







Artículo Original/ Original Article

Calidad de vida en personas con Hipertensión Arterial Sistémica de una Unidad de Salud Familiar de Paraguay, 2025

Quality of Life in Individuals with Systemic Arterial Hypertension from a Family Health Unit in Paraguay, 2025

*Jorge Aníbal Coronel Gamarra^{1,2}  Fabtiana Alejandra Mereles Paniagua²  Rocio Marlene
Ramos Arrua² 
Zoraida Antonia Caballero Zalinás²  Nieves Cristaldo Alarcon¹  Gabriela Eugenia Álvarez Sánchez¹ 
Sonia Margarita Jara Castillo³  Elisa Mabel Jara Catillo⁴ 

¹Universidad Politécnica y Artística del Paraguay Filial Concepción. Concepción, Paraguay.

²Universidad Nacional de Concepción, Facultad de Odontología. Concepción, Paraguay.

³Universidad Politécnica y Artística del Paraguay Filial Concepción, Coordinación de Investigación.
Concepción, Paraguay.

⁴Universidad Politécnica y Artística del Paraguay Filial Concepción, Coordinación de Extensión
Universitaria. Concepción, Paraguay.

Correspondencia*: coronel.gamarra91@gmail.com

Para citar este artículo:

Coronel Gamarra, J. A., Mereles Paniagua, F. A., Ramos Arrua, R. M., Caballero Zalinás, Z. A., Cristaldo Alarcon, N., Álvarez Sánchez, G. E., Jara Castillo, S. M. y Jara Castilla, E. M. (2026). Calidad de vida en personas con hipertensión arterial sistémica de una Unidad de Salud Familiar de Paraguay, 2025. *UCOM Scientia*, 4(1), 91-103.

Fecha de recepción: 11/02/2026

Fecha de aceptación: 04/03/2026

Resumen

El objetivo fue evaluar la calidad de vida en personas con hipertensión arterial sistémica (HAS) atendidas en una Unidad de Salud Familiar de Paraguay durante el año 2025. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y de corte transversal, con una muestra no probabilística de 110 participantes. La recolección de datos se efectuó mediante el cuestionario Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II), que evalúa estilos de vida saludables en seis dimensiones. Los resultados evidenciaron un predominio del sexo femenino y una mayor concentración de participantes en edades medias de la vida. La mayoría presentó niveles moderados de calidad de vida y hábitos personales, especialmente en actividad física y adherencia al tratamiento, mientras que la obesidad y la diabetes se asociaron a

puntuaciones más bajas. Los hallazgos reflejan oportunidades de mejora en estilos de vida, autocuidado y control de factores de riesgo, destacando la importancia de intervenciones educativas y de promoción de la salud en el primer nivel de atención. El estudio aporta evidencia local relevante para fortalecer estrategias de prevención y manejo integral de la hipertensión arterial.

Palabras clave: Hipertensión arterial; calidad de vida; estilos de vida; atención primaria.

Abstract

The objective of was to evaluate the quality of life of individuals with systemic arterial hypertension (SAH) treated at a Family Health Unit in Paraguay during 2025. A quantitative, descriptive, observational, cross-sectional study was conducted with a non-probabilistic sample of 110 participants. Data was collected using the Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II), which assesses healthy lifestyle behaviors across six dimensions. Results showed a predominance of female participants and a higher concentration of individuals in middle adulthood. Most participants presented moderate levels of quality of life and personal habits, particularly regarding physical activity and treatment adherence, while obesity and diabetes were associated with lower scores. These findings highlight opportunities to improve lifestyle behaviors, self-care, and risk-factor control, emphasizing the importance of educational and health-promotion interventions in primary care. This study provides relevant local evidence to strengthen prevention strategies and comprehensive management of hypertension.

Keywords: Arterial hypertension; quality of life; lifestyle; primary care.

1. Introducción

La hipertensión arterial sistémica (HAS) constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, debido a su elevada prevalencia, su carácter crónico y su estrecha relación con la morbilidad cardiovascular. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), la hipertensión afecta a más de mil millones de personas en el mundo y representa un factor determinante en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. En América Latina, y particularmente en Paraguay, la carga de la enfermedad continúa en aumento, con reportes oficiales que indican prevalencias superiores al 45 % en la población adulta, lo que genera importantes repercusiones sanitarias, sociales y económicas (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS], 2020).

Más allá de sus consecuencias clínicas, la HAS impacta de manera significativa en la calidad de vida de las personas que la padecen, entendida esta como la percepción individual sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones (OMS, 2012). En este sentido, la hipertensión no solo implica la necesidad de un tratamiento farmacológico sostenido, sino también cambios en el estilo de vida, restricciones alimentarias, control permanente y afrontamiento del estrés, factores que influyen directamente en el bienestar físico, psicológico y social de los pacientes (de Carvalho et al., 2013; Megari, 2013).

Diversos estudios han evidenciado que las personas con HAS presentan deterioro en diferentes dominios de la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente en aquellos vinculados a la vitalidad, la salud mental y el funcionamiento social (Szwarcwaldl et al., 2021; Gultom & Batubara, 2024). Asimismo, se ha demostrado que variables como la adherencia al tratamiento, el nivel de alfabetización en salud, la práctica de actividad física, el control del estrés y la presencia de comorbilidades influyen de manera significativa en la percepción de calidad de vida de estos pacientes (Andrade-Méndez, Troche-Gutiérrez, y Torres-Muñoz, 2024; Moura Borges et al., 2022; Parra et al., 2021). No obstante, a pesar de la abundante producción científica internacional, persisten vacíos de conocimiento en contextos locales, particularmente en el ámbito de la atención primaria de salud en Paraguay.

Desde una perspectiva teórica, el estudio se sustenta en el enfoque de la calidad de vida relacionada con la salud, el cual integra dimensiones físicas, psicológicas, sociales y funcionales, y reconoce la interacción entre factores clínicos, conductuales y contextuales (de Carvalho et al., 2013). Asimismo, se articula con los postulados de los modelos de promoción de la salud, que destacan la importancia de los estilos de vida saludables, la educación sanitaria y el empoderamiento del paciente en el control de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (Aristizábal Hoyos et al., 2011; OMS, 2025). Desde este marco, la calidad de vida se concibe como una variable compleja y multidimensional, influenciada tanto por el control clínico de la enfermedad como por factores psicosociales y ambientales.

En cuanto a los antecedentes investigativos, estudios realizados en Brasil, Chile y otros países de la región han analizado la calidad de vida en personas con HAS, identificando asociaciones significativas con la adherencia terapéutica, la actividad física y el nivel educativo (Szwarcwaldl et al., 2021; Gultom & Batubara, 2024; Moura Borges et al., 2022). Sin embargo, en Paraguay, la evidencia científica sobre esta temática es aún limitada, especialmente en el primer nivel de atención, donde las Unidades de Salud Familiar desempeñan un rol clave en la prevención, el control y el seguimiento de la hipertensión arterial. Esta brecha justifica la



necesidad de generar evidencia local que permita comprender mejor la situación de las personas hipertensas en estos servicios de salud.

La investigación se desarrolla en el contexto de una Unidad de Salud Familiar de Paraguay, en el año 2025, espacio estratégico del sistema sanitario nacional orientado a la atención integral, continua y centrada en la persona, la familia y la comunidad. En este escenario, conocer la calidad de vida de las personas con HAS resulta fundamental para orientar intervenciones más integrales, fortalecer las estrategias de promoción y prevención, y contribuir a la mejora de los resultados en salud y del bienestar general de la población atendida.

En función de lo expuesto, el objetivo general de este estudio es evaluar la calidad de vida en personas con hipertensión arterial sistémica atendidas en una Unidad de Salud Familiar de Paraguay durante el año 2025, aportando evidencia científica que permita enriquecer el conocimiento existente y servir de base para la toma de decisiones en el ámbito de la atención primaria de salud.

2. Materiales y métodos

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un tipo de investigación descriptiva y de diseño observacional, de corte transversal. Se trató de una investigación de campo, realizada en el contexto de una Unidad de Salud Familiar de Paraguay durante el año 2025.

La población de estudio estuvo conformada por personas diagnosticadas con hipertensión arterial sistémica que acudieron a dicha unidad de salud, seleccionándose una muestra de 110 participantes ($n = 110$), mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se excluyeron del estudio aquellas personas que manifestaron su deseo de no participar.

La recolección de datos se realizó a través de entrevistas mediante cuestionario directo, utilizando como instrumento el Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II), desarrollado por Walker et al. en la Universidad de Michigan. Este instrumento evalúa características sociodemográficas y comportamientos relacionados con el estilo de vida saludable, mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos, compuesta por 52 ítems distribuidos en seis dimensiones: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, desarrollo espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés. Las opciones de respuesta incluyen: nunca (1 punto), a veces (2 puntos), a menudo (3 puntos) y rutinariamente (4 puntos). La puntuación



total oscila entre 52 y 208 puntos, clasificándose la calidad de vida como pobre (52–104 puntos), moderada (105–156 puntos) o buena (157–208 puntos).

El cuestionario fue completado de forma individual por los participantes, con una duración aproximada de 20 minutos, contando con el apoyo de los investigadores cuando fue requerido. Previamente a la aplicación del instrumento, los participantes recibieron información clara sobre los objetivos del estudio y otorgaron su consentimiento informado. Los datos recolectados fueron organizados y analizados mediante estadística descriptiva, presentándose los resultados a través de tablas y gráficos que describen la calidad de vida, y los hábitos personales de los pacientes con hipertensión arterial sistémica.

En cuanto a las consideraciones éticas, el estudio se desarrolló respetando los principios éticos de la investigación en salud, garantizando la confidencialidad, el anonimato y la protección de la información personal de los participantes. La participación fue voluntaria y se aseguró el respeto a los derechos de las personas en todo el proceso de investigación.

El mismo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Concepción, y mediante nota de solicitud de permiso a la Primera Region Sanitaria donde pertenece la USF donde se desarrolló este trabajo. Entre las limitaciones del estudio se reconoce el uso de un muestreo no probabilístico, lo que podría restringir la generalización de los resultados.

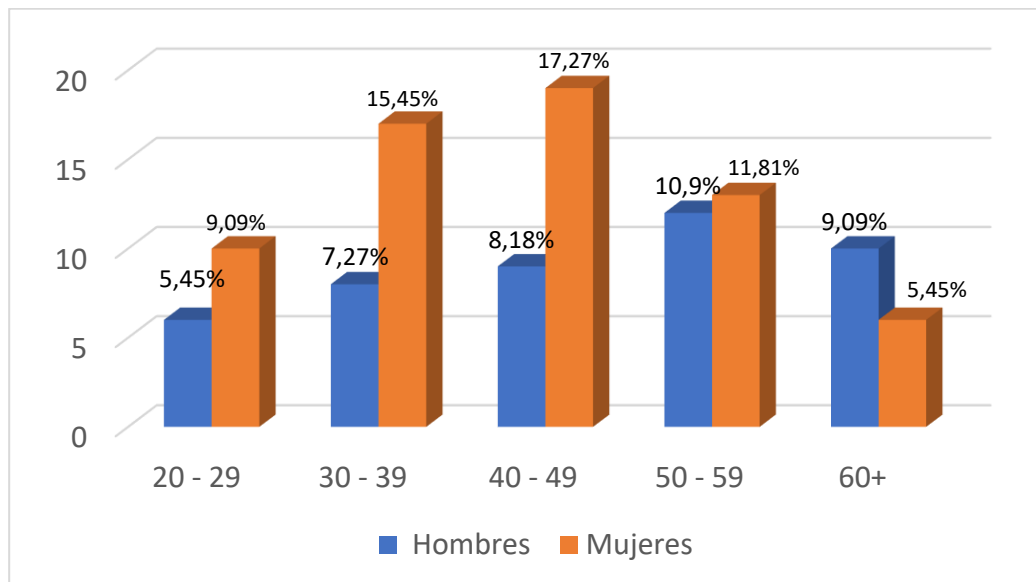
3. Resultados

La muestra estuvo conformada por un total de 110 personas con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidas en una Unidad de Salud Familiar durante el año 2025.

Del total de participantes, 65 correspondieron al sexo femenino, lo que representa el 59,1 % de la población estudiada, mientras que 45 fueron del sexo masculino, equivalentes al 40,9 %. Estos resultados evidencian un predominio del sexo femenino entre las personas con hipertensión arterial sistémica que participaron en el estudio.



Figura 1. Distribución de edad y género de los participantes



Fuente: Elaboración propia (2026)

La distribución etaria y por género observada en la población estudiada muestra un predominio del sexo femenino y una mayor concentración de personas con hipertensión arterial sistémica en edades medias de la vida, especialmente entre los 30 y 49 años. Por otra parte, hay un predominio masculino en el grupo de 60 años.

La Tabla 1 muestra que la mayoría de los participantes se ubica en el nivel moderado en casi todas las dimensiones, lo que indica que los estilos de vida saludables están presentes, pero no suficientemente consolidados. Esto coincide con la tendencia observada en estudios latinoamericanos sobre hipertensión, donde el autocuidado suele ser parcial y fluctuante.

El predominio femenino en los niveles moderado y bueno sugiere mayor compromiso con el autocuidado, coherente con la literatura que describe mayor adherencia terapéutica y uso de servicios de salud en mujeres.

Dentro de la dimensión responsabilidad en salud, los valores moderados predominan, especialmente en mujeres. Esto indica que la mayoría cumple parcialmente con prácticas de autocuidado como controles médicos, monitoreo de salud y cumplimiento de recomendaciones. Sin embargo, el porcentaje de personas en nivel pobre (19.1%) evidencia que una parte importante aún no asume plenamente su rol en el manejo de la hipertensión.

En relación de la actividad física distribución moderada refleja que la actividad física se realiza, pero no con la frecuencia o intensidad recomendada para impactar significativamente en la presión arterial. La proporción de personas en nivel pobre (19.1%)

es preocupante, dado que la inactividad física es uno de los principales factores de riesgo modificables en hipertensión.

En la dimensión de Nutrición los resultados moderados sugieren que existen hábitos alimentarios relativamente adecuados, pero no sistemáticos. La presencia de un 19.1% en nivel pobre es consistente con la coexistencia de obesidad en la población estudiada, lo que refuerza la necesidad de intervenciones nutricionales más intensivas.

El Desarrollo espiritual es una de las dimensiones con mejor desempeño, con un aumento notable en el nivel bueno (36.3%). Esto indica que la población cuenta con recursos internos de afrontamiento, sentido de propósito y prácticas espirituales que contribuyen al bienestar emocional, un factor protector en enfermedades crónicas.

Las Relaciones interpersonales al igual que el desarrollo espiritual, esta dimensión presenta altos niveles de calidad de vida, con un 36.3% en nivel bueno. Esto sugiere que la población cuenta con redes de apoyo social sólidas, lo cual es fundamental para la adherencia terapéutica y el manejo del estrés.

Con respecto al Manejo del estrés, aunque la mayoría se ubica en nivel moderado, el 19.1% en nivel pobre indica dificultades importantes para controlar tensiones, emociones y situaciones estresantes. Dado que el estrés es un factor que agrava la hipertensión, esta dimensión representa un punto crítico de intervención.

Tabla 1. Hábitos personales, y calidad de vida según HPLP-II (N:110)

| Escala de valoración según HLPL-II | Media | | POBRE | | MODERADO | | BUENO | |
|------------------------------------|-------|------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | H* | M* | H (%) | M (%) | H (%) | M (%) | H (%) | M (%) |
| Genero de los participantes | | | | | | | | |
| Responsabilidad en salud | 2.45 | 2.78 | 10 (9,1%) | 11 (10%) | 26(23.6%) | 38(34,5%) | 9(8,2%) | 16(14,5%) |
| Actividad Física | 2.30 | 2.55 | 10 (9,1%) | 11 (10%) | 26(23.6%) | 38(34,5%) | 9(8,2%) | 16(14,5%) |
| Nutrición | 2.40 | 2.70 | 10 (9,1%) | 11 (10%) | 26(23.6%) | 38(34,5%) | 9(8,2%) | 16(14,5%) |
| Desarrollo espiritual | 2.85 | 3.10 | 7 (6,4%) | 8(7,3%) | 22(20,0%) | 33(30,0%) | 16(14,5%) | 24(21,8%) |
| Relación interpersonal | 2.90 | 3.20 | 7 (6,4%) | 8(7,3%) | 22(20,0%) | 33(30,0%) | 16(14,5%) | 24(21,8%) |
| Manejo de estrés | 2.35 | 2.60 | 10 (9,1%) | 11 (10%) | 26(23.6%) | 38(34,5%) | 9(8,2%) | 16(14,5%) |

*H: Hombres, *M: Mujeres

Fuente: Elaboración propia (2026)

La tabla 2 presenta la distribución global de la calidad de vida de los 110 participantes evaluados mediante el instrumento Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II). Los



resultados evidencian una predominancia del nivel moderado, observado en 58.18% de los entrevistados, lo que sugiere que más de la mitad presenta prácticas de estilo de vida saludables en un rango intermedio.

Asimismo, 22.72% de los participantes alcanzó un nivel bueno de calidad de vida, indicando la presencia de un subgrupo con conductas más consolidadas de promoción de la salud. En contraste, 19.1% se ubicó en el nivel pobre, lo que revela una proporción no despreciable de individuos con limitaciones significativas en los dominios evaluados por el HPLP-II.

La distribución observada muestra una tendencia central hacia niveles moderados, acompañada de una dispersión que evidencia heterogeneidad en los estilos de vida y comportamientos relacionados con la salud dentro de la población estudiada. Estos hallazgos pueden orientar intervenciones diferenciadas, priorizando estrategias dirigidas a los grupos con menor puntaje y reforzando las prácticas positivas identificadas en los niveles superiores.

Tabla 2. Distribución Global de la calidad de vida de los entrevistados, según HPLP-II
(N:110)

| Escala | N | % |
|--------------|------------|-------------|
| Pobre | 21 | 19,1% |
| Moderada | 64 | 58,18% |
| Buena | 25 | 22,72% |
| TOTAL | 110 | 100% |

Fuente: elaboración propia (2026)

4. Discusión

La distribución por edad y género de la población estudiada mostró un predominio femenino y una mayor concentración de casos de hipertensión arterial sistémica (HAS) entre los 30 y 49 años. Este comportamiento coincide con investigaciones realizadas en atención primaria, donde las mujeres suelen estar sobrerrepresentadas debido a una mayor utilización de los servicios de salud y una adherencia más constante a los controles médicos (Szwarcwaldl et al., 2021; Gultom & Batubara, 2024). Además, de acuerdo con de Carvalho et al. (2013), la hipertensión impacta de manera diferenciada según el sexo, ya que las mujeres tienden a reportar mayores limitaciones físicas y emocionales, mientras que los hombres suelen percibir afectación en etapas más avanzadas. Esta diferencia podría explicar la mayor presencia femenina en edades medias y su influencia en la percepción de la calidad de vida.

La concentración de personas hipertensas en edades medias también coincide con estudios que describen un incremento progresivo de la prevalencia de HAS desde la adultez temprana, influido por factores conductuales, laborales y psicosociales que afectan tanto el control clínico como la calidad de vida relacionada con la salud (Gultom & Batubara, 2024; Parra et al., 2021).



En este contexto, la alfabetización en salud y la capacidad de autocuidado adquieren un rol fundamental, especialmente en grupos etarios activos, tal como señalan Moura Borges et al. (2022). Por otro lado, el predominio masculino observado en el grupo de 60 años y más se alinea con la evidencia que indica una mayor carga acumulativa de factores de riesgo y comorbilidades en hombres adultos mayores, lo que repercute negativamente en su funcionalidad y calidad de vida cuando la hipertensión no está adecuadamente controlada (Andrade-Méndez, Troche-Gutiérrez, y Torres-Muñoz, 2024; Díaz y Castillo, 2020).

En relación con los estilos de vida evaluados mediante el HPLP-II, los resultados mostraron que la mayoría de los participantes se ubicó en niveles moderados en las seis dimensiones, con predominio femenino en las categorías moderada y buena. Este patrón coincide con estudios que describen que, en personas con HAS, los estilos de vida saludables suelen situarse en niveles intermedios, reflejando prácticas de autocuidado presentes, pero no completamente consolidadas (de Carvalho et al., 2013; Gultom & Batubara, 2024). Asimismo, la literatura señala que las mujeres presentan mayor conciencia sanitaria, mejor adherencia terapéutica y mayor participación en actividades de autocuidado, lo que influye positivamente en su percepción de calidad de vida (Szwarcwald et al., 2021; Ulloa et al., 2019).

En la dimensión de actividad física, los valores moderados predominantes sugieren que, si bien existe práctica de ejercicio, esta no alcanza la frecuencia o intensidad recomendada para generar un impacto óptimo en el control de la presión arterial. Este hallazgo es consistente con la evidencia que reconoce la actividad física regular como un factor protector clave en la hipertensión y en la mejora del bienestar físico y psicológico (Hayes et al., 2022; Monfared et al., 2024).

En cuanto a la adherencia al tratamiento farmacológico, los resultados se ubicaron mayoritariamente en la categoría moderada, con predominio femenino. Este comportamiento coincide con estudios que indican que la adherencia suele ser parcial y fluctuante, influida por factores educativos, conductuales y psicosociales (Andrade-Méndez, Troche-Gutiérrez, y Torres-Muñoz, 2024; Jitautai, Masingboon & Mounkum, 2022; G/Tsadik, Berhane & Worku, 2020). En este sentido, Moura Borges et al. (2022) destacan que una adecuada alfabetización en salud es esencial para transformar esta adherencia moderada en una práctica sostenida.

La presencia de obesidad, concentrada principalmente en la categoría pobre, especialmente en mujeres, coincide con la evidencia que identifica a la obesidad como uno de los factores que más deterioran la calidad de vida en personas con hipertensión, afectando tanto el componente físico como el emocional (Domínguez Ramírez y Arévalo Peláez, 2023; Garcia et al., 2024). De manera similar, la coexistencia de diabetes mellitus, con mayor presencia en las categorías pobre y moderada, refuerza lo señalado por Parra et al. (2021) y Díaz y Castillo



(2020), quienes destacan que la combinación de HAS y DM incrementa la carga de enfermedad y deteriora significativamente la calidad de vida, especialmente cuando no se acompaña de estrategias educativas y de autocontrol efectivas.

Los resultados confirman que los estilos de vida saludables evaluados mediante el HPLP-II se sitúan mayoritariamente en niveles intermedios, lo que evidencia oportunidades claras de mejora mediante intervenciones educativas, promoción de la actividad física, fortalecimiento de la adherencia terapéutica y abordaje integral de factores como la obesidad y la diabetes. Estos hallazgos son coherentes con el modelo teórico de Walker y Pender, que sustenta el HPLP-II, y refuerzan la importancia de estrategias de promoción de la salud centradas en el primer nivel de atención.

5. Conclusiones

Los resultados del estudio permiten concluir que la calidad de vida de las personas con hipertensión arterial sistémica atendidas en la Unidad de Salud Familiar se sitúa mayoritariamente en niveles moderados, lo que refleja prácticas de autocuidado presentes pero insuficientes para un control óptimo de la enfermedad. Las dimensiones relacionadas con la actividad física y la adherencia al tratamiento mostraron desempeños intermedios, mientras que factores como la obesidad y la coexistencia de diabetes mellitus se asociaron a una menor percepción de bienestar, confirmando su impacto negativo en la calidad de vida.

Asimismo, se identificó un predominio de mujeres en las categorías moderada y buena, lo que coincide con la evidencia que señala una mayor participación femenina en actividades de autocuidado y en el uso de servicios de salud. Sin embargo, la persistencia de hábitos parcialmente saludables evidencia la necesidad de fortalecer estrategias educativas y de promoción de estilos de vida saludables desde el primer nivel de atención.

El estudio demuestra la importancia de intervenciones integrales que aborden no solo el control clínico de la hipertensión, sino también los factores conductuales y psicosociales que influyen en la calidad de vida. Como línea futura, se recomienda profundizar en investigaciones que incluyan diseños analíticos y muestras probabilísticas, así como explorar la influencia de variables contextuales y comunitarias que puedan enriquecer la comprensión del autocuidado en personas con hipertensión arterial.

6. Declaración de financiamiento

La presente investigación se llevó a cabo en conjunto por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Concepcion y la Carrera de Medicina de la Universidad Politécnica y Artística del Paraguay Filial Concepción dentro del marco de cooperación institucional.

7. Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

8. Declaración de autores

Los autores aprueban la versión final del artículo.

9. Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Concepción según consta en el Dictamen N° 27/2025.

10. Declaración de disponibilidad de datos

Los datos que responden al artículo pueden ser solicitados al autor de correspondencia.

11. Contribución de los autores

| Autor | Contribución |
|------------------------------------|--|
| Jorge Aníbal Coronel Gamarra | Conceptualización, metodología, análisis y discusión de los resultados, redacción del borrador original, revisión final. |
| Fabiana Alejandra Mereles Paniagua | Conceptualización, metodología. |
| Rocío Marlene Ramos Arrua | Redacción del borrador original, revisión final. |
| Zoraida Antonia Caballero Zalinas | Análisis y discusión de los resultados. |
| Nieves Cristaldo Alarcón | Muestreo y procesamiento estadístico. |
| Gabriela Eugenia Álvarez Sánchez | Muestreo y procesamiento estadístico. |
| Sonia Margarita Jara Castillo | Conceptualización, metodología. |
| Elisa Mabel Jara Castillo | Muestreo y procesamiento estadístico. |



12. Referencias Bibliográficas

- Andrade-Méndez, Troche-Gutiérrez, y Torres-Muñoz. (2024). Factores asociados a la adherencia terapéutica de personas con hipertensión arterial en atención primaria. *Entramado*, 20(02). <https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.2.10736>
- Aristizábal Hoyos, G. P., Blanco Borjas, D. M., Sánchez Ramos, A., y Ostiguín Meléndez, R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16–23. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003
- Díaz, J. C. L., y Castillo, A. A. V. (2020). *Calidad de vida asociada a la hipertensión arterial en el adulto mayor*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Calidad-de-vida-asociada-a-la-hipertensi%C3%B3n-arterial-D%C3%ADaz-Castillo/5b16c33709c80024ce1d4ad42088229d32e28767>
- Domínguez Ramirez, J. L., y Arévalo Peláez, C. E. (2023). Obesidad e hipertensión arterial y su relación con la pérdida de peso. *Revista virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 10(1), 87–97. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2023.10.01.87>
- García, C. A. B., Meira, K. C., Souza, A. H., Oliveira, A. L. de G., & Guimarães, N. S. (2024). Obesity and associated factors in Brazilian adults: Systematic review and meta-analysis of representative studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(8), 1022. <https://doi.org/10.3390/ijerph21081022>
- G/Tsadik, D., Berhane, Y., & Worku, A. (2020). Adherence to antihypertensive treatment and associated factors in Central Ethiopia. *International Journal of Hypertension*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/9540810>
- Gultom, A. B., & Batubara, A. (2024). Factors associated with the quality of life of hypertension patients. *Journal of Law and Sustainable Development*, 12(6). <https://doi.org/10.55908/sdgs.v12i6.3710>
- Hayes, P., Ferrara, A., Keating, A., McKnight, K., & O'Regan, A. (2022). Physical activity and hypertension. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 23(9), 302. <https://doi.org/10.31083/j.rcm2309302>
- Jitautai, W., Masingboon, K., & Mounkum, S. (2022). Factors influencing medication adherence in hypertensive patients without complications. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 49(2), 417–433. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/250006>
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research*, 1(3), e27. <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e27>



Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2020). *Informe nacional de hipertensión arterial en Paraguay*. Gov.Py. <https://www.mspbs.gov.py/hipertension.html>

Monfared, V., Hashemi, M., Kiani, F., Javid, R., Yousefi, M., Hasani, M., Jafari, A., Vakili, M. A., & Hasani, M. (2024). The effect of physical activity intervention on blood pressure in 18 low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Hypertension*, 30(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s40885-024-00281-w>

Moura Borges, F., Costa Lima, E. W., Nunes Carvalho, G. C., De Oliveira Lima, L. H., Gomes Machado, A. L., y Vilarouca Da Silva, A. R. (2022). Relación entre alfabetización en salud y calidad de vida en personas con hipertensión arterial. *Ciencia y Enfermería*, 28. <https://doi.org/10.29393/CE28-6REFA60006>

Organización Mundial de la Salud. (2012). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>

Organización Mundial de la Salud. (2025). Hypertension: Key facts. Who.int. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Parra, D. I., López Romero, L. A., y Vera Cala, L. M. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión y diabetes mellitus. *Enfermería Global*, 20(2), 316–344. <https://doi.org/10.6018/eglobal.423431>

Szwarcwaldl, C. L., de Souza Júnior, P. R. B., Damacenal, G. N., Stopall, S. R., de Azevedo BarrosIII, M. B., & Carvalho, D. (2021). Healthy lifestyle and recommendations in health care among hypertensive and diabetic patients in Brazil, 2019. *Rev. Bras. Epidemiol.* 24 (suppl 2). <https://doi.org/10.1590/1980-549720210017.supl.2>

Ulloa, A. P. C., Lagos, R. A., Flores, E. A. P., Lainez, E. J. L., y Roca, V. M. S. (2019). Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en adultos en centros de Atención Primaria. *Revista Científica*, 17(1). <https://cientifica.revista.bo/index.php/Scientifica/article/view/153>

