abarca establecimientos de baja complejidad, como los puestos de salud (postas médicas) y centros de salud. Se le considera la puerta de entrada al sistema de salud, siendo el más cercano y accesible para la ciudadanía (18).

Esta se divide en las siguientes categorías: Categoría I-1, Categoría I-2, Categoría I-3 y Categoría I-4.

Categoría I-1: En esta categoría los establecimientos de salud cuentan con profesionales de la salud, más no tienen médicos cirujanos.

Categoría I-2: En esta categoría los establecimientos de salud cuentan con profesionales de la salud, incluyendo médicos cirujanos con o sin especialidad.

Categoría I-3: Corresponden a esta categoría:

- Centro de salud.
- Centro médico.
- Centro médico especializado.
- Policlínico.

Categoría I-4: Corresponden a esta categoría:

- Centro de salud con camas de internamiento.
- Centro médico con camas de internamiento (19).

Atención de salud preventivo promocional

Es aquella que se realiza a nivel individual o grupal, tiene el fin de mejorar la salud de la población, evitando que sufra daño o muerte. Las actividades

preventivo promocionales tienen dos beneficios uno a nivel de la población y otro a nivel del técnico:

a. A nivel de la población se pretende que:

- Las personas puedan tener una vida saludable cambiando algunas costumbres y se enfermen menos.
- Aprendan a cuidar su salud y la de su familia.

b. A nivel del establecimiento:

- Predecir con tiempo lo que va ocurrir, actuar de manera adecuada en la aparición de enfermedades y de muerte en la población.
- Ahorrar tiempo y dinero (20).

Ansiedad

Definición

La American Psychiatric Association (APA) (2025) concibe la ansiedad como una reacción normal al estrés. Nos pueden alertar ante peligros, y nos ayudan a prepararnos y prestar atención. Los trastornos de ansiedad difieren de las sensaciones normales de nerviosismo o ansiedad, e incluyen el miedo o la ansiedad en exceso. Los trastornos de ansiedad son los más comunes de los trastornos mentales. Algunos niveles de ansiedad pueden ofrecer beneficios en algunas situaciones (21).

Según Macias, Pérez, López, Beltrán y Morgado (2019) “La ansiedad se define como la anticipación a una amenaza futura que surge de la percepción de estímulos generales potencialmente dañinos, evocando un estado de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia” (22).

Estrada, et al (2024), citado en Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) define el Trastorno de Ansiedad como la preocupación excesiva, anticipación aprensiva, que se produce durante más

días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (23).

Etimología

El concepto de ansiedad tiene su origen en el término latino *anxietas*, el cual se traduce como un estado de inquietud, agitación o desasosiego emocional (Real Academia Española, 2014). Esta definición se intersecta con la de angustia, ya que ambas comparten una raíz etimológica común. Además, es fundamental diferenciar entre ansiedad y miedo. Tradicionalmente, se han establecido tres criterios para esta distinción. El primero se refiere a la presencia o ausencia de un estímulo específico, donde el miedo se caracteriza por la existencia de un objeto real que representa una amenaza, mientras que la ansiedad se manifiesta como la anticipación de un peligro sin un objeto concreto. El segundo criterio se enfoca en los síntomas dominantes; el miedo se asocia con respuestas motoras de lucha o huida, en contraste con la ansiedad, que se acompaña de síntomas de inmovilización y de un sentimiento de incapacidad (de Ansorena et al., Cobo & Romero, 1983; Cattell, 1983; González, 1993). El tercer criterio se centra en la relación entre el estímulo y la respuesta, donde el miedo se considera una reacción apropiada a la magnitud del peligro, a diferencia de la ansiedad, que resulta ser desmedida en comparación (24).

Epidemiología

Domínguez, J., Expósito, V., Torres, E., (2024) indica que según la OMS señala que cerca del 3,6% de la población sufre de trastornos de ansiedad generalizada durante un año determinado. Igualmente, el 2,7% de los habitantes del planeta experimenta un trastorno de pánico a lo largo de su vida, y el 6,6% presenta un trastorno de ansiedad. En particular, el 17,5% de las mujeres, a diferencia del 9,5% de los hombres, ha sufrido algún tipo de trastorno de ansiedad en el transcurso de su existencia. Estos trastornos son más comunes en personas que padecen enfermedades crónicas en comparación con quienes no

tienen ninguna enfermedad subyacente. Además, los trastornos de ansiedad exhiben un patrón social, lo que significa que su prevalencia crece a medida que disminuyen los ingresos (2).

Diagnóstico:

Manifestaciones clínicas

Es imprescindible descartar cualquier razón médica física que genere ansiedad, por lo que la exploración física inicial es crucial, en la medida de lo posibles.

Los síntomas pueden solaparse con otras enfermedades médicas, pero de forma sistémica pueden agruparse en 4 categorías:

- Tensión motora: temblor, inquietud, sobresaltos, tensión y algias musculares, fatigabilidad.
- Hiperactividad autonómica: palpitaciones, opresión precordial, disnea, náuseas, polaquiuria, mareo, sudoración, algias abdominales, manos frías y húmedas, diarrea, dificultad para tragar, sofocos, escalofríos.
- Expectación aprensiva: inquietud interna, desasosiego, vivencia de amenaza, temores difusos, inseguridad, presentimientos de la nada y disolución del yo.
- Vigilancia y alerta: nerviosismo, impaciencia, irritabilidad, falta de atención y concentración, hipervigilancia, insomnio de primera mitad, mala calidad del sueño, pesadillas (25)..

Síntomas físicos:

- Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad
- Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias
- Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial
- Respiratorios: disnea
- Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia,

meteorismo Irritabilidad, inquietud, desasosiego

- Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual

Síntomas psicológicos y conductuales:

- Preocupación, aprensión
- Sensación de agobio
- Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
- Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
- Conductas de evitación de determinadas situaciones
- Obsesiones o compulsiones
- Inhibición o bloqueo psicomotor (26).

Se dará preferencia a la entrevista clínica para establecer el diagnóstico. Los instrumentos o escalas se utilizarán para complementar la valoración, son preferibles aquellos cuestionarios breves, fáciles de manejar e interpretar como la Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) (27).

Niveles de la ansiedad

Dash, S. (2021), sostiene que los grados de ansiedad pueden ser afectados por la personalidad, las tácticas de manejo, las vivencias vitales y el sexo. Generalmente, los niveles de ansiedad se categorizan en función del grado de angustia y deterioro que se han experimentado (28).

Se clasifican en:

1) Ansiedad leve

A pesar de que frecuentemente se clasifica como subclínica o clínicamente no relevante, la ansiedad leve puede impactar en el rendimiento emocional, social y laboral. Los signos de leve ansiedad pueden manifestarse en forma de ansiedad social o timidez, y pueden ocurrir desde la temprana infancia hasta la adultez. Si no se trata, la ligera

ansiedad puede llevar a estrategias de manejo desadaptativas o a alteraciones mentales más serias.

2) Ansiedad moderada

Los individuos con grados moderados de ansiedad muestran síntomas más habituales o constantes que aquellos con ansiedad leve, pero aun así muestran un funcionamiento cotidiano más óptimo que aquellos con ansiedad severa o trastorno de pánico. Por ejemplo, individuos con ansiedad moderada pueden manifestar síntomas como sentirse nerviosos, tener dificultades para manejar sus inquietudes o no poder relajarse durante varios días o la mayoría de los días de la semana, pero no todos los días. A pesar de que los síntomas de ansiedad moderada pueden ser perturbadores, individuos con ansiedad moderada pueden conseguir manejar su ansiedad mediante el apoyo de un médico o tácticas de autoayuda.

3) Ansiedad severa

La ansiedad severa es extremadamente debilitante, y sus síntomas satisfacen los criterios diagnósticos esenciales para un trastorno de ansiedad de relevancia clínica. Los individuos con alta ansiedad tienden a lograr calificaciones más elevadas en las escalas de angustia y menores en su rendimiento. Los signos de ansiedad intensa a menudo conviven con una depresión más grave, lo que podría contribuir a una discapacidad más elevada. Los signos de ansiedad intensa son habituales y duraderos, y podrían abarcar un incremento en la frecuencia cardíaca, una sensación de miedo y aislamiento social. Estos signos pueden causar el desempleo y un incremento en los gastos asociados a la asistencia sanitaria. Adicionalmente, las personas que padecen de ansiedad intensa pueden optar por el alcohol y las drogas para manejar sus síntomas.

Dimensiones de la ansiedad

Según Sheehan (1982), citado por Ávila (2018), se distingue 2 dimensiones entre la ansiedad exógena (PSIQUICA) y la endógena (SOMATICA) (29).

1) Dimensión ansiedad psíquica

Se relaciona con conflictos externos, psicosociales o personales que están vinculados a una ansiedad generalizada. Se comprende como una tendencia personal a reaccionar ante situaciones y estímulos diversos, y suele aparecer durante extensos periodos de tiempo ante cualquier tipo de situación.

Se presenta algunos puntos que abarcan esta dimensión los cuales son: animo ansioso, tensión, temor o miedos, insomnio, cognitivas o funciones intelectuales, humor depresivo, general y fisiológico (27) (29).

- Animo ansioso: produce sensaciones incómodas como inquietud, preocupación, hipervigilancia o irritabilidad (30)
- Tensión: produce situaciones de incertidumbre, inestabilidad, disonancia o conflicto que generan procesos predictivos orientados a acontecimientos futuros de relevancia emocional (31).
- Temor o miedo: son miedos tanto característicos como vagos, que pueden ser desproporcionales o irracionales frente a la situación (32).
- Insomnio: dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, no reparador, generado por la ansiedad (27).
- Cognitiva o funciones intelectuales: se refiere a problemas para concentrarse, mala memoria (27).
- Humor depresivo: no disfrutar de los pasatiempos comunes, tristeza, interés perdido hacia actividades que causaban satisfacción, variación de humor (27).

- General y fisiológico: se refiere al momento cuando se encuentra en una conversación, dialogo o entrevista, se presentan tics, sudoración de manos, manos o dedos temblorosos, agitación, inquietud (27).

2) Dimensión ansiedad somática

Es autónoma e independiente de los estímulos del entorno y suele estar relacionada sobre todo con ciertas manifestaciones clínicas, como los ataques de pánico y las fobias. Se considera una etapa emocional pasajera y fluctuante en relación a la duración e intensidad de la reacción emocional; surge ante un evento o circunstancia específica que da lugar a una activación somática y autonómica, según la percepción consciente de la tensión subjetiva.

Se presenta algunos puntos que abarcan esta dimensión los cuales son: musculares, sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios, autónomos (SNA). (29) (27)

- Musculares: se presentan con síntomas como contracciones musculares, rigidez muscular, bruxismo, voz temblorosa o quebrada. (27)
- Sensoriales: se presenta con síntomas como sensaciones de parestesias, sensación de calor o escalofríos, visión borrosa (27).
- Cardiovasculares: se presenta con síntomas como aumento de la frecuencia cardíaca, sensación de desmayo, palpitación o dolores en el pecho (29).
- Respiratorios: se presenta como sensación de constricción u opresión torácica, suspiros consecutivos, disnea.
- Gastrointestinales: se manifiesta con síntomas como náuseas, vómitos, sensación de estómago lleno, dispepsia, meteorismo, borborignos.

- Genitourinarios: se manifiesta con síntomas como micción frecuente, irregularidades menstruales, frigidez, eyaculación precoz, pérdida del deseo sexual y disfunción eréctil.
- Autónomos: se manifiesta con síntomas como rubor, palidez, sudoración, boca seca, cefalea por tensión, erecticismo piloso (27).

Ambas dimensiones contribuyen a la adaptación y subsistencia por lo que presentan características semejantes como las reacciones fisiológicas, las respuestas motoras, los sentimientos de aprensión y los pensamientos relacionados con el peligro (29).

Adherencia terapéutica de DM2 Adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica puede definirse como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito (4).

La adherencia al tratamiento es esencial para el triunfo del tratamiento, influyendo de manera significativa en el control de la glucosa y los resultados clínicos. Los individuos con alta adherencia muestran mejores índices de HbA1c, un riesgo reducido de ingresos hospitalarios, una mortalidad reducida y un gasto total en salud. Se ha acordado que, para considerar una correcta adherencia terapéutica, se debe consumir $\geq 80\%$ de las dosis prescritas (33)..

Métodos para medir la adherencia

1) Método directo

Se enfocan en establecer la cantidad en una muestra biológica (como la sangre u orina) del medicamento, sus metabolitos o de algún indicador biológico. Entre las técnicas directas, también se encuentra la terapia directamente observada (TDO), que puede ser realizada por profesionales de la salud, asistentes sociales, familiares o incluso entre pacientes con la misma enfermedad, ya sea en un centro de salud, en una Farmacia

Comunitaria, en el hogar del paciente o en el lugar de residencia de un voluntario.

2) Método indirecto

Este grupo abarca la valoración de los datos suministrados por el paciente o su atención médica, basándose en la entrevista clínica o un cuestionario validado (34)..

La OMS clasificó los factores que intervienen en la adherencia terapéutica en cinco dimensiones:

- Factores socioeconómicos. Beneficia la adherencia contar con un mayor respaldo familiar y social, y repercute de manera negativa en la ausencia de este o en la presencia de conflictos familiares.
- Factores relacionados con el sistema sanitario y sus profesionales. tiene efecto negativo, problemas para acceder a la asistencia sanitaria (distancia al centro de salud, incompatibilidad de horarios, entorno rural, etc.). Disminuir las veces que se deben recolectar medicamentos en la farmacia mejora la adherencia. Además, puede tener un efecto adverso si el paciente no ha obtenido la información adecuada sobre su tratamiento y/o patología.
- Factores relacionados con el tratamiento. El surgimiento de efectos secundarios o tratamientos con directrices complejas también pueden poner en riesgo la adherencia al tratamiento. Así como la toma de medicamentos múltiples reduce la adherencia terapéutica.
- Factores relacionados con la patología. La gravedad de la enfermedad, su pronóstico o el efecto que puede afectar la calidad de vida también puede alterar la conducta terapéutica de los pacientes. Así, la falta de síntomas o la mejoría clínica de la enfermedad pueden representar un obstáculo para un adecuado cumplimiento de la terapia.

- Factores relacionados con el paciente. se ha observado que cuanto más joven es el paciente, menor es la adherencia al tratamiento, y tener apoyo familiar aumenta la adherencia (33) (34)

Dimensiones de la adherencia a medicación de DM2

1) Régimen terapéutico

El régimen terapéutico comprende el conjunto de acciones prescritas por el personal de salud para controlar la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), incluyendo el uso de medicamentos, el control dietético, la actividad física y el monitoreo glicémico. La adherencia a este régimen es fundamental para evitar complicaciones crónicas. De acuerdo con la American Diabetes Association (ADA), la adherencia a múltiples componentes del tratamiento es crítica para alcanzar objetivos glicémicos adecuados (35). Sin embargo,

Shrivastava, SR; Shirvastava, PS; Ramanasy, J (2013) ha identificado que muchos pacientes abandonan total o parcialmente el régimen por complejidad, efectos secundarios o percepciones negativas sobre el tratamiento (36).

2) Conocimiento y percepciones de la diabetes mellitus tipo 2

El conocimiento que tiene el paciente sobre la DM2 y su percepción sobre la gravedad, susceptibilidad y beneficios del tratamiento repercuten directamente en su adherencia. Según Rosenstock, 1974, el modelo de creencias en salud (Health Belief Model) sugiere que cuanto mayor es la percepción del riesgo y el beneficio, mayor es la probabilidad de adherencia (37). El estudio de Powers et al. 2020, muestra que pacientes con mayor alfabetización en salud y comprensión sobre la enfermedad logran mejores niveles de autocuidado y cumplimiento terapéutico (38). En el estudio de Awad, NY, Fakhry, B, et al. (2025) muestra que pacientes con conocimiento y educación de la DM2 se correlacionan positivamente con mejores

prácticas de salud y actitud con respecto al manejo de la DM2, incluyendo la adherencia terapéutica. (39)

3) Acceso y disponibilidad

El acceso a los servicios de salud, medicamentos, insumos y seguimiento médico es esencial para la adherencia terapéutica. Las barreras geográficas, económicas o administrativas afectan negativamente el cumplimiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 22023, la falta de acceso a medicamentos e insumos constituye uno de los principales obstáculos en el tratamiento eficaz de enfermedades crónicas como la DM2 (40). En el estudio de Castillo-Laborde C, Hirmas-Adaury M, et al. (2022), La diabetes fue la condición más estudiada; la mayoría de la evidencia proviene de pacientes. La asequibilidad y la disponibilidad de medicamentos fueron la dimensión y barrera específica más reportadas respectivamente. Entre los países de ingresos altos y medios, las barreras identificadas fueron el costo de los medicamentos, las largas distancias a las instalaciones y los aspectos culturales; el costo del transporte emerge en entornos de bajos ingresos. (41). En el estudio de Ali, A.M.; Cobran, E.K.; et al. (2022). mostraron que las barreras personales, como el nivel socioeconómico, el estado de salud y psicológico, se asociaron con la imposibilidad de obtener medicamentos. Las barreras financieras, incluyendo el costo de los medicamentos de bolsillo y el empleo, se asociaron con el acceso a medicamentos recetados. El tipo de programa de financiación de los centros de salud, como barrera estructural, se asoció con el acceso a medicamentos. (42)

4) Apoyo social y médico

El apoyo recibido por parte del entorno familiar, la comunidad y los profesionales de salud fortalece la adherencia terapéutica. El

acompañamiento emocional y la supervisión periódica tienen un impacto positivo en la motivación del paciente.

Según Miller, TA; DiMatteo, MR. (2013), Estudios empíricos han demostrado relaciones positivas y significativas entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes. El apoyo social familiar proporciona a los pacientes ayuda práctica y puede mitigar el estrés de vivir con la enfermedad (43). En el estudio de Almubaid, Z.; Alhaj, Z.; et al. (2024) se encontró una correlación significativa entre el apoyo social y los resultados de salud de los pacientes diabéticos, y la mayoría de los artículos informaron que el apoyo social mejora los resultados de salud de los pacientes diabéticos. Los estudios demuestran que existe cierta correlación entre el apoyo social y la mejora de los resultados de salud de los pacientes diabéticos. (44)

5) Clínica

La adherencia terapéutica es un fenómeno clínico multidimensional que involucra el cumplimiento del régimen prescrito y la persistencia en el tiempo. La OMS define la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona coincide con las recomendaciones acordadas por un profesional de la salud”.

En el estudio de Evans, M; Engberg, S; et al. (2021). informaron de una asociación entre mayor adherencia/persistencia y mayores reducciones en los niveles de hemoglobina glicada. Una mejor adherencia/persistencia se asoció con menos resultados microvasculares y/o macrovasculares y hospitalización hospitalaria, así como un gasto sanitario total menor o más bajo en cuanto al presupuesto. Se necesitan estrategias de educación y tratamiento para abordar la adherencia y persistencia subóptimas para mejorar los resultados clínicos y económicos (45). Según Jimmy, B., & Jose, J. (2011). La falta de adherencia a la medicación en los pacientes conduce

a un empeoramiento sustancial de la enfermedad, muertes y un aumento de los costes sanitarios. Es probable que varios factores afecten la adherencia. Las barreras para la adherencia podrían abordarse como factores para pacientes, proveedores y sistemas sanitarios, con interacciones entre ellos (46).

Diabetes mellitus tipo 2

Definiciones:

La diabetes mellitus tipo 2 (DT2) es una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no logra utilizar eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula la concentración de glucosa en la sangre. Un efecto común de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (es decir, la glucemia elevada) que, con el tiempo, daña gravemente muchos órganos y sistemas del organismo, sobre todo los nervios y los vasos sanguíneos (47).

Lu, X., Xie, Q., Pan, X. et al. La DT2 es un trastorno que se distingue por una progresiva y variada pérdida no autoinmune de la secreción correcta de insulina en las células β de los islotes, a menudo acompañada de resistencia a la insulina (RI) y síndrome metabólico (SM). La DT2 constituye el 96% de la diabetes y es una de las graves enfermedades crónicas no contagiosas que ponen en riesgo grave la salud de las personas, sin una comprensión completa de la patogénesis de esta. (48)

Epidemiología

Lu, X., Xie, Q., Pan, X. et al. La diabetes se ha transformado en un problema de salud global a causa de su elevada incidencia, discapacidad y mortalidad. Se calcula que es la octava causa principal de fallecimiento por discapacidad combinada. La diabetes tipo 2 es una condición poligenética compleja y multifactorial que puede ser atribuida a varios factores de riesgo. La obesidad y la preobesidad son los factores de riesgo más significativos para la

diabetes de tipo 2. En 2021, la prevalencia mundial de diabetes estandarizada por edad fue superior en hombres que en mujeres, registrando una relación de 1,14 entre hombres y mujeres, a pesar de las diferencias entre regiones. La prevalencia global de diabetes alcanzó su punto máximo en el grupo de 75 a 79 años, con un 24,4%, mientras que fue inferior al 1% en el grupo de menores de 20 años. (48)

Fisiopatología

Galicia-Garcia, U., Benito-Vicente, A., Jebari, S., et al. (2020). Un mal funcionamiento de los bucles de retroalimentación entre la acción de la insulina y la secreción de insulina resulta en niveles anormalmente altos de glucosa en sangre. En el caso de disfunción de las células β , la secreción de insulina se reduce, lo que limita la capacidad del cuerpo para mantener niveles fisiológicos de glucosa. Por otro lado, la resistencia a la insulina contribuye al aumento de la producción de glucosa en el hígado y a la disminución de la captación de glucosa tanto en el músculo, el hígado y el tejido adiposo. Incluso si ambos procesos tienen lugar temprano en la patogénesis y contribuyen al desarrollo de la enfermedad, la disfunción de las células β suele ser más grave que la resistencia a la insulina. Sin embargo, cuando tanto la disfunción de las células β como la resistencia a la insulina están presentes, la hiperglucemia se amplifica llevando a la progresión de la DMT2 (49).

Criterios diagnósticos

- A1C $\geq 6,5$ % (≥ 48 mmol/mol).
- Glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dL ($\geq 7,0$ mmol/L). El ayuno se define como la ausencia de ingesta calórica durante al menos 8 horas
- Glucosa plasmática a las 2 horas ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l) durante la prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTOG). La prueba debe realizarse según lo descrito por la OMS, utilizando una carga de glucosa

equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua

- En una persona con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica, una glucemia plasmática aleatoria ≥ 200 mg/dL ($\geq 11,1$ mmol/L). Se considera aleatoria en cualquier momento del día, independientemente del tiempo transcurrido desde la comida anterior (50).

Psicopatología y diabetes

Según Jiménez Chafey, M., Dávila, M. (2007), la diabetes es considerada, dentro de las condiciones médicas crónicas, una de las más demandantes en términos físicos, psicológicos y emocionales. Inicialmente, las personas diagnosticadas con diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos tales como: coraje, depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida.

Estas reacciones y sentimientos pueden llevar a estas personas a asumir una actitud de descuido para con su condición, lo que genera una diabetes descontrolada, con altas y bajas significativas de los niveles de glucosa (azúcar) en la sangre, que también pueden producir cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, depresión, ansiedad y euforia.

El estrés emocional y psicológico que experimenta la persona con diabetes puede convertirse en un círculo vicioso y en el peor obstáculo para el manejo de su condición; una diabetes poco controlada puede producir respuestas psicológicas negativas que pueden exacerbar la enfermedad. El padecer una condición crónica como es la diabetes tiene efectos no solo físicos, sino psicológicos y emocionales. Entre los efectos físicos se han mencionado los síntomas y las complicaciones que pueden causar cambios en los estados de ánimo, como también cambios en el estatus mental (1).

Relación entre ansiedad y diabetes mellitus tipo 2

Según Benítez-Agudelo, JC., Barceló-Martínez, E., Gelves-Ospina, M. (2018). La ansiedad es una de las comorbilidades más frecuentes en la diabetes

mellitus de tipo 2 (DM2) y se ha señalado, entre otras cosas, que estos trastornos están asociados con el temor de los pacientes de presentar hipoglucemia. Los síntomas de ansiedad se pueden confundir con síntomas adrenérgicos propios de la hipoglucemia, lo cual hace difícil algunas veces diferenciarlas. Algunos autores indican que los trastornos de ansiedad pueden estar relacionados con un pobre control metabólico de la enfermedad; sin embargo, no se ha logrado demostrar dicha relación. Igualmente, no se ha encontrado relación entre el cortisol metabólico de la diabetes y la existencia de sintomatología ansiosa (ansiedad rasgo). Sin embargo, parece existir una fuerte relación entre un mal control metabólico y elevados niveles de ansiedad, es decir, las personas con un peor control presentan una mayor ansiedad en el momento de acudir a consulta, pero esta sintomatología no aparece por fuera de esta situación, por lo cual no se puede establecer la existencia de un trastorno de ansiedad (Fernández y Portellano, 2008; Martínez, Lastra y Luzurriaga, 2002) (51).

Según Jiménez Chaafey, M., Dávila, M. (2007). Estudios médicos recientes han demostrado la influencia que tiene la ansiedad en los niveles de glucosa en la sangre, activando el circuito fisiológico característico del estrés. Este circuito fisiológico de estrés existía en los seres humanos primitivos como un mecanismo de supervivencia y fue diseñado para situaciones de estrés a corto plazo.

Cuando percibimos una situación de estrés, el hipotálamo, situado en nuestro cerebro, segrega HLC (hormona liberadora de corticotropina). Esta hormona estimula la glándula pituitaria para que libere ACTH (adrenocorticotropina), que a su vez hace que las glándulas suprarrenales segreguen tres hormonas adicionales: adrenalina, noradrenalina y glucocorticoide. La adrenalina y la noradrenalina aumentan la presión sanguínea y el ritmo cardíaco, desvían el riego sanguíneo del sistema gastrointestinal a los músculos y aceleran el tiempo de reacción (Hamson et ál., 1987). El cortisol

libera glucosa de los depósitos fisiológicos para proporcionar al cuerpo combustible inmediato, lo que aumenta los niveles de glucosa en la sangre (1).

La activación a largo plazo de este circuito fisiológico provoca enfermedades físicas y psicológicas crónicas y dañinas, como las dolencias cardíacas, las úlceras, la obesidad, las adicciones, la depresión, los desórdenes específicos de ansiedad y la debilitación del sistema inmunológico. Del mismo modo, exacerba enfermedades existentes en la persona, como lo es primordialmente la diabetes, y la predispone al desarrollo de complicaciones relacionadas con la condición.

Estudios han evidenciado que un mejor manejo de la ansiedad ayuda a mantener unos niveles óptimos de glucosa en la sangre y mejora al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su condición de salud. Además, el manejo adecuado de la ansiedad permite que las personas aumenten el sentido de control, lo que puede resultar en un mayor cuidado de su diabetes, ya sea normalizando sus niveles de glucosa, aumentando su adherencia al tratamiento con insulina o medicamento y/o incorporando paulatinamente la buena alimentación y los ejercicios en sus estilos de vida (1).

2.3. Definición de términos básicos

1. Ansiedad: Es como una reacción normal al estrés. Puede alertar ante peligros, y ayudan a prepararnos y prestar atención (21).
2. Ansiedad psíquica: Es una reacción relacionada con conflictos externos, psicosociales o personales que están vinculados a una ansiedad generalizada (29).
3. Ansiedad somática: Es una respuesta autónoma e independiente de los estímulos del entorno y suele estar relacionada sobre todo con ciertas manifestaciones clínicas (29).
4. Adherencia terapéutica: Es una medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto

de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito (4).

5. Régimen terapéutico: El régimen terapéutico comprende el conjunto de acciones prescritas por el personal de salud para controlar la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), incluyendo el uso de medicamentos, el control dietético, la actividad física y el monitoreo glicémico (35), (36).
6. Conocimiento y percepciones de la enfermedad: El conocimiento que tiene el paciente sobre la DM2 y su percepción sobre la gravedad, susceptibilidad y beneficios del tratamiento repercuten directamente en su adherencia (37), (38).
7. Acceso y disponibilidad: El acceso a los servicios de salud, medicamentos, insumos y seguimiento médico es esencial para la adherencia terapéutica. Las barreras geográficas, económicas o administrativas afectan negativamente el cumplimiento (40), (41).
8. Apoyo social y médico: El apoyo recibido por parte del entorno familiar, la comunidad y los profesionales de salud fortalece la adherencia terapéutica. El acompañamiento emocional y la supervisión periódica tienen un impacto positivo en la motivación del paciente (43), (52).
9. Clínica: La adherencia terapéutica es un fenómeno clínico multidimensional que involucra el cumplimiento del régimen prescrito y la persistencia en el tiempo. La OMS define la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona coincide con las recomendaciones acordadas por un profesional de la salud” (45), (46).

2.4. Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre ansiedad y la adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.

2.4.2. Hipótesis específica

- a. Existe relación significativa entre ansiedad psíquica y la adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.
- b. Existe relación significativa entre ansiedad somática y la adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.
- c. Existe relación significativa entre ansiedad y el régimen terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.
- d. Existe relación significativa entre ansiedad y conocimiento y percepciones de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.
- e. Existe relación significativa entre la ansiedad y el acceso y disponibilidad de medicamentos de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.
- f. Existe relación significativa entre ansiedad y el apoyo social y médico brindado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.
- g. Existe relación significativa entre ansiedad y la clínica en pacientes

con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.

2.5. Identificación de variables

Variable 1

Ansiedad: Se medirá a través de escalas psicológicas validadas, para el caso se utilizará la Escala de Ansiedad de Hamilton.

Variable 2

Adherencia terapéutica: Se evaluará mediante Cuestionario estandarizado que analicen el cumplimiento de Régimen terapéutico, Conocimiento y percepciones de la enfermedad, Acceso y disponibilidad, Apoyo social y médico, Clínica.

2.6. Definición operacional de variables e indicadores

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Ansiedad	La ansiedad es como una reacción normal al estrés. Puede alertar ante peligros, y ayudan a prepararnos y prestar atención (21).	Nivel de síntomas de ansiedad experimentados por el paciente con DM2, evaluado mediante escala estandarizada.	Psíquica	<ul style="list-style-type: none"> • Ánimo • Tensión • Temor • Insomnio • Cognitivo • Depresión • General y fisiológico
			Somática	<ul style="list-style-type: none"> • Musculares • Sensoriales • Cardiovasculares • Respiratorios • Gastrointestinales • Genitourinario • Autónomos
Adherencia a la terapéutica	La adherencia terapéutica puede	Cumplimiento a la terapéutica por	Régimen terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de dosis y frecuencia prescrita • Duración del tratamiento
de Diabetes Mellitus Tipo 2	es una medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados (30).	parte del paciente con DM2, en cuanto a: Régimen terapéutico, Conocimiento y percepciones de la enfermedad, Acceso y disponibilidad, Apoyo social y médico, Clínica.		<ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios percibidos • Uso de combinaciones farmacológicas
			Conocimiento y percepciones de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de comprensión sobre la diabetes y su tratamiento • Percepción de la eficacia del medicamento • Motivación para seguir el tratamiento • Creencias sobre la medicación
			Acceso y disponibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Facilidad para obtener los medicamentos • Costo del tratamiento • Accesibilidad a consultas médicas • Barreras logísticas
			Apoyo social y médico	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de la relación médico-paciente • Seguimiento y orientación médica • Apoyo de familiares o cuidadores • Participación en programas de educación en diabetes
			Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Control de glucosa en sangre • Presencia de complicaciones • Cumplimiento de controles médicos • Evolución del estado de salud

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación básica es de *tipo cuantitativa*, cuantitativa porque permite la medición objetiva de las variables (ansiedad y adherencia terapéutica de DM2, de *tipo básico* porque buscan incrementar el conocimiento existente en la realidad y en el campo teórico, de *tipo observacional* por que el investigador no interviene ya que los datos reflejan la evolución de los eventos ajena a la voluntad del investigador (53), fundamentalmente *prospectivo* por lo que se recogen los datos utilizando instrumentos que elabora el investigador de pacientes con DM2 y se complementa con seguimiento futuro para evaluar cambios en adherencia y ansiedad, *transversal* porque todas las variables son medidas en un solo momento y *analítico* porque lo que el análisis estadístico es bivariado para determinar la fuerza y significancia de la relación entre ansiedad y adherencia terapéutica (54),

3.2. Nivel de investigación

El nivel de *investigación relacional* porque empleó un procedimiento, dado que si se tiene dos variables categóricas lo que se busca en el estudio es la asociación (55).

3.3. Método de Investigación

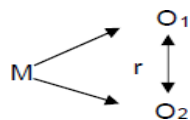
El método es el modo ordenado de proceder para llegar a un resultado o fin determinado, en especial para describir la verdad y sistematizar los conocimientos. La investigación utilizó los siguientes métodos: *Científico*:

Se basa en la observación, formulación de hipótesis y análisis de resultados para obtener conocimiento verificable sobre ansiedad y adherencia terapéutica. *Lógico-deductivo*: Parte de principios generales para llegar a conclusiones específicas, útil para establecer relaciones teóricas entre ansiedad y adherencia terapéutica. *Inductivo*: Se fundamenta en la observación de casos particulares para formular generalizaciones, permitiendo identificar patrones en la adherencia terapéutica. *Analítico*: Descompone el problema en sus elementos esenciales para estudiar la relación entre ansiedad y adherencia terapéutica de manera detallada. *Sintético*: Integra los hallazgos de diferentes estudios para construir una visión global sobre la relación entre las variables (56), (57).

3.4. Diseño de investigación

El diseño de investigación será el *no experimental*, porque no manipuló las variables, sino que se miden y observan en su estado natural, es de tipo *correlacional* porque busca establecer relaciones estadísticas como el coeficiente de correlación de Spearman entre las variables sin establecer causalidad (58).

Cuyo esquema grafico es:



Donde:

M :Son pacientes con DM2 atendidos de manera ambulatoria en el
Centro de Salud Paragsha.

O1 : Ansiedad

O2 : Adherencia terapéutica

r : Representa la relación entre las variables

3.5. Población y Muestra

Población muestral:

Se ha identificado una población finita y heterogénea conformada por el total de pacientes con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que reciben atención ambulatoria en el Centro de Salud Paragsha. El universo poblacional está constituido por 45 pacientes debidamente registrados en el establecimiento.

Muestreo: De tipo censal, se aplica cuando la población de estudio es pequeña, manejable o accesible en su totalidad. Consiste en incluir a todos y cada uno de los individuos que cumplen con los criterios de inclusión dentro de la población definida.

Criterios de Inclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Tener diagnóstico médico confirmado de DM2.
- Contar con al menos 6 meses de tratamiento en el establecimiento de salud.
- Aceptar participar voluntariamente mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico previo de trastorno psiquiátrico mayor.
- Embarazadas con diabetes gestacional.
- Pacientes con deterioro cognitivo evidente que impida responder los cuestionarios

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas:

Encuestas: Método estructurado que permitió obtener información cuantitativa sobre ansiedad y adherencia terapéutica.

Análisis documental: Revisión de registros médicos y estudios previos para la ubicación de los usuarios y complementar los datos obtenidos.

Instrumentos:

Cuestionarios estructurados:

Escala de ansiedad de Hamilton que cuenta con 14 reactivos: dimensión psíquica de 7 ítems y dimensión somática de 7 ítems, las cuales incluyen las dimensiones cognitivas, fisiológicas y conductuales/motores, todos con 5 alternativas.

El cuestionario sobre adherencia terapéutica cuenta con 25 reactivos: con 5 dimensiones; régimen terapéutico, conocimiento y percepción de la enfermedad, acceso y disponibilidad, apoyo social y médico y por último dimensión clínica cada una con 5 ítems, todos con 5 alternativas.

Registros documentales: Se utilizaron las historias clínicas y reportes médicos para complementar el análisis la salud del usuario.

3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación

La selección

Los instrumentos se originaron en base a las variables. Para la variable ansiedad se toma la escala de ansiedad de Hamilton del Instituto Mexicano del Seguro Social (27). Para la variable adherencia terapéutica se opta por la elaboración de un cuestionario estructurado.

La validación

La escala de ansiedad de Hamilton es un instrumento validado y de fiabilidad comprobada a nivel mundial para ser utilizada en numerosos ensayos clínicos. Para el cuestionario sobre adherencia terapéutica se contó con 6 profesionales médicos que actuaron como expertos para analizar su relevancia técnica, claridad conceptual y validez de contenido, dando por APLICABLE al instrumento.

La confiabilidad

Posterior a la validez se aplicó la prueba piloto en una población de 12 pacientes ambulatorios. Dado que el cuestionario sobre adherencia terapéutica presenta respuestas politómicas se utilizó la estadística del índice de fiabilidad de Alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad, obteniendo un resultado de .862, calificando como BUENA CONFIABILIDAD.

Tabla 1 *Estadísticas de fiabilidad de adherencia terapéutica*

Alfa de Cronbach	N de elementos
.862	25

Fuente: Base de Datos

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Técnicas de procedimientos:

Se detallan la forma en que se procedieron con los datos una vez recolectados mediante:

- Organización y preparación de los datos en Excel y SPSS.
- Presentación de datos en tablas y figuras bivariadas

Técnicas de análisis:

La información obtenida permite valorar la relación entre las variables del estudio mediante el análisis inferencia:

- Correlación de Spearman.
- Comparación de los hallazgos con estudios previos y teorías relacionadas con los patrones de significancia en la relación de las variables.
- Arribar a las conclusiones y recomendaciones basadas en los resultados obtenidos.

3.9. Tratamiento estadístico

Se utilizó la estadística inferencial, de tipo no paramétrico para las variables principales y sus dimensiones, previamente se realizó la prueba de normalidad lo cual permitió elegir la prueba siendo esta el coeficiente de correlación de Spearman (59), con la finalidad de realizar la interpretación de resultados y compararlos con referencias científicas y arribar a las conclusiones y recomendaciones basadas en con estudios previos.

3.10. Orientación ética filosófica y epistémica

La orientación ética en esta investigación de la salud humana fue con responsabilidad y respeto a los derechos de los participantes, teniendo en cuenta los siguiente:

Consentimiento Informado: La participación de los pacientes debe ser totalmente voluntaria, sin ninguna forma de coerción o presión brindando al paciente información clara, de tal manera que entiendan el objetivo del estudio, los riesgos, beneficios, la duración y la garantía de que pueden retirarse en cualquier momento sin represalias.

Confidencialidad y Privacidad: Los datos recolectados (puntuaciones de Ansiedad y Adherencia) deben ser codificados para desvincularlos de la identidad del paciente. Por otro lado, el manejo de datos sensibles como la información clínica (como el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 y los datos de la historia clínica) debe ser tratada como datos sensibles y almacenada de forma segura.

Principio de Beneficencia y No Maleficencia: El estudio debe asegurar que los riesgos para los participantes sean mínimos (el riesgo principal es el estrés o incomodidad al responder preguntas sensibles sobre ansiedad).

- Aplicabilidad de las normas de la institución (UNDAC).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo

El trabajo de campo para la tesis se inició tras obtener los permisos institucionales pertinentes del Centro de Salud Paragsha–Pasco. Esta fase de planificación incluyó la coordinación con la Dirección y el personal del Primer Nivel de Atención para identificar y acceder al padrón de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que cumplieran con los criterios de inclusión. Seguidamente, se procedió a la selección de la muestra de 45 pacientes y a su citación para la aplicación de los instrumentos, garantizando siempre la confidencialidad de la información y la voluntariedad de la participación.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la técnica de la encuesta, aplicando directamente los cuestionarios estandarizados (para Ansiedad y Adherencia Terapéutica) a cada paciente en el consultorio o un ambiente privado del centro de salud. Antes de la aplicación de los instrumentos, se obtuvo el Consentimiento Informado de cada participante, asegurando la comprensión del objetivo del estudio y su derecho a retirarse en cualquier momento. El proceso se completó en un período de cuatro semanas, periodo en el que se verificó la correcta codificación de los datos para su posterior procesamiento y análisis estadístico.

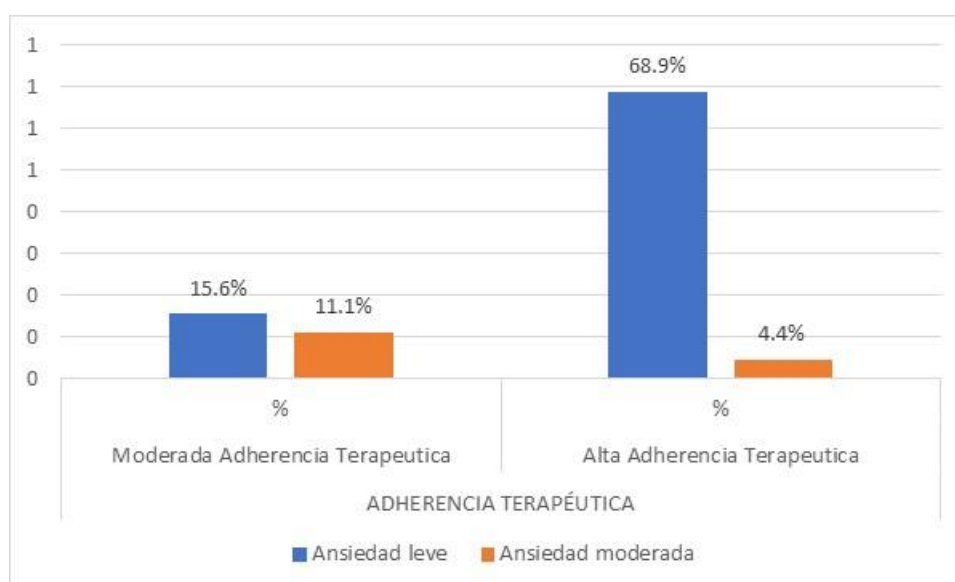
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados

Tabla 2 *Tabla cruzada Ansiedad según Adherencia Terapéutica*

Escala de ansiedad	Adherencia Terapéutica					
	Moderada Adherencia Terapéutica		Alta Adherencia Terapéutica		Total	
	F	%	F	%	F	%
Ansiedad leve	7	15.6%	31	68.9%	38	84.4%
Ansiedad moderada	5	11.1%	2	4.4%	7	15.6%
Total	12	26.7%	33	73.3%	45	100.0%

Fuente: Cuestionarios

Figura 1. *Ansiedad según Adherencia Terapéutica*



Interpretación:

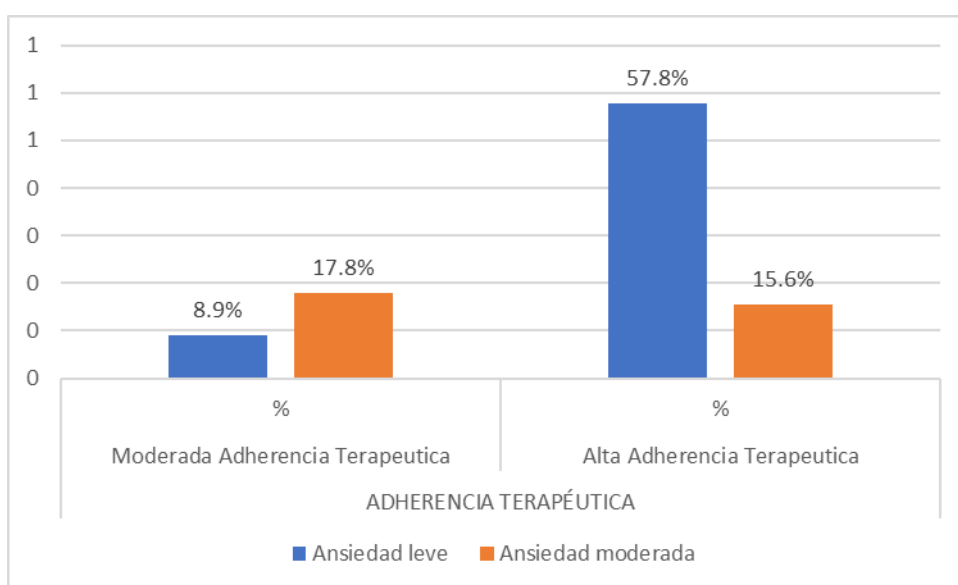
Los datos muestran que entre ansiedad y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2: El 68.9% de los pacientes con ansiedad leve presentan alta adherencia, frente a solo el 4.4% de aquellos con ansiedad moderada. Respecto a la adherencia moderada, se observó un 11.1% en pacientes con ansiedad moderada y un 15.6% en quienes presentan ansiedad leve. Estos datos evidencian que, a mayor nivel de ansiedad, menor es el cumplimiento del tratamiento.

Tabla 3 *Tabla cruzada Ansiedad Psíquica según Adherencia Terapéutica*

Ansiedad psíquica	Adherencia Terapéutica					
	Moderada Adherencia Terapéutica		Alta Adherencia Terapéutica		Total	
	F	%	F	%	F	%
Ansiedad leve	4	8.9%	26	57.8%	30	66.7%
Ansiedad moderada	8	17.8%	7	15.6%	15	33.3%
Total	12	26.7%	33	73.3%	45	100.0%

Fuente: Cuestionarios

Figura 2. *Ansiedad Psíquica según Adherencia Terapéutica*



Interpretación:

Los resultados evidencian una relación inversa entre la ansiedad psíquica y la AT en pacientes con DM2 del Centro de Salud Paragsha–Pasco. El 57.8% de los pacientes con ansiedad psíquica leve presentan alta adherencia al tratamiento, en contraste con solo el 15.6% de aquellos con ansiedad psíquica moderada. En cuanto a la adherencia moderada, se observó un mayor porcentaje en pacientes con ansiedad psíquica moderada (17.8%) frente a quienes presentan ansiedad psíquica leve (8.9%). Estos hallazgos indican que

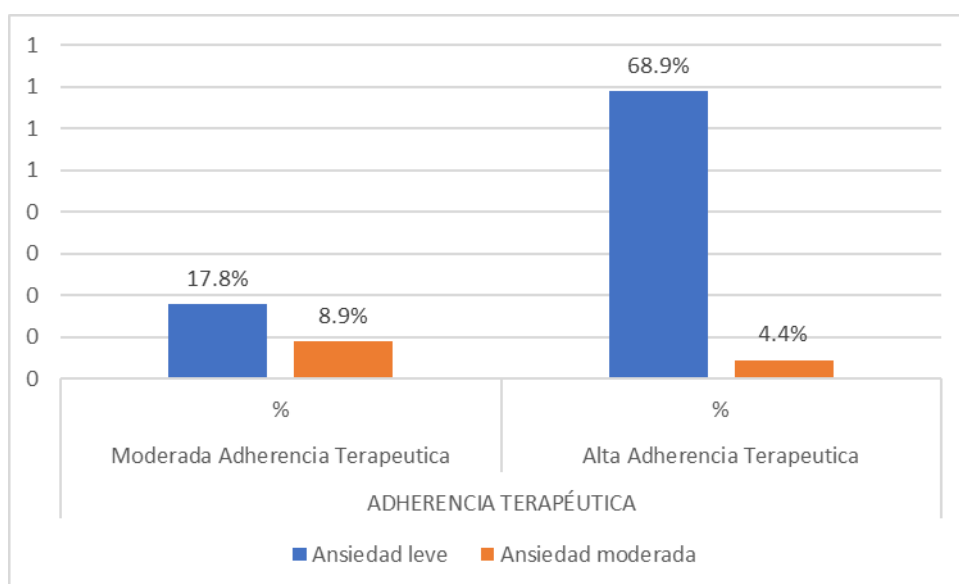
mayores niveles de ansiedad psíquica se asocian con un menor cumplimiento del tratamiento.

Tabla 4. *Tabla cruzada Ansiedad Somática según Adherencia Terapéutica*

Ansiedad somática	Adherencia Terapéutica					
	Moderada Adherencia Terapéutica		Alta Adherencia Terapéutica		Total	
	F	%	F	%	F	%
Ansiedad leve	8	17.8%	31	68.9%	39	86.7%
Ansiedad moderada	4	8.9%	2	4.4%	6	13.3%
Total	12	26.7%	33	73.3%	45	100.0%

Fuente: Cuestionarios

Figura 3 *Ansiedad Somática según Adherencia Terapéutica*



Interpretación:

Los datos muestran que entre ansiedad somática y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2: El 68.9% de los pacientes con ansiedad somática leve presentan alta adherencia al tratamiento, en contraste con solo el 4.4% de aquellos con ansiedad somática moderada. En cuanto a la adherencia moderada, se observó un 17.8% en pacientes con ansiedad somática leve frente a un 8.9% en quienes presentan ansiedad

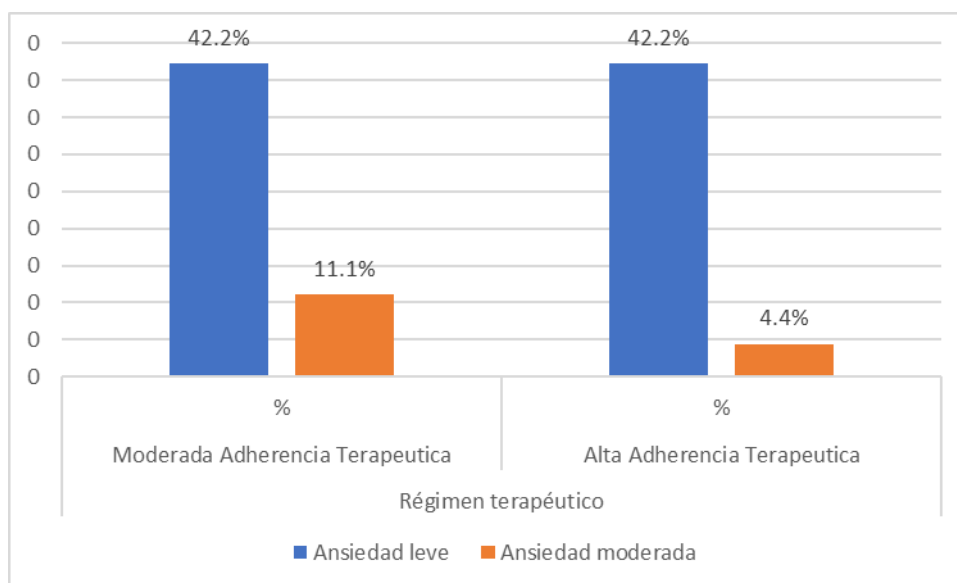
somática moderada, Aunque los síntomas físicos de la ansiedad no influyen de manera determinante en la adherencia, un mayor nivel de ansiedad somática constituye un factor de riesgo para el cumplimiento terapéutico.

Tabla 5. *Tabla cruzada Ansiedad según AT Régimen Terapéutico*

Escala de ansiedad	Régimen terapéutico					
	Moderada Adherencia Terapéutica		Alta Adherencia Terapéutica		Total	
	F	%	F	%	F	%
Ansiedad leve	19	42.2%	19	42.2%	38	84.4%
Ansiedad moderada	5	11.1%	2	4.4%	7	15.6%
Total	24	53.3%	21	46.7%	45	100.0%

Fuente: Cuestionarios

Figura 4. *Ansiedad según AT Régimen Terapéutico*



Interpretación:

El análisis muestra que predomina la ansiedad leve con un 42.2% con la moderada adherencia terapéutica y un 42.2% con una alta adherencia terapéutica, a diferencia de la ansiedad moderada que solo obtuvo un 11.1% con la moderada adherencia terapéutica y un 4.4% con una alta adherencia terapéutica, lo que evidencia una tendencia general de bajo cumplimiento

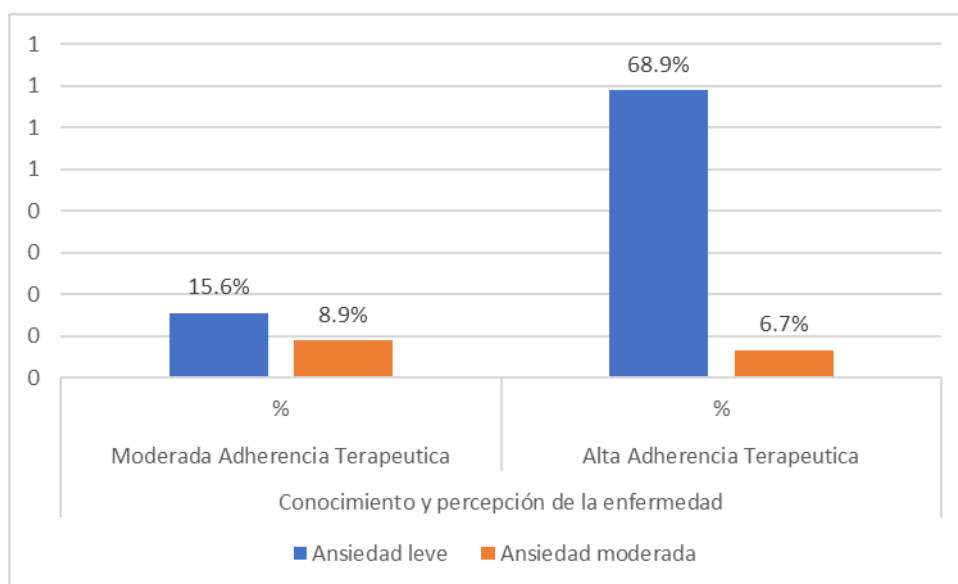
terapéutico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 con mayor carga ansiosa del Centro de Salud Paragsha–Pasco.

Tabla 6. *Tabla cruzada Ansiedad según AT Conocimiento y Percepción de la Enfermedad*

Escala de ansiedad	Conocimiento y percepción de la enfermedad					
	Moderada Adherencia Terapéutica		Alta Adherencia Terapéutica		Total	
	F	%	F	%	F	%
Ansiedad leve	7	15.6%	31	68.9%	38	84.4%
Ansiedad moderada	4	8.9%	3	6.7%	7	15.6%
Total	11	24.4%	34	75.6%	45	100.0%

Fuente: Cuestionarios

Figura 5. *Ansiedad según AT Conocimiento y Percepción de la Enfermedad*



Interpretación:

El análisis de la relación entre ansiedad y adherencia terapéutica en el contexto del conocimiento y percepción de la enfermedad revela que, entre los pacientes con ansiedad leve, el 68.9% presenta alta adherencia terapéutica, mientras que solo el 15.6% se ubica en moderada adherencia. En contraste, entre quienes presentan ansiedad moderada, únicamente el 6.7% alcanza alta adherencia, y el 8.9% presenta adherencia moderada. Estos resultados

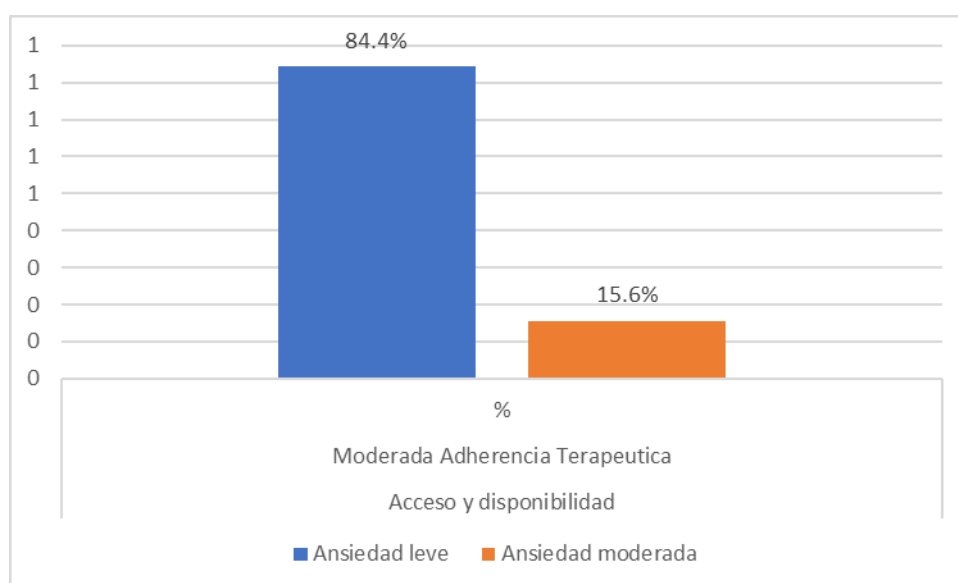
sugieren que un mayor nivel de ansiedad se asocia con menor capacidad para mantener un cumplimiento óptimo del tratamiento, especialmente cuando el conocimiento y la percepción de la enfermedad no son suficientes para compensar el impacto emocional.

Tabla 7. *Tabla cruzada Ansiedad según AT Acceso y Disponibilidad*

Escala de ansiedad	Acceso y disponibilidad			
	Moderada Adherencia Terapéutica		Total	
	F	%	F	%
Ansiedad leve	38	84.4%	38	84.4%
Ansiedad moderada	7	15.6%	7	15.6%
Total	45	100.0%	45	100.0%

Fuente: Cuestionarios

Figura 6. *Ansiedad según AT Acceso y Disponibilidad*



Interpretación:

El análisis muestra que, en el contexto de acceso y disponibilidad, el 84.4% de pacientes con ansiedad leve presenta moderada adherencia terapéutica, frente al 15.6% con ansiedad moderada, lo que sugiere que un estado emocional más estable favorece un cumplimiento más consistente del tratamiento. Aunque las barreras logísticas no son el factor principal, la ansiedad

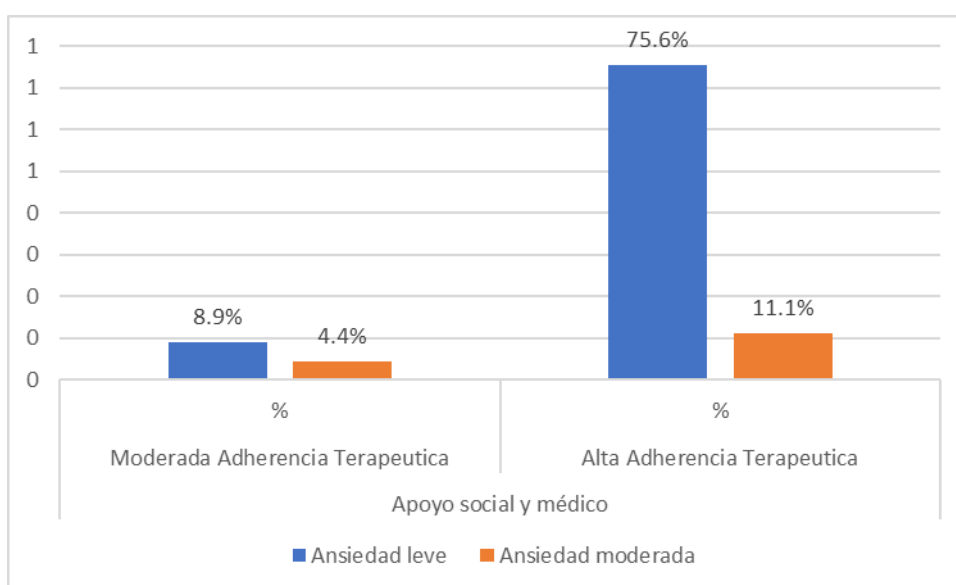
moderada se asocia con menor capacidad de adherencia, destacando su rol como determinante clave en el manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2.

Tabla 8. *Tabla cruzada Ansiedad según AT Apoyo Social y Médico*

Escala de ansiedad	Apoyo social y médico					
	Moderada Adherencia Terapéutica		Alta Adherencia Terapéutica		Total	
	F	%	F	%	F	%
Ansiedad leve	4	8.9%	34	75.6%	38	84.4%
Ansiedad moderada	2	4.4%	5	11.1%	7	15.6%
Total	6	13.3%	39	86.7%	45	100.0%

Fuente: Cuestionarios

Figura 7. *Ansiedad según AT Apoyo Social y Médico*



Interpretación:

El análisis muestra que en el contexto de apoyo social y médico se observa que un 75.6% con ansiedad leve presenta alta adherencia terapéutica y solo un 11.1% con ansiedad moderada presenta alta adherencia terapéutica; por otro lado, un 8.9% con ansiedad leve y un 4.4% con una ansiedad moderada presentó moderada adherencia terapéutica, lo que evidencia que este tipo de apoyo favorece el seguimiento terapéutico, pero quienes presentan ansiedad

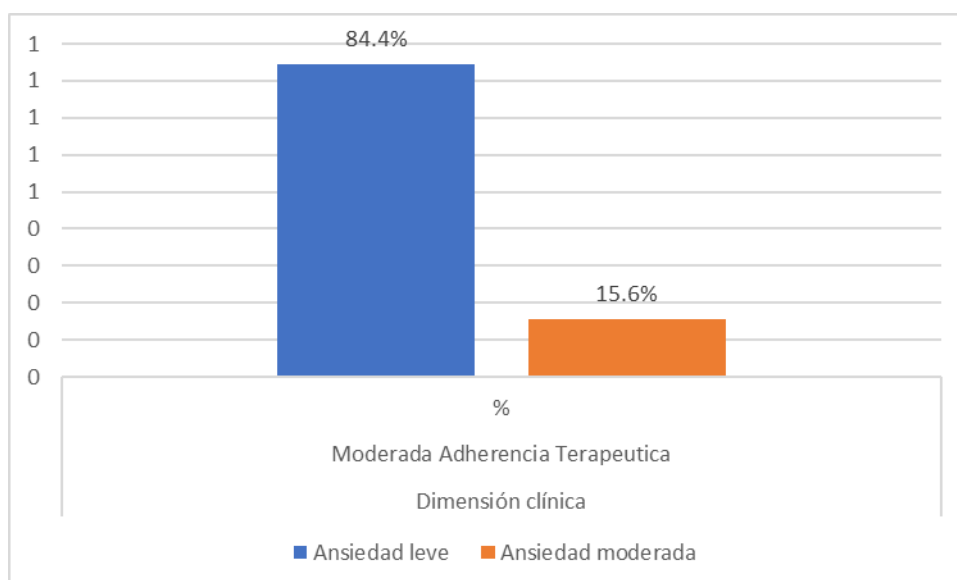
moderada muestran menor capacidad para traducir ese apoyo en adherencia óptima.

Tabla 9. *Tabla cruzada Ansiedad según AT Clínica*

Escala de ansiedad	Dimensión clínica			
	Moderada Adherencia Terapéutica		Total	
	F	%	F	%
Ansiedad leve	38	84.4%	38	84.4%
Ansiedad moderada	7	15.6%	7	15.6%
Total	45	100.0%	45	100.0%

Fuente: Cuestionarios

Figura 8 *Ansiedad según AT Clínica*



Interpretación:

Según la dimensión clínica, todos los pacientes presentan una moderada adherencia terapéutica del cual el 84.4% presento ansiedad leve y un 15.6% presento ansiedad moderada. Esto sugiere que factores intrínsecos a la condición clínica limitan el cumplimiento terapéutico más que el estado emocional, posicionando esta dimensión como prioritaria para intervenciones clínicas estructurales.

4.3. Prueba de hipótesis

Hipótesis general.

H0: No existe relación significativa entre ansiedad y la adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.

Ha: Existe relación significativa entre ansiedad y la adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.

Para poder desarrollar la prueba de hipótesis se realizó la prueba de normalidad para elegir la mejor opción de prueba estadística.

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
ESCALA DE ANSIEDAD	,509	45	,000	,435	45	,000
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	,458	45	,000	,553	45	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Como la muestra fue menos de 50 se realiza la prueba de normalidad de Shapiro Wilk con un p- valor= 0.000 <0.05 tenemos que nuestros datos no presentan distribución normal por lo cual se utilizó una prueba no paramétrica siendo esta la prueba de correlación de Spearman.

Tabla 10. *Correlaciones entre la Ansiedad con la Adherencia Terapéutica*

			Escala de Ansiedad	Adherencia Terapéutica
Rho de Spearman	Escala de Ansiedad	Coeficiente de correlación	1,000	-,434**
		Sig. (bilateral)	.	,003
		N	45	45
	Adherencia Terapéutica	Coeficiente de correlación	-,434**	1,000
		Sig. (bilateral)	,003	.
		N	45	45

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

Fuente: Base de datos SPSS

Interpretación:

El análisis de correlación con el coeficiente Rho de Spearman entre Ansiedad y Adherencia Terapéutica de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, muestra un valor de $r = -0.434$, el cual es negativo, siendo esta inversamente proporcional indicando que a medida que aumenta la ansiedad, la adherencia terapéutica tiende a disminuir, y viceversa. Este coeficiente se considera una correlación de magnitud moderada. Adicionalmente, el valor de significancia (Sig.) bilateral es de 0.003. Dado que este valor ($p = 0.003$) es menor al nivel de significancia $\alpha = 0.05$, se concluye que la correlación es estadísticamente significativa. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (H_1): Sí existe una relación significativa, negativa y moderada entre la Ansiedad y la Adherencia Terapéutica en la población estudiada.

Hipótesis específica 1

Existe relación significativa entre la ansiedad psíquica y la adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.

Tabla 11. *Correlaciones entre la Ansiedad Psíquica con la Adherencia Terapéutica*

			Ansiedad Psíquica	Adherencia Terapéutica
Rho de Spearman	Ansiedad Psíquica	Coeficiente de correlación	1.000	-.381 ^{**}
		Sig. (bilateral)	.	.010
		N	45	45
	Adherencia Terapéutica	Coeficiente de correlación	-.381 ^{**}	1.000
		Sig. (bilateral)	.010	.
		N	45	45

^{**}. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Base de datos SPSS

Interpretación:

El análisis de correlación con el coeficiente Rho de Spearman entre Ansiedad Psíquica y Adherencia Terapéutica muestra un valor de $r = -0.381$. Este valor es negativo, sugiriendo que, a mayor ansiedad psíquica, menor es la adherencia terapéutica, y se clasifica como una correlación de magnitud débil a moderada. El valor de significancia (Sig.) bilateral es de 0.010. Dado que este valor ($p = 0.010$) es igual al nivel de significancia $\alpha = 0.01$ (como lo indica el doble asterisco), se considera que la correlación es estadísticamente significativa. Por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (H_1): Existe una relación significativa, negativa y débil entre la Ansiedad Psíquica y la Adherencia Terapéutica en la población estudiada.

Hipótesis específica 2

Existe relación significativa entre la ansiedad somática y la adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco.

Tabla 12. *Correlaciones entre la Ansiedad Somática con la Adherencia Terapéutica*

			Ansiedad Somática	Adherencia Terapéutica
Rho de Spearman	Ansiedad Somática	Coeficiente de correlación	1.000	-.100
		Sig. (bilateral)	.	.511
		N	45	45
	Adherencia Terapéutica	Coeficiente de correlación	-.100	1.000
		Sig. (bilateral)	.511	.
		N	45	45

Fuente: Base de datos SPSS

Interpretación:

El análisis de correlación con el coeficiente Rho de Spearman entre Ansiedad Somática y Adherencia Terapéutica muestra un valor de $r = -0.100$. Este valor negativo indica una dirección de relación inversa (a mayor ansiedad somática, menor adherencia), pero la magnitud es muy débil, prácticamente nula. El valor de significancia (Sig.) bilateral es de 0.511. Dado que este valor ($p = 0.511$) es mayor al nivel de significancia $\alpha = 0.05$ (nivel convencional, ya que no se indica uno más estricto con asteriscos), se concluye que la correlación no es estadísticamente significativa. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis de investigación (H_1): No existe una relación significativa entre la Ansiedad Somática y la Adherencia Terapéutica en la población estudiada.

Hipótesis específica 3

Existe relación significativa entre ansiedad y el régimen terapéutico de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.

Tabla 13. *Correlaciones entre la Ansiedad con la AT Régimen Terapéutico*

		Ansiedad	AT Régimen Terapéutico
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	.
		N	45
	AT Régimen Terapéutico	Coeficiente de correlación	-.162
		Sig. (bilateral)	.287
		N	45

Fuente: Base de datos SPSS

Interpretación:

El análisis de correlación con el coeficiente Rho de Spearman entre Ansiedad y Adherencia Terapéutica (AT) - Régimen Terapéutico muestra un valor de $r = -0.162$. Este valor negativo indica una dirección de relación inversa (a mayor ansiedad, menor adherencia al régimen), pero su magnitud es muy débil. El valor de significancia (Sig.) bilateral es de 0.287. Dado que este valor ($p = 0.287$) es mayor al nivel de significancia convencional $\alpha = 0.05$, se concluye que la correlación no es estadísticamente significativa. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis de investigación (H_2): No existe una relación significativa entre la Ansiedad y la Adherencia Terapéutica en la dimensión Régimen Terapéutico en la población estudiada.

Hipótesis específica 4

Existe relación significativa entre ansiedad y el conocimiento y percepciones de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.

Tabla 14. *Correlaciones entre la Ansiedad con la AT Conocimiento y Percepción de la Enfermedad*

			Ansiedad	AT Conocimiento y Percepción de
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1.000	-.412**
		Sig. (bilateral)	.	.005
		N	45	45
	AT Conocimiento y Percepción de la Enfermedad	Coeficiente de correlación	-.412**	1.000
		Sig. (bilateral)	.005	.
		N	45	45

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

Fuente: Base de datos SPSS

Interpretación:

El análisis de correlación con el coeficiente Rho de Spearman entre Ansiedad y Adherencia Terapéutica (AT) - Conocimiento y Percepción de la Enfermedad arroja un valor de $r = -0.412$. Este coeficiente es negativo, indicando que, a mayor nivel de ansiedad, menor es la adherencia en cuanto al conocimiento y percepción de la enfermedad, clasificándose como una correlación de magnitud moderada. El valor de significancia (Sig.) bilateral es de 0.005. Dado que este valor ($p = 0.005$) es menor al nivel de significancia $\alpha = 0.01$ (indicado por el doble asterisco), se concluye que la correlación es estadísticamente significativa. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (H_1): Existe una relación significativa, negativa y moderada entre la Ansiedad y la Adherencia Terapéutica en la dimensión Conocimiento y Percepción de la Enfermedad en la población estudiada.

Hipótesis específica 5

Existe relación significativa entre la ansiedad y el acceso y disponibilidad de medicamentos de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.

Tabla 15. *Correlaciones entre la Ansiedad con la AT Acceso y Disponibilidad*

			Ansiedad	AT Acceso y Disponibilidad
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1.000	-.200
		Sig. (bilateral)	.	.189
		N	45	45
	AT Acceso y Disponibilidad	Coeficiente de correlación	-.200	1.000
		Sig. (bilateral)	.189	.
		N	45	45

Fuente: Base de datos SPSS

Interpretación:

El análisis de correlación con el coeficiente Rho de Spearman entre Ansiedad y Adherencia Terapéutica (AT) - Acceso y Disponibilidad muestra un valor de $r = -0.200$. Este coeficiente es negativo, sugiriendo una dirección inversa (a mayor ansiedad, menor adherencia por acceso/disponibilidad), pero su magnitud es débil. El valor de significancia (Sig.) bilateral es de 0.189. Dado que este valor ($p = 0.189$) es mayor al nivel de significancia convencional $\alpha = 0.05$, se concluye que la correlación no es estadísticamente significativa. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis de investigación (H_1): No existe una relación significativa entre la Ansiedad y la Adherencia Terapéutica en la dimensión Acceso y Disponibilidad en la población estudiada.

Hipótesis específica 6

Existe relación significativa entre ansiedad y el apoyo social y médico brindado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.

Tabla 16. *Correlaciones entre la Ansiedad con la AT Apoyo Social y Médico*

			Ansiedad	AT Apoyo Social y Médico
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1.000	-.331 [*]
		Sig. (bilateral)	.	.027
		N	45	45
	AT Apoyo Social y Médico	Coeficiente de correlación	-.331 [*]	1.000
		Sig. (bilateral)	.027	.
		N	45	45

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

Fuente: Base de datos SPSS

Interpretación:

El análisis de correlación con el coeficiente Rho de Spearman entre Ansiedad y Adherencia Terapéutica (AT) - Apoyo Social y Médico muestra un valor de $r = -0.331$. Este valor es negativo, sugiriendo una relación inversa (a mayor ansiedad, menor adherencia por apoyo), y se clasifica como una correlación de magnitud débil. El valor de significancia (Sig.) bilateral es de 0.027. Dado que este valor ($p = 0.027$) es menor al nivel de significancia $\alpha = 0.05$ (indicado por un solo asterisco), se concluye que la correlación es estadísticamente significativa. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (H_1): Existe una relación significativa, negativa y débil entre la Ansiedad y la Adherencia Terapéutica en la dimensión Apoyo Social y Médico en la población estudiada.

Hipótesis específica 7

Existe relación significativa entre ansiedad y la clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.

Tabla 17. Correlaciones entre la Ansiedad con la AT Clínica

			Ansiedad	AT Clínica
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1.000	-.011
		Sig. (bilateral)	.	.941
		N	45	45
	AT Clínica	Coeficiente de correlación	-.011	1.000
		Sig. (bilateral)	.941	.
		N	45	45

Fuente: Base de datos SPSS

Interpretación:

El análisis de correlación con el coeficiente Rho de Spearman entre Ansiedad y Adherencia Terapéutica (AT) - Clínica muestra un valor de $r = -0.011$. Este valor, aunque negativo, indica una magnitud de correlación extremadamente débil, prácticamente nula. El valor de significancia (Sig.) bilateral es de 0.941. Dado que este valor ($p = 0.941$) es mucho mayor al nivel de significancia convencional $\alpha = 0.05$, se concluye que la correlación no es estadísticamente significativa. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis de investigación (H_1): No existe una relación significativa entre la Ansiedad y la Adherencia Terapéutica en la dimensión Clínica en la población estudiada.

4.4. Discusión de resultados

En el presente estudio se tuvo como objetivo determinar la relación entre ansiedad y la adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.

Al término del estudio en función a la Ansiedad y Adherencia Terapéutica, se halló una relación significativa, negativa y moderada ($r = -0.434$; $p = 0.003$) entre la Ansiedad y la Adherencia Terapéutica, lo que confirma que el estado emocional es un factor que compromete el cumplimiento del tratamiento. Este resultado es congruente con los hallazgos de Haro et al. (2025), quienes también encontraron una relación significativa entre ansiedad y baja adherencia terapéutica (3). Teóricamente, esta relación se sustenta en la

evidencia de que la ansiedad, al activar el circuito fisiológico del estrés, aumenta los niveles de glucosa (efecto del cortisol), lo que exacerba la diabetes y disminuye la capacidad del paciente para ejercer un control y cuidado adecuados sobre su condición (1).

Respecto a la Ansiedad Psíquica, se determinó una relación significativa, negativa y débil ($r = -0.381$; $p = 0.010$) con la Adherencia Terapéutica general. Este hallazgo subraya cómo el componente cognitivo de la ansiedad (preocupación, tensión, problemas para concentrarse), que se relaciona con conflictos psicosociales y ansiedad generalizada, interfiere con la compleja tarea del autocuidado en DM2. La conclusión es coherente con Flores, Cruz, et al. (2024), quienes indicaron que los factores emocionales y psicológicos afectan el cumplimiento del tratamiento de esta condición crónica (9).

En contraste, la relación entre Ansiedad Somática y Adherencia Terapéutica general no resultó significativa ($r = -0.100$; $p = 0.511$). Esta ausencia de asociación sugiere que las manifestaciones físicas y autónomas de la ansiedad (p. ej., temblores, palpitaciones, síntomas musculares), las cuales son a menudo episódicas y se confunden con la hipoglucemia, no logran generar un impacto sostenido o crónico en el patrón de adherencia. La no significancia implica que, en la población estudiada, las reacciones somáticas no se traducen en el deterioro del autocuidado de forma comparable a la preocupación constante de la ansiedad psíquica.

Al analizar la relación con la dimensión Régimen Terapéutico (medicamentos, dieta y ejercicio), se determinó que no existe una relación estadísticamente significativa con la Ansiedad ($r = -0.162$; $p = 0.287$). Este hallazgo es consistente con la alta prevalencia de baja adherencia reportada por Haro et al (2025). Sugiere que el incumplimiento en esta área no está mediado principalmente por el estado emocional del paciente, sino que probablemente responde a factores estructurales o conductuales como la complejidad del

tratamiento, los efectos secundarios, la falta de habilidades para implementar cambios en el estilo de vida o la baja autoeficacia

Se encontró una relación significativa, negativa y moderada ($r = -0.412$; $p = 0.005$) entre la Ansiedad y la dimensión Conocimiento y Percepción de la Enfermedad. Este hallazgo es clave, ya que se alinea con el Modelo de Creencias en Salud, según el cual la percepción del riesgo, los beneficios del tratamiento y la propia capacidad para actuar (autoeficacia) son determinantes fundamentales de la adherencia. La ansiedad, al generar tensión emocional y dificultades cognitivas —como problemas de atención, memoria o procesamiento de información—, actúa como una barrera que impide al paciente asimilar adecuadamente la información sobre su enfermedad y construir percepciones realistas y útiles. Esto, a su vez, limita su capacidad para realizar un autocuidado efectivo, un factor cuya mejora ha sido identificada como crítico para el control de la diabetes, según Powers et al. (2020) (38).

La relación entre ansiedad y adherencia terapéutica en el contexto de acceso y disponibilidad no resultó estadísticamente significativa ($r = -0.200$; $p = 0.189$), lo cual sugiere que, aunque desde una perspectiva descriptiva se observa que los pacientes con ansiedad leve tienden a presentar moderada adherencia en mayor proporción (84.4 %) que quienes tienen ansiedad moderada (15.6 %), esta diferencia no alcanza niveles de significancia estadística en el análisis inferencial. Este hallazgo es consistente con la clasificación de factores de la OMS (40), que destaca que las barreras para acceder a la asistencia sanitaria como la distancia al centro de salud, costos, disponibilidad de medicamentos o entornos rurales son determinantes socioeconómicos y sistémicos que impactan más profundamente la adherencia que variables psicológicas como la ansiedad en este contexto. Así, la no adherencia predominante en esta dimensión parece explicarse principalmente por limitaciones logísticas y económicas, más que por el estado emocional del

paciente, lo cual se alinea también con los estudios de Castillo-Laborde C, Hirmas-Adaury M, et al. (2022) (41) y con el estudio de Ali, A.M.; Cobran, E.K.; et al. (2022). (42), quienes evidencian que en poblaciones con restricciones de acceso, los factores estructurales superan a los individuales en su influencia sobre el cumplimiento terapéutico.

En la dimensión Apoyo Social y Médico, se halló una relación estadísticamente significativa, negativa y débil ($r = -0.331$; $p = 0.027$) con la Ansiedad. A pesar de que la adherencia en esta dimensión es globalmente alta, la Ansiedad influye negativamente sugiriendo que un mayor nivel de ansiedad se asocia con una menor percepción o aprovechamiento del apoyo recibido lo cual podría generar sentimientos de frustración, desconfianza o desconexión emocional frente al equipo de salud o a la red familiar. Esta correlación refuerza la evidencia de que el estado emocional del paciente genera sentimientos de frustración y desconfianza, lo que puede obstaculizar la percepción y la utilización efectiva del apoyo familiar y la empatía profesional, un factor que, según Miller, TA; DiMatteo, MR. (2013), es fundamental para reducir las tasas de abandono terapéutico (43). El apoyo social puede ayudar en gran medida a que los pacientes con DM2 se adhieran al tratamiento, esto se relaciona con el estudio de Almubaid, Z.; Alhaj, Z.; et al. (2024) (44).

Finalmente, la relación entre la Ansiedad y la dimensión Clínica (cumplimiento de citas y controles) resultó estadísticamente no significativa ($r = -0.011$; $p = 0.941$), lo cual se alinea con los hallazgos descriptivos donde todos los pacientes presentaron moderada adherencia terapéutica, independientemente del nivel de ansiedad (84.4 % con ansiedad leve y 15.6 % con ansiedad moderada). Este patrón sugiere que el incumplimiento clínico que representa el 86.7 % del total de no adherencia en la muestra no está mediado por factores emocionales, sino que responde a barreras estructurales y sistémicas, como la incompatibilidad de horarios, la falta de recordatorios o un

sistema de seguimiento deficiente, tal como documentan Jimmy, B., & Jose, J. (2011). Por tanto, esta dimensión debe ser abordada mediante intervenciones organizacionales y logísticas, más que psicológicas, para mejorar el cumplimiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

CONCLUSIONES

1. El estudio determinó que existe una relación significativa (p -valor = 0.003), negativa y moderada ($r = -0.434$) entre la Ansiedad y la Adherencia Terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, sugiriendo que, a mayor nivel de ansiedad, menor es el compromiso con el tratamiento.
2. El estudio determinó que existe una relación significativa (p -valor= 0.010), negativa y débil ($r = -0.381$; entre la Ansiedad Psíquica y la Adherencia Terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.
3. El estudio determinó que no existe una relación significativa (p - valor = 0.511) entre la Ansiedad Somática y la Adherencia Terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, esta diferencia no es estadísticamente significativa, por lo que la ansiedad somática no se asocia significativamente a la adherencia en la población estudiada.
4. El estudio determinó que no existe una relación significativa (p - valor= 0.287) entre la Ansiedad y la Adherencia Terapéutica en la dimensión Régimen Terapéutico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.
5. El estudio determinó que existe una relación significativa (p -valor= 0.005), negativa y moderada ($r = -0.412$;) entre la Ansiedad y la Adherencia Terapéutica en la dimensión Conocimiento y Percepción de la Enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Esto significa que, a mayor ansiedad, menor es la adherencia en cuanto al conocimiento y percepción de su enfermedad.
6. El estudio determinó que no existe una relación significativa (p - valor = 0.189) entre la Ansiedad y la Adherencia Terapéutica en la dimensión Acceso y Disponibilidad de medicamentos en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.
7. El estudio determinó que existe una relación significativa (p -valor = 0.027), negativa y débil ($r = -0.331$) entre la Ansiedad y la Adherencia Terapéutica en la dimensión Apoyo Social y Médico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Esto

indica que, a mayor ansiedad, menor adherencia en cuanto al apoyo social y médico, lo que sugiere que la ansiedad impacta negativamente incluso en un factor de adherencia favorable.

8. El estudio determinó que no existe una relación significativa ($p\text{-valor} = 0.941$) entre la Ansiedad y la Adherencia Terapéutica en la dimensión Clínica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios de seguimiento (longitudinales) en la misma población. Esto permitiría determinar si la ansiedad es un predictor de la adherencia a lo largo del tiempo, estableciendo una secuencia temporal que fortalezca la inferencia de causalidad (aunque no la compruebe totalmente).
2. Implementar un ensayo de intervención donde un grupo de pacientes con alta ansiedad reciba un tratamiento psicológico específico (Terapia Cognitivo-Conductual, por ejemplo), y compararlo con un grupo control.
3. Intervención Psicológica Integral: Implementar un programa de salud mental integrado en la atención primaria para la detección y manejo rutinario de la Ansiedad, dada su influencia significativa y moderada en la Adherencia Terapéutica general.
4. Refuerzo de la Salud Mental: Fortalecer la intervención psicológica focalizada en los componentes cognitivos de la Ansiedad Psíquica para mejorar la motivación y el compromiso terapéutico específico en la población.
5. Enfoque en Calidad de Vida: Dado que la Ansiedad Somática no mostró una relación significativa con la adherencia, dirigir los programas de intervención a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y no a la adherencia como objetivo primario para la Ansiedad Somática.
6. Optimización del Régimen Terapéutico: Puesto que la no adherencia es generalizada en el Régimen Terapéutico, diseñar estrategias educativas y de seguimiento centradas en la accesibilidad, uso de recordatorios digitales, planificación de dieta y ejercicio adaptada a la realidad del paciente
7. Psicoeducación Emocional: Desarrollar talleres de psicoeducación sobre la enfermedad que aborden las percepciones erróneas y el impacto emocional de la DM2, con el fin de disminuir la ansiedad que interfiere con el cumplimiento cognitivo.
8. Mejora de la Logística de Suministro: Realizar un análisis de las cadenas de suministro y gestionar el inventario de medicamentos esenciales para eliminar las

barreras de Acceso y Disponibilidad, que son el principal factor de incumplimiento en esta dimensión.

9. Capacitación del Personal Sanitario: Capacitar al personal de salud en habilidades de comunicación y empatía para reforzar el Apoyo Social y Médico, contrarrestando el efecto negativo y significativo que la ansiedad tiene en la percepción de este apoyo.
10. Sistema de Recordatorio Clínico: Implementar un sistema robusto de recordatorios telefónicos o comunitarios para el cumplimiento de citas, exámenes de laboratorio y controles clínicos, dada la crítica No Adherencia Clínica generalizada en la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez Chaafey M, Dávila M. Psicodiabetes. Avances en Psicología Latinoamericana. 2007; 25(1).
2. Domínguez Domínguez J, Expósito Duque V, Torres Tejera E. Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. Atención Primaria Práctica. 2024 Febrero; 6(2).
3. Haro Acosta, ME. et al. Asociación de adherencia terapéutica con estrés, ansiedad y depresión en pacientes con diabetes tipo 2. Archivos en Medicina Familiar. 2025 febrero; 27(2).
4. Orozco-Beltrán, D. Mata-Cases, M. Artola, S. Conth, P. Mediavilla, D. Miranda, C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Elsevier: Atención Primaria. 2016 enero; 48(6).
5. Marcos Salvatierra, AT. Pérez Beltrán, YJ. Depresión y ansiedad en adultos diagnosticados con diabetes mellitus Tipo 2 en el Hospital San José de Chíncha, 2023. Tesis profesional. Chíncha-Ica-Perú: UNiversidad Autónoma de Ica; 2023.
6. Narváez Zambrano A. Ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial esencial, en Unidades de Salud del Distrito 17D06. Tesis de Maestría. Ibarra: Universidad Técnica del Norte; 2023.
7. López Mayorga A, Topa Pila A. Factores asociados a la depresión y la ansiedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial esencial en el Centro de Salud de Conocoto, enero a febrero 2017. Tesis para Especialidad. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2017.
8. Lebrón Mateo R, Arias Nuñez S. Prevalencia de Depresión en Pacientes Diagnosticados con Diabetes tipo I y II que Asisten a la Fundación Integral de Diabetes (FID) en el Periodo Agosto – Diciembre 2018 y Enero 2019, Santo Domingo, República Dominicana. Tesis Pregrado. Santo Domingo: Universidad

- Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2019.
9. Flores Mendoza J, Cruz Arias G, et al.. Ansiedad, Depresión, Adherencia al Tratamiento Farmacológico y Actitudes Conductuales en Pacientes con Diabetes Tipo II. Ciencia Latina. 2024 Enero; 8(6).
 10. Cruz Castillo Y, Salinas Velastegui V, et al.. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. Polo del Conocimiento. 2023 Septiembre; 8(9).
 11. Garay Acosta J. Prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes diabéticos tipo 2 del hospital Sergio Enrique Bernales. Lima, 2017. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2018.
 12. Vallejo Gabriel J. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2022.
 13. Amao Valle K. Ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su repercusión en la adherencia a su tratamiento en hospital de Camana, Arequipa 2020. Tesis de Pregrado. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2020.
 14. Quispe Sancho A. Asociación de ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en hospitales MINSA Cusco, 2024. Tesis de Pregrado. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2024.
 15. Torres López M. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el centro de salud Villa San Luis durante el 2023. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2023.
 16. Gonzales Gálvez D, Zavala Guerrero J. Adherencia terapéutica y los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de Tarma, 2018. Tesis de Pregrado. Tarma: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2018.

17. Escobar Zevallos A. Resiliencia y estilos de afrontamiento en pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Félix Mayorca Soto Tarma – 2019. Tesis de Pregrado. Tarma: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2022.
18. gob.pe. ¿Qué es el primer nivel de atención de salud? [Online].; 2024 [cited 2025 05 20]. Available from: <https://www.gob.pe/16727-que-es-el-primer-nivel-de-atencion-de-salud>.
19. gob.pe. ¿Qué es el primer nivel de atención de salud? [Online].; 2024 [cited 2025 05 20]. Available from: <https://www.gob.pe/16728-que-es-el-primer-nivel-de-atencion-de-salud-categorias>.
20. Carrión Torres R. Gestión participativa - Manual para el primer nivel de atención. [Online].; 1997 [cited 2025 05 21]. Available from: <https://www.cd3wdproject.org/HLTHES/APS/APS20S/BEGIN.HTM#CONTENTS>.
21. American Psychiatric Association. Ansiedad. [Online]. Washington; 2025 [cited 2025 marzo 25]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/ansiedad>.
22. Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L., Morgado-Valle, C. Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. Revista eNeurobiología. 2019 febrero; 10(24).
23. Estrada, LA., et al. Prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada en el Personal en una Unidad de Medicina Familiar. Ciencia Latina Salud. 2024 octubre; 8(5).
24. Díaz Kuaik I, De la Iglesia G. Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. Summa Psicológica. 2019 Mayo; 16(1).
25. MINISTERIO DE SALUD. GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DEL TRASTORNO Lima: Hospiotal Victor Larco Herrera; 2021.
26. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad

- en Atención Primaria Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2008.
27. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto Clínica DdE, editor.; s/f.
 28. Dash S. Niveles de ansiedad. [Online].; 2021 [cited 2025 05 27. Available from: <https://www.therecoveryvillage.com/mental-health/anxiety/levels-of-anxiety/>.
 29. Ávila-Toscano, J.H.; Rambal-Rivaldo, L.I.; Vargas-Delgado, L. Ansiedad ante la evaluación académica y engagement: revisión conceptual, perspectivas, evidencias y líneas de discusión. In Marengo-Escuderos AD. Serie Cuadernos de Psicología Reformada N°3, Estudios del Desarrollo Humano y Socioambiental. Barranquilla: Ediciones CUR; 2018. p. 211-212; 215.
 30. Chacón Delgado E, Xatruch De la Cera D, Fernández Lara M, Murillo Arias R. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. Revista Cupula. 2021; 35(1).
 31. Lehne M, Koelsch S. Hacia un modelo psicológico general de tensión y suspenso. Psicológica frontal. 2015 Febrero; 6(79).
 32. Hurtado M. AGS Psicólogos. [Online].; 2025 [cited 2025 octubre 21. Available from: <https://www.ags-psicologosmadrid.com/ansiedad/escala-de-ansiedad-hamilton/>.
 33. García Soidán J,ea. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos Sabadell: Fundacion redGDPS; 2018.
 34. Pagès-Puigdemont N,VMM. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharmaceutica. 2018 Agosto; 59(3).
 35. American Diabetes Association (ADA). Introduction and Metodology: Standards of Medical Care in Diabetes—2023. Diabetes Care. 2023 enero; 6(1).
 36. Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. Role of self-care in management of diabetes mellitus. , 12(1), 14. Journal of Diabetes & Metabolic

- Disorders. 2014 enero; 12(1).
37. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. HealthEducation Monographs. 1974; 2(4).
38. Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes. A consensus report. The Diabetes Educator. 2020; 46(4).
39. Awad N, Fakhry B, Baddour I, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la diabetes mellitus tipo 2 en la población libanesa. Cureus. 2025; 17(4).
40. World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2023. [Online].; 2023 [cited 2025 mayo 20. Available from: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>.
41. Castillo-Laborde, C.; Hirmas-Adaury, M., et al. Barriers and Facilitators in Access to Diabetes, Hypertension, and Dyslipidemia Medicines: A Scoping Review. Public Health. 2022; 43.
42. Ali AM, Cobran EK, et al. Barriers Associated with Access to Prescription Medications in Patients Diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus Treated at Federally Qualified Health Centers. Pharmacy. 2022 Mayo; 10(79).
43. Miller T, DiMatteo M. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. Dovepress. 2013 Julio; 6.
44. Almubaid Z, Alhaj Z, Almosa O, et al. The Impact of Social Support on Health Outcomes of Diabetic Patients: A Systematic Review. Cureus. 2024 Agosto; 8(16).
45. Evans M, Engberg S, et al. Adherence to and persistence with antidiabetic medications and associations with clinical and economic outcomes in people with type 2 diabetes mellitus: A systematic literature review. DIABETES, OBESITY AND METABOLISM A JOURNAL OF PHARMACOLOGY AND THERAPEUTICS.

- 2021; 24(3).
46. Jimmy, B., & Jose, J. Patient medication adherence: Measures in daily practice. Oman Medical Journal. 2011; 26(3).
 47. Organizacin Mundial de la Salud. Diabetes. [Online].; 2024 [cited 2025 marzo 20]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
 48. Lu X, Xie Q, Pan X, et al. Diabetes mellitus tipo 2 en adultos: patogenia, prevención y tratamiento. Signal Transduction and Targeted Therapy. 2024 julio; 9(262).
 49. Galicia-García U, Benito-Vicente A, Jebari S, et al. Pathophysiology of Type 2 Diabetes Mellitus. International Journal of Molecular Sciences. 2020 Agosto; 21(17).
 50. Comité de Práctica Profesional de la Asociación Americana de Diabetes. 2. Diagnóstico y clasificación de la diabetes: Estándares de atención en diabetes— 2025. 1st ed. Virginia: Diabetes Care; 2025.
 51. Benítez-Agudelo J, Barceló-Martínez E, Gelves-Ospina M. Factores psicológicos implicados en el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2. Anuario de Psicología. 2018 Enero; 47(3).
 52. Baig, A. A., Mangione, C. M., Sorrell-Thompson, A. L., & Miranda, J. M. A patient-centered, culturally tailored diabetes self-management intervention for Latino adults: a randomized controlled trial. Annals of Internal Medicine. 2015; 163(5).
 53. Supo J. Seminarios de la Investigación Científica. Sinopsis del libro 2014 SeminariosdeInvestigacion.com , editor.: Bioestadística.com; 2014.
 54. Supo, J.; Zacarías, H. Metodología de la investigación científica: Niveles de Investigación. Cuarta ed. Científicos S–SHdl, editor. Arequipa: Bioestadístico; 2024.
 55. Hinojosa Benavides R. La relación y la correlación en investigación científica.

- [Online].; 2023 [cited 2025 marzo 28. Available from: <https://www.aldia.unah.edu.pe/la-relacion-y-la-correlacion-en-investigacion-cientifica/>.
56. Castán Y. Introducción al método científico y sus etapas. s/f. Diplomado en Salud Pública. Metodología en Salud Pública del Instituto Aragonéz de Ciencias de la Salud.
57. Enciclopedia Humanidades. Método Científico. [Online].; 2016 [cited 2025 abril 23. Available from: <https://humanidades.com/metodo-cientifico/>.
58. Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, MP. Metodología de la investigación. Sexta ed. Interamericana Editores SAdCV, editor. México: McGraw-Hill; 2014.
59. Guevara Pérez R. Cómo desarrollar una investigación de nivel relacional, paso a paso [Diapositivas: Relación y Correlación en Investigación Científica].; 2023 [cited 2025 abril 23. Available from: <https://view.genially.com/65313cf6684d670011222ab6/dossier-investigacion-relacional>.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de recolección de datos

ESCALA DE LA ANSIEDAD DE HAMILTON

Instrucciones para el profesional:

- Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia del paciente en los últimos 15 días.
- Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía.
- Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

Objetivo: Evaluar el nivel de ansiedad que presenta el paciente con DM2, considerando la atención primaria de salud.

Escala de respuestas:

Código	Alternativa de respuesta
0	Ausente
1	Leve
2	Moderado
3	Severa
4	Muy severa, incapacitante

Síntomas de los estados de ansiedad	Escala				
	0	1	2	3	4
Ansiedad psíquica					
1. Estado de ánimo ansioso Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad					
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud					
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
7. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.					
Ansiedad somática					
8. Síntomas somáticos generales (musculares)					
Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					

9. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
10. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.					
11. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
12. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
13. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
14. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)					

Fuente: Tomado del Instituto Mexicano del Seguro Social (27).

Puntos de corte	
0 –17	Ansiedad leve
18 - 24	Ansiedad moderada
25 –30	Ansiedad severa (amerita tratamiento)
31–56	Ansiedad muy severa (amerita tratamiento)

CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Objetivo: Evaluar el nivel de adherencia terapéutico en pacientes con DM2, considerando diferentes aspectos.

Escala de respuestas:

Código	Alternativa de respuesta
0	Nunca
1	Casi nunca
2	A veces
3	Casi siempre
4	Siempre

Preguntas	Escala				
	0	1	2	3	4
Régimen terapéutico					
1) Tomo mi medicación todos los días en la dosis indicada por el médico					
2) Sigo el horario de toma de medicamentos tal como fue prescrito					
3) He dejado de tomar la medicación en alguna ocasión por sentir efectos secundarios (como náuseas, mareos, etc).					
4) Respeto la duración completa del tratamiento					
5) Informo al médico si me recomiendan otro medicamento sin receta que podría interferir con mi tratamiento para la diabetes					
Conocimiento y percepción de la enfermedad					
6) Entiendo claramente por qué debo tomar mis medicamentos para la diabetes					
7) Confío en que los medicamentos ayudan a controlar mi enfermedad					
8) Me siento motivado(a) a seguir el tratamiento porque conozco sus beneficios					
9) Tengo dudas o creencias que a veces me hacen pensar en dejar la medicación					
10) Creo que seguir el tratamiento evitará complicaciones graves en el futuro					
Acceso y disponibilidad					
11) Siempre encuentro disponibles mis medicamentos en el centro de salud o farmacia					
12) El costo del tratamiento me dificulta seguirlo de forma continua					
13) Puedo asistir regularmente a mis controles médicos sin mayores obstáculos					
14) La distancia o transporte dificultan la adquisición de mis medicamentos					
15) Tengo acceso a todos los medicamentos recetados sin falta					
Apoyo social y médico					
16) Recibo orientación de cómo debo tomar mis medicamentos y seguir mi tratamiento, según las indicaciones del médico o personal de salud.					
17) Tengo una buena comunicación con mi médico tratante					
18) Mi familia o personas cercanas me apoyan para que cumpla con el tratamiento					
19) Me siento acompañado(a) emocionalmente en el manejo de mi diabetes					
20) Hubo charlas o programas educativos sobre cómo controlar la diabetes en los que he participado					
Dimensión clínica					
21) Mis niveles de glucosa en sangre suelen estar dentro del rango objetivo indicado por mi médico (niveles de glucosa informado en consulta médica)					
22) El médico me ha informado de la evolución de mi salud desde que sigo el tratamiento					
23) He asistido puntualmente a mis controles y análisis de laboratorio					

24) Desde que sigo mi tratamiento, he experimentado complicaciones como visión borrosa o adormecimiento en las extremidades					
25) Mi estado de salud ha mejorado gracias a que cumplo con las indicaciones medicas.					

Fuente: Elaboración propia

Puntos de corte	
Menor de 25	Muy baja adherencia
25 - 49	Baja Adherencia Terapéutica
50 - 74	Moderada Adherencia Terapéutica
75 – 125	Alta Adherencia Terapéutica

Anexo 2: Consentimiento informado

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación que tiene por título: “Ansiedad y adherencia terapéutica de Diabetes Mellitus Tipo 2, en pacientes del nivel primario de atención, Centro de Salud Paragsha–Pasco 2025”. Considero que los resultados de este estudio serán para mejorar la salud de la población en general.

Mi participación consiste en responder los cuestionarios.

El Sr. Bach. Darío Eliazar BALDEÓN CHACA, egresado de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión de la Facultad de Medicina Humana – Escuela de Formación Profesional de Medicina Humana, quien me ha explicado de la recolección de datos y que la está realizando como parte de su TESIS que será sustentada. Así mismo no implica ningún riesgo para mí, se me informó que los datos que yo le proporcione serán confidenciales, sin haber posibilidad de identificación individual y que también puedo dejar de participar en esta investigación en el momento que lo desee.

Paragsha, Pasco, 2025

.....

Firma del Investigador

Anexo 3: Validez y Confiabilidad de Instrumentos de Investigación

Validación de juicio de expertos

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Evaluador	CABEZAS NIEVES MAYRA
Grado académico	MEDICO CIRUJANO
Institución donde labora	CENTRO DE SALUD PARAGSHA
Cargo que desempeña	JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA - C.S. PARAGSHA
Instrumento de evaluación	CUESTIONARIO
Autor del instrumento	Bach. BALDEON CHACA, Dario Eliazar
Título de la investigación	ANSIEDAD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN PACIENTES DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN, CENTRO DE SALUD PARAGSHA-PASCO 2025

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN:

Deficiente (1) Regular (2) Buena (3) Muy Buena (4) Excelente (5)

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Todos los ítems están bien formulados					100%
2. OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados con capacidad observable					100%
3. ACTUALIDAD	El instrumento evidencia está acorde con el conocimiento					100%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre variables					100%
5. SUFICIENCIA	Los ítems expresan suficiencia de cantidad y calidad					100%
6. INTENCIONALIDAD	Los ítems son bastante adecuados para la valoración de los aspectos del contenido					100%
7. CONSISTENCIA	Los ítems están basados en aspectos científicos y teóricos					100%
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre las dimensiones y los indicadores					100%
9. METODOLOGÍA	La estrategia corresponde al objetivo de la investigación					100%
10. PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno y es adecuado					99%
PROMEDIO DE VALIDACIÓN: 99.9%						

Adaptado por: (Olano A, 2003).

III. PROMEDIO DE VALORACION: 99.9% puntaje: 5

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable [☒] Aplicable después de corregir [☐] No aplicable [☐]

Cerro de Pasco, agosto del 2025

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
Coherencia: El ítem es apropiado para responder lo planteado en el problema.
Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.


 Dra. Mayra Cabezas Nieves
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 107766

Firma del Experto Informante.

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Evaluador	JAUQUEGUI TOLEDO, NICANOR JUNIOR
Grado académico	MEDICO CIRUJANO
Institución donde labora	CENTRO DE SALUD PARAGSHA
Cargo que desempeña	MEDICO ASISTENCIAL
Instrumento de evaluación	CUESTIONARIO
Autor del instrumento	Bach. BALDEON CHACA, Dario Eliazar
Título de la investigación	ANSIEDAD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN PACIENTES DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN, CENTRO DE SALUD PARAGSHA-PASCO 2025

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN:

Deficiente (1) Regular (2) Buena (3) Muy Buena (4) Excelente (5)

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Todos los ítems están bien formulados					100%
2. OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados con capacidad observable					100%
3. ACTUALIDAD	El instrumento evidencia está acorde con el conocimiento					100%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre variables					100%
5. SUFICIENCIA	Los ítems expresan suficiencia de cantidad y calidad					100%
6. INTENCIONALIDAD	Los ítems son bastante adecuados para la valoración de los aspectos del contenido					100%
7. CONSISTENCIA	Los ítems están basados en aspectos científicos y teóricos					100%
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre las dimensiones y los indicadores					100%
9. METODOLOGÍA	La estrategia corresponde al objetivo de la investigación					100%
10. PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno y es adecuado					100%
PROMEDIO DE VALIDACIÓN:						

Adaptado por: (Olano A, 2003).

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 100% Puntaje: 5

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable ☒ Aplicable después de corregir ☐ No aplicable ☐

Cerro de Pasco, agosto del 2025

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
Coherencia: El ítem es apropiado para responder lo planteado en el problema.
Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión




Firma del Experto Informante.

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Evaluador	OSORES FERNANDEZ KAREN HILAGROS
Grado académico	MEDICO CIRUJANO
Institución donde labora	CENTRO DE SALUD PARAGSHA- DIRESA PASCO
Cargo que desempeña	JEFE DE ESTABLECIMIENTO
Instrumento de evaluación	CUESTIONARIO
Autor del instrumento	Bach. BALDEON CHACA, Dario Eliazar
Título de la investigación	ANSIEDAD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN PACIENTES DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN, CENTRO DE SALUD PARAGSHA-PASCO 2025

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN:

Deficiente (1) Regular (2) Buena (3) Muy Buena (4) Excelente (5)

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1.CLARIDAD	Todos los ítems están bien formulados					100 %
2.OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados con capacidad observable					100 %
3.ACTUALIDAD	El instrumento evidencia está acorde con el conocimiento					100 %
4.ORGANIZACION	Existe una organización lógica entre variables					100 %
5.SUFICIENCIA	Los ítems expresan suficiencia de cantidad y calidad					100 %
6.INTENCIONALIDAD	Los ítems son bastante adecuados para la valoración de los aspectos del contenido					100 %
7.CONSISTENCIA	Los ítems están basados en aspectos científicos y teóricos					100 %
8.COHERENCIA	Existe coherencia entre las dimensiones y los indicadores					100 %
9.METODOLOGIA	La estrategia corresponde al objetivo de la investigación					100 %
10. PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno y es adecuado					99 %
PROMEDIO DE VALIDACIÓN: 99.9 %						

Adaptado por: (Olano A, 2003).

III. PROMEDIO DE VALORACION: 99.9 Puntaje: 5

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Cerro de Pasco, agosto del 2025

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

Coherencia: El ítem es apropiado para responder lo planteado en el problema

Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión




 Dra. Karen M. Osorez Fernandez
 Médico Cirujano
 C.M.P. 086892

Firma del Experto Informante

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Evaluador	HERRERA SILVESTRE HILDER DALADIER
Grado académico	MEDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGIA
Institución donde labora	HOSPITAL REGIONAL DR. DANIEL ALCIDES CARRION
Cargo que desempeña	MEDICO ASISTENTE
Instrumento de evaluación	CUESTIONARIO
Autor del instrumento	Bach. BALDEON CHACA, Dario Eliazar
Título de la investigación	ANSIEDAD Y ADHERENCIA TERAPEUTICA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN PACIENTES DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN, CENTRO DE SALUD PARAGSHA-PASCO 2025

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN:

Deficiente (1) Regular (2) Buena (3) Muy Buena (4) Excelente (5)

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Todos los ítems están bien formulados					99%
2. OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados con capacidad observable					98%
3. ACTUALIDAD	El instrumento evidencia está acorde con el conocimiento					98%
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica entre variables					97%
5. SUFICIENCIA	Los ítems expresan suficiencia de cantidad y calidad					98%
6. INTENCIONALIDAD	Los ítems son bastante adecuados para la valoración de los aspectos del contenido					98%
7. CONSISTENCIA	Los ítems están basados en aspectos científicos y teóricos					98%
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre las dimensiones y los indicadores					98%
9. METODOLOGIA	La estrategia corresponde al objetivo de la investigación					98%
10. PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno y es adecuado					97%
PROMEDIO DE VALIDACIÓN: 97.9%						

Adaptado por: (Olano A, 2003).

III. PROMEDIO DE VALORACION: 97.9%, Puntaje: 5

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable ☒ Aplicable después de corregir ☐ No aplicable ☐

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
Coherencia: El ítem es apropiado para responder lo planteado en el problema
Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Cerro de Pasco, agosto del 2025


 Dr. Hilder Herrera Silvestre
 MÉDICO ENDOCRINOLOGO
 C.M.P. 77767 RNE 53100

Firma del Experto Informante.

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Evaluador	ROSEBOOM xxy, PELA JANTINE
Grado académico	ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA
Institución donde labora	HDAC
Cargo que desempeña	ASISTENTE
Instrumento de evaluación	CUESTIONARIO
Autor del instrumento	Bach. BALDEON CHACA, Dario Eliazar
Título de la investigación	ANSIEDAD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN PACIENTES DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN, CENTRO DE SALUD PARAGSHA-PASCO 2025

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN:

Deficiente (1) Regular (2) Buena (3) Muy Buena (4) Excelente (5)

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Todos los ítems están bien formulados					x 85%
2. OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados con capacidad observable					x 98%
3. ACTUALIDAD	El instrumento evidencia está acorde con el conocimiento					x 97%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre variables					x 90%
5. SUFICIENCIA	Los ítems expresan suficiencia de cantidad y calidad					x 96%
6. INTENCIONALIDAD	Los ítems son bastante adecuados para la valoración de los aspectos del contenido					x 96%
7. CONSISTENCIA	Los ítems están basados en aspectos científicos y teóricos					x 96%
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre las dimensiones y los indicadores					x 97%
9. METODOLOGÍA	La estrategia corresponde al objetivo de la investigación					x 97%
10. PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno y es adecuado					x 98%
PROMEDIO DE VALIDACIÓN:						

Adaptado por: (Olano A, 2003).

III. PROMEDIO DE VALORACION: Puntaje: 95%. (5)

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Cerro de Pasco, agosto del 2025

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

Coherencia: El ítem es apropiado para responder lo planteado en el problema

Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


Pela Roseboom
 ESPECIALISTA
 EN MEDICINA INTERNA
 C.M.P. 87952 R.N.E. 39139

Firma del Experto Informante.

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Evaluador	RAMOS LINARES, David
Grado académico	BACHILLER MEDICINA / ESPEC. MEDICINA INTERNA
Institución donde labora	HOSPITAL II PASCO ESSALUD
Cargo que desempeña	MEDICO ASISTENTE.
Instrumento de evaluación	CUESTIONARIO
Autor del instrumento	Bach BALDEON CHACA, Dario Eliazar
Título de la investigación	ANSIEDAD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN PACIENTES DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN, CENTRO DE SALUD PARAGSHA-PASCO 2025

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN:

Deficiente (1) Regular (2) Buena (3) Muy Buena (4) Excelente (5)

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Todos los ítems están bien formulados					98%
2. OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados con capacidad observable					98%
3. ACTUALIDAD	El instrumento evidencia está acorde con el conocimiento					98%
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica entre variables					97%
5. SUFICIENCIA	Los ítems expresan suficiencia de cantidad y calidad					99%
6. INTENCIONALIDAD	Los ítems son bastante adecuados para la valoración de los aspectos del contenido					98%
7. CONSISTENCIA	Los ítems están basados en aspectos científicos y teóricos					97%
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre las dimensiones y los indicadores					97%
9. METODOLOGIA	La estrategia corresponde al objetivo de la investigación					96%
10. PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno y es adecuado					97%
PROMEDIO DE VALIDACIÓN: 97.5						

Adaptado por: (Olano A, 2003).

III. PROMEDIO DE VALORACION: 97.5 Puntaje: 5

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Cerro de Pasco, agosto del 2025

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
Coherencia: El ítem es apropiado para responder lo planteado en el problema
Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


Dr. David Ramos Linares
 MEDICINA INTERNA
 CMP 031657 / RNE 020985

Firma del Experto Informante.

Confiabilidad

PILOTO																									
	ADHERENCIA TERAPÉUTICA																								
	REG TERAP					CONOC PERC ENF					ACCESO DISPON					APOYO SOC MED					CLÍNICA				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1	4	4	1	4	4	4	4	4	0	4	4	0	4	4	1	4	4	4	4	4	0	4	4	0	1
2	4	3	0	1	4	1	4	3	0	4	4	0	4	3	0	1	4	1	4	3	0	4	4	0	0
3	2	3	0	1	3	0	3	4	0	2	4	0	2	3	0	1	3	0	3	4	0	2	4	0	0
4	2	3	0	1	3	0	4	3	0	2	4	0	2	3	0	1	3	0	4	3	0	2	4	0	0
5	2	2	1	1	4	0	3	4	0	4	4	0	2	2	1	1	4	0	3	4	0	4	4	0	1
6	2	2	0	1	4	0	4	4	0	4	4	0	2	2	0	1	4	0	4	4	0	4	4	0	0
7	3	2	2	1	3	4	3	3	1	3	4	0	3	2	2	1	3	4	3	3	1	3	4	0	2
8	4	4	1	1	3	4	4	4	0	4	4	0	4	4	1	1	3	4	4	4	0	4	4	0	1
9	4	3	0	1	4	4	4	4	0	4	4	0	4	3	0	1	4	4	4	4	0	4	4	0	0
10	4	4	0	1	3	2	4	4	0	4	4	0	4	4	0	1	3	2	4	4	0	4	4	0	0
11	3	3	2	3	2	2	3	3	1	3	4	0	3	3	2	3	2	2	3	3	1	3	4	0	2
12	4	4	1	4	3	4	4	4	0	4	4	0	4	4	1	4	3	4	4	4	0	4	4	0	1

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.862	25

Estadísticas de elemento

Items	Media	Desv. Desviación	N
PAT1	3.17	.937	12
PAT2	3.08	.793	12
PAT3	.67	.778	12
PAT4	1.67	1.231	12
PAT5	3.33	.651	12
PAT6	2.08	1.832	12
PAT7	3.67	.492	12
PAT8	3.67	.492	12
PAT9	.17	.389	12
PAT10	3.50	.798	12
PAT11	4.00	.000	12
PAT12	.00	.000	12
PAT13	3.17	.937	12
PAT14	3.08	.793	12
PAT15	.67	.778	12
PAT16	1.67	1.231	12
PAT17	3.33	.651	12
PAT18	2.08	1.832	12
PAT19	3.67	.492	12
PAT20	3.67	.492	12
PAT21	.17	.389	12
PAT22	3.50	.798	12
PAT23	4.00	.000	12
PAT24	.00	.000	12
PAT25	.67	.778	12

Anexo 4: Matriz de consistencia y operacionalización

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>Problema general. ¿Cuál es la relación entre ansiedad y adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025?</p> <p>Problemas específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre la ansiedad psíquica y la adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025? • ¿Cuál es la relación entre la ansiedad somática y adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025? • ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y el régimen terapéutico de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025? • ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y el conocimiento y percepciones de la enfermedad de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025? 	<p>Objetivo general. Determinar la relación entre ansiedad y adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025.</p> <p>Objetivos específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre ansiedad psíquica y adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025. • Determinar la relación entre ansiedad somática y adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025. • Determinar la relación entre ansiedad y el régimen terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025. • Determinar la relación entre ansiedad y el conocimiento y percepciones de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco. 	<p>Hipótesis general. Existe relación significativa entre ansiedad y la adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco.</p> <p>Hipótesis específicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe relación significativa entre ansiedad psíquica y la adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025. • Existe relación significativa entre ansiedad somática y la adherencia terapéutica de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025. • Existe relación significativa entre ansiedad y el régimen terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025. • Existe relación significativa entre ansiedad y conocimiento y percepciones de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025. 	<p>Variable 1: Ansiedad</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psíquica • Somática <p>Variable 2: Adherencia terapéutica de DMT2</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régimen terapéutico • Conocimiento y percepciones de la enfermedad • Acceso y disponibilidad • Apoyo social y médico • Clínica 	<p>Tipo de investigación: Enfoque cuantitativo, tipo básico, observacional, prospectivo-retrospectivo y analítico.</p> <p>Método de investigación: Científico, sintético, deductivo e inductivo y estadístico.</p> <p>Diseño de investigación: No experimental de corte transversal correlacional.</p> <p>Población: 45 pacientes diagnosticados de Diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>Muestreo: No probabilístico, de tipo censal: 45 pacientes.</p> <p>Técnicas: Encuesta en escalas Análisis documental</p> <p>Instrumentos: Escala de Ansiedad de Hamilton Cuestionario sobre adherencia terapéutica</p>

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y el acceso y disponibilidad de medicamentos de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025? • ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y el apoyo social y médico brindado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025? • ¿Cuál es la relación entre ansiedad y la clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025? 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre ansiedad y el acceso y disponibilidad de medicamentos de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025. • Determinar la relación entre ansiedad y el apoyo social y médico brindado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025. • Determinar la relación entre ansiedad y la clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe relación significativa entre la ansiedad y el acceso y disponibilidad de medicamentos de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del primer nivel de atención, en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025. • Existe relación significativa entre ansiedad y el apoyo social y médico brindado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025. • Existe relación significativa entre ansiedad y la clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Paragsha-Pasco 2025. 		
--	--	--	--	--

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTOS
Ansiedad	La ansiedad es como una reacción normal al estrés. Puede alertar ante peligros, y ayudan a prepararnos y prestar atención (21).	Nivel de síntoma de ansiedad experimentados por el paciente con DM2, evaluado mediante escala estandarizada.	• Psíquica	<ul style="list-style-type: none"> • Ánimo, Tensión, Depresión, Temor, Insomnio • Cognitivo • General y fisiológico 	Escala Likert 0–4 (Ausente a muy grave)	Escala de Ansiedad de Hamilton
			• Somática	<ul style="list-style-type: none"> • Musculares • Sensoriales • Cardiovasculares • Respiratorios • Gastrointestinales • Genitourinario • Autónomos 		
Adherencia terapéutica de Diabetes Mellitus Tipo 2	La adherencia terapéutica puede es una medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito (30).	Cumplimiento a la terapéutica por parte del paciente con DM2, en cuanto a: Régimen terapéutico, Conocimiento y percepciones de la enfermedad, Acceso y disponibilidad, Apoyo social y médico, Clínica.	• Régimen terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de dosis y frecuencia prescrita • Duración del tratamiento • Efectos secundarios percibidos • Uso de combinaciones farmacológicas 	Escala Likert 0–4 (Nunca a Siempre)	Cuestionario sobre adherencia terapéutica
			• Conocimiento y percepciones de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de comprensión sobre la diabetes y su tratamiento • Percepción de la eficacia del medicamento • Motivación para seguir el tratamiento • Creencias sobre la medicación 		
			• Acceso y disponibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Facilidad para obtener los medicamentos • Costo del tratamiento • Accesibilidad a consultas médicas • Barreras logísticas 		
			• Apoyo social y médico	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de la relación médico-paciente • Seguimiento y orientación médica • Apoyo de familiares o cuidadores • Participación en programas de educación en diabetes 		
			• Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Control de glucosa en sangre • Presencia de complicaciones • Cumplimiento de controles médicos • Evolución del estado de salud 		