

Asociación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial

Association between family support and treatment adherence in people with high blood pressure

Eugenia del Pilar Herrera Guerra^{1*} , Jesús David Rivero Doria¹ ,
Concepción Amador Ahumada¹ 

 * edherrera@correo.unicordoba.edu.co

¹ Universidad de Córdoba, Montería-Córdoba, Colombia

Recibido: 21/08/2025 Aprobado: 28/10/2025

Resumen

Introducción: La alta prevalencia de pacientes con HTA resistente está relacionada a la falta de adherencia al tratamiento lo que implica indagar sobre factores protectores que contribuyan al alcanzar la meta general del tratamiento para prevenir la enfermedad cardiovascular. **Objetivo:** Establecer la asociación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en adultos con hipertensión arterial. **Metodología:** Estudio correlacional de corte transversal. Se tomó una muestra de 300 personas con hipertensión arterial que completaron la Escala apoyo familiar para personas mayores (FSS) y el cuestionario Adherencia al tratamiento para pacientes con hipertensión (TAQPH). Los datos se clasificaron en dos categorías: apoyo familiar (bajo, medio y alto) y Adherencia al tratamiento (Adherentes y no adherentes) y fueron analizados calculando el coeficiente de correlación de Spearman y la prueba exacta de Fisher. Se evaluó la fuerza de asociación a través del test Cramer's V. **Resultados:** De los 300 participantes, el 61,67% fueron mayores de 60 años. El 69,00% fueron mujeres. El apoyo familiar se asoció significativamente y positivamente con la adherencia al tratamiento ($\rho = 0.416$ $p = < 0,001$). El tamaño de la fuerza de asociación fue mediano. **Conclusiones:** Los resultados, apoyan la hipótesis: a mayor apoyo familiar mayor adherencia al tratamiento en adultos con HTA. Se necesitan investigaciones para probar la eficacia de las intervenciones centradas en el apoyo familiar para mejorar la adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Hipertensión Esencial; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Apoyo Social; Familia; Relaciones Familiares

Abstract

Introduction. The high prevalence of patients with resistant hypertension is related to poor treatment adherence, which calls for investigating protective factors that contribute to achieving the overall treatment goal of preventing cardiovascular disease. **Objective:** To establish the association between family support and treatment adherence in adults with hypertension. **Methodology:** A cross-sectional correlational study. A sample of 300 individuals with hypertension completed the Family Support for Older Adults (FSS) Scale and the Treatment Adherence for Patients

Forma de citar: Herrera EP, Rivero JD, Amador C. Asociación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Salud UIS. 2026; 58: e26v58a01. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.58.e26v58a01>



with Hypertension (TAQPH) questionnaire. Data were categorized into two categories: family support (low, medium, and high) and treatment adherence (adherent and nonadherent). Data were analyzed by calculating the Spearman correlation coefficient and Fisher's exact test. The strength of the association was assessed using the Cramer's V test. **Results:** Of the 300 participants, 61.67% were over 60 years of age. 69.00% were women. Family support was significantly and positively associated with treatment adherence ($\rho = 0.416$; $p = < 0.001$). The strength of the association was medium. **Conclusions:** The results support the hypothesis that greater family support leads to greater treatment adherence in adults with hypertension. Research is needed to test the effectiveness of family support-focused interventions to improve treatment adherence.

Keywords: Essential hypertension; Treatment Adherence and Compliance; Social Support; Family; Family Relations

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo modificable de enfermedades cardiovasculares y de otras patologías como la enfermedad renal crónica y la demencia¹. La HTA es la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. La epidemiología de esta enfermedad revela que es más prevalente en los hombres en la adultez temprana en todas las etnias².

Actualmente, la meta general del tratamiento de la HTA es lograr en la mayoría de los pacientes, una presión arterial sistólica ≤ 120 mm Hg y diastólica ≤ 70 mm Hg para la prevención de la muerte cardiovascular, considerando las condiciones individuales de cada paciente³.

Sin embargo, existe una alta prevalencia de pacientes con HTA resistente pese al beneficio demostrado del tratamiento farmacológico, debido a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico⁴. La adherencia al tratamiento a largo plazo es definida por la Organización Mundial de la Salud como el "grado en que el comportamiento de una persona toma sus medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios en el estilo de vida que corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria"⁵. A partir de esta definición Salcedo y Gómez definieron adherencia en personas con HTA como el "grado de cumplimiento de adherencia de una persona hipertensa para consumir los medicamentos prescritos, aplicar un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida para obtener el logro de la cifra de Presión Arterial (PA) deseada"⁶.

Para mejorar la adherencia al tratamiento, se han propuesto diversas intervenciones orientadas al fortalecimiento de los estilos de vida saludables como control de la dieta,⁷ la actividad física⁸, apoyo para la toma de decisiones⁹ y la autogestión¹⁰ entre otras. La guía para el manejo de la PA destaca la importancia de la autogestión y el seguimiento en el manejo de HTA. Por ello, recomienda utilizar un enfoque multidisciplinario centrado en el paciente, monitorear sus hábitos de vida, adherencia a los medicamentos, dieta y ejercicio³.

El enfoque multidisciplinario, contribuye a que los pacientes adquieren un papel activo en el control de la HTA en casa; la autogestión incluye el monitoreo de su presión PA con el fin de detectar tempranamente variaciones en las cifras de la PA y poder gestionar un tratamiento oportuno. Para ello es necesario que el paciente hipertenso pueda contar con el apoyo familiar para mejorar la adherencia al tratamiento y por tanto el control de la PA³.

La familia desempeña un papel fundamental en el control de PA, por el apoyo que brinda al paciente para el cumplimiento de la dieta baja en sodio, asistencia a controles y toma de medicamentos antihipertensivos¹¹⁻¹⁴. Al respecto poco se sabe sobre la asociación del apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas con HTA en el contexto de Colombia. Los estudios realizados se han centrado principalmente en evaluar la adherencia al tratamiento en esta población y su relación con factores socioeconómicos, conductuales y metabólicos¹⁵⁻¹⁷ lo que implica indagar que otros factores influyen en la adherencia a la medicación, dada la necesidad de ampliar el conocimiento existente.

La importancia y novedad del presente estudio, radica en aportar información objetiva necesaria para fundamentar las políticas de salud para optimizar las estrategias existentes para mejorar la adherencia al tratamiento en personas con HTA, reconociendo la importancia del apoyo familiar en el tratamiento de las enfermedades crónicas.

El objetivo del estudio fue evaluar la asociación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en adultos con HTA, inscritos en un programa de control de pacientes hipertensos de una institución de salud de Córdoba-Colombia.

Metodología

Se realizó un estudio transversal de alcance correlacional. Del total de la población de adultos inscritos en el programa de control de HTA de una institución de salud de Córdoba-Colombia (N= 1370), se tomó una muestra representativa de 300 adultos hipertensos, calculada con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. El tipo de muestreo fue probabilístico sistemático. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: tiempo de diagnóstico de HTA mayor de un año, tiempo en el programa de control mayor de 6 meses y convivencia con la familia. Se excluyeron los pacientes con comorbilidades o con déficit mental o neurológico que le impidiera comunicarse, verificados mediante la revisión de la historia clínica.

Los datos fueron recolectados mediante el cuestionario de características sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico) y clínicas (tratamiento antihipertensivo, peso, talla y PA). Para evaluar el apoyo familiar se aplicó la Escala apoyo familiar para personas mayores (*Family Support Scale for Elderly People* - FFS) desarrollado por Uddin y Bhuiyan¹⁸ conformada por 20 ítems que evalúan el amor, respeto, actividades diarias, actividades religiosas, información, apoyo emocional, decisiones importantes, necesidades personales, eventos sociales, problemas personales, ayuda en la resolución de problemas, salud, tratamiento, personas importantes, dinero, comida, sueño, compañía, felicidad y satisfacción. Los ítems se responden en escala tipo Likert (no =0, poco=1, algo=2 y mucho=3), la puntuación posible va de 0 a 60 puntos; a mayor puntuación mayor apoyo familiar percibido. La clasificación del apoyo familiar se da en tres categorías: bajo (0-20 puntos), moderado (21 a 40 puntos) y alto (41-60 puntos); esta escala es considerada válida y confiable (alfa de Cronbach 0.94)¹⁸.

Previo a la realización del presente estudio se llevó a cabo la traducción y retrotraducción de la Escala FSS del inglés al español colombiano. La versión en español fue validada en el contexto con una muestra de 280 pacientes hipertensos, distintos a los incluidos en el estudio principal, obteniéndose buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.94). En el análisis factorial exploratorio se retuvieron los 20 ítems que se agruparon en 3 factores con una varianza explicada del 80%. Los resultados respaldan que la escala FSS es válida y confiable para la investigación en el contexto colombiano.

Para evaluar la adherencia al tratamiento se aplicó el Cuestionario de adherencia al tratamiento para pacientes con hipertensión (*Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension* - TAQPH), desarrollado por Chunchua M et al¹⁹ en la versión en español validado en Colombia por Esquivel y Díaz²⁰, obteniéndose una consistencia interna aceptable (alfa de Cronbach de 0.74). El análisis factorial exploratorio reportó seis factores con una varianza total explicada de 54%. Los resultados indican que es un instrumento válido y confiable.

El TAQPH consta de 28 ítems con respuestas en escala tipo Likert (nunca =1, poco=1, algo=2 y mucho=3 y todo el tiempo=4), que evalúan seis dimensiones: medicación, dieta, control de estimulantes, ejercicio, control del peso y manejo del estrés. La puntuación total va de 28 a 112. El punto de corte para determinar la adherencia terapéutica es 84 puntos. Por tanto, la clasificación de la adherencia se da en dos categorías: adherentes (≥ 84) y no adherentes (≤ 84)²⁰.

La información fue recolectada de forma presencial en la consulta externa de una institución de salud de Córdoba-Colombia, previa autorización de la institución y consentimiento informado de cada uno de los participantes obtenido de manera escrita. Para control de posibles sesgos se utilizó el tipo de muestreo aleatorio, se utilizaron instrumentos válidos y confiables y se verificó el diligenciamiento total de los instrumentos.

Los datos fueron analizados en el software estadístico IBM SPSS versión 25. Se realizó el análisis descriptivo e inferencial según las variables de interés para el estudio. Se utilizó la prueba Shapiro-Wilk para contrastar la normalidad del conjunto de datos. Dado que los datos no tuvieron una distribución normal se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman (ρ) para comprobar la hipótesis de investigación “a mayor apoyo familiar mayor adherencia al tratamiento de la HTA” ($p < 0,05$ se consideraron significativos). Para estudiar la asociación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento de la HTA se realizó la prueba de Fisher y se evaluó la fuerza de asociación a través del test Cramer’s V.

Resultados

En el estudio participaron 300 adultos reciben tratamiento farmacológico antihipertensivo, con un rango edades entre los 38 y 94 años. La edad promedio fue $64 \pm 10,9$ años, el 61,67% adultos mayores (≥ 60 años). El 69,00% fueron mujeres, el 69,32% con bajo nivel educativo y el 76,66% con bajo nivel socioeconómico (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de los participantes

Variable	Frecuencia (300)	%
Edad		
Adulto	115	38,33
Adulto mayor	185	61,67
Sexo		
Hombre	93	31,00
Mujer	207	69,00
Nivel educativo		
Analfabeta	50	16,66
Básica primaria	158	52,66
Básica secundaria	76	25,34
Técnico	9	3,00
Universitario	7	2,34
Estrato socioeconómico		
1	230	76,66
2	62	20,67
3	8	2,67
Etnia		
Mestizo	259	86,33
Afrodescendiente	9	3,00
Indígena	32	10,67

Apoyo familiar

De acuerdo con la Escala apoyo familiar FSS la mayor parte de los participantes recibe apoyo familiar, el 67.7% (203) de los participantes se clasificaron en un nivel alto y el 25,30% (76) en nivel moderado. El promedio del puntaje general fue de $44 \pm 13,10$. Las áreas que más aportaron en la percepción del apoyo familiar se relacionan con aspectos emocionales tales como el respeto por parte de la familia, el amor, ser tratado como una persona importante y que la familia es consciente de la salud del adulto hipertenso. (Tabla 2).

Tabla 2. Apoyo familiar en personas adultas con HTA. %(n)

Ítems	No	Poco	Medianamente	Bastante
1. Mi familia me ama	3,00 (9)	7,00 (21)	16,67(50)	73,33 (220)
2.Tengo respeto por parte de mi familia.	1,67 (5)	4,67 (14)	12,33 (37)	81,33 (244)
3. Mi familia me ayuda con las actividades diarias.	22,33 (67)	17,33 (52)	31,33 (94)	29,00 (87)
4. Mi familia me ayuda con mis actividades religiosas.	28,67 (86)	16,67 (50)	27,36 (82)	27,36 (82)
5. Mi familia me brinda información útil.	13,00 (39)	12,00 (36)	32,00 (96)	43,00 (129)
6. Mi familia me brinda soporte emocional.	11,67 (35)	10,67 (32)	26,33 (79)	51,33 (154)
7. Mi familia comparte decisiones importantes conmigo.	8,00 (24)	11,67 (35)	28,67 (86)	51,67 (155)
8. Mi familia entiende mis necesidades personales.	5,67 (17)	15,00 (45)	30,00 (90)	49,33 (148)
9. Mi familia me ayuda a participar en eventos sociales.	25,00 (75)	20,67 (62)	26,67 (80)	27,67 (83)
10. Mi familia escucha mis problemas.	9,00 (27)	13,67 (41)	32,00 (96)	45,33 (136)
11. Mi familia me ayuda a resolver mis problemas.	10,00 (30)	13,00 (39)	37,30 (112)	39,67 (119)
12. Mi familia es consciente de mi salud.	2,67 (8)	8,33(25)	18,33(55)	70,67 (212)
13. Mi familia me ayuda en mi tratamiento.	15,67 (47)	9,67 (29)	22,00(66)	52,67 (158)
14. Mi familia me trata como una persona importante.	3,33 (10)	5,33 (16)	19,67 (59)	71,67 (215)
15. Mi familia me da dinero cuando lo necesito.	11,67 (35)	9,67 (29)	36,67 (110)	42,00 (126)
16. Mi familia es cuidadosa con mi comida.	12,33 (37)	6,33 (19)	32,00 (96)	49,33 (148)
17. Mi familia se preocupa con mi sueño.	16,00 (48)	6,33 (19)	31,67 (95)	46,00 (138)
18. Mi familia me brinda compañía.	8,67 (26)	15,00 (45)	22,67 (68)	53,67 (161)
19. Mi familia me ayuda a mantenerme feliz.	5,33 (18)	9,00 (27)	24,33 (73)	61,33 (184)
20. Estoy satisfecho con el soporte que me da mi familia.	3,33 (10)	7,33 (22)	26,00 (78)	63,33 (190)
Apoyo familiar bajo (0-20)	= 7,00 (21)			
Apoyo familiar moderado (21-40)	= 25,33 (76)			
Apoyo familiar alto (41-60)	= 67,67 (203)			

Adherencia al tratamiento

EL valor mínimo y máximo del puntaje general de la adherencia al tratamiento en los participantes fue de 50 y 112, respectivamente. El promedio del puntaje general del nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes fue de $89 \pm 9,75$. Se encontró que el 67,67% de los participantes se clasificaron con el puntaje ≥ 84 ; que indica adherencia al tratamiento En cuanto a las dimensiones que evalúa del TAQPH se encontró que la adherencia al tratamiento farmacológico (medicación) mostró una mejor puntuación frente a la adherencia al tratamiento no farmacológico, en cuanto a estilos de vida saludables recomendados un 57,00% ha cumplido todo el tiempo con una dieta hiposódica y el 55,67% nunca realiza ejercicio al menos 5 veces a la semana. El control de estimulantes, el control del peso y manejo del estrés mostraron una mejor puntuación en los diferentes ítems. (Tabla 3).

Tabla 3. Adherencia al tratamiento en personas adultas con HTA. %(n)

Dimensión	Ítem	Nunca	Algunas veces	Mayoría de veces	Todo el tiempo
Medicación	1	1,00(3)	3,00(9)	7,67(23)	88,33(265)
	2	3,00(1)	20,00(6)	3,33(10)	94,33(283)
	3	7,00(2)	5,67(17)	42,67(128)	51,00(153)
	4	2,00(6)	13,67(41)	10,33(31)	74,00(222)
	5	1,00(3)	2,00(6)	1,33(4)	95,67(287)
	6	3,00(1)	2,00(6)	3,67(11)	94,00(282)
	7	45,67(137)	2,00(6)	51,00(153)	71,33(4)
	8	85,67 (257)	2,33(7)	9,00(27)	3,00(9)
	9	2,33 (7)	3,33(10)	2,33(7)	92,00(276)
Dieta	10	6,00(18)	11,33(34)	25,67(77)	57,00 (171)
	11	5,00(15)	13,67(41)	25,00(75)	56,33 (169)
	12	10,33(31)	20,33(61)	37,33(112)	32,00 (96)
	13	7,67(23)	11,00(33)	32,33(97)	49,00 (147)
	14	19,33(58)	32,00(96)	15,33(46)	33,33(100)
	15	5,00(15)	18,33(55)	11,00(33)	65,67(197)
	16	18,00(54)	31,33(94)	17,67(53)	33,00 (99)
	17	31,00(93)	36,00(108)	14,33(43)	18,67(56)
	18	54,00(162)	30,33(91)	10,67(32)	5,00(15)
Control de estimulantes	19	35,33(106)	14,00(42)	25,33(76)	25,33(76)
	20	5,00(15)	1,33(4)	4,67(14)	89,00(267)
	21	4,00(12)	3,00(1)	0,00(0)	95,67(287)
Actividad física	22	55,67(167)	10,00(30)	4,00(12)	30,33(91)
	23	41,00(123)	8,67(26)	88,33(25)	42,00(126)
Control de peso	24	4,33(13)	12,67(38)	24,00 (72)	59,00(177)
	25	9,33(28)	19,00(57)	29,67(89)	42,00(126)
Manejo del estrés	26	9,00(27)	24,00 (72)	15,33(46)	51,67(155)
	27	11,33(34)	23,00(69)	26,67(80)	39,00(117)
	28	11,67(35)	20,67(62)	24,67(74)	43,00(129)
TAQPH		No adherentes al tratamiento (< 84) = 32,33 (97) Adherentes al tratamiento (≥ 84) = 67,67 (203)			

TAQPH= Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension; HTA= Hipertensión arterial

Asociación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento

En la **Figura 1** se muestra que el valor de rho que corresponde al coeficiente de correlación de Spearman entre las variables apoyo familiar y adherencia al tratamiento fue 0,416 ($p < 0,01$), lo que indica que existe una relación positiva entre las variables, es decir a mayor apoyo familiar mayor adherencia al tratamiento para el control de la HTA.

Correlación entre la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar

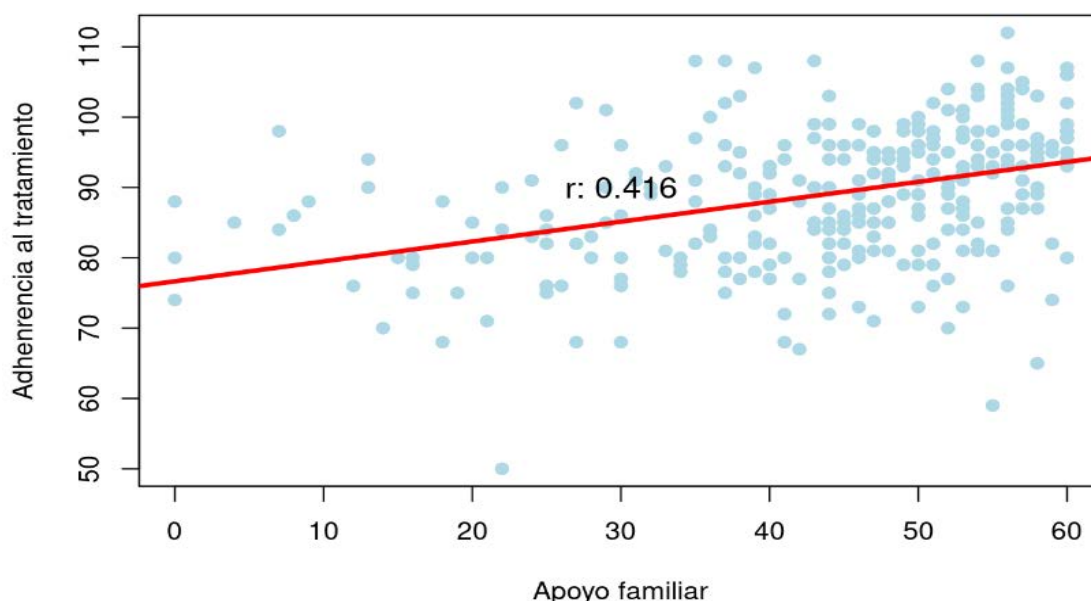


Figura 1. Apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas con HTA.

Para el análisis inferencial se utilizó la prueba de Fisher para estudiar si existe asociación entre las dos variables cualitativas, es decir, si las proporciones de una variable son diferentes dependiendo del valor que adquiera la otra variable. La tabla 3 presenta la relación de frecuencias o proporciones de las categorías entre las dos variables. A partir de los resultados anteriores, se realizó la prueba de independencia de distribuciones categóricas de Fisher, considerando las hipótesis nula y alternativa del estudio así: *H0: Las variables son independientes por lo que una variable no varía entre los distintos niveles de la otra variable. H1: Las variables son dependientes, una variable varía entre los distintos niveles de la otra variable.* El valor de p ($<0,001$) obtenido indica que se rechaza la hipótesis nula. Dado que el test de Fisher contrasta que las variables sí están relacionadas, se procede a evaluar la fuerza de asociación a través del test Cramer's V: Hay evidencia para rechazar la $H0$ y considerar que las dos variables sí están relacionadas. El tamaño de la fuerza de asociación fue mediano ([Tabla 4](#)).

Tabla 4. Apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas con HTA.

Adherencia al tratamiento	Apoyo familiar. %(n)				Test de Fisher	r' Cramer's V
	Total	Bajo	Moderado	Alto		
No adherentes	32,33 (97)	12,37 (12)	39,17 (38)	48,46 (47)	<0,001	0,286
Adherentes	67,67 (203)	4,43 (9)	18,72 (38)	76,84 (156)		
Total	100 (300)	7,00 (21)	25,33 (76)	67,67 (203)		

Discusión

El objetivo del estudio fue evaluar la asociación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en adultos con HTA. Los resultados, apoyan la hipótesis: a mayor apoyo familiar mayor adherencia al tratamiento para el control de la HTA. Los hallazgos son similares a los hallados en estudios previos²¹⁻²⁴. Se ha encontrado que el apoyo familiar es uno de los predictores más importantes de adherencia al tratamiento antihipertensivo²⁴⁻³¹. Por ende, el apoyo familiar brindado a los pacientes con HTA principalmente a través del cónyuge, pareja o hijos se asocia fuerte y de forma positiva con la adherencia al tratamiento en adultos con HTA²⁴.

De acuerdo con Yuniartika W et al²⁸, las familias pueden ayudar a las personas hipertensas a superar los problemas brindándoles apoyo para aumentar la confianza en sí mismo para mejorar la salud. En este mismo sentido Maslampak MH²⁹ halló en su estudio que la participación de la familia en la educación que se brinda al paciente mejora el control de la HTA en cuanto al cumplimiento del tratamiento.

Por su parte Rosland AM³⁰ resalta que los miembros de la familia son cruciales para el éxito en el control de los pacientes hipertensos, ya que son ellos quienes deciden qué alimentos comprar, qué comida hacer, así mismo brindan el apoyo emocional para manejar el estrés al enfrentar la enfermedad. Es por ello, que la familia influye el automanejo del paciente, ya que la alimentación, la actividad física y el manejo del estrés ocurren en el entorno familiar. Lee E et al³¹, recomienda que las estrategias de intervención dirigidas a las personas hipertensas no controladas deben considerar el apoyo familiar para mejorar el autocuidado, lo cual contribuye positivamente al control de la HTA.

Los hallazgos del presente estudio, confirman la importancia del rol de la familia en cuanto a la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas, quienes suelen apoyar al paciente y fortalecen la capacidad de éste para llevar a cabo varias actividades relacionadas con el seguimiento a las indicaciones dadas por los proveedores de salud en cuanto a la preparación de alimentos, comodidad, buen trato, monitoreo del consumo de los medicamentos y a la asistencia a controles médicos³². Así mismo, los miembros de la familia influyen en el ajuste psicológico del paciente en el manejo de la enfermedad y le apoyan para la adherencia al tratamiento para obtener los mejores resultados en su salud y bienestar³³.

La evidencia científica señala que el apoyo familiar es prometedor para mejorar el control de la HTA por su relación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento, tal como se muestra en los resultados de este estudio. Sin embargo, el bajo nivel de conocimiento de los pacientes con HTA y sus familias podría ser una variable interviniente al presentar barreras sustanciales para la adherencia al tratamiento²⁴; mientras que un mayor conocimiento por parte de la familia en aspectos de salud favorece el apoyo familiar aumentando la probabilidad de la adherencia terapéutica para controlar la HTA³²⁻³⁵.

De acuerdo a lo anterior Ayodapo et al³⁶, afirman que muchas intervenciones educativas dirigidas a las personas con HTA fracasan porque no se tienen en cuenta los contextos familiares. Para lograr resultados efectivos la familia debe formar parte del plan de enseñanza de acuerdo con las necesidades del adulto con HTA.

Los resultados de este estudio pueden traducirse en recomendaciones o implicaciones para la práctica clínica y para la formulación de políticas en salud, al aportarse conocimiento que ratifica que el apoyo familiar es clave para que los pacientes hipertensos puedan marcar la diferencia en la adherencia al tratamiento, al no sentirse solos y tener la confianza de que su familia es un soporte fundamental al vivir día a día la experiencia del tratamiento a largo plazo, lo cual implica desafíos y barreras que influyen en la adherencia y por ende en los resultados en salud.

Finalmente, se deben tener en cuenta las limitaciones del estudio. En primer lugar, se trata de un estudio transversal realizado en pacientes que asisten a un programa de control de HTA de la zona urbana, que viven con sus familias. Por lo tanto, los resultados de este estudio no pueden generalizarse. Por otra parte, el uso de autoinforme puede sobreestimar la adherencia debido a sesgos de deseabilidad social o de memoria, considerando que la autoevaluación puede estar influenciada por la percepción y subjetividad del paciente.

Conclusiones

Los hallazgos del estudio proporcionan evidencia empírica importante sobre la asociación positiva entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en adultos hipertensos en Colombia. Se recomienda realizar otros estudios de alcance explicativo que permitan profundizar en diferentes tipos de análisis y proporcionar explicaciones de la influencia de diferentes variables intervinientes relacionadas con el apoyo familiar y su influencia en la adherencia al tratamiento, a partir de la formulación de hipótesis causales multivariadas. Se necesitan más investigaciones para probar la eficacia de las intervenciones centradas en el apoyo familiar para mejorar la adherencia al tratamiento de la HTA, y su impacto en los resultados en salud.

Contribución de autores

EPHG, JDRD y CAA contribuyeron con la concepción, diseño análisis e interpretación de los datos; EPHG y CAA contribuyeron en la redacción y revisión crítica del contenido intelectual del trabajo y revisión final que se publicará.

Consideraciones éticas

El estudio contó con el aval del comité de ética del Programa de Maestría en salud Pública de la Universidad Córdoba (Acta de aprobación del estudio N° 015 por parte del comité de ética), la autorización de la institución de salud escenario de estudio y el consentimiento informado escrito de cada uno de los participantes. En todas las fases del estudio se dio cumplimiento a las pautas éticas internacionales y nacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki, Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS)³⁷ y en la Resolución 8430 de 1993³⁸. El estudio fue clasificado en la categoría riesgo mínimo.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Financiación

La investigación fue financiada con recursos propios de los investigadores.

Apoyo tecnológico de IA

Los autores certifican que no usaron tecnologías asistidas por Inteligencia artificial (IA), modelos de lenguaje, machine learning, o alguna tecnología similar, como ayuda en la creación de este artículo.

Referencias

1. Zhou B, Perel P, Mensah GA, Ezzati M. Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. *Nat Rev Cardiol*. 2021; 18(11): 785-802. doi: <https://doi.org/10.1038/s41569-021-00559-8>
2. Wang X, Carcel C, Woodward M, Schutte AE. Blood Pressure and Stroke: A Review of Sex- and Ethnic/Racial-Specific Attributes to the Epidemiology, Pathophysiology, and Management of Raised Blood Pressure. *Stroke*. 2022; 53(4): 1114-1133. doi: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.035852>
3. Sociedad Interamericana de Cardiología. Congreso Europeo de cardiología 2024. Guía para el manejo de la presión arterial alta y de la hipertensión arterial. London.2024. [Internet] [Consultado 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://secardiologia.es/publicaciones/catalogo/guias/15503-guia-esc-2024-sobre-el-manejo-de-la-presion-arterial-elevada-y-la-hipertension>
4. Dybiec J, Krzemińska J, Radzioch E, Szlagor M, Wronka M, Mlynarska E, et al. Advances in the Pathogenesis and Treatment of Resistant Hypertension. *Int J Mol Sci*. 2023; 24(16):12911. doi: <https://doi.org/10.3390/ijms241612911>
5. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington, D.C. 2004; 25(S3):4-26. ISBN 92 75 325499. [Internet] [Consultado 22 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

6. Salcedo A, Gómez A. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial. *Avances en enfermería*. 2014; 32(1): 33-43. doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n1.46033>
7. Couch SC, Saelens BE, Khoury PR, Dart KB, Hinn K, Mitsnefes MM, et al. Dietary Approaches to Stop Hypertension Dietary Intervention Improves Blood Pressure and Vascular Health in Youth With Elevated Blood Pressure. *Hypertension*. 2021; 77(1): 241-251. doi: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16156>
8. Herrod PJJ, Lund JN, Phillips BE. Time-efficient physical activity interventions to reduce blood pressure in older adults: a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2021; 50(3): 980-984. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa211>
9. Song J, Wang X, Wang B, Ge Y, Bi L, Jing F, et al. Learning implementation of a guideline-based decision support system to improve hypertension treatment in primary care in China: pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2024; 386: e079143. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-079143>
10. Liu F, Song T, Yu P, Deng N, Guan Y, Yang Y, et al. Efficacy of an mHealth App to Support Patients' Self-Management of Hypertension: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2023; 19(25): e43809. doi: <https://doi.org/10.2196/43809>
11. Susanto T, Hernawati S, Yunanto RA, Rahmawati I, Laras Ati NA, Fauziah W. Family Self-management Program for Hypertension Management and Sodium Consumption Adherence: A Parallel Randomized Control Trial Among Family Caregivers and People With Hypertension. *J Res Health Sci*. 2024; 24(4): e00628. doi: <https://doi.org/10.34172/jrhs.2024.163>
12. Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosińczuk J, Froelicher ES. Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. *Clin Interv Aging*. 2018; 28(3): 2425-2441. doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S182881>
13. Pan J, Hu B, Wu L, Li Y. The Effect of Social Support on Treatment Adherence in Hypertension in China. *Patient Prefer Adherence*. 2021; 7(15): 1953-1961. doi: <https://doi.org/10.2147/PPA.S325793>
14. Xiong S, Peoples N, Østbye T, Zhong X, Wainaina C, Fan S, et al. Family support and medication adherence among residents with hypertension in informal settlements of Nairobi, Kenya: a mixed-method study. *J Hum Hypertens*. 2023; 37(1): 74-79. doi: <https://doi.org/10.1038/s41371-022-00656-2>
15. Barón JO, Fernández DG, Cárdenas S, Duitama EL, Calderón TV, Romero LA, et al. Adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial en un hospital universitario de Colombia. *Rev. Colomb. Nefrol*. 2025; 12(1). doi: <https://doi.org/10.22265/acnef.12.1.806>
16. Andrade B, Troche I, Torres L. Factores asociados a la adherencia terapéutica de personas con hipertensión arterial en atención primaria. *Entramado*. 2024; 20(2): e10736. doi: <https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.2.10736>
17. Gil DF, Flórez ML, Díaz LP. Factores de la adherencia terapéutica y uso de tecnologías de la información en pacientes hipertensos. *Hacia Promoc. Salud*. 2025; 29(1):30-45. doi: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2024.29.1.3>
18. Uddin MA, Bhuiyan AJ. Development of the family support scale (FSS) for elderly people. *MOJ Gerontol Ger*. 2019; 4(1): 17-20. doi: <https://doi.org/10.15406/mojgg.2019.04.00170>
19. Chunchua Mm Chen S, You L, Luo Z, Xing C. Development and psychometric evaluation of the Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension. *J Adv Nurs*. 2012; 68(6): 1402-13. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05835.x>

20. Esquivel N, Díaz LP. Validity and Reliability of the Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension. *Invest Educ Enferm*. 2019; 37(3): 128. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n3e09>
21. Hacıhasanoglu R, Yildirim A, Saglam R, Demirturk E, Erduran Y, Sarihan O. The effect of loneliness and perceived social support on medication adherence self-efficacy in hypertensive patients: An example of Turkey. *J Vasc Nurs*. 2020; 38(4): 183-190. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2020.07.003>
22. Turan GB, Aksoy M, Çiftçi B. Effect of social support on the treatment adherence of hypertension patients. *J Vasc Nurs*. 2019; 37(1): 46-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2018.10.005>
23. Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosińczuk J, Froelicher ES. Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. *Clin Interv Aging*. 2018; 28 (3): 2425-2441. doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S182881>
24. Pan J, Hu B, Wu L, Li Y. The Effect of Social Support on Treatment Adherence in Hypertension in China. *Patient Prefer Adherence*. 2021; 7(15): 1953-1961. doi: <https://doi.org/10.2147/PPA.S325793>
25. Poblete F, Barticevic N, Sapag C, Tapia P, Bastias G, Quevedo D, et al. Apoyo social percibido en pacientes con diabetes tipo II e hipertensión en atención primaria y su relación con autopercepción de la salud. *Rev Med Chil*. 2018; 146(10): 1135-42. doi: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018001001135>
26. Alba A, Fajardo G, Papaqui J. El apoyo familiar y la adherencia en el tratamiento de hipertensión arterial. *Rev Enferm Neurológica*. 2015; 14(1): 11-7. doi: <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v14i1.200>
27. Costa RS, Nogueira LT. Contribución familiar en el control de la hipertensión. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(5): 1-6. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/WxmZ57q8m5dVDHg9dFZhZzs/?lang=es&format=pdf>
28. Yuniartika W, Muhammad F. Family Support on the Activities of Elderly Hypertension Patients in Elderly Gymnastics Activities. *Jurnal Ners*. 2019; 14(3si): 354-357. doi: <https://doi.org/10.20473/jn.v14i3.17213>
29. Maslakpak MH, Rezaei B, Parizad N. Does family involvement in patient education improve hypertension management? A single-blind randomized, parallel group, controlled trial, *Cogent Medicine*. 2018; 5(1): 1537063. doi: <https://doi.org/10.1080/2331205X.2018.1537063>
30. Rosland AM. Sharing the Care: The Role of Family in Chronic Illness. California HealthCare Foundation. 2009; 5-8. [Internet] [Consultado 5 de julio de 2025] Disponible en: https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-FamilyInvolvement_Final.pdf
31. Lee E, Park E. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemporary Nurse*. 2017; 53(6): 607-621. doi: <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1368401>
32. Slightam C, Brandt K, Jenchura E, Lewis E, Asch SM, Zulman DM. "I had to change so much in my life to live with my new limitations": multimorbid patients' descriptions of their most bothersome chronic conditions. *Chronic Illness*. 2018; 14(1): 13-24. doi: <https://doi.org/10.1177/1742395317699448>
33. Costa F, Coutinho M. Síndrome depressiva: um estudo com pacientes e familiares no contexto da doença renal crônica. *Estudos interdisciplinares em psicologia*. 2016; 7(1): 38-55. doi: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v7n1p38>
34. Kusumawardana I, Tamtomo D, Sugiarto. Relationship between Knowledge and Family Support regarding Hypertension with Blood Pressure Control in Elderly. *Indonesian Journal of Medicine*. 2017; 2(1): 1-9. <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/pdf/10.5555/20183195215>

35. Boonyathee S, Seangpraw K, Ong-Artborirak P, Auttama N, Tonchoy P, Kantow S, et al. Effects of a social support family caregiver training program on changing blood pressure and lipid levels among elderly at risk of hypertension in a northern Thai community. PLoS ONE. 2021; 16(11): e0259697. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259697>
36. Ayodapo AO, Monsudi KF, Omosanya OE, Elegbede OT. Family functioning and adherence to medication: A study of hypertensive in a tertiary hospital, South Western Nigeria. CHRISMED J Health Res. 2018; 5:197-202. doi: https://doi.org/10.4103/cjhr.cjhr_28_18
37. Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS), Organización Mundial de la salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 2016; ISBN: 978-929036090-2. [Internet] [Consultado 5 de julio de 2025] Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
38. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud". Bogotá DC. 1993; 1-19. [Internet] [Consultado 5 de julio de 2025] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>