



**DEPARTAMENTO DE POSGRADOS**

**TÍTULO: Calidad de vida en adultos comprendidos entre las edades de 40 a 64 años con hipertensión arterial de la parroquia Cañaribamba, Cantón Cuenca 2024.**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:

**Magíster en Atención Primaria de Salud**

**Autor:**

García Calle Janneth Karina

**Director:**

Dr. Fray Martínez Reyes

**Cuenca – Ecuador**

**2025**

## ÍNDICE

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
CAPÍTULO I.....	3
1.1 Introducción .....	3
1.2 Planteamiento del problema .....	3
1.3 Pregunta de investigación .....	5
CAPÍTULO II.....	6
2. Objetivos.....	6
2.1 Objetivo general .....	6
2.2 Objetivos específicos.....	6
CAPÍTULO III.....	7
3. Marco teórico .....	7
CAPÍTULO IV .....	12
4. Metodología .....	12
4.1 Universo y estudio.....	12
4.2 Selección, tamaño de muestra y su justificación .....	12
4.3 Criterio de inclusión y exclusión.....	12
4.4 Operacionalización de variables.....	12
4.5 Técnicas e instrumentos.....	14
La técnica empleada fue la entrevista. ....	14
4.6 Garantía de la calidad de datos.....	15
4.7 Consideraciones estadísticas y plan analítico .....	15
CAPÍTULO V .....	16
5. Resultados .....	16
CAPÍTULO VI .....	20
6. Discusión, conclusiones y recomendaciones .....	20
6.1. Discusión .....	20
6.2. Conclusiones.....	24
6.3. Recomendaciones .....	24
CAPÍTULO VII .....	25

Referencias .....	25
CAPÍTULO VIII .....	28
7. Anexos .....	28

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi director de tesis, Dr. Fray Martínez, por su guía durante este trabajo de investigación; con su paciencia ha sido pilar fundamental durante estos meses de arduo trabajo.

De igual manera, agradezco a mis padres por el apoyo que me brindan y los ánimos que me dieron para poder superarme día a día y así poder culminar mi maestría y mi trabajo de investigación.

A todas las personas que de alguna manera contribuyeron a la realización de este trabajo, que me brindaron su apoyo y de una u otra manera se preocuparon durante este tiempo, en especial a mi amiga Adriana Monserrat Rivera y Daniela Alejandra Saa, que nunca me dejaron sola y estuvieron conmigo en todo momento y, haciendo que yo sea mejor profesional y me supere.

## **DEDICATORIA**

Este presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios por darme sabiduría durante todo este año, por darme fuerzas para así continuar durante todo este proceso y así obtener mis metas y anhelos que hoy se ven reflejados y cumplidos.

A mi madre, quien es mi apoyo fundamental con sus palabras y mucho amor, siempre me ayuda a seguir perseverando en mis metas.

**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**  
**DEPARTAMENTO DE POSTGRADO**

**TEMA**

Calidad de vida en adultos comprendidos entre las edades de 40 a 64 años con hipertensión arterial de la parroquia Cañaribamba, cantón Cuenca 2024.

**Autora:** García Calle Janneth Karina

**Director:** Dr. Fray Martínez Reyes

**Correo:** [fmartinez@uazuay.edu.ec](mailto:fmartinez@uazuay.edu.ec)

**Fecha:** Mayo 2025

## RESUMEN

Las enfermedades crónicas como la HTA son el motivo principal de consulta médica, cuyas complicaciones pueden llegar a ser mortales. Su presencia se asocia a un incremento en el riesgo cardiovascular, infarto agudo de miocardio, accidentes cerebrovasculares y cardiopatías isquémicas, deteriorando la calidad de vida. Este estudio pretende conocer el nivel de calidad de vida y los factores asociados en personas con HTA

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida en adultos comprendidos entre las edades de 40 a 64 años con hipertensión arterial de la parroquia Cañaribamba, Cantón Cuenca 2024.

**Metodología:** Se utilizó una metodología transversal analítica, obteniendo los datos mediante la aplicación del test SF-36 y test de Batalla. La información fue recabada mediante entrevista a una muestra aleatoria de 168 casos de personas con diagnóstico de hipertensión arterial comprendidas entre las edades de 40 a 64 años.

**Resultados:** Mayor calidad de vida se evidenció en el 65,5% de los participantes con un leve predominio en el sexo femenino. Un tiempo de tratamiento mayor a 5 años mostró una  $p$  0,002 y, instrucción secundaria completa y superior con una  $p$  0,001.

**Conclusiones:** Más de la mitad de los participantes mostraron mayor calidad de vida. Los factores con asociación significativa fueron tiempo de tratamiento mayor a 5 años e instrucción secundaria completa y superior.

**Palabra clave:** Calidad de vida, hipertensión arterial, factores asociados.

## ABSTRACT

Chronic diseases such as hypertension are the main reason for medical consultation, and their complications can be fatal. Its presence is associated with an increase in cardiovascular risk, acute myocardial infarction, stroke, and ischemic heart disease, impairing quality of life. This study aims to determine the level of quality of life and associated factors in patients with hypertension.

**Objective:** To evaluate the quality of life in adults between the ages of 40 and 64 years with arterial hypertension in the parish of Cañaribamba, Canton Cuenca 2024.

**Methodology:** An analytical cross-sectional methodology was used to obtain data by applying the SF-36 test and the Batalla test. The information was collected by interviewing a random sample of 168 cases of people diagnosed with arterial hypertension between the ages of 40 and 64 years.

**Results:** Higher quality of life was evidenced in 65.5% of the participants with a slight predominance in the female sex. A treatment time of more than 5 years showed a  $p$  0.002 and, complete secondary education and higher showed a  $p$  0.001.

**Conclusions:** More than half of the participants showed higher quality of life. The factors with significant association were treatment time greater than 5 years and complete and higher secondary education.

**Key word:** Quality of Life, Arterial Hypertension, associated factors.

# CAPÍTULO I

## 1.1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), se describe a la Calidad de Vida (CV) como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive”.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es un componente multidisciplinario y esencial en el tratamiento de los pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial (HTA), conocerla aportaría a un mejor manejo de la enfermedad.

La HTA es una patología no transmisible que se encuentra presente en millones de personas a nivel mundial; aproximadamente 1280 millones de personas entre 30 y 79 años padecen esta patología, y una tercera parte de este total se encuentra presente en países tercermundistas. Además, se considera como uno de los principales factores de riesgo para sufrir enfermedades, tales como insuficiencia cardíaca, patología coronaria y cerebrovascular (OMS, 2021).

Desafortunadamente, alrededor del 46% de los adultos con HTA no son conscientes de su condición, el 42% recibe un diagnóstico y tratamiento adecuado, y tan solo el 21% de los adultos con HTA tienen controlada su condición (OMS, 2021).

El tratamiento de la HTA está caracterizado por el impacto emocional, los cambios necesarios en el estilo de vida y la capacidad de autocuidado que el individuo y su familia requieren para minimizar los factores de riesgo cardiovascular; todo esto combinado con la administración de fármacos que permiten mantener los valores de la presión arterial dentro de lo normal.

Al ser considerada una problemática de salud en crecimiento y una de las principales comorbilidades presentes en la población adulta, el estudio de la HTA y su relación con la CV resultan de trascendental importancia, pues permitirá contribuir con datos actualizados y confiables de la población local.

## 1.2 Planteamiento del problema

Se conceptualiza la CV como una visión amplia y compleja que incluye diversos hechos extrínsecos e intrínsecos en cada persona. En los últimos años ha surgido un gran interés por evaluar no solo la CV, sino sumarle a este constructo el aspecto de la relación de esta con la salud, dando como

resultado el análisis de la CVRS, en personas sanas y enfermas, debido a la importancia de este indicador en la asignación de recursos y evaluación de políticas de salud.

La CVRS es un concepto multifactorial que abarca aspectos físicos, emocionales y sociales que afectan la salud y el bienestar de las personas. Conocer la CVRS de aquellas personas que presentan HTA permite la consideración del paciente no sólo como un individuo enfermo, sino como una persona que interactúa, lo que implica hacer que la enfermedad inevitable signifique los menores cambios en su vida habitual, y esto conlleva realizar intervenciones con un adecuado sistema de apoyo social (Pinzón, 2021).

En este contexto, la HTA es considerada como la principal causa para el desarrollo de patologías cardiovasculares. Cada año, 1.6 millones de personas mueren de forma prematura y evitable a causa de esta patología en varios países de América Latina, en donde aproximadamente medio millón son personas menores de 70 años (OMS, 2021), lo cual muestra la importancia que tiene esta problemática de salud en la población actual.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) describe que la quinta causa de muerte se debe a la HTA en el Ecuador, y a nivel mundial se considera como la quinta causa de discapacidad y muerte, existiendo cerca del 46% de adultos hipertensos que desconocen que tienen esta enfermedad (Organización Panamericana de la Salud [OMS], 2021) Según la OMS, la hipertensión es responsable del 12,8% de muertes a nivel mundial (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2022).

Un estudio realizado por la American Heart Association (2017, citado por Gómez et al., 2020), encontró que la hipertensión afecta la CV de las personas en varios aspectos: función física, 64,4% de los participantes reportaron limitaciones en sus actividades diarias; salud mental, 45,5% reportaron ansiedad o depresión; y, relaciones sociales, 35,1% reportaron problemas en sus relaciones interpersonales.

Otro estudio publicado en el Journal of Hypertension (2018, citado por Marin et al., 2019) encontró que estaba asociada con una disminución en la CVRS, incluyendo dolor crónico con el 55,1% de los participantes, fatiga el 46,3% y problemas de sueño, 43,8%.

Esta enfermedad también puede afectar la CV laboral y social de las personas. Un estudio publicado en el Journal of Occupational and Environmental Medicine (2019, citado por Marin et al., 2019) encontró que el 34,6% de los participantes, debido a la HTA, se ausentaron del trabajo, mientras el 27,1% redujeron su productividad laboral. Es importante tener en cuenta que estos datos pueden variar dependiendo de factores como la edad, el sexo y la presencia de otras enfermedades (Lozada et al., 2020).

Por lo presentado, se hace necesario evaluar la CV en la población local con el fin de tener información que permita promocionar la salud y prevenir las complicaciones, en base a una estrategia

que permita modificar el estilo de vida de la persona y la familia que lleve a mejorar la CV. Por otra parte, en la revisión bibliográfica realizada, no se encontró un mayor número de estudios en poblaciones como la delimitada para esta investigación.

### **1.3 Pregunta de investigación**

¿Cuál es el nivel de la calidad de vida en adultos comprendidos entre las edades de 40 a 64 años con hipertensión arterial de la parroquia Cañaribamba, Cantón Cuenca 2024?

## CAPÍTULO II

### 2. Objetivos

#### **2.1 Objetivo general**

- Evaluar la calidad de vida en adultos comprendidos entre las edades de 40 a 64 años con hipertensión arterial de la parroquia Cañaribamba, Cantón Cuenca 2024.

#### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a su edad, sexo, estado civil, instrucción, etnia.
- Identificar el nivel de calidad de vida en la población estudiada.
- Conocer la distribución de los niveles de calidad de vida de acuerdo a las variables estudiadas.
- Relacionar el nivel de calidad de vida de adultos comprendidos entre las edades de 40 a 64 años con hipertensión arterial con las variables estudiadas.

## CAPÍTULO III

### 3. Marco teórico

Como se ha señalado, la HTA es un problema de salud pública que, por sí misma, afecta la CV, pues la falta de control puede traducirse en complicaciones que pueden llevar a la discapacidad e, incluso, a la muerte (Vinaccia et al., 2017).

Aproximadamente, el 30% de las personas mayores de 30 años presentan HTA, mostrando una tendencia ascendente a nivel global como parte del fenómeno llamado “transición epidemiológica”, donde los problemas crónicos y degenerativos han empezado a ocupar las principales causas de morbilidad y mortalidad, dejando en un segundo plano a las enfermedades infectocontagiosas.

A nivel mundial, diversas personas desconocen que padecen esta patología y quienes tienen ya el diagnóstico no reciben el tratamiento adecuado o son mal controladas. Esto nos da a entender que se debe poner más énfasis en la prevención, detección y la atención de la HTA.

A mayor edad, hay un aumento en la prevalencia de la HTA; además, se describe que el 60% de mujeres y hombres mayores de 65 años sufren de la misma patología. En México, la HTA sistémica es más alta en adultos con obesidad (42.3%), que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal (18.5%) y en adultos con diabetes mellitus (DM) (65.6%). Se evalúa que anualmente son diagnosticados aproximadamente 450,000 casos nuevos; sin embargo, esta cifra puede duplicarse si tomamos en consideración que incluso el 47.3% de las personas con hipertensión desconocen que la padecen (Baglietto et al., 2020; Tecuapacho et al., 2025).

En la parroquia Cumbe, Cuenca, Ecuador, se llevó a cabo un estudio transversal con 374 personas mayores de 18 años de ambos géneros. Los resultados revelaron que la prevalencia de nuevos diagnósticos de HTA fue del 10,4% y la de HTA ya conocida fue del 8,6%, con una prevalencia global del 19%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa con la edad ( $\chi^2=35,899$ ;  $p<0,001$ ), observándose un aumento de la prevalencia a medida que aumentaba la edad. Además, se evidenció una reducción de los casos de HTA conocida y nuevos diagnósticos conforme se incrementaba el nivel de actividad física ( $\chi^2=13,427$ ;  $p=0,037$ ). Dentro de los individuos con HTA conocida, solo las mujeres presentaron cifras de presión arterial controladas: 62,5% según JNC-7 y 70,8% de acuerdo con JNC-8 (Ortiz et al., 2017).

El cambio en la prevalencia la ubica dentro de las cinco primeras causas de morbilidad. Es importante destacar la afección multiorgánica que produce esta patología, razón por la cual se debe prevenir y dar un tratamiento oportuno para evitar las complicaciones.

La HTA tiene relación con el estilo de vida; por lo tanto, las personas que la padecen deben cambiarla para mejorar su CV. A finales de 1970, se empieza a analizar la CV vinculada a los cuidados sanitarios con el fin de mejorarla y no únicamente proporcionar más años de vida a las personas.

No hay una definición única de CV, y su evolución puede rastrearse a lo largo de los últimos 20 años. Al principio, este término solo incluía las condiciones de vida de una persona, pero posteriormente se incorporó la satisfacción que esta experimenta con dichas condiciones. Actualmente, su significado y definición siguen siendo objeto de debate y expansión, aunque existen varios aspectos que son generalmente aceptados por los expertos en el tema.

La OMS (2021) define la CV como: "La percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones".

La CVRS puede evaluarse mediante indicadores como la esperanza de vida y los niveles de mortalidad, y está fuertemente vinculada con nociones como el bienestar y la felicidad. El objetivo de medirla en personas que padecen HTA es evaluar cómo la enfermedad afecta la vida cotidiana del paciente y el impacto en su bienestar desde su propia perspectiva (García y Chátara, 2019). La percepción subjetiva de un individuo sobre aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales (Pinzón, 2021).

Según Capote et al. (2019), la CVRS implica la evaluación de:

- Salud física y mental.
- Relaciones interpersonales.
- Condiciones de vida y entorno.
- Actividades y ocupaciones.
- Desarrollo personal y crecimiento.
- Satisfacción con la vida.

En este contexto, Parra et al. (2021) y Saborit et al. (2020) analizan algunos aspectos asociados a la CV, entre los que se encuentran:

1. Bienestar: Se refiere al estado de estar satisfecho con la vida y disfrutar de una buena salud física y mental.
2. Salud: Se entiende como una condición de pleno bienestar en los ámbitos físico, mental y social, y no únicamente como la carencia de enfermedades o afecciones.
3. Satisfacción: Se refiere a la percepción de que las necesidades y deseos están siendo satisfechos.
4. Felicidad: Se refiere a un estado emocional de bienestar y contentamiento.

5. Desarrollo personal: Se refiere al crecimiento y mejora de las habilidades, conocimientos y capacidades de un individuo.
6. Autonomía: Se refiere a la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida.
7. Relaciones interpersonales: Se refiere a la calidad de las relaciones con amigos, familiares y otros seres queridos.
8. Condiciones de vida: Se refiere al entorno físico y social en el que se vive, incluyendo aspectos como la vivienda, el trabajo y el acceso a servicios básicos.
9. Actividades y ocupaciones: Se refiere a las cosas que se hacen y los roles que se desempeñan en la vida diaria.
10. Valores y creencias: Se refiere a los principios y convicciones que guían las decisiones y acciones de un individuo.

La CV influye de manera significativa en las acciones cotidianas, ya que existen múltiples razones y factores subjetivos que deben ser medidos al vincularse con la salud o la enfermedad. Es importante tener en cuenta que estos conceptos pueden variar dependiendo de la cultura, el contexto y las prioridades individuales.

Para mejorar la CV de las personas con HTA, Caeme (2024) recomienda:

- Adoptar una dieta saludable rica en potasio y fibra.
- Mantenerse hidratado bebiendo suficiente agua.
- Realizar ejercicio aeróbico moderado a intenso durante al menos 40 minutos, 3 o 4 días a la semana.
- Evitar el consumo de tabaco y productos de tabaco.
- Limitar la ingesta de alcohol o considerar la abstinencia total.
- Reducir la ingesta de sodio a menos de 1.500 mg diarios.
- Manejar el estrés mediante técnicas como la meditación, el yoga y la evitación de factores estresantes.
- Mantener un peso saludable mediante la combinación de actividad física adecuada y alimentación saludable.

La incorporación de la medida de la CVRS ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones realizadas al concepto, incorporando la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos para que esa medida sea válida, confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (Lorenzo y Vitón, 2020). Barcelo et al., (2021) señalan algunos de estos instrumentos:

1. *Test de calidad de vida SF-36*: Es un cuestionario ampliamente utilizado para valorar la CV en 8 dominios: función física, función social, salud general, vitalidad, dolor corporal, salud mental, función emocional y limitaciones por problemas físicos.

2. *Cuestionario de calidad de vida EuroQol-5D (EQ-5D)\**: Valora la CV en 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades diarias, dolor/malestar y ansiedad/depresión.
3. *Índice de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF)\**: Evalúa la CV en 4 dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno.
4. *Cuestionario de calidad de vida en hipertensión (HY-QOL)\**: Es un cuestionario específico para pacientes con hipertensión que evalúa la CV en 5 dominios: síntomas, función física, función emocional, función social y salud general.
5. *Test de función física 6 minutos (6MWT)\**: Evalúa la capacidad funcional y la CV en pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo la hipertensión.
6. *Cuestionario de calidad de vida en enfermedades crónicas (EQ-5D-5L)\**: Evalúa la CV en 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades diarias, dolor/malestar y ansiedad/depresión.

Este estudio empleó el cuestionario de salud SF-36, desarrollado en Estados Unidos a inicios de la década de 1990 como parte del Medical Outcomes Study (MOS). Se trata de una herramienta genérica que ofrece un perfil del estado de salud y puede ser utilizada tanto en personas sanas como en aquellas con alguna enfermedad, permitiendo identificar los efectos positivos de una amplia variedad de tratamientos en pacientes individuales.

Las buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS (Romero, 2010).

El cuestionario SF-36 (Short Form 36) es un instrumento de medida de la CV relacionada con la salud. Mide 8 dimensiones de la salud física y mental, que son:

1. Funcionamiento físico (PF): Examina la habilidad para llevar a cabo tareas cotidianas y actividades laborales.
2. Rol físico (RP): Evalúa el impacto de los problemas físicos en las actividades diarias y el trabajo.
3. Dolor corporal (BP): Evalúa la intensidad del dolor y su impacto en las actividades diarias.
4. Estado de salud general (GH): Evalúa la percepción general de la salud.
5. Vitalidad (VT): Evalúa el nivel de energía y vitalidad.
6. Funcionamiento social (SF): Evalúa la capacidad para realizar actividades sociales.
7. Rol emocional (RE): Evalúa el impacto de los problemas emocionales en las actividades diarias y el trabajo.
8. Salud mental (MH): Evalúa la presencia de síntomas de ansiedad y depresión.

En la escala del SF-36, que va de 0 a 100, una puntuación más alta indica un mejor estado de salud. De este modo, el valor 0 refleja la peor condición posible, mientras que 100 representa el nivel óptimo de salud evaluado (Romero, 2010).

Es importante mencionar la adherencia al tratamiento, ya que se refiere al seguimiento de las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud por parte del paciente, siendo una parte fundamental para la CV del paciente. Esto incluye la ingesta de medicamentos, asistencia a citas médicas y participación en terapias o programas de rehabilitación. Conceptos relacionados con la adherencia al tratamiento son:

- Cumplimiento: Seguimiento de instrucciones.
- Adhesión: Compromiso con el plan de tratamiento.
- Persistencia: Mantenimiento de la adherencia a lo largo del tiempo.
- Concordancia: Colaboración entre paciente y profesional de la salud.
- Autocuidado: Capacidad del paciente para cuidar de sí mismo.
- Educación para la salud: Provisión de información para decisiones informadas.
- Apoyo social: Nivel de apoyo emocional y práctico recibido.
- Barreras para la adherencia: Obstáculos que impiden seguir el plan de tratamiento.

El cumplimiento del tratamiento va a incluir la CV, aunque, inicialmente, podría afectarla considerando los cambios en el estilo de vida del paciente. La adherencia tiene varias maneras de ser medidas; para el presente estudio se utilizará el test de Batalla (test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad), que realiza tres preguntas y, si el paciente falla en alguna de ellas, se considera que no es adherente (Ortega et al., 2018).

1. ¿La HTA es una patología que dura toda la vida?
2. ¿La medicación y dieta controlan esta patología?
3. ¿Nombre dos o más órganos que pueden verse afectados por la HTA?

## CAPÍTULO IV

### 4. Metodología

Estudio de tipo transversal analítico, realizado en adultos de entre las edades de 40 a 64 años con HTA.

#### 4.1 Universo y estudio

El universo estuvo constituido por 980 personas comprendidas dentro del grupo poblacional de adultos intermedios con HTA entre 40 – 64 años de la parroquia Cañaribamba del cantón Cuenca, 2024.

#### 4.2 Selección, tamaño de muestra y su justificación

La muestra se calculó con un nivel de confianza del 95%, un error del 5% y una prevalencia del 30%, obteniendo un total de 168 personas. La selección de los participantes se realizó al azar.

#### 4.3 Criterio de inclusión y exclusión

##### *Criterios de inclusión*

- Ingresaron al estudio todas las personas con HTA que se encontraban entre los 40 y 64 años y pertenecían a la parroquia Cañaribamba del cantón de Cuenca, período 2024, seleccionadas aleatoriamente.

##### *Criterios de exclusión*

- Personas que no aceptaron participar en la presente investigación.
- Personas que no podían colaborar con el estudio por discapacidad visual, auditiva o intelectual.
- Personas que no respondieron a todas las preguntas de los instrumentos.

#### 4.4 Operacionalización de variables

<b>Variable</b>	<b>Edad</b>
Definición	Años cumplidos hasta la fecha de la investigación.
Unidad de medición	Años
Indicador	Información proporcionada por el participante.
Escala	Numérica

<b>Variable</b>	<b>Sexo</b>
Definición	Características fenotípicas del individuo.
Unidad de medición	Masculino, femenino

Indicador	Información proporcionada por el participante.
Escala	Dicotómica: femenino o masculino.
<b>Variable</b>	<b>Instrucción</b>
Definición	Nivel educativo de acuerdo con el sistema formal de educación del Ecuador.
Unidad de medición	Ninguna, primaria, bachiller, tercer nivel, cuarto nivel.
Indicador	Información proporcionada por el participante.
Escala	Ninguna. Básica completa Básica incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior
<b>Variable</b>	<b>Etnia</b>
Definición	Autoidentificación étnica sobre su misma persona.
Dimensión	Social
Unidad de medición	Autoidentificación
Indicador	Información proporcionada por el participante.
Escala	Cualitativa nominal. Afrodescendiente Indígena Mestizo Blanco
<b>Variable</b>	<b>Situación laboral</b>
Definición	Conjunto de circunstancias y condiciones que caracterizan su vida laboral, tanto en profesión, empleo, actividad.
Dimensión	Social
Unidad de medición	Actividad que realiza
Indicador	Información proporcionada por el participante.
Escala	Cualitativa nominal. Empleado Desempleado Jubilado Ama de casa
<b>Variable</b>	<b>Convivencia con pareja</b>
Definición	Dos personas conviven juntas, compartiendo el lugar de residencia habitual.
Dimensión	Social
Unidad de medición	Sí / No
Indicador	Información proporcionada por el participante.
Escala	Cualitativa nominal. Sí / No
<b>Variable</b>	<b>Convivencia con familia</b>
Definición	Capacidad de vivir juntos, entre todos los integrantes de la familia.
Dimensión	Social
Unidad de medición	Sí / No
Indicador	Información proporcionada por el participante.
Escala	Cualitativa nominal. Sí / No
<b>Variable</b>	<b>Calidad de vida</b>

Definición	Bienestar personal derivado de una serie de condiciones que ayudan a tener una vida digna y valiosa.
Dimensión	Biológica, social
Unidad de medición	SF-36
Escala	Cuantitativa ordinal: 0 a 50: menor estado de salud 51 a 100: mayor estado de salud.

<b>Variable</b>	<b>Años de enfermedad</b>
Definición	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad o el inicio del tratamiento.
Dimensión	Tiempo transcurrido en inicio y final
Unidad de medición	Años
Escala	Cuantitativa ordinal

<b>Variable</b>	<b>Adherencia terapéutica</b>
Definición	Colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento.
Dimensión	Terapéutica
Unidad de medición	Cualitativa
Escala	Cumple el tratamiento. No cumple el tratamiento.

#### **4.5 Técnicas e instrumentos**

El método utilizado fue observacional con registro de la información obtenida por parte de la investigadora principal del estudio.

La técnica empleada fue la entrevista.

El instrumento utilizado contuvo las variables estudiadas, estructurado por las siguientes partes:

- Formulario donde se detalló los datos individuales de cada participante como: edad, sexo, instrucción, residencia, etnia, situación laboral, el tiempo que ha sido diagnosticado con hipertensión (Anexo 2).
- Para determinar la CV se utilizó el cuestionario SF-36 (Anexo 3). El cuestionario SF-36 (Short Form 36) es un instrumento de medida de la CV relacionada con la salud, que contiene 8 dimensiones de la salud física y mental, que son: Funcionamiento físico (PF), Rol físico (RP), Dolor corporal (BP), Estado de salud general (GH), Vitalidad (VT), Funcionamiento social (SF), Rol emocional (RE), Salud mental (MH), con un total de 36 preguntas; cada una recibe una puntuación que va de 0 a 100, considerándose 0 a 50 peor estado de salud o menor CV, y de 51 a 100 mejor estado de salud o mayor CV, con coeficiente alfa de Cronbach con valores que oscilan entre 0,74 y 0,93.
- Se utilizó el Test de Batalla (anexo 2); este contiene tres preguntas y, si el paciente falla en alguna de ellas, se considera que no es adherente.

#### **4.6 Garantía de la calidad de datos**

Los datos fueron revisados y analizados para disminuir el error estadístico, bajo supervisión del director de tesis, Dr. Fray Cleiton Martínez Reyes, que evaluó tanto la calidad de los datos como el progreso del trabajo según corresponda. Los formularios están bajo custodia de la investigadora para cualquier revisión.

#### **4.7 Consideraciones estadísticas y plan analítico**

Los datos fueron codificados e ingresados en una base de Excel. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS v24.

Se utilizó estadística descriptiva. Las variables cualitativas se consignaron en tablas de frecuencia y porcentajes. Las cuantitativas se trataron con medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo con los objetivos planteados en el estudio.

Para el análisis relacional se empleó Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95%. La significación estadística se evaluó con Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ); un valor  $p < 0,05$  fue estadísticamente significativo.

## CAPÍTULO V

### 5. Resultados

Se trabajó con una muestra de 168 habitantes de la parroquia Cañaribamba comprendidos entre 40 y 64 años; 34,5% fueron de sexo masculino y 65,5% femenino; la edad promedio en años fue de 51,8 (DS 8,04). El 100% de los participantes se autoidentificó como mestizo.

**Tabla 1.**

*Distribución de 168 usuarios con hipertensión arterial, según edad, sexo, estado civil, instrucción y situación laboral, Cañaribamba, Cuenca 2024.*

<b>Variables</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	40 a 44 años	41	24,4
	45 a 49 años	31	18,5
	50 a 54 años	25	14,9
	55 a 59 años	34	20,2
	60 a 64 años	37	22,0
<b>Sexo</b>	Masculino	58	34,5
	Femenino	110	65,5
<b>Estado civil</b>	Soltero	23	13,7
	Casado	106	63,1
	Viudo	7	4,2
	Divorciado	26	15,5
	Unión libre	5	3,0
	Separado	1	0,6
<b>Instrucción</b>	Básica incompleta	21	12,5
	Básica completa	33	19,6
	Secundaria incompleta	16	9,5
	Secundaria completa	47	28,0
	Superior	51	30,4
<b>Situación laboral</b>	Empleado	117	69,6
	Desempleado	3	1,8
	Jubilado	14	8,3
	Ama de casa	34	20,2

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

El 42,9% de los participantes estuvo por debajo de los 50 años. Cañaribamba es una parroquia urbana del cantón Cuenca, sin embargo, el 41,6% de los participantes no había completado la instrucción secundaria.

**Tabla 2.**

*Distribución de 168 usuarios con hipertensión arterial, según convivencia con pareja y familiares, Cañaribamba, Cuenca 2024.*

<b>Variables</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Convivencia con pareja</b>	Sí	119	70,8
	No	49	29,2
<b>Convivencia con familiares</b>	Sí	133	79,2
	No	35	20,8

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

No se analizó la convivencia conjunta.

**Tabla 3**

*Distribución de 168 usuarios con hipertensión arterial, según años de diagnóstico, adherencia al tratamiento y sexo, Cañaribamba, Cuenca 2024.*

<b>Variables</b>		<b>Sexo</b>					
		<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>		<b>Total</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Años de diagnóstico de HTA</b>	< 5 años	33	30,2	76	69,8	109	100,0
	6 a 10 años	18	40,0	27	60,0	45	100,0
	> 10 años	7	50,0	7	50,0	14	100,0
<b>Adherencia al tratamiento (Test de Batalla)</b>	Adherente	31	43,6	46	56,4	77	100,0
	No adherente	27	29,6	64	70,4	91	100,0

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

Al analizar el tiempo de diagnóstico de la HTA, la población presenta una media de 4,99 años (DS 3,9). Las personas del sexo femenino priman en todas las categorías, tanto en el tiempo de diagnóstico como en el de la adherencia.

**Tabla 4**

*Calidad de vida de los 168 usuarios con hipertensión arterial, Cañaribamba, Cuenca 2024.*

<b>Calidad de vida total</b>	<b>Sexo</b>					
	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Menor</b>	8	33,3	16	66,7	24	100,0
<b>Mayor</b>	50	34,7	94	65,3	144	100,0
<b>Total</b>	58	34,5	110	65,5	168	100,0

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

Las diferencias porcentuales no fueron mayores entre los sexos, en cuanto a menor y mayor CV se refiere.

**Tabla 5**

*Dimensiones de la calidad de vida y sexo en 168 individuos con hipertensión arterial, Cañaribamba, Cuenca 2024.*

Dimensiones de la calidad de vida		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Funcionamiento físico (PF)	Menor	9	15,5	17	15,4	26	15,5
	Mayor	49	84,5	93	84,6	142	84,5
Rol físico (RP)	Menor	16	27,5	29	26,3	45	26,8
	Mayor	42	72,5	81	73,6	123	73,2
Dolor corporal (BP)	Menor	13	22,41	34	30,9	47	28,0
	Mayor	45	77,5	76	69,0	121	72,0
Estado de salud general (GH)	Menor	16	27,5	26	23,6	42	25,0
	Mayor	42	73,5	84	76,3	126	75,0
Vitalidad (VT)	Menor	9	15,5	20	18,1	29	17,3
	Mayor	49	84,4	90	81,9	139	82,7
Funcionamiento social (SF)	Menor	16	27,6	25	27,7	41	24,4
	Mayor	42	72,4	85	77,2	127	75,6
Rol emocional (RE)	Menor	10	17,3	27	24,5	37	22,0
	Mayor	48	82,7	83	75,5	131	78,0
Salud mental (MH)	Menor	16	27,5	38	34,5	54	32,1
	Mayor	42	72,5	72	65,5	114	67,9

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

**Tabla 6**

*Calidad de vida de 168 individuos con hipertensión arterial, según edad, sexo, instrucción, convivencia, situación laboral, años de enfermedad y adherencia al tratamiento, Cañaribamba, Cuenca 2024.*

Variables		Calidad de vida					
		Menor		Mayor		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Edad</b>							
40 a 44 años		3	7,3	38	92,7	41	100,0
45 a 49 años		3	9,6	28	90,4	31	100,0
50 a 54 años		3	12,0	22	88,0	25	100,0
55 a 59 años		3	13,6	31	86,4	34	100,0
60 a 64 años		12	32,4	25	67,6	37	100,0
<b>Sexo</b>							
Masculino		8	13,8	50	86,2	58	100,0
Femenino		16	14,5	94	85,5	110	100,0
<b>Instrucción</b>							
Básica incompleta		8	38,0	13	62,0	21	100,0
Básica completa		5	15,2	28	84,8	33	100,0
Secundaria incompleta		5	31,2	11	68,8	16	100,0
Secundaria completa		4	8,5	43	91,5	47	100,0
Superior		2	3,9	49	96,1	51	100,0
<b>Convivencia</b>							
Con pareja	Sí	16	13,4	103	86,6	119	100,0
	No	8	16,3	41	83,7	49	100,0
Con familia	Sí	18	13,6	115	86,4	133	100,0
	No	6	17,2	29	82,8	35	100,0
<b>Situación laboral</b>							
Empleado		11	9,4	106	90,6	117	100,0

Desempleado	1	33,3	2	66,7	3	100,0
Jubilado	6	42,9	8	57,1	14	100,0
Ama de casa	6	17,6	28	82,4	34	100,0
<b>Años de diagnóstico de la enfermedad</b>						
< 5 años	9	8,3	100	91,7	109	100,0
6 a 10 años	12	26,7	33	73,3	45	100,0
> 10 años	3	21,4	11	78,6	14	100,0
<b>Adherencia al tratamiento</b>						
Adherente	10	12,9	67	87,1	77	100,0
No adherente	14	15,4	77	84,6	91	100,0

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

La CV de las personas con HTA es mayor en cada una de las variables; un mayor nivel se presenta incluso en los no adherentes. Lo contrario se nota en el grupo de 60 a 64 años, quienes tienen educación básica y secundaria incompleta, desempleados y jubilados, quienes tienen entre 6 a 10 años de enfermedad, y > 10 años, donde los porcentajes de menor CV se incrementan de forma importante.

**Tabla 7**

*Asociación de mayor calidad de vida con las variables estudiadas en 168 individuos participantes con hipertensión arterial, Cañaribamba, Cuenca 2024.*

Variable	$\chi^2$	p	OR	IC menor	IC mayor
Edad de 40 a 51	3,82	0,05	2,49	0,98	6,38
Sexo: mujer.	0,18	0,89	0,94	0,38	2,35
Convivencia con pareja	0,23	0,63	1,26	0,49	3,16
Convivencia con familia	0,29	0,59	1,33	0,49	3,63
Mayor d 5 años de tratamiento	10,01	0,002	4,45	1,67	11,88
Empleado y jubilado	0,84	0,36	1,57	0,59	4,11
Secundaria completa y superior	11,11	0,001	5,38	1,81	14,05
Adherentes	0,19	0,66	1,21	0,51	2,92

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

## CAPÍTULO VI

### 6. Discusión, conclusiones y recomendaciones

#### 6.1. Discusión

La HTA se ha constituido en los últimos años en una de las principales causas de muerte a nivel mundial; su prevalencia ha aumentado, especialmente en los países de ingresos bajos y medios (31,5 %, 1 040 millones de personas) (Tecuapacho et al., 2025). En nuestro país, el Ecuador, la HTA o el famoso “enemigo silencioso” representa el 9,3% en la población de 18 a 59 años de edad (Pico et al., 2023).

En este contexto, en los usuarios de la parroquia Cañaribamba se observó que el mayor porcentaje de participantes (24,4%) se encontraba entre el grupo etario de 40 a 44 años, con una media de 51,8 años, con predominio de la población femenina (65,5%). Situación similar fue encontrada por Tecuapacho et al. (2025) en Puebla, en donde el promedio de edad fue de 53 años y el género predominante fue el femenino (53%). Por otro lado, Ortiz et al. (2017) en su trabajo realizado en la parroquia rural de Cumbe, Ecuador, encontraron una mayor prevalencia en la población femenina (66,3%) dentro del grupo de adultos jóvenes (54,9%). Es posible que la incorporación de las mujeres a la productividad haya incrementado los factores de riesgo.

Al hablar del nivel de instrucción, en el presente estudio se observó que en la población de la parroquia urbana Cañaribamba prevaleció la instrucción superior (30,4%) y la secundaria completa (28%), actuando como factor que permite una mayor CV a los hipertensos estudiados ( $p < 0,001$ ). Similar al estudio publicado por Reyes et al. (2021), en Santa Clara, Cuba, quienes observaron que la mayor parte de la población eran universitarios (43,9%) o habían alcanzado el nivel secundario (20,7%) y estaba relacionada con una mejor CV; esta variable no es determinante en la CVRS de la población estudiada, empero, no se puede dejar de manifestar la importancia de cierto nivel de preparación para asimilar los conocimientos y las formas saludables de convivir con la enfermedad, lo cual incide de manera positiva.

En el estudio de Peña et al. (2018) realizado en Cuenca, Ecuador, se evaluó la prevalencia de HTA y sus factores asociados. Los casados presentaban un mayor porcentaje para HTA (44,9 %), en comparación con el resto de la población. En este sentido, en nuestra investigación se corrobora con la distribución del estado civil, los casados fueron la mayoría (63,1%). Es importante destacar que, el estado civil y los resultados relacionados con la salud se constituyen en un factor que influye en la autoevaluación de la salud, malestar psicológico y capacidad cognitiva reducida; para las mujeres, el ser viudas puede ser un factor de riesgo mayor para ser diagnosticadas con HTA, incidiendo con ello en su autocuidado y control (Perkins et al., 2016). La investigación que se presenta no estudió el estado civil desagregado, puesto que existen casados, separados o solteros que viven con pareja; tanto quienes

viven solos como quienes comparten su diario vivir con alguna persona mostraron niveles de mayor CV y el factor no mostró asociación. En futuras investigaciones se debe evaluar la conveniencia de estudiar el estado civil.

Otro aspecto importante en la vida de los pacientes con HTA es su situación laboral, misma que, por su importancia en la economía de las personas, puede desencadenar altos niveles de estrés con la somatización de trastornos múltiples, de forma particular, los relacionados con el sistema cardiovascular. En nuestro estudio se pudo observar que entre empleados y jubilados constituyen el 77,8%, es decir, tienen ingresos económicos sin que la asociación con la CV sea significativa. En Querétaro, México realizaron una investigación Loredó et al. (2016), en donde muestran resultados similares a nuestro estudio, como el 52,6% de la población estudiada eran jubilados, recibían una pensión, y esta condición favorecía una buena CV a pesar de la HTA.

Burnier et al. (2020) en Lausana, Suiza, en su revisión muestran que la adherencia al tratamiento es mejor en pacientes de 65 a 80 años. Asimismo, una investigación realizada en Sigchos, Riobamba, Ecuador, por Idrovo et al. (2024) reflejaron que un 50,38% de los adultos mayores encuestados tenían una adherencia muy baja, además, el género femenino era el que más falencias tenía. En este sentido, los estudios antes descritos mostraron una similitud con el nuestro, pues la mayor parte de la población femenina de la parroquia Cañaribamba (70,4%) no se adhiere al tratamiento antihipertensivo; empero esta situación no alteraba la CV en la mayoría de la población estudiada (65,3%).

Es importante señalar el estudio de Carrión et al. (2021), realizado en el cantón Nabón, que muestra que a mayor adherencia, mejor estado de ánimo ( $p < 0,007$ ). En nuestra investigación no hubo relación significativa ( $p > 0,66$ ); es más, el 84,6% de no adherentes mostraron una CV mayor. Quizás el deterioro de la CV sea más sentido cuando se presenten las complicaciones debido al incumplimiento del tratamiento, así como al hecho de que a una edad mayor la posibilidad de patologías múltiples se incrementa y las manifestaciones clínicas se asocian. Mejorar la adherencia en la población hipertensa es un reto para la salud pública.

Rojas (2024) en su trabajo "Factores biopsicosociales y CV del adulto mayor. ESSALUD, Chota – 2023", encontró en la población un 91,6% de nivel bajo y un 8,4% de nivel medio. Los resultados difieren con la investigación de Celeiro y Galizzi (2019) en Noyogá, Argentina, quienes obtuvieron el 100% de CV buena en la población estudiada. Por otro lado, Rodríguez (2024) en Ica – Perú, obtuvo un 24,1% como CV baja; 30,8% como alta CV y 45,1% CV media. En nuestro trabajo se encontró un 65,5% de mayor CV, siendo esto más notorio en el sexo femenino 66,7%.

Es importante destacar que a la hora de evaluar la CV se observan diferencias estadísticas significativas con estos estudios, debido a los instrumentos utilizados que fueron el World Health Organization Quality of Life, versión breve (WHOQOL-BREF, siglas en inglés), el Cuestionario MINICHAL

y, en nuestro caso, el cuestionario de salud SF-36, cada uno de ellos evalúa en diferentes niveles o grados, incluso en diferentes dimensiones.

Matta (2021) en Lima, observó que el nivel de la CV relacionado con la salud fue alto (42,75%) al fraccionar la escala SF 36 en parámetros de muy baja, baja, promedio, alta y muy alta, luego de una validación de prueba piloto. En cuanto a las dimensiones, encontró en la función física un 33,33% de nivel muy alto; en funcionamiento físico 45,65%; en dolor 55,8%; en salud general 51,45%; en energía/fatiga, 44,93%; en función social 37,68%; en función emocional 47,83%; en bienestar emocional 43,48%; y salud 43,48%. En nuestro estudio se pudo apreciar que en el sexo femenino todas las dimensiones presentaron mayor nivel, siendo importante destacar que la escala de evaluación utilizó los dos parámetros: mayor y menor CV. A diferencia de los dos estudios, Bonilla (2021), en La Habana, encontró que los años de evolución con HTA mostraron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en cuanto a la CV en las dimensiones función física, rol físico, dolor corporal y vitalidad, observando además que, a medida que aumentan los años de evolución con HTA, va disminuyendo el valor promedio en todas las dimensiones del cuestionario SF-36.

Cabe destacar que, en la revisión y el análisis de nuestros resultados evidencian una aparente contradicción estadística: el 65.5 % de las mujeres evaluadas reportaron una calidad de vida aumentada, mientras que un 70.4 % no mostraron adherencia a la terapia antihipertensiva. Esta situación evidencia la necesidad de reflexionar críticamente sobre qué sesgos, en caso de que existan, podrían estar impactando en esta sorprendente relación.

Uno de los sesgos posibles es el de percepción o autoinforme, puesto que la calidad de vida fue medida a través del SF-36, basado en una autoevaluación subjetiva por parte de las pacientes. Aun cuando no cumplan con el tratamiento, es probable que las mujeres consideren su salud como favorable, ya sea porque no han desarrollado complicaciones clínicas, o porque se encuentran en gran parte inmaduros (o priorizan) psicosociales - bienestar emocional, autonomía, vida familiar, etc. También puede haber un sesgo de selección. Aun cuando la muestra fue aleatoria, si las participantes que decidieron responder eran aquellas con mejores condiciones funcionales o que percibían menor riesgo, esto pudo predisponer en una sobreestimación del nivel de calidad de vida.

De tal manera que, la discrepancia entre la alta calidad de vida autoinformada y la baja adherencia a la terapia sugiere la necesidad de aumentar la investigación adicional con medidas rigurosas de salud, como comorbilidades, presión arterial controlada y hospitalizaciones, además, un enfoque cualitativo para responder por qué perciben un bienestar tan positivo para profundizar en la razón por la cual algunas mujeres no se adhieren a su tratamiento. Esto permitiría una interpretación más precisa de la relación entre la adherencia, la evolución clínica y la calidad de vida en entornos comunitarios.

**Limitaciones del estudio**

En el presente estudio se ha observado varias limitaciones. Primeramente, se encuentra la ausencia de indicadores clínicos objetivos, esto es, no se incluyeron mediciones clínicas, tales como cifras de presión arterial controlada o análisis bioquímicos, lo cual dificulta la posibilidad de comprobar los datos de calidad de vida con indicadores de salud física observables medibles.

Otra limitación es el tipo de diseño de estudio, por cuanto esta investigación se realizó con enfoque transversal, lo que impide establecer relaciones causales entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida, puesto que ambas variables fueron registradas en un único momento del tiempo.

Por otro lado, se encuentra el tamaño y representatividad de la muestra, en este caso, el estudio se centró en una población atendida en un solo centro de salud, lo que limita la generalización de resultados a otras regiones o contextos socioeconómicos diferentes.

Finalmente, la falta de análisis cualitativo ya que esta investigación no incorporó entrevistas en profundidad u otras técnicas cualitativas que pudieran examinar más a fondo las percepciones, creencias o barreras personales con respecto a la adherencia al tratamiento, lo que podría haber proporcionado una comprensión más rica de los hallazgos cuantitativos.

## **6.2. Conclusiones**

- Según el SF-36 en la población de adultos jóvenes de 40 a 64 años de la parroquia Cañaribamba predomina el mayor nivel de CV.
- Los factores asociados al resultado señalado fueron instrucción secundaria completa y superior, y un tiempo mayor a 5 años de tratamiento.

## **6.3. Recomendaciones**

- La información recopilada será de gran utilidad para optimizar el seguimiento de los pacientes con hipertensión en la parroquia Cañaribamba.
- Permitirá diseñar estrategias institucionales orientadas a evaluar la CV de esta población, considerando variables como el género, nivel educativo, situación laboral, tiempo desde el diagnóstico y grado de adherencia al tratamiento.
- Diseñar estrategias institucionales como la implementación de talleres educativos que aborden temas sobre el tratamiento continuo para pacientes con baja instrucción, así como también inclusión de los familiares en sesiones grupales para promover el acompañamiento en el proceso terapéutico y la creación de un registro comunitario de seguimiento de adherencia que permite identificar las barreras y monitorear los avances.
- Elaborar protocolos y guías de práctica clínica que motiven al paciente con HTA a modificar positivamente su estilo de vida.
- Realizar la evaluación de la CV de los pacientes hipertensos por parte del profesional médico como valoración del resultado terapéutico.
- Fomentar la participación de la familia en la construcción de un estilo de vida saludable.

## CAPÍTULO VII

### Referencias

- Baglietto, J., Mateos, A., Nava, J., Rodríguez, P., y Rodríguez, F. (2020). Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de México. *Med Int Méx*, 36(1), 1-14. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i1.2844>
- Barcelo, R., Ornelas, M., y Blanco, H. (2021). Utilización del Cuestionario de Salud SF-36 en personas mayores. Revisión Sistemática. *Ansiedad y Estrés*, 27, 95-102. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a13>
- Bonilla, N. (2021). *Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial*. Retrieved 24 de enero de 2025, from <https://aniversariocimeq2021.sld.cu/index.php/ac2021/Cimeq2021/paper/viewFile/296/241>
- Burnier, M., Polychronopoulou, E., y Wuerzner, G. (2020). Hypertension and Drug Adherence in the Elderly. *Front Cardiovasc Med*, 7(49), 1-9. Retrieved 22 de febrero de 2025, from <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcvm.2020.00049/full#h1>
- Caeme. (2024). *Hipertensión: 10 consejos para cuidar la presión arterial*. Retrieved 4 de Abril de 2025, from <https://www.caeme.org.ar/hipertension-10-consejos-para-cuidar-la-presion-arterial/>
- Capote, E., Ortiz, M., Argudín, R., Viada, C. E., Capote, L., y Rupalé, I. L. (2019). Calidad de vida relacionada con la salud en la morbilidad del paciente en hemodiálisis periódica. *MediSur*, 17(1), 62-73. Retrieved 4 de Abril de 2025, from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2019000100062&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000100062&lng=es&tlng=es).
- Carrión, M., Mesa, I., Ramírez, A., y Jaya, L. (2021). Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos de Nabón. *AVFT*, 40(3), 290-296. Retrieved 22 de febrero de 2025, from [https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft\\_3\\_2021/11\\_adherencia\\_tratamiento\\_antihipertensivo.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_3_2021/11_adherencia_tratamiento_antihipertensivo.pdf)
- Celeiro, T., y Galizzi, M. (2019). Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados de la ciudad de Noyogá. *Pontificia Universidad Católica Argentina*. Retrieved 22 de febrero de 2025, from <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9721>
- García, E., y Chátara, A. (2019). *Conocimientos actitudes y prácticas sobre hipertensión arterial en usuarios que asisten a Unidad Comunitaria de Salud Familiar Milagro de La Paz, San Miguel, en periodo de Febrero a Septiembre 2019*. Tesis de Maestría, Universidad de el Salvador, San Salvador. Retrieved 4 de Abril de 2025, from <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1147101/270-11106151.pdf>
- Gómez, M., García, C., Gómez, V., y Mondragón, P. (2020). Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 19(1), 7-12. Retrieved 2025 de Abril de 2025, from <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en111b.pdf>
- Idrobo, T., Ayala, B., y Sanchas, J. (2024). Evaluación de Adherencia Terapéutica Antihipertensiva en personas de la tercera edad de los cantones de Riobamba y Sigchos - Ecuador. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria*, 8(2), 8173-8186. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i2.11250](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.11250)
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (19 de Mayo de 2022). *17 de mayo; Día Mundial de la Hipertensión*. Retrieved 4 de Abril de 2025, from <https://www.insp.mx/avisos/17-de-mayo-dia-mundial-de-la-hipertension>
- Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., y Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- Lorenzo, J., y Vitón, A. (2020). Calidad de vida asociada a la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 42(3), 1960-1963. Retrieved 4 de Abril de 2025, from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242020000301960&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000301960&lng=es&tlng=es).
- Lozada, A., Piscocoya, J., Shiraishi, C., y Mendieta, W. (2020). Calidad de vida y adherencia terapéutica en un programa de hipertensión arterial. *Rev. salud pública*, 22(6). <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n6.88007>

- Marin, M., Garcia, F., Martinez, E., Diaz, M., Iturzaeta, A., Becerra, P., . . . Gaydou, A. (2019). May Measurement Month 2017: analysis of the blood pressure screening results in Argentina—Americas. *European Heart Journal*, 21(D), 8-10. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/suz050>
- Matta, L. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a un policlínico ubicado en Los Olivos. *Cuidado y Salud Pública*, 1(2), 71-77. <https://doi.org/10.53684/csp.v1i2.29>
- OMS. (2021). *Más de 700 millones de personas con hipertensión sin tratar*. Retrieved 25 de Abril de 2025, from <https://www.who.int/es/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
- Organización Panamericana de la Salud [OMS]. (2021). *Ecuador implementa el programa HEARTS para luchar con la hipertensión*. Retrieved 4 de Abril de 2025, from <https://www.paho.org/es/noticias/17-5-2021-ecuador-implementa-programa-hearts-para-luchar-contrahipertension#:~:text=1%20de%20cada%205%20ecuatorianos,17%20de%20mayo%20de%202021.>
- Ortega, J. J., Sánchez, D., Rodríguez, Ó. A., y Ortega, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232. Retrieved 4 de Abril de 2025, from [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es)
- Ortiz, R., Bermúdez, V., Guzmán, J. A., Silva, J. S., Torres, M. G., Carvajal, J. S., . . . Sigüenza, N. C. (2017). Hipertensión arterial y su comportamiento epidemiológico en la población rural de Cumbe, Ecuador. *Rev Latinoam Hipertens*, 12(5), 154-163. Retrieved 22 de febrero de 2025, from <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=170254309002>
- Parra, D. I., López, L. A., y Vera, L. M. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión y diabetes mellitus. *Enfermería Global*, 20(62), 316-344. <https://doi.org/10.6018/eglobal.423431>
- Peña, S., Espinoza, H., Mora Domínguez, G., Vélez, P., y Vásquez, G. (2018). Hipertensión arterial en la población urbana de Cuenca-Ecuador, 2016. Prevalencia y factores asociados. *Rev Latinoamericana de Hipertensión*, 13(2). Retrieved 22 de febrero de 2025, from [https://www.revhipertension.com/rh\\_2\\_2018/11\\_hipertension\\_arterial\\_en\\_la\\_poblacion.pdf](https://www.revhipertension.com/rh_2_2018/11_hipertension_arterial_en_la_poblacion.pdf)
- Perkins, J., Lee, H., James, K., Oh, J., Krishna, A., y Heo, J. (2016). Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health*, 1-12. Retrieved 22 de febrero de 2025, from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12889-016-3682-9.pdf>
- Pico, A., Reyes, E., Anchundia, D., y Moreno, M. (2023). Comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial en el Ecuador. *ReciMundo*, 7(4), 299-307. <https://doi.org/10.26820/recimundo/7>
- Pinzón, Y. (2021). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial que asisten a la E.S.E Hospital Local del municipio de Sucre, Santander, un estudio transversal*. Tesis de Maestría, Universidad de La Sabana, Bogotá. Retrieved 4 de Abril de 2025, from <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/47069/calidad%20de%20vida%20relacionada%20con%20la%20salud%20en%20pacientes%20diagnosticados%20con%20hipertension%20arterial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Reyes Caballero, M., Menéndez Gálvez, L., Obregón Pérez, J., Núñez Rodríguez, M., y García Aguilar, E. (2021). Efectividad de una intervención educativa para modificar conocimientos sobre estilos de vida en pacientes hipertensos. *EDUMECENTRO*, 13(1), 149-166. Retrieved 22 de febrero de 2025, from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742021000100149&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742021000100149&lng=es)
- Rodríguez, V. (2024). *Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Guadalupe durante enero y febrero del 2024*. Tesis de Grado, Universidad Privada San Juan Bautista. Retrieved 22 de febrero de 2025, from <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/cf3efd96-6901-4e9c-9cc6-b3e31b0059cf>
- Romero, E. (2010). Confiabilidad del cuestionario de salud sf-36 en pacientes post-infarto agudo del miocardio procedentes de Cartagena de Indias, Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*, 17(2), 41-46. Retrieved 4 de Abril de 2025, from

- [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-56332010000200002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332010000200002&lng=en&tlng=es).
- Saborit, Y., Zaldívar, N., Collejo, Y., Saborit, E., Robles, J., y Tamayo, J. (2020). Calidad de vida en adultos con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 12(3), 1-14. Retrieved 4 de Abril de 2025, from <https://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/490>
- Tecuapacho, A., Juárez, R., Calderón, A., y Negrete, R. (2025). Asociación entre funcionalidad familiar e hipertensión arterial sistémica en pacientes de primer nivel. *Rev Dig Innovación y Desarrollo Tecnológico*, 17(1), 285-295. Retrieved 22 de febrero de 2025, from [https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/12/1\\_11\\_asociacion-entre-funcionalidad-familiar-e-hipertension-arterial-sistemica-en-pacientes-de-primer-nivel\\_.pdf](https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/12/1_11_asociacion-entre-funcionalidad-familiar-e-hipertension-arterial-sistemica-en-pacientes-de-primer-nivel_.pdf)
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Gómez, A., y Montoya, L. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 3(2), 203-211. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2007.0002.02>

## CAPÍTULO VIII

### 7. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Anexo 2. Formulario de recolección de datos

Anexo 3. SF-36

#### Anexo 1. Consentimiento informado

<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>
<p>Yo, Nombres.....Apellidos..... con cédula de identidad número..... declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “Calidad de vida en adultos comprendidos entre las edades de 40 a 64 años con hipertensión arterial de la parroquia Cañaribamba, Cantón Cuenca 2024”, en el horario de 8am a 5pm, para lo cual se aplicara el test SF-36 para determinar la calidad de vida del participante que demoran alrededor de 20 minutos, entiendo que la información registrada será confidencial y que los nombres de los participantes serán asociados a números de series, esto significa que la respuesta no será conocida por otra persona, ni tampoco identificada en la publicación de los resultados.</p> <p>No habrá retribución de ninguna clase por la participación en este estudio y los datos obtenidos no me serán entregados, y el beneficio de investigación es para la sociedad pudiendo también negarme a la participación y retirarse en cualquier momento.</p> <p>Si, acepto voluntariamente a participar en este estudio de investigación.</p> <p>Fecha: _____</p> <p>Firma del participante: _____</p> <p>Esta investigación está siendo realizada por la Lcda. Janneth García Calle            Usted puede ponerse en contacto con:            Nombres y Apellidos: Janneth García Calle            Número de celular: 0994959417</p>

#### Anexo 2.- Formulario de recolección de datos RECOLECCIÓN DE DATOS

**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**  
**FACULTAD DE POSGRADOS**  
**MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

“Calidad de vida en adultos comprendidos entre las edades de 40 a 64 años con hipertensión arterial de la parroquia Cañaribamba, Cantón Cuenca 2024”.

**Lea detenidamente las preguntas y señale con una X donde corresponda, hasta la pregunta 6.**

**1. Edad:** \_\_\_\_\_

**2. Sexo:** Masculino \_\_\_\_\_, Femenino \_\_\_\_\_

**3. Estado civil:**

Soltero \_\_\_\_\_, Casado \_\_\_\_\_, Viudo \_\_\_\_\_, Divorciado \_\_\_\_\_, Unión Libre \_\_\_\_\_, Separado \_\_\_\_\_

**4. Etnia:**

Blanco \_\_\_\_\_, mestizo \_\_\_\_\_, indígena \_\_\_\_\_, afrodescendiente \_\_\_\_\_

**5. Instrucción:**

Ninguna \_\_\_\_\_, Básica incompleta \_\_\_\_\_, Básica completa \_\_\_\_\_,  
 Secundaria incompleta \_\_\_\_\_, Secundaria completa \_\_\_\_\_, Superior \_\_\_\_\_

**6. Situación laboral:**

Empleado \_\_\_\_\_, Desempleado \_\_\_\_\_, Jubilado \_\_\_\_\_, Ama de casa \_\_\_\_\_.

**7. ¿Qué tiempo tiene usted diagnosticada hipertensión?** \_\_\_\_\_.

**8. Convivencia con pareja:** Si \_\_\_\_\_, No \_\_\_\_\_.

**9. convivencia con familiares:** Si \_\_\_\_\_, No \_\_\_\_\_.

**10. Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)**

¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?

---

¿Se puede controlar con dieta y medicación?

---

Cite dos o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada

---

### Anexo 3.- TEST FS-36

#### TEST FS-36

**Instrucciones:** responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas, marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

**Marque una sola respuesta:**

**1. En general, usted diría que su salud es:**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

**2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?**

- Mucho mejor ahora que hace un año
- Algo mejor ahora que hace un año
- Más o menos igual que hace un año
- Algo peor ahora que hace un año
- Mucho peor ahora que hace un año

**Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal**

**3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr,**

**levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?**

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

**4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?**

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

**5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?**

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

**6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?**

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

**7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?**

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

**8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?**

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

**9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?**

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

**10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?**

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

**11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?**

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

**12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?**

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

**Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias**

**13. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?**

- Sí
- No

**14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?**

- Sí
- No

**15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?**

- Sí
- No

**16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?**

- Sí
- No

**17. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?**

- Sí
- No

**18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?**

- Sí
- No

**19. Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (Como estar triste, deprimido, o nervioso)?**

- Sí
- No

**20. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?**

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

**21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?**

- No, ninguno
- Sí, muy poco
- Sí, un poco
- Sí, moderado
- Sí, mucho
- Sí, muchísimo

**22. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

**Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.**

**23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?**

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

**24. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?**

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

**25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?**

- Siempre**
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

**26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?**

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

**27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?**

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

**28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?**

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

**29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?**

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

**30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?**

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

**31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?**

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

**32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?**

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

**Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases**

**33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas**

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa

- Totalmente falsa

**34. Estoy tan sano como cualquiera**

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

**35. Creo que mi salud va a empeorar**

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

**36. Mi salud es excelente**

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa