



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**Respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante
el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en
pacientes hipertensos.**

AUTORES:

López Mora, Cristina Yanahyd
Gualpa Loor, Luis Alberto

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciados en Enfermería.**

TUTORA:

Lcda. Garrido, Julia Yndeliria. Mgs

Guayaquil, Ecuador

01 de septiembre del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **López Mora, Cristina Yanahyd y Gualpa Loor, Luis Alberto**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados en enfermería**.

TUTORA

f. _____

Lcda. Julia Garrido. Mgs

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Lic. Ángela Ovilda Mendoza Vines, Mgs.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **López Mora, Cristina Yanahyd**

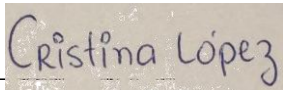
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA

f. 
López Mora, Cristina Yanahyd



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Gualpa Loor, Luis Alberto**

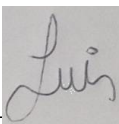
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos**, previo a la obtención del título de **Licenciado en enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026

EL AUTOR

f.  _____

Gualpa Loor, Luis Alberto



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

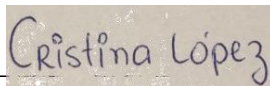
Yo, **López Mora, Cristina Yanahyd**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA

f. _____



López Mora, Cristina Yanahyd



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Gualpa Loor, Luis Alberto**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026

EI AUTOR

f. _____

Gualpa Loor, Luis Alberto

REPORTE DE COMPILATIO



Certificado de análisis
Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

López Mora - Gualpa Loor

ID : 350ea65b56032dff3417080b944077ebb0c8c25d



4%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : López Mora - Gualpa Loor.txt
Tamaño del archivo original : 186,55 kB
Número de palabras : 14,142

Depositante : Julia Yndelira Garrido
Fecha de depósito : 24 de agosto de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 24 de agosto de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Similitudes <1%
Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Detección de IA 4%
Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.
Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



Idiomas no reconocidos <1%
Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.
Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.



No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Textos entre comillas 0%
Pasajes entre comillas, a menudo indicativos de una cita.

JULIA
YNDELIRIA
GARRIDO

Digitally signed by
JULIA YNDELIRIA
GARRIDO
Date: 2026.08.24
21:13:41 -05'00'

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud se extiende a la Universidad Católica, institución que me ha brindado las herramientas, conocimientos y experiencias necesarias para mi formación académica y profesional. Agradezco profundamente a cada uno de los docentes, que, con su dedicación y compromiso, contribuyeron a mi crecimiento y me motivaron a seguir adelante.

Mi más profundo agradecimiento a la Lcda Julia Garrido, por su paciencia y orientación en la realización del presente trabajo de investigación, ya que supo guiarme de la mejor manera con su repertorio amplio de conocimientos.

López Mora, Cristina Yanahyd

Agradezco principalmente a Dios por permitirme llegar hasta este momento y culminar una etapa tan importante de mi formación.

A mis padres y familiares, por su apoyo incondicional, comprensión y motivación durante todo este camino.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y a mis docentes, por brindarme los conocimientos y herramientas necesarias para mi formación profesional.

Finalmente, agradezco a mis compañeros y a todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron al desarrollo y culminación de este trabajo.

Gualpa Loor, Luis Alberto

DEDICATORIA

A Dios. Por llenarme de fuerzas para no rendirme en momentos difíciles, en donde pensé que no podía más. Su bondad y amor ha sido vital en mi proceso de formación profesional. Gracias por estar presente, y permitirme seguir adelante.

A mi madre, Isabel. Por tu amor incondicional y apoyo infinito en cada instante. Gracias por tus consejos, tu paciencia y por ser mi guía a lo largo de este camino. Tu ejemplo de perseverancia me ha permitido llegar hasta este punto.

A mi padre, Christian. Por estar presente cada vez que te necesito, por tu cariño, tu apoyo y por cada una de las risas que hemos compartido.

Con profundo amor y gratitud, dedico este logro a ustedes.

López Mora, Cristina Yanahyd

Dedico este trabajo de titulación, en primer lugar, a Dios, por darme la fortaleza, sabiduría y perseverancia necesarias para alcanzar esta meta.

A mis padres y familiares, por su amor, apoyo, confianza y motivación constante durante todo este proceso.

A mis docentes, por compartir sus conocimientos y contribuir a mi formación profesional.

Finalmente, a mis compañeros y amigos, por su apoyo y por acompañarme durante esta importante etapa de mi vida.

Gualpa Loor, Luis Alberto



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Lic. Ángela Ovilda Mendoza Vinces, Mgs.
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Lic. Geny Margoth Rivera Salazar, PhD.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Lic. Ángela Ovilda Mendoza Vinces, Mgs.
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CALIFICACIÓN

López Mora, Cristina Yanahyd

Gualpa Loor, Luis Alberto

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
CALIFICACIÓN	IX
ÍNDICE GENERAL	X
ÍNDICE TABLAS	XIV
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIV
RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Preguntas de investigación	5
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos.	7
1.4.1. Objetivo general	7
1.4.2. Objetivo específico	7
CAPITULO II	8
2.1. Antecedentes de la investigación	8
2.2. Marco conceptual	11
2.2.1. Hipertensión arterial	11
2.2.2. Epidemiología de la hipertensión arterial	12
2.2.3. Factores de riesgo	12
2.2.4. Complicaciones de la hipertensión arterial	13
2.2.5. Importancia del control y seguimiento terapéutico	13
2.2.6. Enfermedades crónicas no transmisibles	14
2.2.7. Características de las enfermedades crónicas	14
2.2.8. Impacto físico, psicológico y social	15
2.2.9. Hipertensión arterial como enfermedad crónica	15
2.2.10. Adaptación psicológica ante el diagnóstico de una enfermedad crónica	16

2.2.11. Teoría de las fases del duelo de Elisabeth Kübler-Ross	17
2.2.17. Fase de negación	18
2.2.18. Fase de ira	20
2.2.19. Fase de negociación o pacto	21
2.2.20. Fase de depresión	22
2.2.21. Fase de aceptación	23
2.2.22. Adherencia al tratamiento farmacológico	24
2.2.23. Factores asociados a la adherencia terapéutica	26
2.2.24. Relación entre las fases del duelo y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos	27
2.2.25. Rol de enfermería en el acompañamiento emocional del paciente hipertenso	28
2.3. Marco legal	29
2.3.1. Constitución de la República del Ecuador	29
2.3.2. Ley Orgánica de Salud	30
2.3.3. Ley de Derechos y Amparo del Paciente	30
CAPITULO III	31
3.1. Nivel de investigación	31
3.2. Métodos de investigación	31
3.3. Diseño de investigación	31
3.4. Población	32
3.5. Criterios de inclusión y exclusión:	33
3.6. Técnicas y procedimientos para la recolección de datos	34
3.7. Operacionalización de variable	36
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS RESULTADOS	38
4.1. Características sociodemográficas	38
4.2 Dimensión Negación	43
4.3. Dimensión Ira	44
4.4. Dimensión Pacto o negociación	45
4.5. Dimensión Depresión	46
4.6. Dimensión Aceptación	47
4.7. Dimensión Cumplimiento terapéutico	48
4.8. Dimensión Seguimiento médico	49
4.9. Dimensión Autocuidado	50

4.10. Resultado general por dimensiones	51
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS	65
ANEXOS	72

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	32
---	-----------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad de los pacientes hipertensos	39
Gráfico 2. Sexo de los pacientes	40
Gráfico 3. Nivel educativo	41
Gráfico 4. Tiempo desde el diagnóstico de hipertensión	42
Gráfico 5. Tiempo de tratamiento antihipertensivo	43
Gráfico 6. Respuestas correspondientes a la dimensión Negación	44
Gráfico 7. Respuestas correspondientes a la dimensión Ira	45
Gráfico 8. Respuestas correspondientes a la dimensión Pacto o negociación	46
Gráfico 9. Respuestas correspondientes a la dimensión Depresión	47
Gráfico 10. Respuestas correspondientes a la dimensión Aceptación	48
Gráfico 11. Respuestas correspondientes a la dimensión Cumplimiento terapéutico	49
Gráfico 12. Respuestas correspondientes a la dimensión Seguimiento médico	50
Gráfico 13. Respuestas correspondientes a la dimensión Autocuidado	51
Gráfico 14. Nivel general de las dimensiones evaluadas en los pacientes hipertensos	52

RESUMEN

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que requiere adaptación emocional, comprensión del diagnóstico y participación activa del paciente para mantener una adecuada adherencia terapéutica. **Objetivo:** Analizar la respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. **Metodología:** Cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal, población de 150 pacientes con hipertensión arterial. Se aplicó un cuestionario estructurado mediante escala Likert, considerando las dimensiones negación, ira, pacto o negociación, depresión y aceptación; mientras que la adherencia al tratamiento fue valorada mediante cumplimiento terapéutico, seguimiento médico y autocuidado. Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias y porcentajes. **Resultados:** Se evidenció predominio de niveles bajos de negación, ira y depresión, mientras que el pacto o negociación presentó principalmente un nivel moderado y la aceptación alcanzó un nivel alto. En cuanto a la adherencia, se observaron resultados favorables en el cumplimiento terapéutico y seguimiento médico. El autocuidado también mostró un comportamiento positivo; sin embargo, la actividad física constituyó el componente con mayores dificultades. **Conclusiones:** Los pacientes presentaron una adaptación emocional y cognitiva predominantemente favorable frente al diagnóstico de hipertensión arterial. La elevada aceptación coexistió con mejores comportamientos relacionados con el cumplimiento del tratamiento, seguimiento médico y autocuidado. Los hallazgos destacan la importancia de integrar la valoración emocional, educación sanitaria y acompañamiento de enfermería para fortalecer la adaptación a la enfermedad y mantener conductas favorables de adherencia terapéutica.

Palabras clave: Hipertensión arterial; adherencia terapéutica; duelo; aceptación; autocuidado; respuesta emocional.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease that requires emotional adaptation, understanding of the diagnosis, and active patient participation to maintain adequate therapeutic adherence. **Objective:** To analyze the emotional and cognitive response as phases of grief in the face of a chronic diagnosis and its impact on treatment adherence in hypertensive patients at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital. **Methodology:** A quantitative, descriptive, prospective, and cross-sectional study was conducted with a population of 150 patients with hypertension. A structured questionnaire using a Likert scale was administered, considering the dimensions of denial, anger, bargaining, depression, and acceptance. Treatment adherence was assessed through therapeutic compliance, medical follow-up, and self-care. Data were processed using descriptive statistics, including frequencies and percentages. **Results:** Low levels of denial, anger, and depression predominated, while bargaining was primarily moderate, and acceptance was high. Regarding adherence, favorable results were observed in therapeutic compliance and medical follow-up. Self-care also showed positive behavior. However, physical activity was the component with the greatest difficulties. **Conclusions:** Patients showed predominantly favorable emotional and cognitive adaptation to the diagnosis of hypertension. This high level of acceptance was accompanied by improved behaviors related to treatment adherence, medical follow-up, and self-care. The findings highlight the importance of integrating emotional assessment, health education, and nursing support to strengthen adaptation to the illness and maintain favorable therapeutic adherence behaviors.

Keywords: High blood pressure; therapeutic adherence; grief; acceptance; self-care; emotional response.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) sigue siendo el factor de riesgo más prevalente de enfermedad cardiovascular y mortalidad. A nivel mundial, entre los problemas que afectan la salud se encuentra la hipertensión arterial, debido a su conexión directa con enfermedades del corazón, discapacidades y fallecimientos. La situación sigue siendo alarmante: según la OMS, aproximadamente 1.300 millones de adultos padecían hipertensión en 2019. Asimismo, lograr niveles adecuados de presión arterial sigue siendo un desafío vital para reducir la incidencia de eventos graves como los accidentes cerebrovasculares y los infartos.

La adherencia al tratamiento depende de que el paciente comprenda y cumpla con las recomendaciones dadas por el personal de salud, no solo tomando sus medicamentos, sino teniendo una participación activa en sus cuidados; para ello, el profesional debe explicar de manera clara la enfermedad, el tratamiento y las indicaciones que debe seguir.

En este marco, investigar la adherencia en personas con HTA permite identificar los obstáculos que pueden afectar la continuidad del tratamiento. Los hallazgos pueden servir para diseñar actividades educativas y de seguimiento que se alineen mejor con las necesidades de los pacientes, además de proporcionar información valiosa para mejorar los programas dedicados al manejo de enfermedades crónicas y prevenir complicaciones.

Por lo tanto, el presente estudio tiene como principal objetivo analizar la Respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

CAPITULO I

1.1. Planteamiento del problema

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica de gran impacto global, afecta aproximadamente al 33% de adultos (30–79 años) en el mundo. Su carácter asintomático inicial y su curso prolongado exigen un tratamiento continuado. Sin embargo, la adherencia terapéutica suele ser baja. El 54% de los adultos con HTA han sido diagnosticados con HTA, solo el 42% recibe tratamiento y solo el 21% tiene su presión arterial adecuadamente controlada a nivel mundial ; y muchas personas desconocen su padecimiento (1). Esto constituye un problema de salud pública grave, la HTA es el factor de riesgo modificable más importante para el accidente cerebrovascular (ACV) y contribuye a más de 10.8 millones de muertes prevenibles anualmente(2).

Entre los factores asociados con la baja adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial son diversos entre ellos, destacan las creencias y percepciones erróneas sobre la enfermedad y los medicamentos, donde muchos pacientes asintomáticos consideran que no requieren tratamiento, así como el temor a efectos adversos o dependencia farmacológica. A su vez, el nivel de conocimiento sobre HTA y la comunicación con el personal de salud influyen directamente en la adherencia, como se evidenció en un estudio multicéntrico en Latinoamérica donde solo el 46.4% de adultos mayores alcanzó adherencia óptima, atribuyéndose principalmente a déficits educativos y de seguimiento clínico (3).

Además, factores cognitivos, emocionales y el apoyo social también tiene un rol clave; por ejemplo, deterioro cognitivo, ansiedad o ausencia de redes de soporte familiar incrementan el riesgo de incumplimiento del tratamiento. Asimismo, la complejidad de los regímenes terapéuticos, la necesidad de cambios en el estilo de vida y los costos asociados constituyen dificultades adicionales que dificultan el apego al tratamiento (4).

El bajo cumplimiento del tratamiento, a nivel mundial, ha mostrado graves consecuencias, ya que entre el 20 y 35 por ciento de las personas diagnosticadas con hipertensión consiguen mantener su control de la presión menos de 140/80 mmHg, lo que esto indica que hay un riesgo de enfermedades cardiovasculares, como los acv, infartos y muerte prematura. Esto afecta al sistema de salud, generando un mayor uso de recursos sanitarios y elevando los costos sociales asociados (5).

En América Latina la prevalencia en la hipertensión arterial, afecta al 19% de las personas adultas, por lo tanto, el control de la de la presión arterial sigue siendo limitado entre países, por ejemplo tenemos a Paraguay y Guatemala que se encuentra entre el 13% y el 19%, seguido de Cuba y Costa Rica que tiene cifras entre el 46% y el 50%. Por lo tanto, en Ecuador se encuentra en una situación semejante. Según los resultados de la Campaña May Measurement Month 2021, donde la prevalencia de la hipertensión arterial alcanzó el 31,9%, también indico que el 35,2% de los pacientes atendidos lograron tener el control de la presión arterial (140/90 mmHg) y menos del 50% de los pacientes recibían tratamiento con resultados efectivos. Según el IEES, en 2022 se atendieron 263.266 pacientes hipertensos, reflejando la carga significativa en los servicios hospitalarios (6).

A nivel local, en Guayaquil, hospitales como el León Becerra han identificado que, aunque la mayoría de los pacientes se encuentra en una situación favorable para adherirse al tratamiento, cerca del 9% presenta no tiene la debida adherencia. Esta circunstancia local demuestra que, a pesar de las iniciativas de sensibilización y los planes introducidos en los sistemas de salud, aún hay pacientes con baja adherencia al tratamiento para la hipertensión, lo que aumenta el riesgo de problemas cardiovasculares y hospitalizaciones.

Por esta razón, es fundamental llevar a cabo una investigación en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, dado que facilitará la identificación de los elementos particulares que afectan la adherencia en esta población, así como una comprensión más profunda de las restricciones económicas y sociales, y

la elaboración de intervenciones específicas que optimicen el cumplimiento del tratamiento.

1.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos?
- ¿Cuáles son las características de las fases de duelo negación e ira ante el diagnóstico crónico y su expresión en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos?
- ¿Cuáles son las características de la fase de duelo pacto o negociación ante el diagnóstico crónico y su expresión en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos?
- ¿Cuáles son las características de las fases de duelo depresión y aceptación ante el diagnóstico crónico y su expresión en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos?

1.3. Justificación

La presente investigación se presenta como una iniciativa conveniente, ya que permite identificar los factores que dificultan el cumplimiento terapéutico y orientar acciones que mejoren la efectividad del tratamiento. Dado que los regímenes antihipertensivos requieren una adhesión permanente por parte del paciente, entender por qué se abandona o no se sigue correctamente el tratamiento; como lo señalan estudios recientes que muestran tasas de adherencia reducidas en distintos contextos, es esencial para optimizar la práctica clínica. En este sentido, el estudio ofrece una estrategia para fortalecer la atención periódica, optimizar recursos institucionales y mejorar el control tensional (7).

Desde el impacto social, este estudio investigativo tiene un efecto inmediato, donde se benefician los pacientes con hipertensión arterial, los trabajadores de salud, las entidades hospitalarias y la comunidad en general. Por lo tanto, varios estudios han demostrado que una baja adherencia en el tratamiento

evita el incremento de gastos médicos, como las hospitalizaciones y tasas de mortalidad cardíaca. Además, la comunidad se beneficia al tener pacientes mejor controlados, lo que repercute en una reducción de la carga de enfermedad, menos días de hospitalización y menor impacto económico familiar e institucional (8).

En cuanto a las implicaciones prácticas, este estudio ayudará a resolver un problema actual; la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo. Al explorar la asociación entre conocimiento del paciente y adhesión, como lo ha reportado un estudio reciente en Sudán que muestra la correlación entre bajo conocimiento y mala adherencia al tratamiento se puede establecer un diagnóstico de desafíos contextuales que luego sirvan para implementar programas de educación, seguimiento y estrategias de acompañamiento en el hospital. La identificación de estos factores permitirá diseñar protocolos de intervención, como sesiones educativas, recordatorios o acompañamiento telefónico, mejorando así los resultados clínicos y reduciendo complicaciones (8).

En la dimensión del valor teórico, la investigación contribuirá a atender una brecha en la literatura local latinoamericana. Aunque existen estudios internacionales que evalúan la adherencia en hipertensión, pocos se han centrado en una institución hospitalaria de la ciudad Guayaquil. Y, con respecto a la utilidad metodológica de este estudio se basa en la aplicación de la técnica de encuesta basada en la escala EFD-66, empleada para evaluar la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas no transmisibles (8).

Por último, los principales beneficiarios de la presente investigación serán los pacientes hipertensos, quienes recibirán una atención integral; el personal de salud, que dispondrá de metodologías basadas en evidencia para mejorar la adherencia; las instituciones hospitalarias, que optimizarán recursos y resultados clínicos; y la comunidad en general, que se verá favorecida por una disminución en la carga de enfermedad y una mejora en la calidad de vida.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivo general

Analizar la respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

1.4.2. Objetivo específico

- Caracterizar socio demográficamente a los pacientes ambulatorios con Hipertensión Arterial.
- Describir las características de las fases de duelo negación e ira ante el diagnóstico crónico y su expresión en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.
- Identificar las características de la fase de duelo pacto o negociación ante el diagnóstico crónico y su expresión en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.
- Detallar las características de las fases de duelo depresión y aceptación ante el diagnóstico crónico y su expresión en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

CAPITULO II

2.1. Antecedentes de la investigación

En Arabia Saudita, en el estudio de ALruwaili (9), titulado *“Evaluación del conocimiento relacionado con la hipertensión, cumplimiento de medicación y factores asociados entre pacientes hipertensos en la región de Aljouf”*, mediante un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, aplicado a 400 pacientes con hipertensión arterial; los resultados mostraron que quienes tenían más información sobre la enfermedad seguían mejor las indicaciones, además, la preocupación por las posibles complicaciones y la gravedad de la hipertensión influyeron en la forma de afrontar su condición; de esta manera concluye que una mejor educación en salud favorece la aceptación de la enfermedad y el cumplimiento del tratamiento, aspecto relacionado con la presente investigación.

Sharma et al. (10), en Nepal, realizaron el estudio denominado *“Adherence to Antihypertensive Medication and Its Associated Factors Among Patients with Hypertension Attending a Tertiary Hospital in Kathmandu”*. La investigación utilizó un enfoque cuantitativo con diseño transversal y una muestra de 382 pacientes hipertensos atendidos en consulta externa. Donde los resultados evidenciaron que el incumplimiento del tratamiento farmacológico, los efectos secundarios del medicamento, y la resistencia de algunos pacientes a asumir la hipertensión como una de las enfermedades que requiere cuidados permanentes. También se evidencio que los pacientes que tenían un control adecuado mejoraban su calidad de vida y practicas de autocuidado, se concluyó que los pacientes hipertensos afrontan su enfermedad emocionalmente

En Etiopía, Rashid, Ejara y Deybasso (11), realizaron un estudio titulado *“Adherence to Antihypertensive Medications and Associated Factors in Patients with Hypertension, Oromia, Ethiopia: A Multicenter Study”*; mediante un enfoque cuantitativo, descriptivo y multicéntrico, aplicado a 1152 pacientes

con hipertensión; mostraron que la ansiedad, la preocupación por la enfermedad y el poco apoyo familiar disminuían el cumplimiento del tratamiento, mientras que aceptar el diagnóstico ayudaba a mantener el uso de los medicamentos; de esta manera concluyeron que los factores emocionales influyen en el control de las enfermedades crónicas y deben considerarse dentro de la atención en salud.

Kengne et al. (11), en un estudio multicéntrico internacional titulado *“Impact of Poor Medication Adherence on Clinical Outcomes and Health Resource Utilization in Patients with Hypertension and/or Dyslipidemia”*, analizaron como el nivel del cumplimiento se relacionaba con los resultados clínicos en las personas con hipertensión arterial. Esta revisión sistemática trabajo con 200.000 pacientes hipertensos de varios países, donde los hallazgos indicaron que la adherencia deficiente conllevaba a la incidencia de ingresos hospitalarios, complicaciones cardiovasculares y así mismo la muerte. Varios de los autores destacaron que las creencias adversas y la dificultad para aceptar la enfermedad crónica afectan el cumplimiento del tratamiento, donde concluyeron que el enfoque emocional de cada uno de los pacientes debería ser una de las partes estratégicas para fomentar la adherencia.

En el estudio de Stamoulis et al. (12), titulado *Association Between Depressive Symptoms and Medication Adherence Among Hypertensive Patients*”, realizado para conocer de qué manera la presencia de síntomas depresivos afectaba el cumplimiento del tratamiento en personas hipertensas; para su desarrollo, el estudio fue cuantitativo, transversal, donde participaron 510 pacientes; se obtuvo como resultado que las personas con mayor depresión seguían en menor medida el tratamiento y presentaban dificultades para mantener controlada la presión arterial; así mismo, la falta de ánimo y la tristeza interferían en sus cuidados diarios; a partir de estos los autores indican que la depresión es una dificultad para mantener el tratamiento cuando la persona atraviesa el proceso de adaptación en una enfermedad crónica.

Leite et al. (13), mediante el estudio *“Impacto psicológico de enfermedades crónicas en la adaptación del paciente y la adherencia al tratamiento”*,

Investigaron la conexión entre las reacciones psicológicas frente a las enfermedades crónicas y la adherencia al tratamiento. Este estudio cuantitativo de enfoque descriptivo, analizó a 620 personas con enfermedad crónica como la hipertensión. Los resultados mostraron que aquellos pacientes que admitían su condición de manera favorable tendían a involucrarse mas en su autocuidado y tratamiento, en cambio los pacientes que demostraban respuestas emocionales como la negación eran más frecuentes encontrar dificultades para seguir las recomendaciones médicas.

Peñaherrera et al. (14), en Ecuador, desarrollaron el estudio *“May Measurement Month 2021: An Analysis of Blood Pressure Screening Results from Ecuador”*. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo descriptivo y analizó los resultados de miles de personas evaluadas durante una campaña nacional de detección de hipertensión arterial. Los hallazgos evidenciaron un alto índice de hipertensión y un reducido número de pacientes con hipertensión arterial controlada. Los atures indicaron que la baja adherencia al tratamiento sigue siendo uno de los principales retos para el sistema de salud en Ecuador. Por lo tanto, es esencial potenciar la educación en el paciente y asimismo el soporte emocional de los pacientes para mejorar la calidad de vida.

Rhamttallah et al. (15), en Sudán, realizaron el estudio titulado *“Impact of Hypertension Knowledge on Adherence to Antihypertensive Therapy”*. La investigación utilizó un diseño transversal y una muestra de 350 pacientes hipertensos atendidos en centros de atención primaria. Los resultados revelaron que los pacientes con menor conocimiento sobre su enfermedad presentaban mayor resistencia al tratamiento y menor adherencia farmacológica. Asimismo, se identificó que la comprensión del diagnóstico favorecía la aceptación de la enfermedad y el compromiso terapéutico. Los autores concluyeron que la educación sanitaria contribuye al fortalecimiento de las respuestas cognitivas positivas frente a la enfermedad crónica.

En Ecuador, Caicedo, Jiménez y León Bajaña (16), realizaron el estudio titulado *“Uso y cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con*

enfermedades crónicas no transmisibles”, investigación cuantitativa, descriptiva y transversal, dirigida a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles; en sus hallazgos indican que se encontró que el cumplimiento del tratamiento estaba relacionado con aspectos emocionales, familiares y educativos, además, quienes comprendían mejor su enfermedad mantenían con mayor continuidad las indicaciones recibidas; a partir de estos resultados, los autores concluyeron que el apoyo emocional y una mejor educación en salud ayudan a mantener el control de las enfermedades crónicas.

Pedroza Cosío et al. (17), en México, realizaron el estudio *“Evaluación de la Escala EFD-66 como herramienta para predecir la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles”*, instrumento que será utilizado como referencia en la presente investigación. La investigación mostró un método cuantitativo basado en un grupo de pacientes identificados con trastornos crónicos. Estos hallazgos indicaron que los aspectos de negación, depresión y aceptación ayudaron a reconocer variaciones significativas en la adherencia a la terapia. Concluyeron que la etapa de duelo es un componente clave para que el paciente entienda y reaccione ante el tratamiento y pueden ser empleados para elaborar tácticas de intervención más eficientes.

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una afección persistente que no es transmisible y se define por el aumento continuo de la presión arterial sistólica y/o diastólica por encima de lo que se considera normal. Esta condición se desarrolla cuando la fuerza ejercida por la sangre sobre las paredes arteriales permanece elevada de manera persistente, generando un esfuerzo adicional para el sistema cardiovascular. Debido a que en sus etapas iniciales suele cursar sin manifestaciones clínicas evidentes, frecuentemente es identificada de forma tardía, situación que incrementa el riesgo de desarrollar complicaciones graves. La hipertensión es parte de los riesgos que se pueden modificar, se relaciona con problemas cardiovasculares, accidentes

cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica según lo señala la Organización Mundial de la Salud (1).

2.2.2. Epidemiología de la hipertensión arterial

La hipertensión arterial representa uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel mundial debido a su elevada prevalencia y al impacto que genera sobre la morbilidad y mortalidad. De acuerdo a lo que indica la OMS, alrededor de los 1,28 mil millones de personas adultas entre 30 y 79 años sufren de hipertensión y casi la mitad de las mismas no son conscientes de que tienen esta enfermedad que padece esta enfermedad. Además, solo una proporción limitada logra mantener un adecuado control de la presión arterial mediante tratamiento farmacológico y modificaciones en el estilo de vida (18).

2.2.3. Factores de riesgo

El desarrollo de hipertensión arterial responde a la interacción de múltiples factores biológicos, ambientales y conductuales. Entre los factores no modificables se encuentran la edad avanzada, los antecedentes familiares y la predisposición genética. Por otra parte, los factores modificables incluyen el sobrepeso, la ingesta alta de sal, la falta de actividad físico, el hábito de fumar y consumir alcohol constantemente y la presencia de estrés crónico. Estos elementos contribuyen al deterioro progresivo de la función cardiovascular y favorecen la aparición de alteraciones hemodinámicas que incrementan la presión arterial (15).

Asimismo, investigaciones recientes señalan que determinadas condiciones psicosociales pueden influir en el desarrollo y control de la hipertensión. Canda et al. (20) indican que la exposición continua a situaciones de estrés, ansiedad y sobrecarga emocional puede favorecer la elevación persistente de la presión arterial mediante mecanismos neuroendocrinos y cardiovasculares. Por esta razón, el abordaje integral del paciente hipertenso requiere considerar no solo los factores físicos, sino también los aspectos emocionales y conductuales relacionados con la enfermedad.

2.2.4. Complicaciones de la hipertensión arterial

Cuando la hipertensión arterial no recibe un tratamiento adecuado o existe baja adherencia terapéutica, aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares y sistémicas. Entre las más frecuentes se encuentran el infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, retinopatía hipertensiva y deterioro vascular generalizado. Estas complicaciones afectan significativamente la calidad de vida del paciente y representan una de las principales causas de discapacidad y mortalidad prematura (21).

Kuneinen et al. (2) señalan que los pacientes hipertensos presentan una mayor probabilidad de eventos cardiovasculares adversos cuando no mantienen un adecuado control de la presión arterial. Del mismo modo, Gardezi, Aitken y Jilani evidenciaron que la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo incrementa el riesgo de hospitalizaciones, complicaciones clínicas y mortalidad, resaltando la importancia de implementar estrategias que favorezcan el cumplimiento terapéutico (22).

2.2.5. Importancia del control y seguimiento terapéutico

El control y seguimiento terapéutico constituyen componentes esenciales para el manejo adecuado de la hipertensión arterial. Estas acciones permiten evaluar periódicamente la evolución clínica del paciente, identificar factores que dificultan el cumplimiento del tratamiento y realizar ajustes oportunos según las necesidades individuales. El monitoreo continuo contribuye a reducir complicaciones, mejorar la calidad de vida y disminuir los costos asociados a la atención sanitaria (22).

Pareja (23) destaca que la adherencia al tratamiento antihipertensivo es uno de los pilares fundamentales para alcanzar el control efectivo de la enfermedad. De manera similar, Askoy et al, (24) demostraron que los pacientes con adecuada adherencia terapéutica presentan menores costos médicos, menos hospitalizaciones y una mejor productividad laboral. En consecuencia, el fortalecimiento de programas educativos, estrategias de

acompañamiento y seguimiento profesional favorece el control sostenido de la presión arterial y la prevención de eventos cardiovasculares futuros.

2.2.6. Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen un grupo de afecciones de larga duración que generalmente presentan una evolución lenta y progresiva. Estas afecciones no tienen su origen en microorganismos patógenos y suelen aparecer debido a la interacción de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Por lo tanto, dentro de las más frecuentes encontramos las patologías cardiovasculares, la diabetes mellitus, las enfermedades respiratorias crónicas y diversos tipos de cáncer.

Cerca del 74% de las muertes que se registran a nivel mundial, se relacionan con las enfermedades crónicas no transmisibles de acuerdo a la Organización Mundial de la salud. Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, control y seguimiento dirigidas a las personas que viven con estas condiciones de salud (18).

2.2.7. Características de las enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas presentan características particulares que las diferencian de los procesos agudos. Entre ellas destacan su duración prolongada, la necesidad de tratamiento continuo, la posibilidad de generar discapacidad y la demanda constante de seguimiento médico. Asimismo, estas enfermedades suelen requerir modificaciones permanentes en los hábitos de vida, incluyendo cambios en la alimentación, actividad física, control farmacológico y vigilancia periódica del estado de salud. Debido a su carácter persistente, las ECNT pueden acompañar al individuo durante gran parte de su vida, influyendo en su bienestar físico, emocional y social (25).

Otro aspecto relevante es que muchas enfermedades crónicas evolucionan de forma silenciosa por periodos prolongados, lo que complica su detección en etapas iniciales. Yuan (26) señalan que esta situación favorece el diagnóstico tardío y aumenta el riesgo de complicaciones, especialmente en patologías cardiovasculares como la hipertensión arterial. Por ello, la

educación sanitaria y la promoción de estilos de vida saludables constituyen herramientas fundamentales para reducir su impacto en la población.

2.2.8. Impacto físico, psicológico y social

Las enfermedades crónicas generan consecuencias que trascienden el ámbito biológico, afectando diferentes dimensiones de la vida de las personas. Desde el punto de vista físico, pueden provocar limitaciones funcionales, disminución de la capacidad laboral, fatiga persistente y deterioro progresivo de diversos órganos y sistemas. Estas alteraciones suelen incrementar la dependencia de servicios de salud y afectar la calidad de vida del paciente (27).

En el ámbito psicológico, recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica puede desencadenar sentimientos de incertidumbre, miedo, ansiedad, frustración o tristeza. Muchas personas experimentan preocupación por los cambios que deberán realizar en sus rutinas, por las posibles complicaciones futuras y por la necesidad de mantener tratamientos permanentes. Leite et al. (28) destacan que la adaptación emocional a una enfermedad crónica constituye un proceso complejo que influye directamente en el bienestar psicológico y en la capacidad de adherirse al tratamiento prescrito.

Desde la dimensión social, las enfermedades crónicas pueden modificar las relaciones familiares, laborales y comunitarias. Las limitaciones derivadas de la enfermedad pueden afectar la participación en actividades cotidianas, generar dependencia económica o alterar los roles desempeñados dentro del núcleo familiar. En consecuencia, el apoyo social y familiar adquiere una importancia fundamental para facilitar la adaptación y fortalecer el proceso de autocuidado (29).

2.2.9. Hipertensión arterial como enfermedad crónica

La hipertensión arterial es reconocida como una de las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes y de mayor impacto sobre la salud pública. Su carácter permanente exige un seguimiento continuo y la adopción de medidas terapéuticas orientadas al control sostenido de la presión arterial.

A diferencia de otras enfermedades que presentan síntomas evidentes, la hipertensión puede mantenerse asintomática durante años, motivo por el cual muchos pacientes no perciben la necesidad de cumplir rigurosamente con el tratamiento (22).

2.2.10. Adaptación psicológica ante el diagnóstico de una enfermedad crónica

La adaptación mental es una evolución paulatina en la que un individuo modifica sus ideas, sentimientos y acciones ante una enfermedad persistente. Esto conlleva identificar la enfermedad, entender sus implicaciones y crear métodos que ayuden a vivir con la afección y manejar de forma más efectiva las demandas del tratamiento y del cuidado cotidiano. Diversos autores señalan que una adecuada adaptación psicológica favorece el bienestar emocional, fortalece el autocuidado y mejora la adherencia terapéutica. Por el contrario, las dificultades para adaptarse pueden generar resistencia al tratamiento, deterioro emocional y una menor participación en las actividades relacionadas con el control de la enfermedad (30).

2.2.10.1. Impacto emocional del diagnóstico

Recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica suele representar un acontecimiento que modifica la percepción que la persona tiene sobre su salud, su futuro y su calidad de vida. Inicialmente, es frecuente que aparezcan emociones como miedo, preocupación, incertidumbre, tristeza o enojo. Estas reacciones constituyen respuestas naturales ante una situación que implica cambios permanentes y que puede generar sensación de vulnerabilidad (9).

En pacientes hipertensos, el impacto emocional puede verse influenciado por la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico continuo, realizar modificaciones en los hábitos cotidianos y asumir el riesgo potencial de desarrollar complicaciones cardiovasculares.

2.2.10.2. Respuestas cognitivas y emocionales

Las reacciones cognitivas se refieren a las ideas, convicciones e interpretaciones que una persona forma al recibir el diagnóstico de una afección crónica. Estas pueden abarcar visiones sobre la seriedad de la dolencia, la proyección futura, la efectividad del tratamiento y la habilidad individual para mejorar la situación. Mientras tanto las reacciones emocionales incluyen sensaciones como la inquietud, miedo, desilusión o resignación (24). Por esta razón, la identificación de las respuestas emocionales y cognitivas resulta fundamental para comprender el comportamiento de los pacientes hipertensos frente a su tratamiento.

2.2.10.3. Afrontamiento de la enfermedad crónica

El afrontamiento se define como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para manejar situaciones percibidas como estresantes o amenazantes. En el ámbito de las enfermedades crónicas, el afrontamiento permite enfrentar los cambios derivados del diagnóstico, adaptarse a las exigencias del tratamiento y mantener una adecuada calidad de vida (22).

2.2.11. Teoría de las fases del duelo de Elisabeth Kübler-Ross

La teoría de las fases del duelo fue propuesta por Elisabeth Kübler-Ross en 1969 con el propósito de describir las respuestas emocionales que experimentan las personas frente a situaciones de pérdida significativa. Al inicio fue aplicada en personas con enfermedades terminales, pero se utilizó luego para comprender otros cambios que generan impacto emocional, entre ellos el diagnóstico de una enfermedad crónica (32).

La negación, la ira, la negociación o pacto, la depresión y la aceptación, son las cinco fases que plantea este modelo; cada una refleja varias respuestas emocionales y formas de comprender la situación, mediante las cuales la persona se va adaptando poco a poco a esta realidad. Aunque no todas las personas experimentan las fases de la misma manera ni en el mismo orden, la teoría proporciona un marco conceptual útil para comprender las reacciones psicológicas asociadas a procesos de enfermedad (33).

2.2.11.1. Aplicación de la teoría en enfermedades crónicas

En las enfermedades crónicas, el diagnóstico suele representar una ruptura con la percepción previa de salud y bienestar. Como consecuencia, muchos pacientes atraviesan un proceso de adaptación similar al descrito por Kübler-Ross. Inicialmente pueden negar la enfermedad, posteriormente experimentar enojo o frustración, intentar negociar alternativas para evitar las consecuencias del diagnóstico, presentar sentimientos de tristeza y finalmente alcanzar un nivel de aceptación que les permita convivir con la condición de salud (22).

2.2.11.2. Importancia de las fases del duelo en la adaptación a la enfermedad

El proceso de duelo permite comprender las distintas reacciones emocionales donde experimenta una persona al enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad crónica y a los cambios que esta condición implica en su vida cotidiana. Cada etapa influye de manera diferente en la percepción de la enfermedad, la aceptación del tratamiento y el desarrollo de conductas de autocuidado. Mientras que la negación y la ira pueden dificultar el cumplimiento terapéutico, la aceptación suele favorecer una actitud más participativa y responsable frente al control de la enfermedad (34).

Pedroza Cosío et al. (34), mediante la validación de la Escala de Fases del Duelo EFD-66, demostraron que estas dimensiones permiten identificar patrones emocionales asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Por ello, el análisis de las fases del duelo constituye una herramienta valiosa para comprender las respuestas emocionales y cognitivas presentes en pacientes hipertensos y para desarrollar estrategias de intervención que favorezcan una adaptación saludable y un mejor control de la enfermedad.

2.2.17. Fase de negación

La negación constituye la primera respuesta psicológica que suele manifestarse cuando una persona recibe el diagnóstico de una enfermedad crónica. (35). Desde el ámbito de la salud, esta fase es considerada una respuesta normal durante el proceso de adaptación; sin embargo, cuando se

prolonga excesivamente puede interferir en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento y el autocuidado. Por esta razón, los profesionales sanitarios deben identificar oportunamente estas manifestaciones para brindar acompañamiento emocional adecuado y favorecer una transición progresiva hacia la aceptación de la enfermedad (36).

2.2.17.1. Manifestaciones en pacientes con enfermedades crónicas

En pacientes con enfermedades crónicas, la negación puede expresarse mediante diferentes conductas y pensamientos. Algunas personas rechazan la existencia de la enfermedad, minimizan la gravedad del diagnóstico o consideran innecesarias las recomendaciones médicas. Asimismo, es frecuente que atribuyan los síntomas a causas pasajeras o que eviten hablar sobre su condición de salud con familiares y profesionales sanitarios (37).

2.2.17.2. Influencia sobre la adherencia terapéutica

La negación puede convertirse en un importante obstáculo para la adherencia terapéutica. Cuando el paciente no reconoce plenamente la existencia de la enfermedad o minimiza sus consecuencias, disminuye la probabilidad de cumplir con la medicación prescrita, asistir a controles médicos periódicos o adoptar cambios en el estilo de vida. Esta situación incrementa el riesgo de complicaciones clínicas y dificulta el control adecuado de la hipertensión arterial (38).

Rhamttallah et al. (39) demostraron que los pacientes con menor comprensión de su enfermedad presentan mayores dificultades para adherirse al tratamiento antihipertensivo. De manera similar, Sharma et al. (2024) identificaron que la percepción inadecuada de la enfermedad constituye uno de los factores asociados al incumplimiento terapéutico. En consecuencia, el abordaje temprano de la negación permite fortalecer la educación sanitaria y favorecer conductas orientadas al autocuidado.

2.2.18. Fase de ira

La ira representa una respuesta emocional que surge cuando el paciente comienza a reconocer la realidad de su enfermedad y comprende las implicaciones que esta tendrá sobre su vida cotidiana. Durante esta etapa pueden aparecer sentimientos de frustración, injusticia, impotencia o resentimiento relacionados con el diagnóstico recibido. La persona suele cuestionarse las razones por las cuales desarrolló la enfermedad y percibir la situación como una amenaza para sus proyectos personales, familiares o laborales (36).

Kübler-Ross describe la ira como una reacción natural dentro del proceso de adaptación, ya que refleja el conflicto emocional que experimenta el individuo al enfrentarse a una condición de salud permanente. Aunque esta respuesta puede generar malestar, también constituye una oportunidad para expresar emociones y comenzar a procesar de manera más consciente la realidad de la enfermedad (32).

2.2.18.1. Reacciones emocionales frecuentes

Entre las manifestaciones más comunes de esta fase se encuentran la irritabilidad, el enojo persistente, la frustración, la impaciencia y la tendencia a culpar a otras personas por la situación vivida. Algunos pacientes pueden dirigir estos sentimientos hacia familiares, profesionales sanitarios o incluso hacia sí mismos. Asimismo, es frecuente que aparezcan conductas de resistencia frente a las recomendaciones médicas o dificultades para aceptar los cambios que exige el tratamiento (37).

Las respuestas emocionales asociadas a la ira suelen variar según las características individuales, el apoyo social disponible y la forma en que cada persona interpreta su enfermedad. En pacientes con hipertensión arterial, estas emociones pueden verse intensificadas por la necesidad de adoptar restricciones alimentarias, mantener tratamientos prolongados o modificar hábitos de vida previamente establecidos (40).

2.2.18.2. Consecuencias en el proceso de adaptación

La presencia de ira puede dificultar temporalmente la adaptación a la enfermedad cuando genera rechazo hacia las indicaciones médicas o deteriora la relación entre el paciente y el equipo de salud. Sin embargo, cuando esta emoción es adecuadamente identificada y canalizada, puede transformarse en una fuente de motivación para asumir conductas de autocuidado y participar activamente en el tratamiento (33).

Diversas investigaciones indican que la expresión adecuada de emociones favorece la adaptación psicológica y disminuye el riesgo de abandono terapéutico. Por ello, el apoyo emocional proporcionado por profesionales de enfermería y familiares constituye un elemento esencial para acompañar al paciente durante esta fase y promover una evolución favorable hacia etapas posteriores del proceso de adaptación (27).

2.2.19. Fase de negociación o pacto

La negociación o pacto corresponde a una etapa en la que el paciente intenta encontrar alternativas que le permitan disminuir el impacto emocional generado por la enfermedad. Durante esta fase, la persona busca recuperar una sensación de control frente a una situación percibida como amenazante, desarrollando estrategias orientadas a mejorar su estado de salud o evitar posibles complicaciones (23).

Según la teoría de Kübler-Ross, esta etapa suele estar acompañada por promesas personales, acuerdos espirituales o compromisos relacionados con cambios de comportamiento. Aunque estas conductas pueden brindar esperanza, también reflejan el esfuerzo psicológico que realiza el individuo para adaptarse a una nueva realidad (16).

2.2.19.1. Características de la negociación frente al diagnóstico

Entre las principales características de esta fase destacan la búsqueda de soluciones alternativas, la formulación de promesas relacionadas con el autocuidado y el deseo de modificar determinadas conductas con el propósito de obtener mejores resultados en salud. Algunas personas consideran que, mediante cambios específicos en su estilo de vida o prácticas espirituales,

podrán revertir completamente la enfermedad o disminuir sus consecuencias (41).

En pacientes hipertensos, esta etapa puede manifestarse mediante una mayor disposición para mejorar la alimentación, realizar actividad física o cumplir temporalmente con las recomendaciones médicas. Sin embargo, también puede surgir la expectativa de abandonar el tratamiento una vez obtenidos resultados favorables, situación que requiere orientación profesional continua.

2.2.19.2. Relación con el afrontamiento de la enfermedad

La negociación constituye una estrategia de afrontamiento que permite al paciente mantener la esperanza y desarrollar una actitud más activa frente a la enfermedad. Esta fase favorece la búsqueda de información, el fortalecimiento del autocuidado y la participación en actividades orientadas a mejorar la salud. No obstante, cuando las expectativas generadas son poco realistas, puede aparecer frustración si los resultados esperados no se cumplen (42). Por lo tanto, en este proceso, el apoyo del personal de salud cumple un papel importante, ya que permite aclarar dudas, brindar orientación confiable al paciente a tomar decisiones sobre su tratamiento y mejora de su enfermedad.

2.2.20. Fase de depresión

La depresión se define como un estado que se caracteriza por emociones de profunda melancolía, desánimo y ansiedad sobre el impacto que la enfermedad tendrá en la existencia del paciente. Esta respuesta suele aparecer cuando la persona comprende plenamente la naturaleza crónica de su condición y reconoce las limitaciones que podrían derivarse de ella (11).

La depresión puede reducir el bienestar emocional y dificultar la participación en su tratamiento, en contraste con la tristeza, que esta se da de forma temporal; por esto, reconocer la depresión es importante dentro del cuidado de quienes viven con enfermedades crónicas.

2.2.20.1. Manifestaciones emocionales

Entre estas se destaca la tristeza constante, la pérdida de interés por actividades diarias, el aislamiento, la ansiedad, los problemas para dormir y la falta de motivación, que pueden darse con mayor frecuencia; además, ciertas personas se pueden sentir inútiles, preocuparse constantemente por el futuro o tener dificultades para mantener una visión positiva sobre la evolución de su enfermedad (43).

2.2.20.2. Repercusión en el autocuidado y tratamiento

Los pacientes que presentan síntomas depresivos suelen mostrar menor compromiso con las actividades relacionadas con el autocuidado, aumentando el riesgo de complicaciones clínicas (38). Diversos estudios han demostrado que existe una relación significativa entre depresión y baja adherencia terapéutica en enfermedades crónicas. Por ello, la valoración emocional debe formar parte de la atención integral del paciente hipertenso, permitiendo identificar factores de riesgo y establecer intervenciones oportunas que favorezcan el bienestar psicológico y el control de la enfermedad (35).

2.2.21. Fase de aceptación

La aceptación representa la etapa más avanzada del proceso de adaptación emocional frente al diagnóstico de una enfermedad crónica. En esta fase, el paciente reconoce la existencia de su condición de salud, comprende sus implicaciones y desarrolla estrategias para convivir con ella de manera responsable y saludable. La aceptación no implica resignación, sino la capacidad de enfrentar la realidad de forma consciente y participar activamente en las decisiones relacionadas con el tratamiento (34).

2.2.21.1. Características de la aceptación

Los pacientes que consiguen llegar a esta etapa tienden a mostrar una mentalidad más optimista respecto al tratamiento, están más dispuestos a aprender sobre su condición y se involucran de manera activa en las actividades de monitoreo médico. Asimismo, muestran capacidad para reconocer las limitaciones derivadas de la enfermedad sin permitir que estas definan completamente su calidad de vida (32).

Entre las características más destacadas se encuentran la responsabilidad en el cumplimiento terapéutico, la búsqueda de apoyo cuando es necesario, la adaptación a nuevos hábitos de vida y el desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento. Estas conductas contribuyen significativamente a mejorar el control clínico y la estabilidad emocional del paciente (21).

2.2.21.2. Beneficios para el control de la enfermedad

La aceptación favorece directamente la adherencia terapéutica, el autocuidado y la prevención de complicaciones asociadas a la hipertensión arterial. Los pacientes que aceptan su diagnóstico suelen mantener un mejor seguimiento médico, cumplir con la medicación prescrita y adoptar conductas saludables relacionadas con la alimentación, actividad física y control de factores de riesgo (22).

Pedroza Cosío et al. (17) señalan que la aceptación constituye una dimensión estrechamente vinculada con una mejor adaptación emocional y una mayor adherencia al tratamiento en personas con enfermedades crónicas. En consecuencia, promover el avance hacia esta fase representa un objetivo fundamental dentro de las intervenciones de enfermería dirigidas a fortalecer el bienestar integral y el control efectivo de la hipertensión arterial.

2.2.22. Adherencia al tratamiento farmacológico

La adherencia a los tratamientos se refiere al nivel en que el paciente sigue las indicaciones médicas establecidas por el personal de salud respecto al consumo del tratamiento farmacológico y la implementación de buenos hábitos de vida, el seguimiento de indicaciones médicas y la adopción de estilos de vida saludables.

Este concepto implica una participación activa del paciente en su proceso de atención, basada en la comprensión de su enfermedad y en el compromiso con las medidas terapéuticas establecidas. La Organización Mundial de la Salud señala que la adherencia constituye uno de los principales determinantes de la efectividad de los tratamientos en enfermedades

crónicas, debido a que influye directamente en la evolución clínica y en la prevención de complicaciones (18).

Importancia en pacientes hipertensos

En estos pacientes, mantener el tratamiento y controlar la presión es necesario para el cuidado de su salud; este control no depende solo de los medicamentos que han sido indicados por el médico, sino también requiere que el paciente siga las recomendaciones y realice los cambios necesarios en su estilo de vida.

Factores que influyen en la adherencia

La adherencia al tratamiento es un proceso complejo que resulta de la combinación de diversos elementos. Estos incluyen las características propias de cada paciente, el grado de conocimiento que poseen sobre la enfermedad, las creencias que tienen acerca del tratamiento, el soporte de la familia, las condiciones económicas y la facilidad de acceso a los servicios de salud.

ALruwaili (40) encontró que los pacientes con mayor conocimiento acerca de la hipertensión arterial y sus complicaciones presentan mejores niveles de adherencia terapéutica. De igual manera, Sharma et al. (6) identificaron que variables como el olvido de la medicación, la duración prolongada del tratamiento y la percepción inadecuada de la enfermedad constituyen factores asociados al incumplimiento terapéutico. Estos hallazgos evidencian que la adherencia no depende exclusivamente de la voluntad del paciente, sino también de factores relacionados con su entorno y con la calidad de la atención recibida.

Consecuencias de la falta de adherencia

La falta de adherencia terapéutica representa uno de los principales desafíos en el manejo de la hipertensión arterial. Cuando los pacientes abandonan el tratamiento, modifican las dosis prescritas o incumplen las recomendaciones médicas, aumenta significativamente la probabilidad de presentar complicaciones cardiovasculares y eventos clínicos adversos.

Kengne et al. (45), mediante una revisión sistemática internacional, demostraron que la baja adherencia se asocia con mayores tasas de hospitalización, incremento de los costos sanitarios y mayor mortalidad cardiovascular. De igual forma, Gardezi, Aitken y Jilani (46) concluyeron que el incumplimiento del tratamiento antihipertensivo favorece el desarrollo de accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica. Estas evidencias resaltan la necesidad de implementar estrategias que fortalezcan el compromiso del paciente con su tratamiento y promuevan una adecuada continuidad terapéutica.

2.2.23. Factores asociados a la adherencia terapéutica

Factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos constituyen elementos que pueden influir de manera significativa en el comportamiento terapéutico de los pacientes hipertensos. La forma en que una persona enfrenta la hipertensión y mantiene sus cuidados se relaciona con su edad, educación, trabajo y situación económica; quienes tienen un mayor nivel educativo pueden comprender mejor las indicaciones recibidas, mientras que la falta de recursos dificulta el acceso a los controles o tratamiento; por lo tanto, conocer la realidad de cada paciente, permite conocer las dificultades que se presentan y adaptar la atención a sus necesidades.

Factores psicológicos

El estado de ánimo y la forma en que se ve la enfermedad pueden afectar la continuidad del tratamiento. La disposición del paciente para cumplir con las recomendaciones y mantener los cuidados requeridos puede cambiar debido a la motivación, las creencias, el estrés o el desánimo.

Leite et al. (2025) señalan que la adaptación emocional adecuada favorece la participación activa en el tratamiento, mientras que la presencia de síntomas depresivos o elevados niveles de ansiedad puede disminuir significativamente la adherencia terapéutica. Asimismo, las respuestas cognitivas relacionadas con la percepción de gravedad de la enfermedad influyen en el compromiso del paciente con las actividades de autocuidado.

Factores familiares y sociales

El apoyo familiar constituye uno de los factores más importantes para mantener conductas terapéuticas favorables en pacientes con enfermedades crónicas. El apoyo de la familia y de los amigos puede ayudar al paciente a seguir con su tratamiento y adaptarse más fácilmente a los cambios que conlleva tener hipertensión. Por lo tanto, tener compañía promueve el autocuidado y la permanencia en hábitos saludables, mientras que la ausencia de respaldo o el aislamiento pueden complicar el cumplimiento de las recomendaciones médicas.

Factores relacionados con los servicios de salud

El acceso inmediato a los servicios de salud, la existencia de fármacos y un monitoreo constante pueden promover la continuidad en el tratamiento. De igual manera, una interacción clara y respetuosa con el equipo médico permite al paciente entender mejor sus cuidados y sostenerlos a largo plazo. Rhamttallah et al. (2025) evidenciaron que los pacientes que reciben información clara sobre su enfermedad presentan mejores niveles de adherencia. Del mismo modo, la existencia de programas educativos, estrategias de seguimiento y una adecuada relación terapéutica favorecen el compromiso del paciente con su proceso de atención.

2.2.24. Relación entre las fases del duelo y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos

Influencia de la negación en la adherencia

La negación puede dificultar significativamente la adherencia terapéutica debido a que el paciente no reconoce plenamente la existencia o gravedad de su enfermedad. Como resultado, se reduce la percepción del peligro y se baja la motivación para seguir las pautas del médico. Esta circunstancia promueve el abandono de los tratamientos, la falta de asistencia a las consultas y la ausencia de modificaciones en el estilo de vida.

Influencia de la ira en la adherencia

La ira puede causar una resistencia al diagnóstico y una baja disposición para seguir las sugerencias del personal médico, lo que puede impactar temporalmente la continuidad del tratamiento; sin embargo, reconocer y atender estas emociones puede ayudar a que participe con mayor compromiso en sus cuidados.

Influencia de la negociación en la adherencia

Durante esta fase, la persona busca varias formas de sentirse mejor, aumentando su interés por cumplir el tratamiento y realizar cambios en algunos hábitos; sin embargo, esperar mejoras rápidas o resultados poco realistas puede generar frustración y dificultar que mantenga sus cuidados.

Influencia de la depresión en la adherencia

La falta de ánimo, la tristeza y el desaliento pueden hacer que la persona tenga menos disposición para seguir el tratamiento, cuando existe malestar emocional, pueden dejar de lado los medicamentos, los controles y sus cuidados diarios, afectando así el control de la hipertensión.

Influencia de la aceptación en la adherencia

Cuando acepta el paciente su condición, puede incorporar con mayor facilidad el tratamiento dentro de su vida diaria; esto favorece una participación más regular en los controles, un uso adecuado de los fármacos y la continuidad de hábitos que favorecen el control de la presión arterial.

2.2.25. Rol de enfermería en el acompañamiento emocional del paciente hipertenso

Educación para la salud

La guía proporcionada por el personal de enfermería asiste al paciente en la comprensión de la hipertensión, en el uso correcto de los medicamentos y en la modificación de sus hábitos diarios. Información clara y adaptada a cada individuo puede impulsar el autocuidado y la continuidad del tratamiento.

Apoyo emocional

El papel de la enfermería también es clave en el apoyo a las emociones que surgen tras el diagnóstico. Escuchar las preocupaciones del paciente y mantener una comunicación cercana permite identificar miedos, ansiedad o desánimo que podrían afectar su cuidado.

Seguimiento terapéutico

El monitoreo regular ayuda a conocer cómo el paciente está manejando su tratamiento y a identificar a tiempo las dificultades que puede enfrentar. Este seguimiento facilita la búsqueda de soluciones antes de que estas barreras impacten en el manejo adecuado de la presión arterial.

Estrategias para favorecer la adherencia

Acciones simples como ofrecer orientación personalizada, incluir a la familia, emplear recordatorios y mantener el contacto durante los controles pueden contribuir a la continuidad del tratamiento. En conjunto, estas intervenciones resaltan la importancia del equipo de enfermería en el apoyo continuo de las personas con hipertensión y en el fomento de una participación mas activa en el cuidado de su salud.

2.3. Marco legal

2.3.1. Constitución de la República del Ecuador

Artículo 32. Derecho a la salud

Esta carta magna reconoce la salud como un derecho garantizado por el Estado, a través de la acciones para la prevención y rehabilitación de la salud; establece que todas las personas deben acceder de forma oportuna y permanente a estos servicios, lo que respalda esta investigación porque las personas con hipertensión necesitan atención continua para mantener el control de su enfermedad y cumplir adecuadamente el tratamiento.

2.3.2. Ley Orgánica de Salud

Artículo 7. Derechos de las personas respecto a la salud

La Ley Orgánica de Salud reconoce el derecho de toda persona a recibir información suficiente, clara, oportuna y comprensible sobre su estado de

salud, diagnóstico, tratamiento y posibles riesgos. Este artículo guarda estrecha relación con la investigación debido a que la comprensión del diagnóstico de hipertensión arterial influye en las respuestas emocionales y cognitivas del paciente, así como en la aceptación de la enfermedad y el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Una adecuada información sanitaria favorece la toma de decisiones responsables y fortalece la adherencia terapéutica.

2.3.3. Ley de Derechos y Amparo del Paciente

Artículo 4. Derecho a la información

Este artículo establece que todo paciente tiene derecho a recibir información veraz, clara y suficiente acerca de su estado de salud, procedimientos diagnósticos y alternativas terapéuticas. Su importancia para el presente estudio radica en que la comprensión adecuada de la hipertensión arterial permite disminuir la incertidumbre, mejorar la aceptación del diagnóstico y favorecer conductas orientadas al autocuidado.

Artículo 5. Derecho a decidir

Reconoce el derecho de los pacientes a aceptar o rechazar procedimientos terapéuticos una vez que han recibido información suficiente para tomar decisiones informadas. Este principio se relaciona directamente con la adherencia terapéutica, ya que el cumplimiento del tratamiento depende de la aceptación consciente de la enfermedad y del compromiso personal con las medidas indicadas por el equipo de salud.

CAPITULO III

3.1. Nivel de investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un nivel descriptivo, debido a que estuvo orientada en analizar la respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Este tipo de estudio permitió obtener una visión detallada de las características observadas en la población participante, sin intervenir ni modificar las variables analizadas.

3.2. Métodos de investigación

La investigación adoptó una metodología cuantitativa, dado que los datos recolectados a través de un instrumento organizado pudieron ser representados y examinados de forma numérica. Esto hizo posible detallar, a través de frecuencias y porcentajes, las reacciones emocionales y mentales de los participantes, así como su conducta respecto al tratamiento con medicamentos. De esta forma, la información permitió una evaluación sistemática y comparable de las variables estudiadas.

3.3. Diseño de investigación

La investigación se situó dentro de un enfoque no experimental, ya que las variables fueron estudiadas tal como ocurrieron en la realidad, sin que los investigadores intervinieran de ninguna manera. En este sentido, se analizaron las respuestas emocionales y cognitivas de los pacientes hipertensos frente a su diagnóstico, así como su comportamiento respecto al tratamiento farmacológico, respetando las condiciones naturales en las que se desarrollan estos fenómenos.

Según el tiempo

De acuerdo con la dimensión temporal, la investigación fue retrospectiva, ya que los participantes aportaron información relacionada con experiencias, emociones y conductas desarrolladas a partir del momento en que recibieron el diagnóstico de hipertensión arterial. Esto permitió analizar acontecimientos previamente ocurridos y comprender cómo dichos eventos influyeron en su proceso de adaptación a la enfermedad.

Por otra parte, este tipo de diseño favoreció la exploración de aspectos emocionales que forman parte de la historia personal de cada paciente, permitiendo identificar las diferentes fases del duelo experimentadas durante su proceso de aceptación del diagnóstico.

Según el periodo y la secuencia del estudio

Según el periodo y la secuencia de observación, el estudio fue de corte transversal, debido a que la información se recopiló en un único momento durante el periodo de investigación. Esta característica permitió obtener una visión global de la situación de los pacientes hipertensos en relación con las variables analizadas.

Asimismo, el diseño transversal facilitó la descripción de las respuestas emocionales y cognitivas presentes en la población estudiada, así como la identificación de patrones asociados a la adherencia terapéutica, sin necesidad de realizar seguimiento a largo plazo.

3.4. Población

Universo

El universo de estudio estuvo conformado por todos los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial que reciben atención médica en la consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Esta población representa el conjunto total de individuos que comparten las características necesarias para el desarrollo de la investigación y sobre los cuales se busca generar conocimiento relacionado con las respuestas emocionales y cognitivas frente al diagnóstico de una enfermedad crónica.

Considerando que la hipertensión arterial constituye una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia a nivel nacional e internacional, la población atendida en esta institución proporciona información relevante para comprender los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y en el proceso de adaptación emocional de los pacientes.

Población

La población estuvo integrada por pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial que acudieron a la consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo establecido para la recolección de información. Los participantes seleccionados cumplieron con los criterios de inclusión definidos para el estudio y aceptaron colaborar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado.

La elección de esta población respondió a la necesidad de analizar las experiencias emocionales y cognitivas que acompañan al diagnóstico de una enfermedad crónica, así como su posible influencia sobre el cumplimiento terapéutico.

Muestra

Para el desarrollo de la investigación se trabajó con una muestra de 150 pacientes hipertensos que cumplieron con los criterios de selección previamente establecidos. La elección de los participantes se llevó a cabo a través de un muestreo no probabilístico basado en la conveniencia, incluyendo a aquellos que asistían a consultas externas, estaban disponibles y decidieron participar voluntariamente. Este método facilitó la recolección de la información necesaria para llevar a cabo el análisis de las variables propuestas.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

Con el propósito de garantizar la pertinencia de la información recopilada, se incluyeron en la investigación los pacientes que reunieron las siguientes características:

- Pacientes con diagnóstico médico confirmado de hipertensión arterial.
- Usuarios atendidos en la consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
- Personas comprendidas entre 18 y 60 años de edad.
- Pacientes que mantuvieron tratamiento antihipertensivo durante un periodo igual o superior a tres meses.

- Personas que aceptaron participar voluntariamente en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.
- Pacientes con capacidad física y cognitiva para responder adecuadamente el cuestionario.

Criterios de exclusión

Por otra parte, fueron excluidos del estudio aquellos pacientes que presentaron alguna de las siguientes condiciones:

- Personas mayores de 60 años.
- Pacientes con menos de tres meses de haber iniciado tratamiento antihipertensivo.
- Mujeres embarazadas o en periodo de puerperio.
- Pacientes con alteraciones cognitivas severas que dificultaran la comprensión de las preguntas.
- Personas con trastornos psiquiátricos diagnosticados que pudieran afectar la confiabilidad de las respuestas.
- Pacientes que decidieron retirarse voluntariamente del estudio durante el proceso de recolección de información.

3.6. Técnicas y procedimientos para la recolección de datos

Técnica

La técnica utilizada para la obtención de la información fue la encuesta. Esta herramienta permitió recopilar datos de forma directa a partir de las respuestas proporcionadas por los participantes, facilitando la identificación de aspectos relacionados con las variables de estudio.

La aplicación de encuestas resultó apropiada debido a que permitió conocer la percepción de los pacientes respecto a su enfermedad, las respuestas emocionales derivadas del diagnóstico y los comportamientos asociados a la adherencia terapéutica.

Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo tras recibir la autorización de la entidad de salud. A continuación, se eligieron a los pacientes que cumplían con los

criterios del estudio y se les comunicó el objetivo, la naturaleza voluntaria de su participación y la confidencialidad de su información. Una vez que firmaron el consentimiento informado, se utilizó el instrumento de manera individual y en un ambiente privado. Al final, las respuestas recolectadas fueron examinadas, codificadas y registradas en una base de datos para proceder con el análisis estadístico.

Instrumento

Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado compuesto por dos secciones. La primera sección estuvo destinada a recopilar información sociodemográfica de los participantes, incluyendo variables como edad, sexo y nivel educativo. Estos datos permitieron caracterizar a la población estudiada y analizar posibles factores asociados a la adherencia terapéutica.

La segunda sección correspondió a la evaluación de la respuesta emocional y cognitiva frente al diagnóstico de hipertensión arterial, utilizando como referencia la Escala de Fases del Duelo EFD-66 adaptada para la presente investigación. El instrumento incluyó ítems relacionados con las dimensiones de negación, ira, negociación o pacto, depresión y aceptación. Las respuestas fueron valoradas mediante una escala tipo Likert de cinco opciones:

- Nunca (1 punto)
- Pocas veces (2 puntos)
- A veces (3 puntos)
- Casi siempre (4 puntos)
- Siempre (5 puntos)

Este sistema de puntuación permitió cuantificar las respuestas y facilitar el análisis estadístico de las variables estudiadas.

3.7. Operacionalización de variable

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Ítem	Escala
Características sociodemográficas	Datos generales que permiten caracterizar a la población de estudio.	Edad	Grupo etario	P1	18-30 años, 31-45 años, 46-60 años
		Sexo	Sexo biológico	P2	Masculino / Femenino
		Nivel educativo	Escolaridad alcanzada	P3	Primaria, Secundaria, Bachillerato, Superior
		Tiempo de diagnóstico	Años desde el diagnóstico de hipertensión	P4	<1 año, 1-5 años, >5 años
		Tiempo de tratamiento	Tiempo bajo de tratamiento antihipertensivo	P5	3 meses-1 año, 1-5 años, >5 años
Respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico (Variable independiente)	Conjunto de respuestas psicológicas, emocionales y cognitivas que experimenta una persona al recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica, expresadas a través de las fases del duelo descritas por Kübler-Ross.	Negación	Rechazo o minimización de la enfermedad	1-4	Likert: Nunca (1) Pocas veces (2) A veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
		Ira	Sentimientos de enojo, frustración o injusticia frente al diagnóstico	5-8	
		Negociación o pacto	Búsqueda de acuerdos o alternativas para afrontar la enfermedad	9-12	
		Depresión	Presencia de tristeza, desesperanza o desmotivación relacionada con la enfermedad	13-16	
		Aceptación	Reconocimiento y adaptación	17-20	

			positiva a la enfermedad		
Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos (Variable dependiente)	Grado en que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas con el profesional de salud respecto al tratamiento farmacológico y las medidas de autocuidado.	Cumplimiento terapéutico	Toma correcta de la medicación prescrita	21-23	Likert: Nunca (1) Pocas veces (2) A veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
		Seguimiento médico	Asistencia a controles y cumplimiento de indicaciones médicas	24-26	
		Autocuidado	Adopción de hábitos saludables para el control de la hipertensión	27-30	

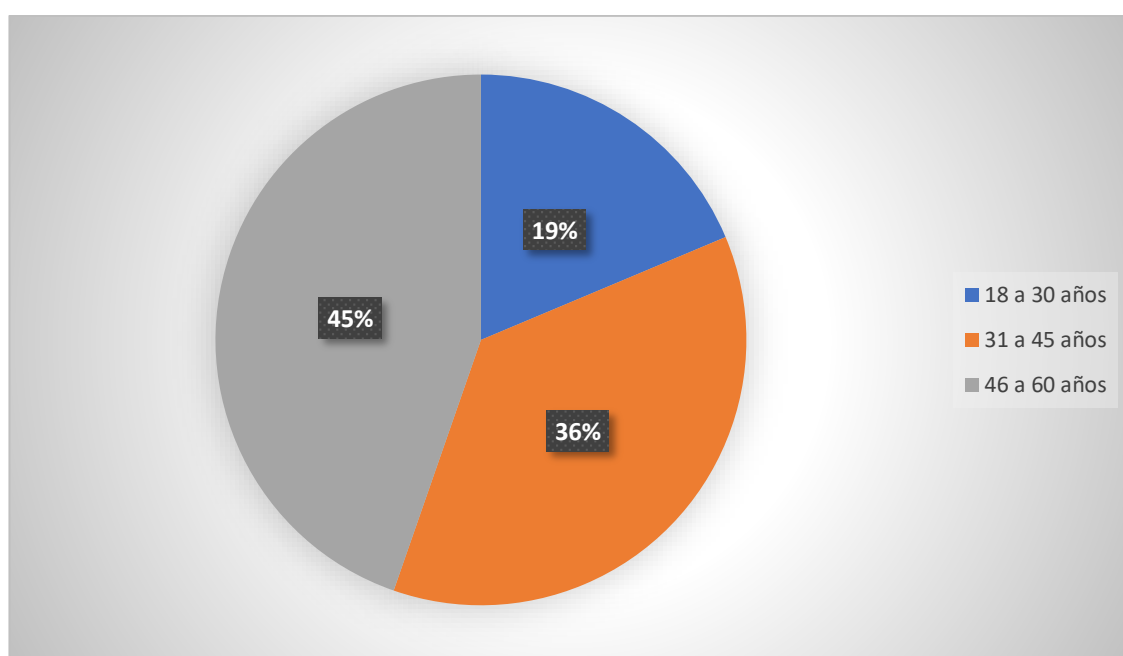
Fuente: Elaboración propia a partir de la Escala de Fases del Duelo EFD-66.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS RESULTADOS

Los resultados se presentan de acuerdo con los objetivos específicos y las dimensiones establecidas para las variables del estudio. Para su organización se emplearon frecuencias absolutas y porcentajes, considerando una muestra de 150 pacientes hipertensos. Las respuestas se valoraron mediante una escala Likert de cinco opciones: Nunca, Pocas veces, A veces, Casi siempre y Siempre.

4.1. Características sociodemográficas

Gráfico 1. Edad de los pacientes hipertensos

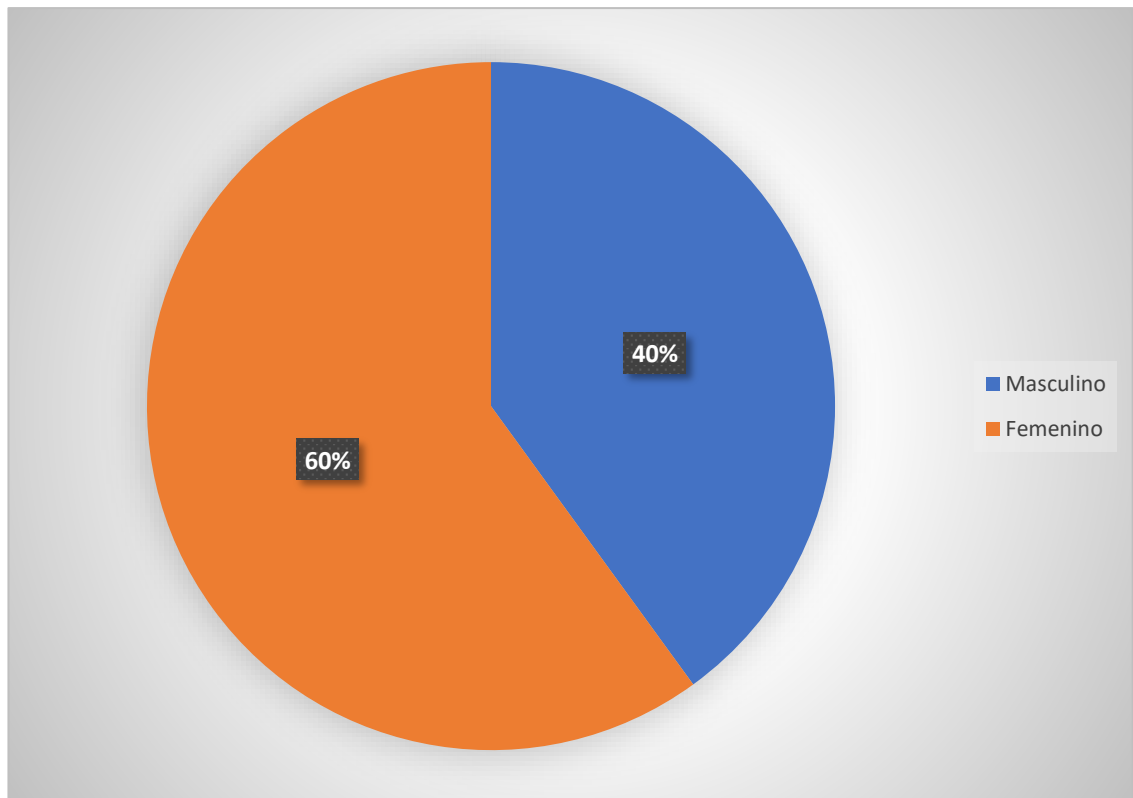


Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos.
Elaborado por: López Mora Cristina Yanahyd, Gualpa Loor Luis Alberto

Análisis:

Se observa que la mayoría de los pacientes se encuentra entre la edad de 46 a 60 años, siendo el grupo de 31 a 45 años el segundo más numerosos. Esta repartición muestra una predominancia de personas adultas de mayor de edad, lo que podría estar vinculado al aumento de casos de hipertensión y a un mayor seguimiento médico con el paso del tiempo.

Gráfico 2. Sexo de los pacientes

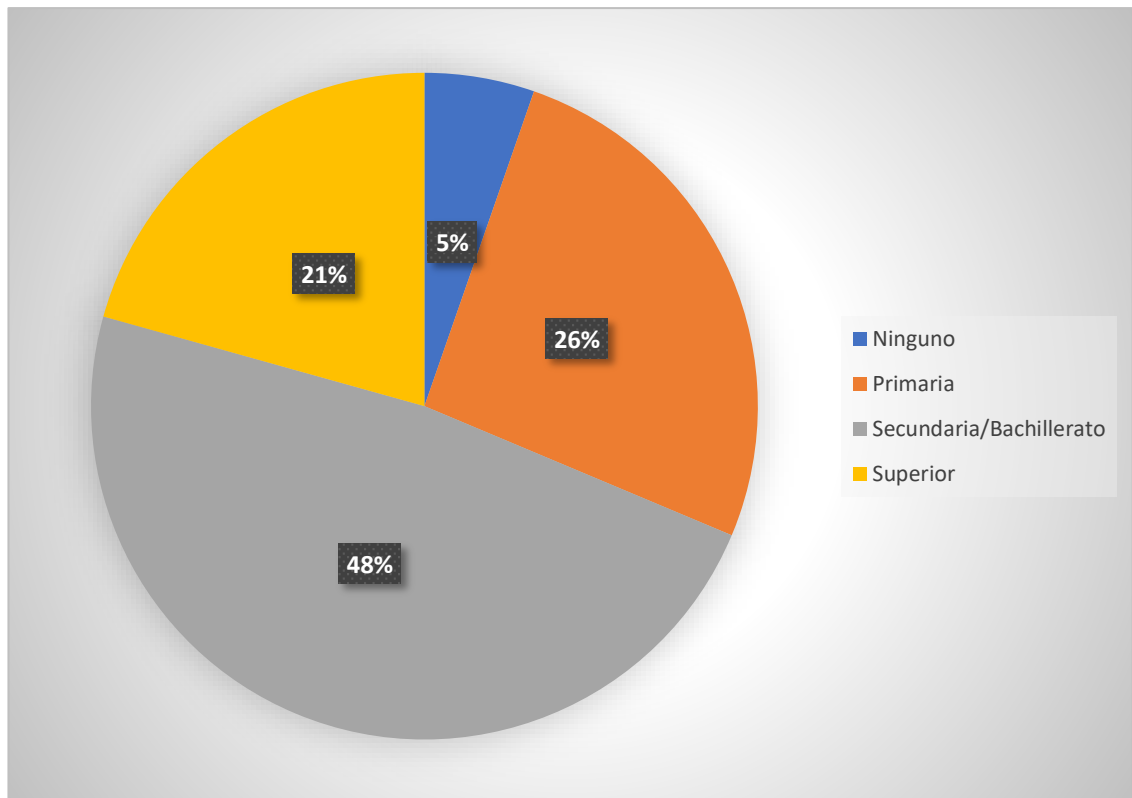


Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos.
Elaborado por: López Mora Cristina Yanahyd, Gualpa Loor Luis Alberto

Análisis:

Según los resultados el género femenino fue el más representado en la muestra analizada. este hallazgo sugiere que hay una mayor implicación de las mujeres en la asistencia médica y podría estar asociado con un uso más frecuente de los recursos sanitarios y el monitoreo de condiciones de salud a largo plazo.

Gráfico 3. Nivel educativo

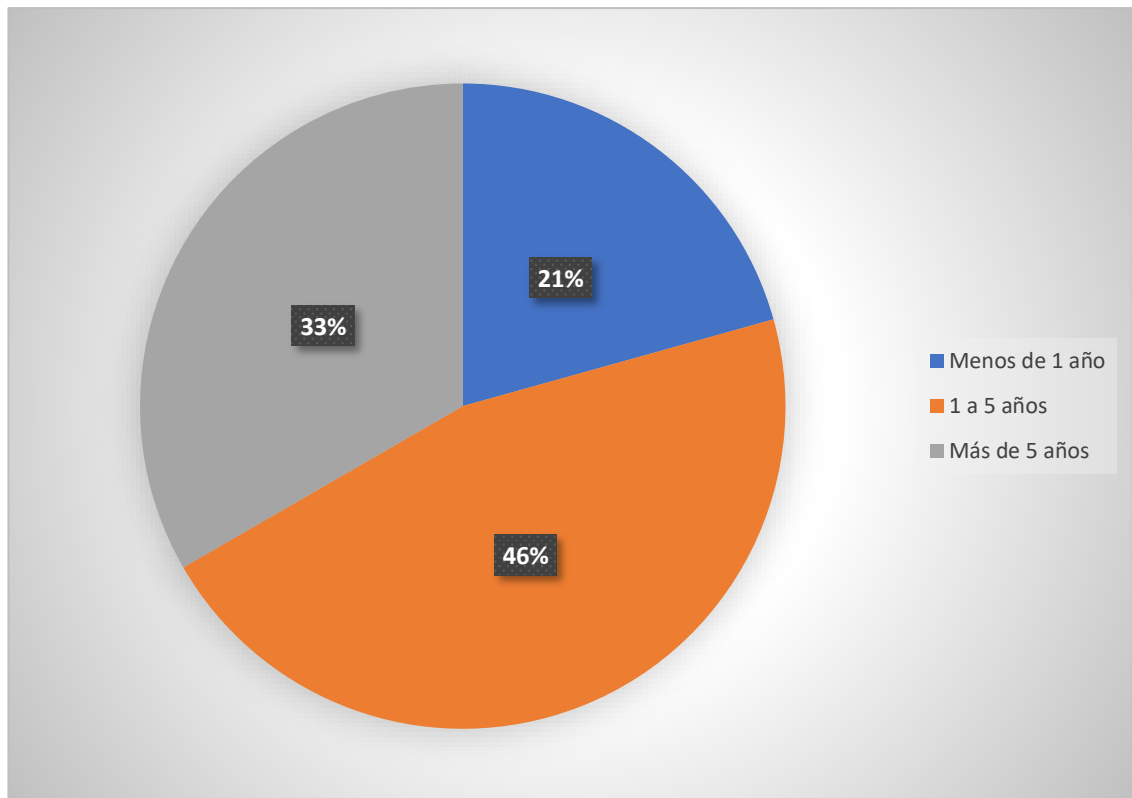


Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos.
Elaborado por: López Mora Cristina Yanahyd, Gualpa Loo Luis Alberto

Análisis:

En cuanto a la formación académica de los pacientes encuestados, predominan que cursaron secundaria, mientras que una proporción más reducida cuenta con estudios de nivel superior. El nivel educativo puede influir en la comprensión de la enfermedad y de las recomendaciones proporcionadas por el personal de salud. Rhamttallah et al. señalaron que una mejor comprensión de la hipertensión favorece la aceptación del diagnóstico y el compromiso con el tratamiento.

Gráfico 4. Tiempo desde el diagnóstico de hipertensión

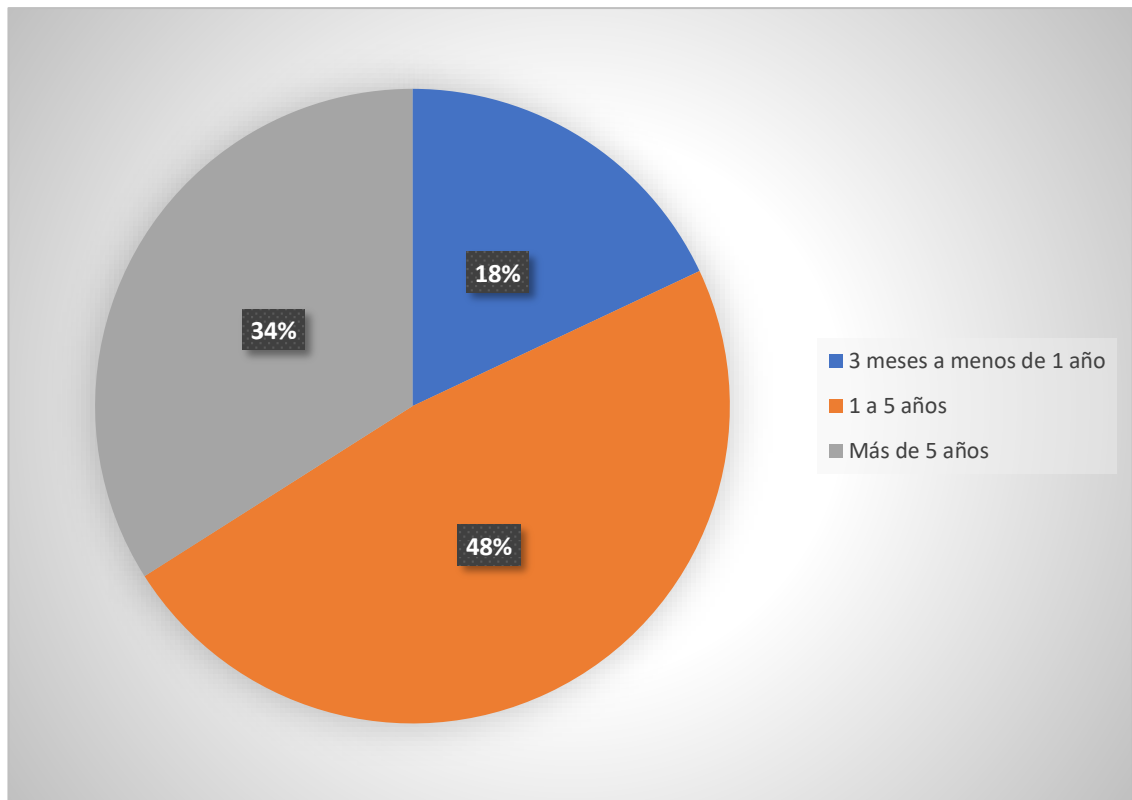


Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos.
Elaborado por: López Mora Cristina Yanahyd, Gualpa Loo Luis Alberto

Análisis:

Predominaron los pacientes que llevan entre uno y cinco años desde que recibieron el diagnóstico. Este tiempo puede representar un periodo en el cual el individuo continúa desarrollando mecanismos de adaptación emocional y conductual frente a la enfermedad crónica.

Gráfico 5. *Tiempo de tratamiento antihipertensivo*



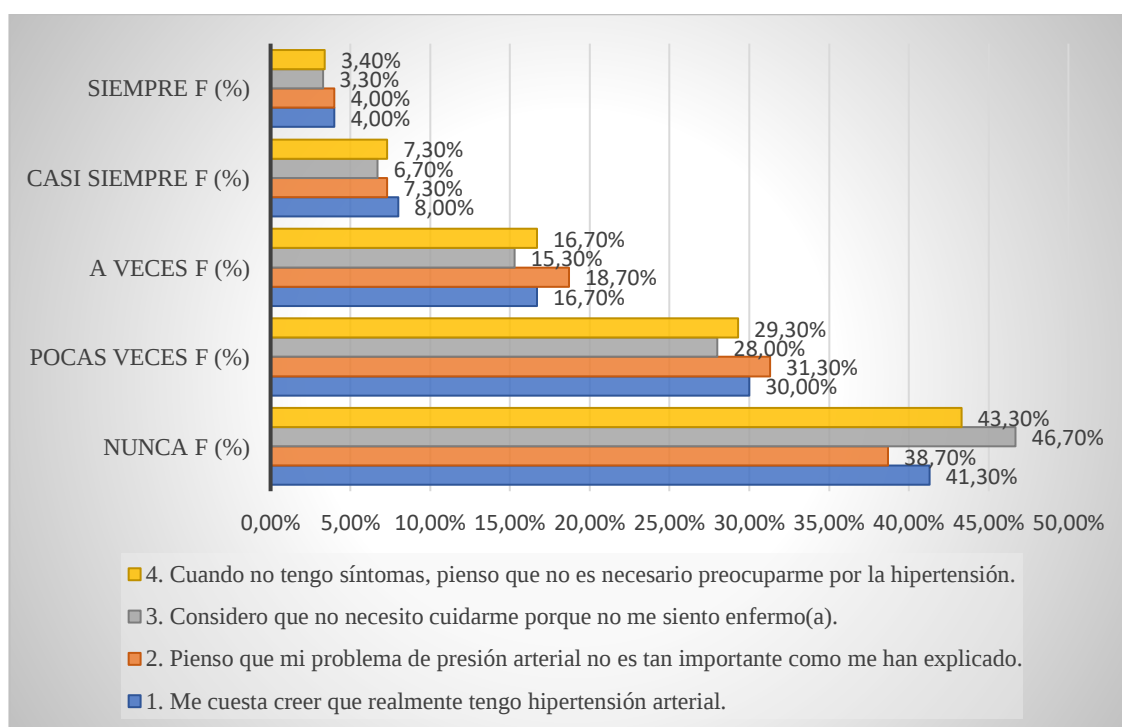
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos.
Elaborado por: López Mora Cristina Yanahyd, Gualpa Loor Luis Alberto

Análisis:

La mayor parte de los participantes mantiene tratamiento antihipertensivo desde hace uno a cinco años. Esto evidencia que la mayoría posee experiencia previa con el manejo farmacológico de su condición, aspecto que puede favorecer el desarrollo de hábitos de cumplimiento, aunque no garantiza por sí mismo una adecuada adherencia.

4.2 Dimensión Negación

Gráfico 6. Respuestas correspondientes a la dimensión Negación



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos.

Elaborado por: López Mora Cristina Yanahyd, Gualpa Loor Luis Alberto

Análisis

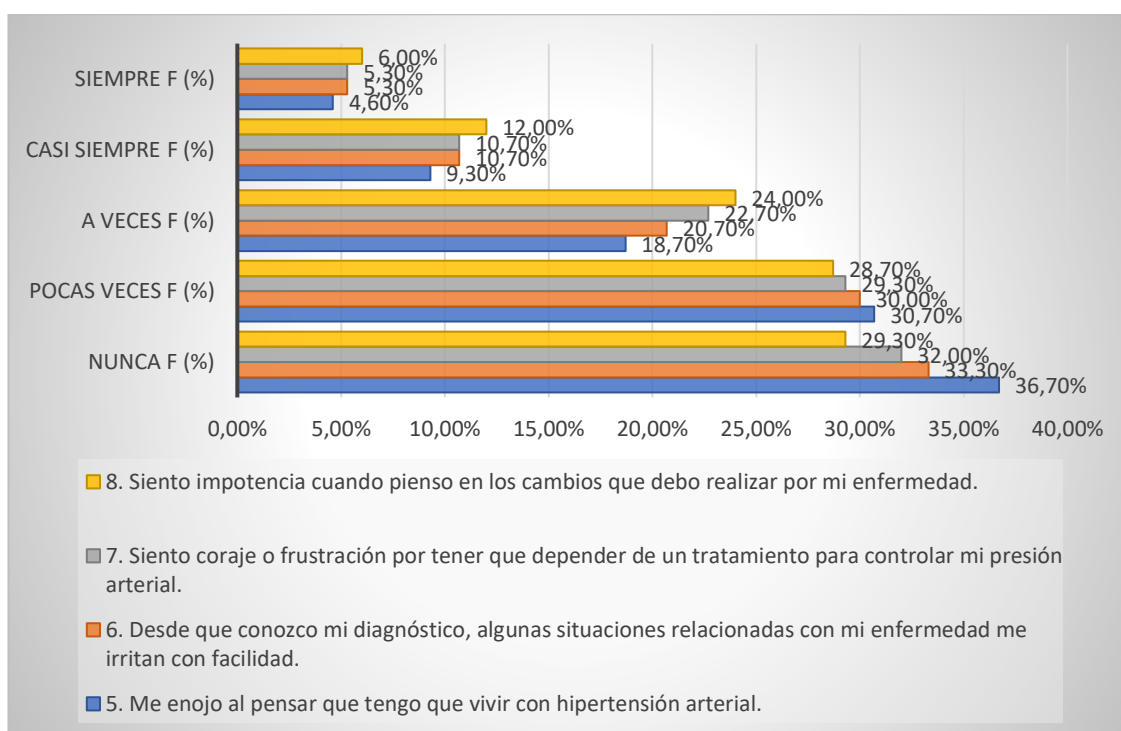
En la esfera de la Negación, los respondientes más frecuentes fueron "Nunca" y "Pocas veces", lo cual da a entender que la mayoría de los enfermos acepta su condición y la importancia de seguir tratándose, incluso sin sentir síntomas. No obstante, algunos individuos, al sentirse mejor, a veces minimizan la importancia de la presión alta, quizá debido a que no se manifiesta claramente.

De esta forma, Pedroza Cosío y colegas señalan que la negación puede complicar la asimilación de una enfermedad persistente y repercutir en el seguimiento del tratamiento y las rutinas de cuidado personal.

Interpretación: La dimensión refleja una baja presencia de negación en la mayoría de los participantes, lo cual constituye un resultado favorable para el proceso de adaptación a la enfermedad y para la adherencia al tratamiento

4.3. Dimensión Ira

Gráfico 7. Respuestas correspondientes a la dimensión Ira



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos.

Elaborado por: López Mora Cristina Yanahyd, Gualpa Loo Luis Alberto

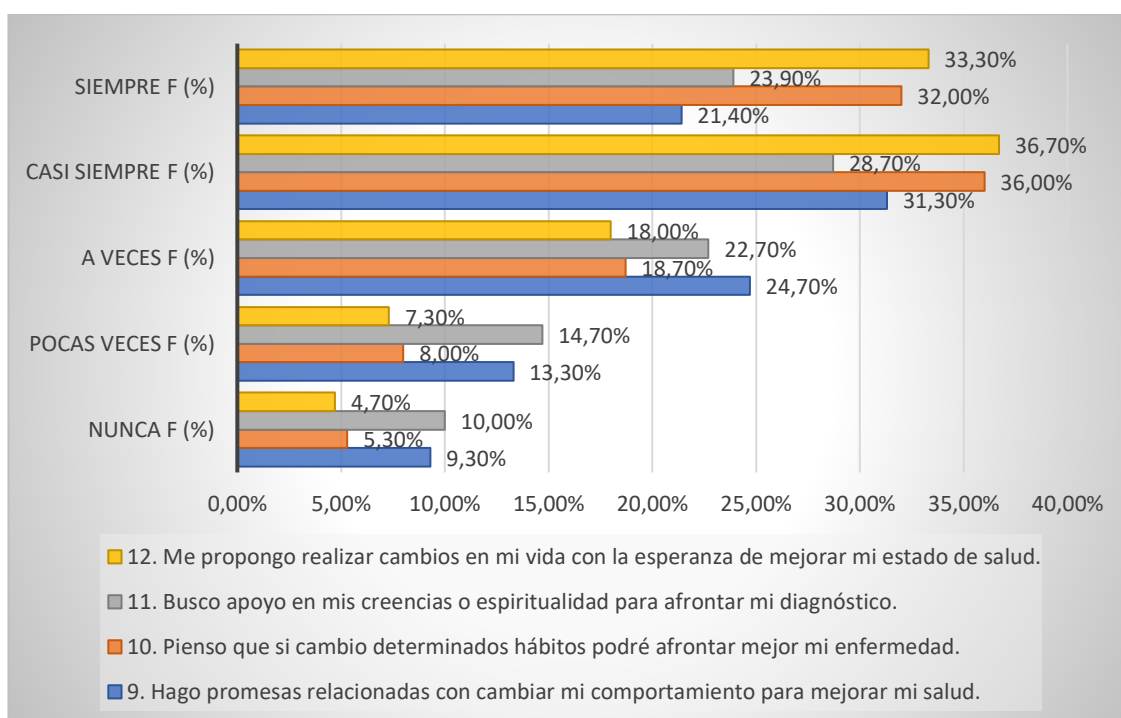
Análisis

En cuanto a la dimensión ira, la mayoría de los pacientes respondió entre nunca y pocas veces, lo que muestra que el enojo, la frustración y la irritabilidad no se dan de forma constante; sin embargo, algunos participantes indicaron sentir a veces impotencia ante los cambios que exige la enfermedad, reflejando que hay dificultades para aceptar y adaptarse a las condiciones relacionadas con el tratamiento.

La ira se puede presentar cuando la persona comprende que deberá mantener controles, tomar medicamentos y realizar cambios en su vida cotidiana; aceptar estas condiciones genera sentimientos de frustración, impotencia, injusticia o resentimiento, más cuando percibe que la enfermedad empieza a limitar algunas actividades que antes formaban parte de su vida. En general, se identifica una baja presencia de ira, aunque existe un grupo de pacientes que todavía experimenta ocasionalmente frustración e impotencia frente a la enfermedad.

4.4. Dimensión Pacto o negociación

Gráfico 8. Respuestas correspondientes a la dimensión Pacto o negociación



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos.

Elaborado por: López Mora Cristina Yanahyd, Gualpa Loor Luis Alberto

Análisis

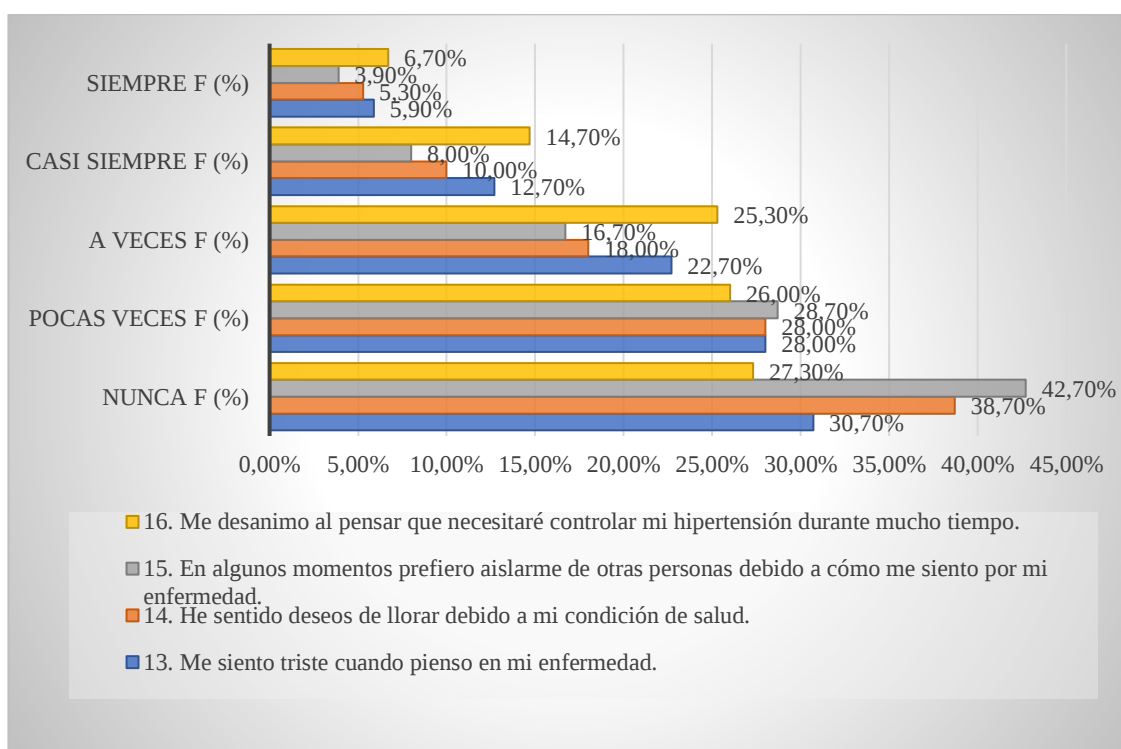
En la dimensión Pacto o negociación predominan las respuestas Casi siempre y Siempre, más en los enunciados relacionados con realizar cambios en los hábitos para mejorar la salud. Esto evidencia que una parte de los pacientes establece compromisos personales para enfrentar mejor su condición.

La búsqueda de apoyo en las creencias o espiritualidad también está presente, aunque con una distribución más variada. Este comportamiento puede explicarse porque el paciente busca diferentes mecanismos que le proporcionen esperanza, seguridad y una percepción de mayor control frente a una enfermedad que deberá manejar durante un periodo prolongado.

Durante esta fase el paciente considera distintas posibilidades para convivir con su enfermedad y responder ante las exigencias; el pacto puede favorecer el proceso de adaptación cuando las decisiones adoptadas permiten mantener el tratamiento, cumplir las indicaciones recibidas y avanzar hacia una mayor aceptación de los cambios necesarios.

4.5. Dimensión Depresión

Gráfico 9. Respuestas correspondientes a la dimensión Depresión



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos.

Elaborado por: López Mora Cristina Yanahyd, Gualpa Loor Luis Alberto

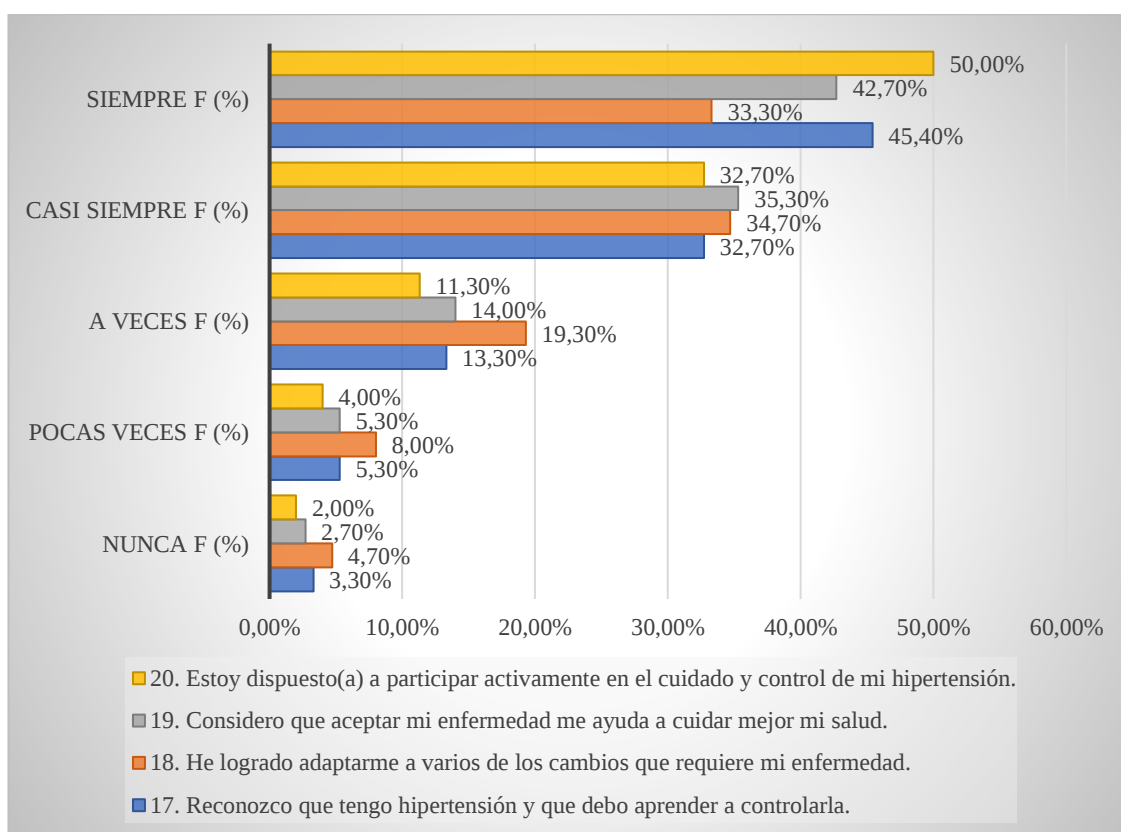
Análisis

En esta dimensión, las respuestas se centran entre Nunca y Pocas veces, sobre todo en los aspectos relacionados con el llanto y el aislamiento social; esto muestra que en la mayoría la tristeza intensa y el alejamiento de otras personas no se da con frecuencia como parte de su condición. Sin embargo, el desánimo relacionado con controlar la hipertensión durante mucho tiempo presenta una mayor distribución en la categoría “A veces”. Esto puede explicarse por el carácter permanente de la enfermedad y por la necesidad de mantener durante años medicamentos, controles médicos y modificaciones del estilo de vida.

Stamoulis et al. identificaron que los síntomas depresivos en pacientes hipertensos pueden relacionarse con una menor adherencia farmacológica y con dificultades para mantener las actividades de autocuidado, debido principalmente a la disminución de la motivación. La dimensión presenta una baja presencia de manifestaciones depresivas, aunque debe prestarse atención al desánimo relacionado con la permanencia del tratamiento.

4.6. Dimensión Aceptación

Gráfico 10. Respuestas correspondientes a la dimensión Aceptación



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos.

Elaborado por: López Mora Cristina Yanahyd, Gualpa Loo Luis Alberto

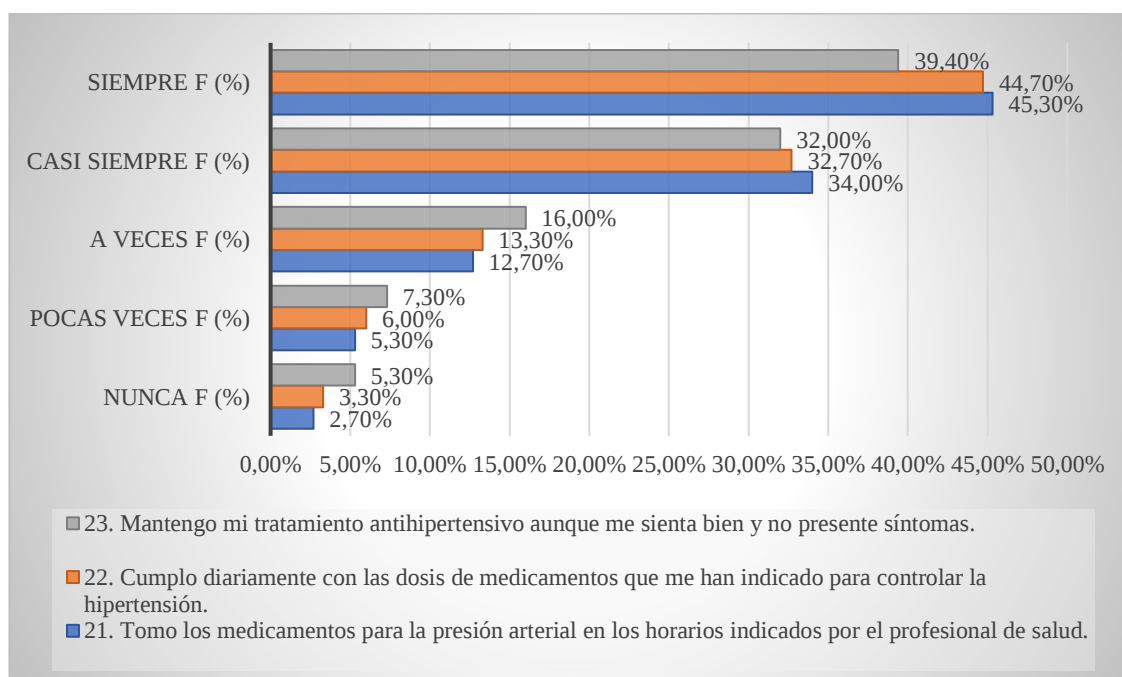
Análisis

La dimensión Aceptación presenta un comportamiento claramente favorable, debido a que las respuestas se concentran principalmente en Casi siempre y Siempre. Los pacientes reconocen su diagnóstico, manifiestan adaptación a los cambios necesarios y muestran disposición para participar activamente en el control de la hipertensión.

La aceptación puede fortalecer según el paciente aprende a convivir con la enfermedad y adquiere mayor experiencia durante el tratamiento, además, las orientaciones recibidas del personal de salud pueden facilitar este proceso; alcanzar un nivel alto en esta etapa es favorable porque ayuda a mantener la adaptación a la condición y favorece la continuidad del tratamiento.

4.7. Dimensión Cumplimiento terapéutico

Gráfico 11. Respuestas correspondientes a la dimensión Cumplimiento terapéutico



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos.

Elaborado por: López Mora Cristina Yanahyd, Gualpa Loor Luis Alberto

Análisis

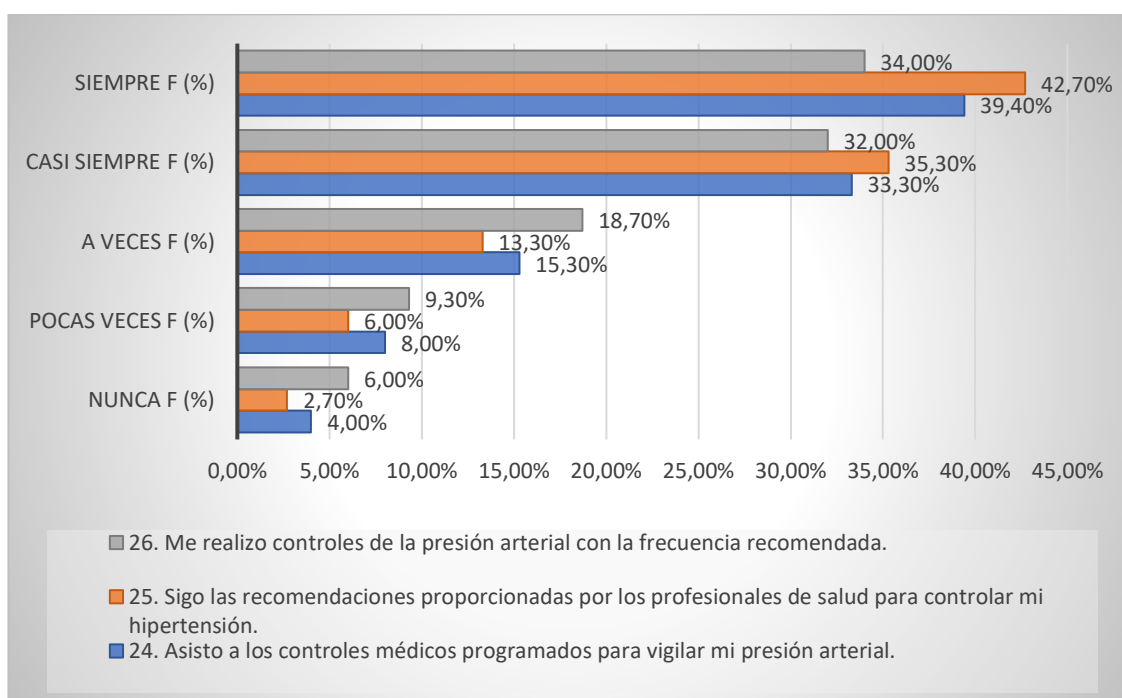
Los resultados muestran un cumplimiento terapéutico favorable, debido a que las respuestas predominantes corresponden a Casi siempre y Siempre. Los pacientes manifiestan mantener los horarios y las dosis indicadas y, en su mayoría, toman la medicación aun cuando no presentan síntomas.

Este último aspecto es especialmente en la hipertensión arterial, debido a que la ausencia de síntomas puede hacer considerar que el medicamento ya no es necesario. En este grupo, sin embargo, existe una adecuada continuidad terapéutica, relacionada con una mayor aceptación y comprensión de la naturaleza crónica de la enfermedad.

Sharma et al. señalaron que las dificultades para aceptar una enfermedad crónica pueden relacionarse con menor adherencia, mientras que una actitud positiva favorece el autocuidado y el cumplimiento. La dimensión refleja un nivel alto de cumplimiento terapéutico, aunque un grupo menor presenta dificultades para mantener la medicación cuando se siente bien.

4.8. Dimensión Seguimiento médico

Gráfico 12. Respuestas correspondientes a la dimensión Seguimiento médico



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos.

Elaborado por: López Mora Cristina Yanahyd, Gualpa Looor Luis Alberto

Análisis

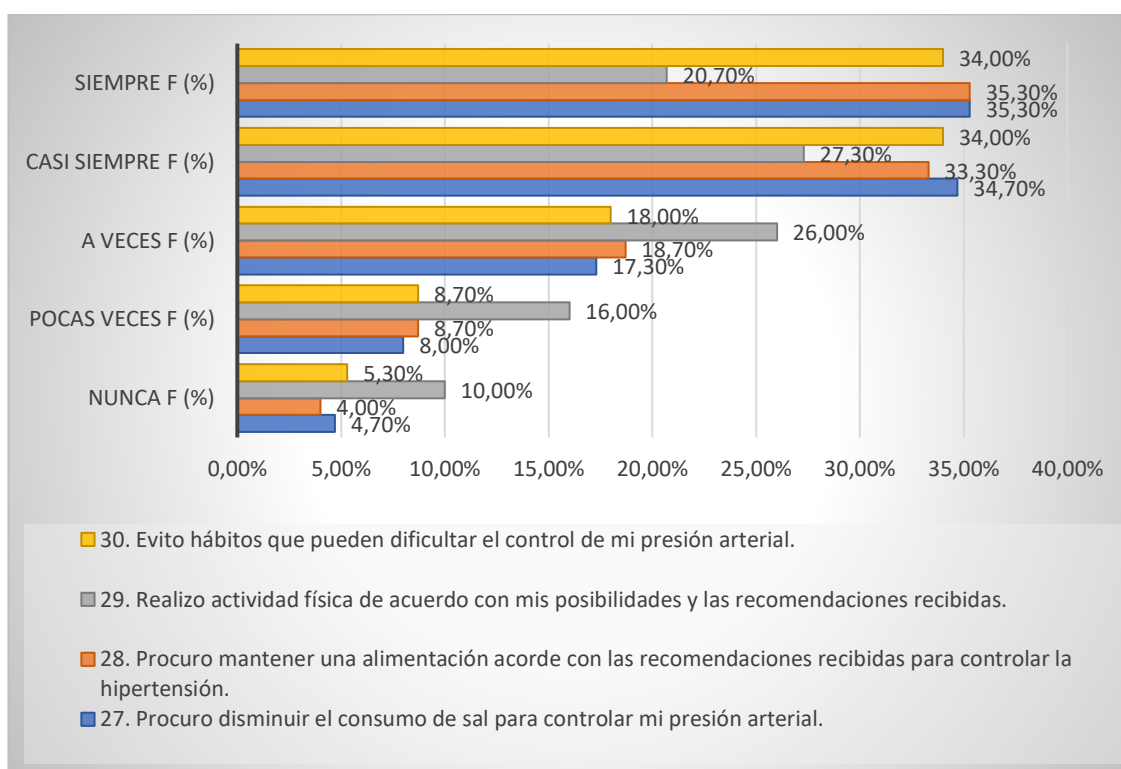
En la dimensión Seguimiento médico se observa una tendencia positiva, ya que los pacientes manifiestan asistir regularmente a los controles, seguir las recomendaciones proporcionadas por el equipo sanitario y realizar controles periódicos de la presión arterial.

Por lo tanto, el cumplimiento de las recomendaciones es el aspecto más consolidado, mientras que el monitoreo de la presión presenta más respuestas intermedias. Esto podría explicarse por dificultades para acceder a equipos, falta de tiempo, asistencia irregular a establecimientos o por la percepción de que no es necesario medirla cuando el paciente se siente estable.

Rhamttallah et al. Indicaron que una mejor comprensión de la hipertensión puede mejorar la participación del paciente en su cuidado, lo que subraya el valor de la educación en salud. Asimismo, en esta investigación se registró una buena asistencia a las revisiones médicas, aunque aún se hace necesario insistir en la supervisión regular de la presión arterial.

4.9. Dimensión Autocuidado

Gráfico 13. Respuestas correspondientes a la dimensión Autocuidado



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos.

Elaborado por: López Mora Cristina Yanahyd, Gualpa Loor Luis Alberto

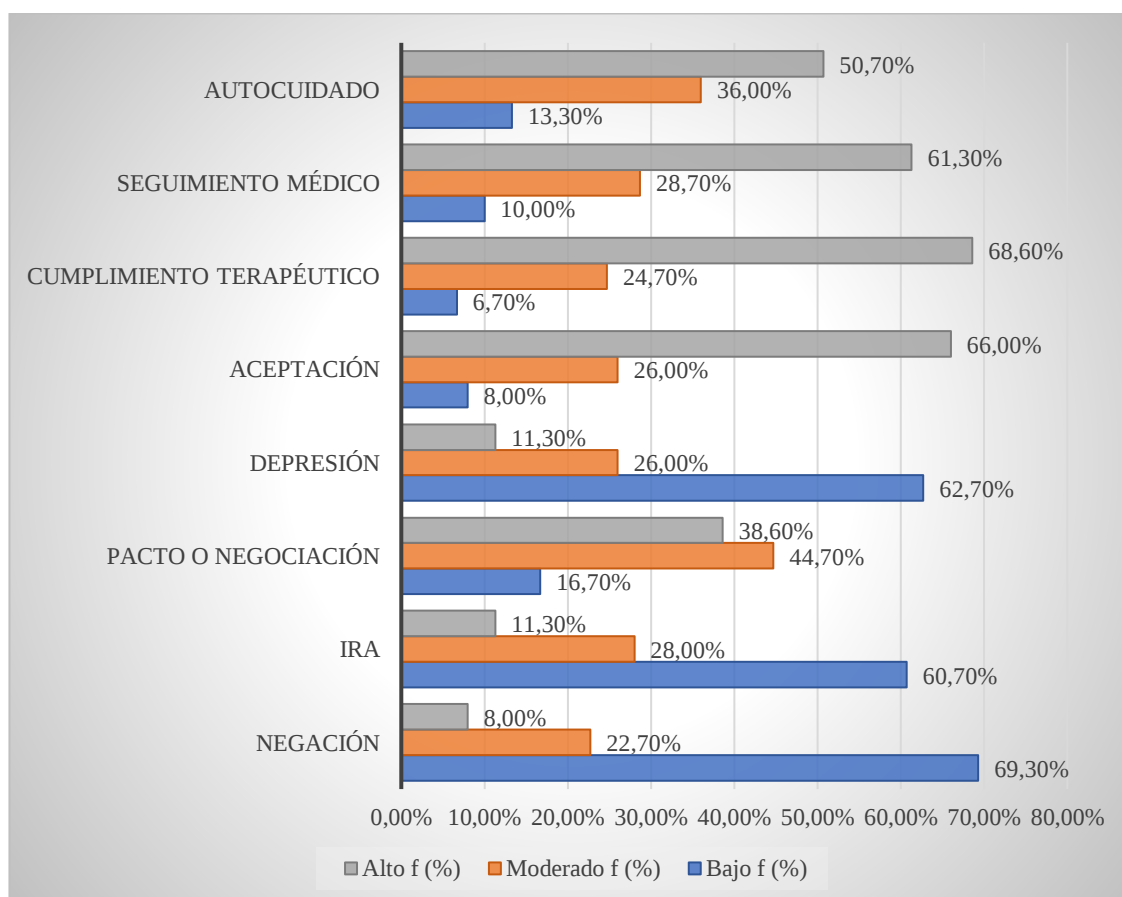
Análisis

Los resultados en la categoría del autocuidado, los hallazgos indican que los participantes adoptaron costumbres beneficiosas, particularmente al disminuir la ingesta de sal, seguir una dieta más nutritiva y evitar acciones que pudieran complicar el manejo correcto de la presión sanguínea. La actividad física presenta mayores dificultades, debido a que las respuestas se distribuyen entre Pocas veces, A veces y Casi siempre. Esto indica que su incorporación a la vida cotidiana aún no está consolidada. Entre puede ser por la falta de hábito, limitaciones físicas, disponibilidad de tiempo o baja motivación.

Caicedo, Jiménez y León Bajaña identificaron que la adherencia en pacientes con enfermedades crónicas se encuentra influenciada por factores emocionales, familiares y educativos, y señalaron que una mejor comprensión de la enfermedad favorece la continuidad del tratamiento. Se identifica un nivel favorable de autocuidado, aunque la actividad física constituye el principal componente que requiere fortalecimiento.

4.10. Resultado general por dimensiones

Gráfico 14. Nivel general de las dimensiones evaluadas en los pacientes hipertensos



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos.
Elaborado por: López Mora Cristina Yanahyd, Gualpa Loor Luis Alberto

Análisis

De manera general, los resultados evidencian que las fases emocionales consideradas menos favorables para la adaptación, como negación, ira y depresión, se concentran principalmente en niveles bajos. La negociación aparece mayormente en un plano medio, mientras que la aceptación consigue las cifras más elevadas entre las reacciones emocionales que se analizaron. Estas observaciones indican que una cantidad considerable de los pacientes ha podido ajustarse paulatinamente a su diagnóstico, viendo la hipertensión como algo que les toca y mostrando más gana de seguir cuidándose y haciendo caso a las indicaciones médicas.

En las dimensiones correspondientes a la adherencia también predominan los niveles favorables, especialmente en el cumplimiento terapéutico, seguido del

seguimiento médico y el autocuidado. Esto muestra que los pacientes presentan mayor facilidad para mantener la medicación y las indicaciones profesionales que para incorporar de manera permanente todos los cambios del estilo de vida.

Los resultados son coherentes con Pedroza Cosío et al., quienes señalaron que las dimensiones de negación, ira, pacto, depresión y aceptación permiten comprender diferencias en el comportamiento relacionado con la adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas.

En conjunto, el hallazgo más relevante es el predominio de una elevada aceptación acompañado de un alto cumplimiento terapéutico, mientras que la negación, la ira y las respuestas depresivas permanecen en niveles bajos. Esto sugiere descriptivamente una adaptación emocional favorable frente a la hipertensión arterial y una adecuada disposición para mantener el tratamiento.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que, en términos generales, los pacientes hipertensos presentan bajos niveles de negación, ira y manifestaciones depresivas, una presencia moderada de pacto o negociación y un alto nivel de aceptación. De igual manera, se evidenció un comportamiento favorable en las dimensiones de cumplimiento terapéutico, seguimiento médico y autocuidado. Estos hallazgos permiten considerar que la forma en que los pacientes comprenden y procesan emocionalmente el diagnóstico de hipertensión arterial puede estar relacionada con la manera en que mantienen las indicaciones terapéuticas.

En relación con la negación, los resultados muestran que la mayoría de los pacientes reconoce la presencia de la hipertensión arterial y comprende que necesita cuidados permanentes, aun cuando no presente síntomas. Este resultado coincide con lo señalado por Pedroza Cosío et al. (17), quienes identificaron que la negación constituye una de las dimensiones que permite diferenciar el comportamiento de los pacientes frente a la adherencia terapéutica. Los autores evidenciaron que las fases de negación, ira, pacto, depresión y aceptación pueden influir en la manera en que una persona afronta una enfermedad crónica y cumple las indicaciones médicas. La similitud con el presente estudio se encuentra en que una menor presencia de negación puede facilitar que el paciente reconozca la necesidad de continuar con el tratamiento y los controles de salud.

Estos resultados también guardan relación con Sharma et al. (10), quienes encontraron que la dificultad para aceptar una enfermedad crónica se asociaba con una menor adherencia al tratamiento antihipertensivo. Por el contrario, los pacientes que mostraban una actitud más positiva frente al diagnóstico presentaban mejores conductas de autocuidado. Esta coincidencia puede explicarse porque el reconocimiento de la hipertensión constituye un paso fundamental para que el paciente comprenda que, aunque no presente síntomas, la enfermedad requiere tratamiento continuo.

Asimismo, los hallazgos son similares a los descritos por Rhamtallah et al. (15), quienes señalaron que los pacientes con menor conocimiento de su

enfermedad presentaban mayor resistencia al tratamiento y menor adherencia farmacológica. En cambio, una mejor comprensión del diagnóstico favorecía la aceptación y el compromiso terapéutico. Esta relación resulta importante porque muestra que la negación no depende solamente de una respuesta emocional, sino también de la forma en que el paciente comprende su enfermedad.

Respecto a la dimensión ira, los resultados evidenciaron que el enojo, la irritabilidad y la frustración no predominan de manera constante en los participantes, aunque algunos pacientes presentan sentimientos de impotencia ante los cambios que deben realizar en su estilo de vida. Estos hallazgos son semejantes a los planteados por Leite et al. (13), quienes encontraron que los pacientes que permanecían en fases de negación o ira presentaban mayores dificultades para cumplir con las recomendaciones médicas. La similitud se explica porque la ira puede aparecer cuando el paciente comienza a reconocer las implicaciones que tendrá la enfermedad sobre su vida cotidiana. La necesidad de utilizar medicamentos de forma permanente, cambiar hábitos alimentarios, realizar controles y modificar rutinas puede generar frustración. Sin embargo, en el presente estudio la baja presencia de ira puede indicar que una gran parte de los participantes ya ha avanzado hacia una mayor adaptación al diagnóstico.

En este mismo sentido, Rashid, Ejara y Deybasso (11) encontraron que los factores emocionales influyen de manera importante en el control de las enfermedades crónicas. Los autores observaron que la preocupación constante, la ansiedad y la falta de apoyo familiar se relacionaban con una menor adherencia al tratamiento. Aunque el presente estudio no evaluó exactamente las mismas variables emocionales, ambos trabajos coinciden en que las emociones negativas pueden convertirse en una dificultad para mantener adecuadamente el tratamiento antihipertensivo.

En cuanto a la dimensión de pacto o negociación, se identificó que los pacientes están dispuestos a cambiar algunas costumbres, aceptar responsabilidades propias y considerar diversas alternativas enfocadas en

optimizar su bienestar. Este descubrimiento concuerda con lo dicho por Alruwaili (9), quien observó que saber más sobre la presión alta se asociaba con una mayor adherencia a la medicación. La semejanza entre ambos estudios radica en que cuando el paciente comprende mejor su enfermedad puede desarrollar una mayor disposición para realizar cambios que favorezcan su salud. El pacto o negociación puede manifestarse mediante compromisos personales relacionados con la alimentación, la medicación, la actividad física y otras conductas orientadas al control de la hipertensión.

Los resultados también se relacionan con Caicedo, Jiménez y León Bajaña (16), quienes indicaron que los factores educativos, emocionales y familiares influyen sobre la adherencia terapéutica. Entender bien que la atención alta puede animar al paciente a fijarse objetivos realistas y a participar más en el manejo de su bienestar.

En cuanto a la dimensión depresión, la mayoría no mostró mucha tristeza, soledad ni ganas de llorar, aunque algunos si se sintieron un poco decaídos al pensar en tener que cuidarse constantemente. Estos resultados guardan relación con lo señalado por Stamoulis et al. (12), quienes encontraron que los pacientes hipertensos con mayores niveles de síntomas depresivos presentaban menor cumplimiento terapéutico y peores resultados en el control de la presión arterial. Los autores señalaron además que la tristeza persistente y la desmotivación afectaban las actividades de autocuidado.

La semejanza con el presente estudio se encuentra en que, aunque las manifestaciones depresivas no sean predominantes, el desánimo puede representar una dificultad para mantener conductas terapéuticas a largo plazo. Esto puede explicarse porque la hipertensión exige cuidados permanentes y, con el paso del tiempo, algunos pacientes pueden experimentar cansancio, frustración o disminución de la motivación.

De igual manera, los resultados coinciden con Kengne et al. (11), quienes señalaron que las creencias negativas y las dificultades para asumir una enfermedad crónica pueden influir en el incumplimiento terapéutico. Su

revisión demostró además que una adherencia deficiente se encuentra asociada con un mayor riesgo de hospitalizaciones, complicaciones cardiovasculares y mortalidad. Esto refuerza la importancia de identificar oportunamente las respuestas emocionales negativas.

La dimensión aceptación presentó uno de los resultados más favorables del estudio. La mayoría de los pacientes reconoció su diagnóstico, manifestó adaptación a los cambios y expresó disposición para participar activamente en el control de su hipertensión. Este hallazgo presenta una clara similitud con el estudio de Leite et al. (13), quienes observaron que los pacientes que lograban aceptar su enfermedad mostraban un mayor compromiso con el tratamiento y mejores hábitos de autocuidado. Por el contrario, aquellos que permanecían en negación o ira mostraban mayores dificultades para cumplir las indicaciones.

La similitud puede explicarse porque la aceptación permite que el paciente deje de percibir la enfermedad únicamente como una amenaza y comience a incorporarla como una condición que requiere cuidados permanentes. De esta forma, puede asumir un papel más activo frente a la medicación, los controles y las modificaciones del estilo de vida. Los resultados también concuerdan con Rhamttallah et al. (15), quienes identificaron que una mayor comprensión de la hipertensión favorecía la aceptación del diagnóstico y el compromiso terapéutico. Este antecedente refuerza la importancia de la educación sanitaria como una estrategia que puede favorecer respuestas cognitivas más positivas frente a la enfermedad.

En relación con el cumplimiento terapéutico, los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes mantiene los horarios de administración de medicamentos, cumple las dosis indicadas y continúa el tratamiento aun cuando no presenta síntomas. Este hallazgo es similar al reportado por Alruwaili (9), quien encontró que los pacientes con mayor conocimiento sobre hipertensión tenían mejores niveles de adherencia farmacológica. La similitud puede deberse a que comprender la naturaleza crónica de la hipertensión

ayuda al paciente a reconocer que el tratamiento debe mantenerse incluso en ausencia de molestias.

De igual manera, Sharma et al. (10) encontraron que el olvido de la medicación, el temor a los efectos adversos y la dificultad para aceptar una enfermedad crónica eran factores relacionados con una menor adherencia. En comparación, los resultados del presente estudio muestran un comportamiento más favorable, posiblemente porque una gran parte de los participantes presenta niveles elevados de aceptación.

Asimismo, Caicedo, Jiménez y León Bajaña (16) señalaron que la continuidad del tratamiento en personas con enfermedades crónicas se encuentra influenciada por factores educativos y emocionales. Esta coincidencia muestra que el cumplimiento farmacológico no depende únicamente de disponer de medicamentos, sino también de la comprensión, motivación y aceptación del paciente.

En la dimensión seguimiento médico, se observó que los participantes presentan una adecuada disposición para asistir a los controles, seguir las recomendaciones profesionales y realizar vigilancia de su presión arterial. Estos resultados guardan relación con Rhamttallah et al. (15), quienes concluyeron que la educación sanitaria favorece respuestas cognitivas positivas y fortalece el compromiso del paciente con su tratamiento. La similitud se encuentra en que una persona que comprende las posibles complicaciones de la hipertensión puede mostrar mayor disposición para acudir a controles periódicos y seguir las recomendaciones del personal de salud.

También resulta importante comparar estos hallazgos con Peñaherrera et al. (14), quienes en Ecuador evidenciaron que una proporción considerable de personas con hipertensión no alcanzaba un adecuado control de la presión arterial. Los autores señalaron que la adherencia insuficiente continúa representando uno de los principales desafíos para el manejo de la hipertensión en el país. En este caso, el presente estudio muestra un

comportamiento más favorable en el seguimiento, aunque esto no necesariamente significa que todos los pacientes mantengan cifras tensionales controladas. Por ello, sería recomendable que futuros estudios relacionen la adherencia reportada con mediciones objetivas de presión arterial.

Respecto al autocuidado, se observaron conductas positivas relacionadas con la disminución del consumo de sal, una alimentación acorde con las recomendaciones y la evitación de hábitos perjudiciales. Sin embargo, la actividad física representó el componente menos consolidado. Este resultado coincide con Sharma et al. (10), quienes observaron que los pacientes con una actitud positiva frente al diagnóstico presentaban mejores conductas de autocuidado. La similitud se explica porque una mayor aceptación puede facilitar la incorporación de cambios cotidianos necesarios para el control de la hipertensión.

Asimismo, Caicedo, Jiménez y León Bajaña (16) señalaron que la adherencia terapéutica está influenciada por factores emocionales, familiares y educativos. Estos elementos pueden explicar por qué algunas conductas de autocuidado son más fáciles de mantener que otras. La actividad física, por ejemplo, requiere constancia, tiempo, motivación y condiciones personales adecuadas, mientras que determinados cambios alimentarios pueden incorporarse de manera más progresiva.

Al analizar de manera conjunta las fases del duelo y las dimensiones de adherencia, los resultados del presente estudio muestran un patrón caracterizado por baja negación, ira y depresión, pacto moderado y aceptación elevada, acompañado de un comportamiento favorable en cumplimiento terapéutico, seguimiento médico y autocuidado. Este resultado guarda una relación directa con Pedroza Cosío et al. (17), ya que su estudio demostró que las dimensiones de negación, ira, pacto, depresión y aceptación pueden diferenciar el comportamiento de los pacientes en relación con la adherencia. Esta similitud es especialmente relevante porque dicho

instrumento constituye el principal referente metodológico de la presente investigación.

Asimismo, los hallazgos coinciden con Leite et al. (13), quienes plantearon que la adaptación emocional constituye un componente determinante para la adherencia terapéutica. En ambos casos, la aceptación aparece como una respuesta favorable, mientras que la permanencia en negación, ira o estados depresivos puede representar una dificultad para el cumplimiento de las indicaciones.

También existe concordancia con Kengne et al. (11), quienes demostraron que una adherencia deficiente se relaciona con consecuencias clínicas importantes como hospitalizaciones, complicaciones cardiovasculares y mortalidad. Este antecedente permite comprender que las respuestas emocionales no deben ser consideradas únicamente como experiencias subjetivas, sino como factores que pueden repercutir indirectamente en el control de la enfermedad.

De forma similar, Rashid, Ejara y Deybasso (11) resaltaron que los factores emocionales deben ser incorporados en las intervenciones dirigidas a pacientes con enfermedades crónicas. Esto coincide con los resultados obtenidos, debido a que la respuesta emocional parece acompañar el comportamiento terapéutico de los participantes.

En síntesis, la comparación con los antecedentes permite establecer que los resultados obtenidos mantienen concordancia con la evidencia revisada. Alruwaili y Rhamttallah et al. destacan la importancia del conocimiento y la comprensión de la enfermedad; Sharma et al. relacionan la aceptación y las actitudes positivas con mejores conductas de autocuidado; Rashid et al. subrayan la influencia de los factores emocionales; Kengne et al. muestran las consecuencias de una adherencia deficiente; Stamoulis et al. evidencian el efecto negativo de las manifestaciones depresivas; Leite et al. destacan la aceptación como elemento favorable; Peñaherrera et al. muestran las dificultades persistentes del control de la hipertensión en Ecuador; Caicedo et

al. resaltan la influencia de factores emocionales y educativos; y Pedroza Cosío et al. aportan el sustento específico para comprender las fases del duelo en relación con la adherencia.

Por lo tanto, los hallazgos permiten considerar que la adaptación emocional y cognitiva frente al diagnóstico de hipertensión arterial puede desempeñar un papel importante en la adherencia terapéutica. Una mayor aceptación, acompañada de una adecuada comprensión de la enfermedad, parece favorecer el cumplimiento farmacológico, el seguimiento médico y las conductas de autocuidado, mientras que la negación, la ira persistente y el desánimo pueden representar barreras para mantener estas conductas. Esta interpretación responde directamente al propósito del estudio sobre la respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos planteados y con los resultados desarrollados para los 150 pacientes hipertensos, las conclusiones pueden redactarse de la siguiente manera. La investigación estuvo orientada a analizar la respuesta emocional y cognitiva expresada mediante las fases de negación, ira, pacto, depresión y aceptación, así como su relación con el cumplimiento terapéutico, seguimiento médico y autocuidado.

1. La mayoría de los pacientes tenían entre 46 y 60 años, siendo la mayoría mujeres con estudios secundarios, un buen número de ellos llevaban entre uno y cinco años diagnosticados y en tratamiento, lo que indica que ya tenían cierta experiencia lidiando con la hipertensión día a día y estaban más acostumbrados a los cuidados que exige
2. En cuanto a la negación y la ira, los niveles fueron bajos en general. La mayoría acepta tener la enfermedad y entiende que debe cuidarse, incluso si no tienes síntomas. Aunque algunos presentaron enojo o frustración por los cambios que exige vivir con hipertensión, estas reacciones fueron pocas frecuentes; esto muestra una adecuada adaptación al diagnóstico y menores dificultades emocionales para mantener el tratamiento.
3. En la fase de pacto o negociación predominó un nivel moderado, porque los pacientes mostraron disposición para cambiar hábitos, modificar algunas conductas y asumir compromisos personales orientados a mejorar su estado de salud. Este resultado muestra que los participantes buscan estrategias para afrontar su condición crónica y mantener una mayor sensación de control sobre la enfermedad. La presencia de esta fase puede considerarse favorable cuando los compromisos asumidos se traducen en conductas sostenidas de cuidado y cumplimiento de las recomendaciones sanitarias.
4. En cuanto a cómo se sentían y si aceptaban su condición, hubo pocas señales de tristeza, de querer estar solos o de llorar. Aun así, algunos pacientes se sentían un poco decaídos por tener que cuidarse por mucho tiempo. Por otro lado, la mayoría aceptó muy bien su diagnóstico,

reconociéndolo y estando dispuestos a ajustarse a los cambios y a colaborar en el manejo de la presión alta.

5. En lo que respecta a seguir el tratamiento, los resultados fueron positivos, la mayoría continuó tomando sus medicinas como se les indicó y acudió a sus citas médicas. También se notaron buenas costumbres de cuidarse a sí mismo, sobre todo en la dieta y en comer menos sal. No obstante, el ejercicio físico resultó más complicado, por lo que se necesita más guía y apoyo en esa área.
6. En resumen, los pacientes lidiaron bien con la presión alta a nivel emocional, mostrando menos negación, enojo y tristeza, y aceptándola más. Asimismo, se observaron buenas prácticas en cuanto a seguir el tratamiento, acudir a citas y cuidarse. De manera general, estos hallazgos apuntan a que aceptar la enfermedad podría llevar a una mejor voluntad para cuidarse, sin embargo, dado que el estudio fue descriptivo y en un dado, no se puede asegurar que una cosa cause la otra. Para saber si hay una conexión estadística, se necesitarían análisis más profundos.

El manejo de la enfermedad no debe centrarse únicamente en la administración de medicamentos, sino también en favorecer la aceptación del diagnóstico, identificar oportunamente manifestaciones de negación, ira o desánimo y fortalecer conductas de autocuidado que permitan mantener un adecuado control de la hipertensión arterial.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con los objetivos, resultados obtenidos y conclusiones del estudio sobre la respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, se proponen las siguientes recomendaciones:

1. Fortalecer la educación sobre la hipertensión a través de orientación adaptadas a cada paciente, explicando que es una enfermedad permanente que puede avanzar sin presentar síntomas; de esta forma, se busca que comprenda la importancia de mantener el tratamiento aún cuando se sienta bien.
2. Dar apoyo psicológico durante los controles, considerando emociones como desánimo, rechazo o inconformidad frente a la enfermedad. Las enfermeras pueden ayudar con una atención empática y consejos adecuados, y si es necesario, conectarles con especialistas en salud mental.
3. Reforzar las estrategias que favorezcan la aceptación del diagnóstico, debido a que esta fue la fase que presentó el comportamiento más favorable entre los pacientes estudiados. Se recomienda mantener intervenciones educativas individualizadas que permitan al paciente reconocer sus avances, resolver dudas y establecer metas alcanzables relacionadas con el control de la hipertensión.
4. Transformar los compromisos identificados durante la fase de pacto o negociación en conductas concretas y sostenibles de cuidado. Debido a que los pacientes manifestaron disposición para cambiar hábitos y mejorar su salud, el personal sanitario puede aprovechar esta actitud para establecer conjuntamente objetivos específicos, como disminuir progresivamente el consumo de sal, mantener horarios regulares de medicación, asistir a los controles programados e incorporar actividad física de acuerdo con las condiciones individuales.

5. Mantener y fortalecer el cumplimiento del tratamiento farmacológico, aun cuando los resultados obtenidos fueron favorables. Se recomienda reforzar en cada consulta la importancia de respetar los horarios y las dosis prescritas y de no suspender o modificar los medicamentos cuando el paciente se sienta bien. También es conveniente identificar posibles dificultades como olvidos, temor a efectos adversos, problemas para obtener los medicamentos o creencias equivocadas que puedan afectar posteriormente la continuidad terapéutica.
6. Fortalecer el monitoreo de los pacientes, promoviendo la realización de chequeos médicos y la evaluación constante de la presión arterial. El personal de enfermería puede concentrarse más aquellos que tienen problemas para asistir a las consultas y alentar el registro de sus cifras de tensión, facilitando así la detección temprana de alteraciones.
7. Fomentar la práctica de ejercicio físico, dado que es un aspecto del autocuidado que presentan mayores retos. Las sugerencias deben ser personalizadas según la edad, estado de salud y capacidades de cada individuo, estableciendo objetivos realizables y opciones que se alineen con las limitaciones que enfrentan en su día a día.
8. Promover el respaldo familiar en casos donde haya dificultades para seguir el tratamiento o gestionar emocionalmente la enfermedad. Los familiares pueden ayudar con la medicación, los chequeos y la adopción de hábitos saludables, siempre valorando las decisiones y la autonomía del paciente.
9. Ofrecer una atención integral por parte de la enfermería, teniendo en cuenta no solo el control de la presión arterial y el tratamiento médico, sino también la manera en que cada paciente percibe y enfrenta su diagnóstico. La orientación, el apoyo emocional y un seguimiento constante pueden facilitar una adecuada adherencia al tratamiento.
10. Ampliar las investigaciones futuras mediante estudios analíticos que permitan determinar si hay relación entre las etapas de duelos y las adherencias a la terapia. También sería conveniente incluir elementos como el apoyo familiar, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, el entendimiento de la hipertensión y los niveles de presión arterial, con el

objetivo de entender mejor qué factores favorecen o dificultan el tratamiento.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Hipertensión [Internet]. 2025 [cited 2026 Jul 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Kuneinen SM, Kautiainen H, Ekblad MO, Korhonen PE. Multifactorial prevention program for cardiovascular disease in primary care: hypertension status and effect on mortality. *J Hum Hypertens*. 2024 Apr 1;38(4):322. doi:10.1038/S41371-024-00900-X PubMed PMID: 38379031.
3. Goorani S, Zangene S, Imig JD. Hypertension: A Continuing Public Healthcare Issue. *International Journal of Molecular Sciences* 2025, Vol 26, Page 123. 2024 Dec 26;26(1):123. doi:10.3390/IJMS26010123 PubMed PMID: 39795981.
4. Martell Claros N. Importance of adherence in the management of hypertension. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2023 Jan 1;40(1):34–9. doi:10.1016/j.hipert.2022.06.002 PubMed PMID: 36057521.
5. ALruwaili BF. Evaluation of Hypertension-Related Knowledge, Medication Adherence, and Associated Factors Among Hypertensive Patients in the Aljouf Region, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Medicina (Kaunas)*. 2024 Nov 1;60(11). doi:10.3390/MEDICINA60111822 PubMed PMID: 39597007.
6. Sharma S, Sharma CR, Sharma S, Aryal S, Bhandari B. Adherence to antihypertensive medication and its associated factors among patients with hypertension attending a tertiary hospital in Kathmandu, Nepal. *PLoS One*. 2024 Jul 1;19(7). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0305941 PubMed PMID: 38959196.
7. Rashid A, Ejara D, Deybasso HA. Adherence to antihypertensive medications and associated factors in patients with hypertension, Oromia, Ethiopia: a multicenter study. *Sci Rep*. 2024 Dec 1;14(1). doi:10.1038/S41598-024-80086-X PubMed PMID: 39730454.

8. Kengne AP, Brière JB, Zhu L, Li J, Bhatia MK, Atanasov P, et al. Impact of poor medication adherence on clinical outcomes and health resource utilization in patients with hypertension and/or dyslipidemia: systematic review. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2024;24(1):143–54. doi:10.1080/14737167.2023.2266135 PubMed PMID: 37862440.
9. ALruwaili BF. Evaluation of Hypertension-Related Knowledge, Medication Adherence, and Associated Factors Among Hypertensive Patients in the Aljouf Region, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Medicina (Kaunas).* 2024 Nov 1;60(11). doi:10.3390/MEDICINA60111822 PubMed PMID: 39597007.
10. Sharma S, Sharma CR, Sharma S, Aryal S, Bhandari B. Adherence to antihypertensive medication and its associated factors among patients with hypertension attending a tertiary hospital in Kathmandu, Nepal. *PLoS One.* 2024 Jul 1;19(7). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0305941 PubMed PMID: 38959196.
11. Zhang Y, Li X, Mao L, Zhang M, Li K, Zheng Y, et al. Factors affecting medication adherence in community-managed patients with hypertension based on the principal component analysis: Evidence from Xinjiang, China. *Patient Prefer Adherence.* 2018 May 11;12:803–12. doi:10.2147/PPA.S158662
12. Stamoulis T, Laiou E, Dimou K, Gouva M, Kourakos M. The relationship between depressive symptoms and medication adherence among individuals with hypertension: An updated systematic review. *European Psychiatry.* 2025 Apr;68(Suppl 1):S616. doi:10.1192/J.EURPSY.2025.1255
13. Patel S, Huang M, Miliara S. Understanding Treatment Adherence in Chronic Diseases: Challenges, Consequences, and Strategies for Improvement. *J Clin Med.* 2025 Sep 1;14(17):6034. doi:10.3390/JCM14176034 PubMed PMID: 40943792.
14. Peñaherrera E, Ramírez M, Peñaherrera R, Duarte YC, Cáceres S, Avila E, et al. May Measurement Month 2021: an analysis of blood pressure screening results from Ecuador. *Eur Heart J Suppl.* 2024 Jun 1;26(Suppl 3):iii31–4. doi:10.1093/EURHEARTJSUPP/SUAE049 PubMed PMID: 39055599.
15. Rhamttallah M, Mahmoud A, Mohamedelnour E, Magzoub H, Altayib LS. Impact of hypertension knowledge on adherence to antihypertensive therapy: a cross-sectional study in primary health care centers during the 2024 Sudan

- conflict. BMC primary care. 2025 Dec 1;26(1). doi:10.1186/S12875-025-02812-2 PubMed PMID: 40217152.
16. Castro IAC, Jiménez L, Bajaña LAL. Use and adherence to pharmacological treatment in patients with chronic noncommunicable diseases. Revista Tecnológica Ciencia y Educación Edwards Deming. 2024 Jun 26;8(2):85–95. doi:10.37957/RFD.V8I2.137
 17. Cosío GAP, Escobar LES, Lozano SM, Lagunes LB, Álvarez JGF, Arreguín RM, et al. Evaluation of the FD-66 Scale as a tool for predicting treatment adherence in patients with chronic non -communicable diseases. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health. 2017;41. doi:10.26633/RPSP.2017.113
 18. OMS. Hipertensión [Internet]. 2025 [cited 2026 Jul 2]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
 19. Sánchez CZ, Sánchez MZ, López PC, Beltrán AD, Vanegas KV, Sanabria MS, et al. Prevalencia de hipertensión arterial en niños y adolescentes de América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. Revista Pediatría de Atención Primaria, ISSN 1139-7632, Vol 24, N° 95, 2022 [Internet]. 2022 [cited 2026 Jul 2];24(95):6. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9929907&info=resumen&idioma=SPA>
 20. Canda P, Cárdenas A, Rodríguez Hurtado D, Chimeno Viñas M, Patiño M, Gómez Mendoza R, et al. ESTRÉS Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Estado actual de conocimiento. MEDICINA (Buenos Aires) [Internet]. 2023 [cited 2026 Jul 2];83:29–31. Available from: <https://www.who.int/es/>
 21. Huerta-Valera N, Iruela-Martínez C, Tárraga-Marcos L, Tárraga-López PJ, Huerta-Valera N, Iruela-Martínez C, et al. Impacto de la hipertensión arterial en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Journal of Negative and No Positive Results. 2023;8(2):542–63. doi:10.19230/JONNPR.4806
 22. Pedro D Ferreira J, Jose A Simoes S, Denise C Velho S. Adherence to Antihypertensive Therapy and Its Determinants: A Systematic Review. Cureus. 2024 May 2;16(5):e59532. doi:10.7759/CUREUS.59532 PubMed PMID: 38826951.
 23. Pareja-Martínez E, Esquivel-Prados E, Martínez-Martínez F, García-Corpas JP, Pareja-Martínez E, Esquivel-Prados E, et al. Relación entre el control de

la presión arterial y la adherencia al tratamiento medida mediante el sistema de receta XXI en Granada (España). *Ars Pharmaceutica* (Internet). 2022 Dec 20;63(1):56–71. doi:10.30827/ARS.V63I1.22325

24. Achterbosch M, Aksoy N, Obeng GD, Ameyaw D, Ágh T, van Boven JFM. Clinical and economic consequences of medication nonadherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol.* 2025;16:1570359. doi:10.3389/FPHAR.2025.1570359/FULL
25. Patricia Cortés Egeda. Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades crónicas: revisión bibliográfica. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com.* 2025 Sep 9.
26. Lu Y, Brush JE, Kim C, Liu Y, Xin X, Huang C, et al. Delayed Hypertension Diagnosis and Its Association With Cardiovascular Treatment and Outcomes. *JAMA Netw Open.* 2025 Jul 1;8(7):e2520498. doi:10.1001/JAMANETWORKOPEN.2025.20498 PubMed PMID: 40658418.
27. Bahall M, Bailey H. The impact of chronic disease and accompanying bio-psycho-social factors on health-related quality of life. *J Family Med Prim Care.* 2022 Aug;11(8):4694. doi:10.4103/JFMPC.JFMPC_2399_21 PubMed PMID: 36352993.
28. Fernandez-Lazaro CI, García-González JM, Adams DP, Fernandez-Lazaro D, Mielgo-Ayuso J, Caballero-Garcia A, et al. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: A cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2019 Sep 14;20(1). doi:10.1186/S12875-019-1019-3 PubMed PMID: 31521114.
29. Neira-Vallejos S, Ortiz MS, Neira-Vallejos S, Ortiz MS. Comparación social y su impacto en enfermedades crónicas. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica.* 2020;38(2):243–58. doi:10.4067/S0718-48082020000200243
30. Memirie ST, Dagnaw WW, Habtemariam MK, Bekele A, Yadeta D, Bekele A, et al. Addressing the Impact of Noncommunicable Diseases and Injuries (NCDIs) in Ethiopia: Findings and Recommendations from the Ethiopia NCDI Commission. *Ethiop J Health Sci.* 2022 Jan 1;32(1):161–80. doi:10.4314/EJHS.V32I1.18 PubMed PMID: 35250228.
31. Rhamttallah M, Mahmoud A, Mohamedelnour E, Magzoub H, Altayib LS. Impact of hypertension knowledge on adherence to antihypertensive therapy: a cross-sectional study in primary health care centers during the 2024 Sudan

- conflict. BMC primary care. 2025 Dec 1;26(1). doi:10.1186/S12875-025-02812-2 PubMed PMID: 40217152.
32. Joseph AL, Monkman H. The Kübler-Ross Five Stages of Grief Model: A Framework for Human-Centered Health Informatics. Stud Health Technol Inform. 2025 May 12;326:70–4. doi:10.3233/SHTI250240 PubMed PMID: 40357604.
 33. Hernán Sierra -Duque C. CAPÍTULO 4. The stages of grief in the 21st century: A critical review of their origin, evidence, and current use Autor.
 34. Kuneinen SM, Kautiainen H, Ekblad MO, Korhonen PE. Multifactorial prevention program for cardiovascular disease in primary care: hypertension status and effect on mortality. J Hum Hypertens. 2024 Apr 1;38(4):322–8. doi:10.1038/S41371-024-00900-X PubMed PMID: 38379031.
 35. Javi Soriano. Negación: las características de este mecanismo de defensa [Internet]. 2024 [cited 2026 Jul 2]. Available from: <https://psicologiaymente.com/clinica/negacion-mecanismo-de-defensa>
 36. O'donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, Gibson K, Lau W. Adjustment disorder: Current developments and future directions. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(14). doi:10.3390/IJERPH16142537 PubMed PMID: 31315203.
 37. Ángel M, Eizaguirre V. La falta de conciencia de enfermedad como elemento de invalidación. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2025;45(147):19–38. doi:10.4321/S0211-57352025000100002
 38. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. J Am Coll Cardiol. 2020 Dec 22;76(25):2982–3021. doi:10.1016/J.JACC.2020.11.010 PubMed PMID: 33309175.
 39. Rhamttallah M, Mahmoud A, Mohamedelnour E, Magzoub H, Altayib LS. Impact of hypertension knowledge on adherence to antihypertensive therapy: a cross-sectional study in primary health care centers during the 2024 Sudan conflict. BMC Primary Care. 2025 Dec 1;26(1):104. doi:10.1186/S12875-025-02812-2 PubMed PMID: 40217152.
 40. ALruwaili BF. Evaluation of Hypertension-Related Knowledge, Medication Adherence, and Associated Factors Among Hypertensive Patients in the Aljouf

Region, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Medicina (Kaunas)*. 2024 Nov 1;60(11). doi:10.3390/MEDICINA60111822 PubMed PMID: 39597007.

41. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical P.... *J Am Coll Cardiol*. 2018 May 15;71(19):e127–248. doi:10.1016/J.JACC.2017.11.006 PubMed PMID: 29146535.
42. Adherence to antihypertensive medications and associated factors in patients with hypertension, Oromia, Ethiopia: a multicenter study | CoLab [Internet]. [cited 2026 Jul 2]. Available from: <https://colab.ws/articles/10.1038%2Fs41598-024-80086-x>
43. Weldegebreal AS, Tezeta F, Mehari AT, Gashaw W, Dessale KT, Legesse NY. Assessment of drug therapy problem and associated factors among adult hypertensive patients at ayder comprehensive specialized hospital, Northern Ethiopia. *Afr Health Sci*. 2019 Sep 1;19(3):2571–9. doi:10.4314/AHS.V19I3.33 PubMed PMID: 32127830.
44. Lee JS, Escano RS, Therrien NL, Kumar A, Bhatt A, Pollack LM, et al. Antihypertensive Medication Adherence and Medical Costs, Health Care Use, and Labor Productivity Among People With Hypertension. *J Am Heart Assoc*. 2024 Nov 5;13(21). doi:10.1161/JAHA.124.037357 PubMed PMID: 39494551.
45. Kengne AP, Brière JB, Zhu L, Li J, Bhatia MK, Atanasov P, et al. Impact of poor medication adherence on clinical outcomes and health resource utilization in patients with hypertension and/or dyslipidemia: systematic review. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2024;24(1):143–54. doi:10.1080/14737167.2023.2266135 PubMed PMID: 37862440.
46. Gardezi SKM, Aitken WW, Jilani MH. The Impact of Non-Adherence to Antihypertensive Drug Therapy. *Healthcare (Basel)*. 2023 Nov 1;11(22). doi:10.3390/HEALTHCARE11222979 PubMed PMID: 37998471.

ANEXOS

APROBACIÓN DEL TEMA



CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física

Telf.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 22 de mayo del 2026

Srta. LOPEZ MORA CRISTINA YANAHYD
Sr. GUALPA LOOR LUIS ALBERTO
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación: "Respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos" ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lic. Julia Garrido.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

LCDA. ÁNGELA MENDOZA VENCES
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Cc: Archivo

PERMISO INSTITUCIONAL

Memorando Nro. IESS-HTMC-JUTC-2026-0568-M

Guayaquil, 25 de junio de 2026

PARA: Sra. Mgs. Maria Gabriela Acuña Chong
Coordinador/a General de Investigación del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

ASUNTO: Respuesta a solicitud de pertinencia y viabilidad para realización de trabajos de investigación en la Unidad Técnica de Cardiología

De mi consideración:

En atención a los Memorandos Nro. **IESS-HTMC-CGI-2026-0307-M**, **IESS-HTMC-CGI-2026-0317-M** e **IESS-HTMC-CGI-2026-0318-M**, mediante los cuales se solicita indicar la pertinencia y viabilidad para la realización de los trabajos de investigación académica en la Unidad Técnica de Cardiología, me permito comunicar lo siguiente: Una vez revisado el contenido de los requerimientos, esta Unidad Técnica considera **pertinente y viable** la realización de los trabajos de investigación detallados a continuación:

- “Respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos”.
- “Resultados clínicos de pacientes con patologías cardiovasculares en tratamiento con ISGLT2”.
- “Evaluar la eficacia de las estatinas en el control del perfil lipídico en pacientes con riesgo cardiovascular”.

La aceptación se emite considerando que los estudios tienen fines exclusivamente académicos y podrían aportar información relevante para el fortalecimiento de la atención, seguimiento y abordaje integral de los pacientes con patologías cardiovasculares atendidos en esta Casa de Salud.

No obstante, la ejecución de los referidos trabajos deberá realizarse previa coordinación con esta Unidad Técnica y con la Coordinación General de Investigación, respetando la normativa institucional vigente, la confidencialidad de la información, la protección de datos de los pacientes, los principios éticos aplicables a la investigación en salud y sin interferir con la dinámica asistencial ni con la atención oportuna a los afiliados.

Asimismo, se solicita que, una vez concluidos los trabajos de investigación, los autores remitan una copia del documento final a esta Unidad Técnica y a la Coordinación General de Investigación, a fin de que los resultados puedan contribuir a la mejora continua de la calidad de atención médica, la gestión institucional y el beneficio de los pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

Formato del instrumento



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ENCUESTA

**CUESTIONARIO SOBRE RESPUESTA EMOCIONAL Y COGNITIVA ANTE
EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO**

Objetivo del instrumento: Analizar la respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

Instrucciones: Lea cada enunciado y marque con una X una sola opción de respuesta, según la frecuencia con la que usted experimenta cada situación.

SECCIÓN I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Esta sección responde al objetivo de caracterizar sociodemográficamente a los pacientes hipertensos.

Pregunta	Opciones de respuesta
1. Edad: _____ años	Registrar edad exacta
2. Sexo	☐ Masculino ☐ Femenino
3. Nivel educativo alcanzado	☐ Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria/Bachillerato ☐ Superior
4. Tiempo desde el diagnóstico de hipertensión arterial	☐ Menos de 1 año
	☐ De 1 a 5 años
	☐ Más de 5 años
5. Tiempo que lleva recibiendo tratamiento antihipertensivo	☐ De 3 meses a menos de 1 año
	☐ De 1 a 5 años
	☐ Más de 5 años

**SECCIÓN II. RESPUESTA EMOCIONAL Y COGNITIVA ANTE EL
DIAGNÓSTICO CRÓNICO**

Instrucciones: Marque con una X la opción que mejor represente la frecuencia con la que experimenta cada situación.

Escala:

Nunca (1) – Pocas veces (2) – A veces (3) – Casi siempre (4) – Siempre (5)

Dimensión 1. Negación

Evalúa el rechazo, incredulidad o minimización de la enfermedad.

N.º	Enunciado	Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
1	Me cuesta creer que realmente tengo hipertensión arterial.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Pienso que mi problema de presión arterial no es tan importante como me han explicado.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Considero que no necesito cuidarme porque no me siento enfermo(a).	☐	☐	☐	☐	☐
4	Cuando no tengo síntomas, pienso que no es necesario preocuparme por la hipertensión.	☐	☐	☐	☐	☐

Interpretación: A mayor puntuación, mayor presencia de respuestas de negación frente al diagnóstico.

Dimensión 2. Ira

Evalúa los sentimientos de enojo, frustración, irritabilidad o impotencia que puede experimentar el paciente frente al diagnóstico de hipertensión arterial.

N.º	Enunciado	Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
5	Me enojo al pensar que tengo que vivir con hipertensión arterial.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Desde que conozco mi diagnóstico, algunas situaciones relacionadas con mi enfermedad me irritan con facilidad.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Siento coraje o frustración por tener que depender	☐	☐	☐	☐	☐

	de un tratamiento para controlar mi presión arterial.					
8	Siento impotencia cuando pienso en los cambios que debo realizar por mi enfermedad.	☐	☐	☐	☐	☐

Interpretación: A mayor puntuación, mayor presencia de sentimientos de ira, frustración o impotencia frente al diagnóstico.

Dimensión 3. Pacto o negociación

Evalúa la búsqueda de acuerdos, promesas, cambios o alternativas que realiza el paciente para afrontar su enfermedad.

N.º	Enunciado	Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
9	Hago promesas relacionadas con cambiar mi comportamiento para mejorar mi salud.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Pienso que si cambio determinados hábitos podré afrontar mejor mi enfermedad.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Busco apoyo en mis creencias o espiritualidad para afrontar mi diagnóstico.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Me propongo realizar cambios en mi vida con la esperanza de mejorar mi estado de salud.	☐	☐	☐	☐	☐

Interpretación: A mayor puntuación, mayor presencia de respuestas relacionadas con el pacto o negociación frente a la enfermedad.

Dimensión 4. Depresión

Evalúa la presencia de sentimientos de tristeza, desmotivación, aislamiento o desesperanza relacionados con la enfermedad crónica.

N.º	Enunciado	Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
13	Me siento triste cuando pienso en mi enfermedad.	☐	☐	☐	☐	☐
14	He sentido deseos de llorar debido a mi condición de salud.	☐	☐	☐	☐	☐
15	En algunos momentos prefiero aislarme de otras personas debido a cómo me siento por mi enfermedad.	☐	☐	☐	☐	☐
16	Me desanimo al pensar que necesitaré controlar mi hipertensión durante mucho tiempo.	☐	☐	☐	☐	☐

Interpretación: A mayor puntuación, mayor presencia de respuestas emocionales relacionadas con tristeza, desmotivación o aislamiento.

Dimensión 5. Aceptación

Evalúa el reconocimiento de la enfermedad, la adaptación a los cambios y la disposición del paciente para participar activamente en el control de su hipertensión.

N.º	Enunciado	Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
17	Reconozco que tengo hipertensión y que debo aprender a controlarla.	☐	☐	☐	☐	☐
18	He logrado adaptarme a varios de los cambios que requiere mi enfermedad.	☐	☐	☐	☐	☐
19	Considero que aceptar mi enfermedad me ayuda a cuidar mejor mi salud.	☐	☐	☐	☐	☐
20	Estoy dispuesto(a) a participar activamente en el cuidado y control de mi hipertensión.	☐	☐	☐	☐	☐

Interpretación: A mayor puntuación, mayor nivel de aceptación y adaptación positiva frente al diagnóstico de hipertensión arterial.

SECCIÓN III. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Esta sección corresponde a la variable dependiente: adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, que en la operacionalización de la tesis comprende cumplimiento terapéutico, seguimiento médico y autocuidado.

Dimensión 6. Cumplimiento terapéutico

Evalúa el cumplimiento de las indicaciones relacionadas con la administración del tratamiento antihipertensivo.

N.º	Enunciado	Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
21	Tomo los medicamentos para la presión arterial en los horarios indicados por el profesional de salud.	☐	☐	☐	☐	☐
22	Cumplo diariamente con las dosis de medicamentos que me han indicado para controlar la hipertensión.	☐	☐	☐	☐	☐
23	Mantengo mi tratamiento antihipertensivo, aunque me sienta bien y no presente síntomas.	☐	☐	☐	☐	☐

Interpretación: A mayor puntuación, mayor cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado.

Dimensión 7. Seguimiento médico

Evalúa la asistencia a controles y el cumplimiento de las recomendaciones proporcionadas por los profesionales de salud.

N.º	Enunciado	Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
24	Asisto a los controles médicos programados para vigilar mi presión arterial.	☐	☐	☐	☐	☐

25	Sigo las recomendaciones proporcionadas por los profesionales de salud para controlar mi hipertensión.	☐	☐	☐	☐	☐
26	Me realizo controles de la presión arterial con la frecuencia recomendada.	☐	☐	☐	☐	☐

Interpretación: A mayor puntuación, mayor cumplimiento del seguimiento y control médico de la hipertensión arterial.

Dimensión 8. Autocuidado

Evalúa las conductas que realiza el paciente para contribuir al control de su hipertensión arterial.

N.º	Enunciado	Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
27	Procuro disminuir el consumo de sal para controlar mi presión arterial.	☐	☐	☐	☐	☐
28	Procuro mantener una alimentación acorde con las recomendaciones recibidas para controlar la hipertensión.	☐	☐	☐	☐	☐
29	Realizo actividad física de acuerdo con mis posibilidades y las recomendaciones recibidas.	☐	☐	☐	☐	☐
30	Evito hábitos que pueden dificultar el control de mi presión arterial.	☐	☐	☐	☐	☐

Interpretación: A mayor puntuación, mayor presencia de conductas de autocuidado relacionadas con el control de la hipertensión arterial.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **López Mora Cristina Yanahyd**, con C.C: # **0943826883** autor/a del trabajo de titulación **Respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos** previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 01 de septiembre del 2026

f. Cristina López

Nombre: **López Mora, Cristina Yanahyd**

C.C: **0943826883**



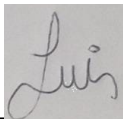
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Gualpa Loor Luis Alberto**, con C.C: # **0959425166** autor/a del trabajo de titulación: **Respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos** previo a la obtención del título de **Licenciado en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 01 de septiembre del 2026

f. 

Nombre: **Gualpa Loor, Luis Alberto**

C.C: **0959425166**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos		
AUTOR(ES)	López Mora, Cristina Yanahyd Gualpa Loor, Luis Alberto		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Garrido, Julia Yndeliria. Mgs		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciados en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre del 2026	No. DE PÁGINAS:	78
ÁREAS TEMÁTICAS:	Enfermedades crónicas no transmisibles		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hipertensión arterial; adherencia terapéutica; duelo; aceptación; autocuidado; respuesta emocional.		
RESUMEN/ABSTRACT La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que requiere adaptación emocional, comprensión del diagnóstico y participación activa del paciente para mantener una adecuada adherencia terapéutica. Objetivo: Analizar la respuesta emocional y cognitiva como fases del duelo ante el diagnóstico crónico en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Metodología: enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal, en una población de 150 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Se aplicó un cuestionario estructurado mediante escala Likert, considerando las dimensiones negación, ira, pacto o negociación, depresión y aceptación; mientras que la adherencia al tratamiento fue valorada mediante cumplimiento terapéutico, seguimiento médico y autocuidado. Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias y porcentajes. Resultados: Se evidenció predominio de niveles bajos de negación, ira y depresión, mientras que el pacto o negociación presentó principalmente un nivel moderado y la aceptación alcanzó un nivel alto. En cuanto a la adherencia, se observaron resultados favorables en el cumplimiento terapéutico y seguimiento médico. El autocuidado también mostró un comportamiento positivo; sin embargo, la actividad física constituyó el componente con mayores dificultades. Conclusiones: Los pacientes presentaron una adaptación emocional y cognitiva predominantemente favorable frente al diagnóstico de hipertensión arterial. La elevada aceptación coexistió con mejores comportamientos relacionados con el cumplimiento del tratamiento, seguimiento médico y autocuidado. Los hallazgos destacan la importancia de integrar la valoración emocional, educación sanitaria y acompañamiento de enfermería para fortalecer la adaptación a la enfermedad y mantener conductas favorables de adherencia terapéutica.			
ADJUNTO PDF:	SI ☒	NO ☐	
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: +593-981319602 +593-96-104-2361	E-mail: cristina.lopez03@cu.ucsq.edu.ec luis.gualpa@cu.ucsq.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lic. Geny Margoth Rivera Salazar, PhD. Teléfono: +593-993095069 E-mail: geny.rivera@cu.ucsq.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			