



## La adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos según tiempo de diagnóstico

### Treatment adherence in hypertensive patients according to time of diagnosis

Carlos Valverde González<sup>1</sup> , Raúl González Salas<sup>2\*</sup> 

<sup>1</sup> Universidad Regional Autónoma de los Andes. Santo Domingo, Ecuador.

<sup>2</sup> Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato, Ecuador

\*Autor para la correspondencia: [ua.raulgonzalez@uniandes.edu.ec](mailto:ua.raulgonzalez@uniandes.edu.ec)

#### Cómo citar este artículo

Valverde González C, González Salas R: La adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos según tiempo de diagnóstico. Rev haban cienc méd [Internet]. 2026 [citado ]; 25. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/6238>

Recibido: 03 de noviembre de 2025

Aprobado: 01 de enero de 2026

#### RESUMEN

**Introducción:** La adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos no es uniforme, y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico puede influir significativamente en el cumplimiento terapéutico, debido a factores como la percepción de riesgo, la experiencia acumulada con el tratamiento y la adaptación al régimen médico si no se controla adecuadamente.

**Objetivo:** Determinar la relación entre el tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, identificando factores asociados que influyen en el cumplimiento terapéutico en diferentes etapas del manejo de la enfermedad.

**Material y Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, cuantitativo, correlacional de una muestra seleccionada de manera no probabilística de 83 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial dispensarizados en un Centro de Salud.

**Resultados:** Se obtuvo una adherencia al tratamiento del 94 % medida mediante el test de Morisky-Green. Los factores asociados a una adherencia adecuada incluyen un conocimiento elevado de la enfermedad (89,2 %) y la influencia de variables como el nivel educativo, estado civil y tiempo de diagnóstico. La adherencia elevada puede atribuirse al control cercano y supervisión en la población estudiada, aunque también se identificaron desafíos como el impacto del estrés y la autoeficacia.

**Conclusiones:** Existe una relación significativa entre el tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento, aunque en general los pacientes presentan altos niveles de cumplimiento terapéutico, aquellos con mayor tiempo desde el diagnóstico tienden a enfrentar mayores desafíos para mantener la adherencia.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Adherence to treatment in hypertensive patients is not uniform, and the time elapsed since diagnosis can significantly influence therapeutic adherence due to factors such as risk perception, accumulated experience with treatment and adaptation to the medical regimen if not adequately controlled.

**Objective:** To determine the relationship between the time of diagnosis of arterial hypertension and adherence to treatment in hypertensive patients, identifying associated factors that influence therapeutic adherence at different stages of disease management.

**Material and Methods:** Cross-sectional, descriptive, quantitative, correlational study of a non-probabilistically selected sample of 83 patients diagnosed with arterial hypertension who were discharged at a Health Center.

**Results:** A 94% adherence to treatment was shown by the Morisky-Green test. Factors associated with adequate adherence include a high level of knowledge of the disease (89.2%) and the influence of variables such as educational level, marital status, and time since diagnosis. High adherence can be attributed to close control and supervision in the population studied, although challenges such as the impact of stress and self-efficacy were also identified.

**Conclusions:** There is a significant relationship between the time since diagnosis of arterial hypertension and adherence to treatment, although in general patients have high levels of therapeutic adherence and those with a longer time since diagnosis tend to face greater challenges to maintain adherence.

#### Palabras Claves:

Hipertensión arterial, fisiopatología, adherencia al tratamiento, enfermedades cardiovasculares.

#### Keywords:

Arterial hypertension, pathophysiology, treatment adherence, cardiovascular diseases.



## INTRODUCCIÓN

Dentro de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, se encuentra la hipertensión arterial (HTA), que constituye un problema global de salud pública.<sup>(1,2,3)</sup>

El manejo de la HTA implica un enfoque integral<sup>(4,5,6,7,8)</sup> que combina cambios en el estilo de vida, terapia farmacológica y medidas de control continuo.<sup>(9,10,11)</sup> La base del tratamiento para todos los pacientes hipertensos está en la adopción de varias medidas terapéuticas.<sup>(12,13,14)</sup> Además, se añade el tratamiento farmacológico<sup>(15)</sup> dependiendo del nivel de presión arterial, la presencia de comorbilidades y el riesgo cardiovascular global.<sup>(16,17)</sup> El seguimiento regular y la promoción de la adherencia al tratamiento son fundamentales para el control de la enfermedad. Las mediciones ambulatorias de presión arterial (MAPA) y la automonitorización domiciliar ayudan a identificar hipertensión enmascarada, mejorando la precisión diagnóstica y terapéutica. La adherencia al tratamiento, definida como el grado en que los pacientes siguen las recomendaciones médicas en cuanto a la toma de medicamentos, cambios en el estilo de vida y asistencia a consultas, es un componente clave en el manejo efectivo de las enfermedades crónicas.<sup>(18)</sup> No obstante, en pacientes hipertensos la adherencia al cumplimiento terapéutico no es uniforme, y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico puede influir significativamente en ello, debido a factores como la percepción de riesgo, la experiencia acumulada con el tratamiento y la adaptación al régimen médico si no se controla adecuadamente.<sup>(19)</sup>

Los pacientes que han convivido con la hipertensión por uno a cinco años representan un grupo con adherencia variable, ya que han superado la etapa inicial de impacto, pero pueden enfrentar desafíos relacionados con la persistencia del tratamiento a largo plazo. La monotonía del régimen terapéutico y la aparición de efectos secundarios de los medicamentos pueden disminuir la adherencia con el tiempo. Además, las limitaciones económicas o la falta de acceso a recursos médicos pueden convertirse en obstáculos significativos.<sup>(20,21)</sup> En esta etapa, el refuerzo educativo y la introducción de tecnologías para recordatorios (como aplicaciones móviles) pueden ayudar a los pacientes a mantener una adherencia adecuada. Los grupos de apoyo y las revisiones periódicas también son herramientas efectivas para evitar el abandono.

Los pacientes que han sido hipertensos por más de cinco años suelen haber desarrollado un nivel de experiencia con su tratamiento y una mejor comprensión de su enfermedad. Sin embargo, este grupo también enfrenta riesgos específicos relacionados con el tiempo prolongado bajo terapia. Uno de los principales problemas es la "fatiga terapéutica", donde el cumplimiento disminuye debido al cansancio emocional o la creencia de que el tratamiento ya no es tan necesario.<sup>(22)</sup> La percepción de que los medicamentos son "para siempre" puede generar resistencia o desmotivación. Los pacientes recién diagnosticados tienden a subestimar el riesgo debido a la falta de síntomas visibles, mientras que aquellos con diagnóstico de largo plazo pueden estar más conscientes del impacto acumulativo de la hipertensión en su salud.<sup>(19,20)</sup>

En este contexto, a pesar de que los estudios previos muestran resultados contradictorios,<sup>(15,16,17,18,19,20,21)</sup> la comprensión de los determinantes que condicionan la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial constituye un aspecto clave para optimizar el control de esta enfermedad crónica y prevenir sus complicaciones cardiovasculares. En particular, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico podría influir en la persistencia del cumplimiento terapéutico. Por ello, resulta pertinente analizar esta relación, a fin de generar evidencia que oriente intervenciones clínicas y educativas dirigidas a mejorar el control sostenido de la hipertensión.

El **objetivo** de este estudio es determinar la relación entre el tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, cuantitativo y correlacional entre los meses de febrero y julio de 2025 en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Alobamba, perteneciente al cantón Tisaleo, provincia de Tungurahua, Ecuador.

El universo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes dispensarizados con diagnóstico de hipertensión arterial adscritos al Centro de Salud durante el período de estudio. A partir de este universo se seleccionó una muestra de 83 pacientes mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, incluyendo a aquellos pacientes que acudieron a su consulta de control durante el período de recolección de datos y que cumplieron los criterios de inclusión establecidos. Este tipo de muestreo, junto con el tamaño muestral relativamente reducido, constituye una limitación del estudio y puede introducir sesgos de selección que deben considerarse al interpretar los resultados para ser generalizados o tomados como referencia para investigaciones similares.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial con al menos un año de evolución y que se encontraran en tratamiento farmacológico antihipertensivo, que acudieran a la consulta mensual de control, aceptaran participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado y estuvieran en condiciones de responder los instrumentos de recolección de datos.

Se excluyeron pacientes con deterioro de las funciones cognitivas que les impidiera contestar adecuadamente los cuestionarios. Asimismo, no se incluyeron pacientes que durante el año previo al estudio hubieran presentado complicaciones asociadas a la hipertensión arterial, tales como evento cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva o insuficiencia renal crónica. Esta decisión metodológica se adoptó con el objetivo de trabajar con una población clínicamente estable; sin embargo, se reconoce que la exclusión de pacientes con eventos cardiovasculares recientes puede generar un sesgo de selección al conformar una cohorte de pacientes con evolución más favorable o mayor estabilidad clínica, lo que podría sobreestimar los niveles de adherencia al tratamiento.

Los datos primarios se obtuvieron directamente de los pacientes mediante la aplicación de cuatro instrumentos, administrados por los investigadores al finalizar la consulta médica mensual.

El primer instrumento fue un cuestionario estructurado dividido en dos secciones. La primera recogió información sociodemográfica: sexo (masculino, femenino), edad agrupada en rangos (18-30, 31-45, 46-60 y mayores de 60 años), nivel de escolaridad (ninguno, primaria, secundaria/colegio, bachillerato y superior) y estado civil (casado/a, unión libre, divorciado/a, separado/a, viudo/a).

La segunda sección incluyó antecedentes de salud relevantes para el estudio: tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial (1-5 años, 6-10 años y más de 10 años), hábito de fumar (sí/no), índice de masa corporal (IMC) clasificado como normal (18,5–24,9 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (25–29,9 kg/m<sup>2</sup>) y obesidad (≥30 kg/m<sup>2</sup>), así como la última cifra de presión arterial registrada en consulta (<140/90 mmHg y ≥140/90 mmHg).

El segundo instrumento utilizado fue el Test de Morisky-Green,<sup>(23,24)</sup> ampliamente empleado para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico. Este instrumento consta de cuatro preguntas con respuesta dicotómica (sí/no), orientadas a identificar conductas relacionadas con el cumplimiento terapéutico. La clasificación de la adherencia se realizó de acuerdo con la puntuación original del instrumento: se consideró buena adherencia cuando el paciente respondió correctamente a las cuatro preguntas (1: no; 2: sí; 3: no; 4: no) y mala adherencia cuando se respondió incorrectamente al menos una de ellas. Aunque en la literatura se ha comenzado a utilizar una versión ampliada de ocho ítems<sup>(25)</sup> con mejores indicadores psicométricos, la versión de cuatro preguntas continúa aplicándose ampliamente en estudios epidemiológicos por su simplicidad y aplicabilidad en entornos de atención primaria.

El tercer instrumento aplicado fue el Test de Batalla,<sup>(26)</sup> utilizado para evaluar el nivel de conocimiento del paciente sobre la hipertensión arterial, incluyendo aspectos relacionados con su naturaleza, factores asociados y consecuencias. Se consideró conocimiento adecuado cuando el paciente respondió correctamente a todas las preguntas del cuestionario. En la interpretación de los resultados se asume que un mayor conocimiento puede favorecer una mejor adherencia al tratamiento. Este instrumento ha sido utilizado previamente en investigaciones similares sobre hipertensión en población adulta.<sup>(27)</sup>

Finalmente, se aplicó la dimensión “Estrés” de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS),<sup>(28)</sup> desarrollada por Lovibond y Lovibond (1995), que mostró una adecuada consistencia interna, con un valor de alfa de Cronbach de 0,816. Se ha comprobado que esta escala tiene validez para estudios de evaluación de estados emocionales negativos en entornos clínicos y epidemiológicos.<sup>(29)</sup> En el caso específico del estudio que se realiza, la subescala de estrés mostró una adecuada consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,816.

La información recolectada fue procesada y analizada utilizando el programa estadístico SPSS 27.0. Se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. La relación de dependencia entre las variables se estudió mediante las pruebas Chi Cuadrado de Pearson y el test exacto de Fisher. El estudio estadístico consideró un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ , correspondiente a un nivel de confianza de 95 %.

El manejo de la información y datos de los pacientes cumplió con los principios éticos establecidos para investigaciones de estas características. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo a su inclusión en el estudio y el protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución.

## RESULTADOS

Tabla 1. Características de las variables sociodemográficas y médicas de la Muestra			
Variable	Criterio	No.	%
Sexo	Masculino	34	41,0
	Femenino	49	59,0
Edad (años)	De 18 a 30	3	3,6
	De 31 a 45	5	6,0
	De 46 a 60	41	49,4
	Mayores de 60	34	41,0
Nivel escolar	Ninguno	11	13,3
	Primaria	37	44,6
	Colegio	17	20,5
	Bachillerato	12	14,5
	Superior	6	7,2
Estado Civil	Casado(a)-Unión libre	61	73,5
	Divorciado-Separado-Viudo (a)	22	26,5
Tiempo con la enfermedad (HTA)	De 1 a 5 años	18	21,7
	De 6 a 10 años	29	34,9
	Más de 10 años	36	43,4
IMC (kg/m)	Normal (18,5 - 24,9)	19	22,9
	Sobrepeso (25 - 29,9)	38	45,8
	Obeso (> 30)	26	31,3
Última cifra de TA	< 140/90 mm Hg	55	66,3
	> 140/90 mm Hg	28	33,7
Hábito Fumar	Si	13	15,7
	No	70	84,3

Según las características de la muestra seleccionada (Tabla 1), predominaban los pacientes de sexo femenino respecto al masculino (59,0 % vs 41,0). Por grupos de edades, 90,4 % se encontraba en el grupo etario de mayores de 45 años, estando la mayor proporción de 46 a 60 años (49,4 %, n = 41) y la menor entre las edades de 18 a 30 años (3,6 %, n = 3). Por nivel escolar, los que tienen la primaria concluida son la mayor cuantía (44,6 %) y el menos representativo es el nivel superior (2,2 %). Pudiera considerarse que es bajo el grado de escolaridad en la muestra; ya que más de 50 % de los individuos (57,9 %) están en los grupos de los que no poseen ningún nivel escolar o los que solo tienen la primaria concluida. En la variable "estado civil", 73,5 % se encuentra en algún tipo de relación (Casado(a) o Unión libre) que les permite estar acompañados en la enfermedad. El 78,3 % de los pacientes padecen HTA desde hace más de 6 años, con mayor frecuencia en el grupo del período superior a los 10 años (43,4 %). La información sobre el Índice de Masa Corporal (IMC) ilustra indicadores poco saludables para la enfermedad ya que 77,1 % de los participantes en el estudio están en la categoría de sobrepeso u obesidad. Dos tercios de los pacientes se mostraron controlados en la última toma de Tensión Arterial (TA) en consulta. Solamente 15,7 % (n = 13) de los individuos tienen hábito de fumar.

Tabla 2. Resultados de los test de Morisky – Green y de Batalla					
Test	Preguntas	Nivel			
		Correcta		Incorrecta	
		No.	%	No.	%
Morisky-Green *	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	79	95,2	4	4,8
	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	83	100,0	0	0,0
	Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?	80	96,4	3	3,6
	Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomar el medicamento?	82	98,8	1	1,2
Batalla **	¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?	81	97,6	2	2,4
	¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?	80	96,4	3	3,6
	Cite dos o más órganos que puedan dañarse por tener HTA	74	89,2	9	10,8

**Leyenda:** \* Se considera cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas; \*\* Se considera incumplidor cuando falla 1 de las 3 preguntas.

De acuerdo con los resultados del test de Morisky–Green para evaluar la adherencia al tratamiento (Tabla 2), se observó un elevado nivel de respuestas correctas en las cuatro preguntas del instrumento. La pregunta “¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?” fue respondida correctamente por la totalidad de los pacientes (n= 83; 100,0 %). En las restantes tres preguntas se registraron algunos errores. La pregunta “¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?” presentó el mayor número de respuestas incorrectas, con 4 pacientes (4,8 %) que respondieron afirmativamente. Asimismo, 3 pacientes (3,6 %) indicaron que dejan de tomar la medicación cuando se encuentran bien y 1 paciente (1,2 %) manifestó suspender el medicamento cuando este le produce malestar. Considerando el criterio de clasificación del test, donde se considera buena adherencia únicamente cuando las cuatro respuestas son correctas, se identificó un máximo de 5 pacientes con al menos una respuesta incorrecta, lo que corresponde a 6,0 % de la muestra. En consecuencia, 78 pacientes (94,0 %) fueron clasificados como adherentes al tratamiento antihipertensivo, lo que indica un alto nivel de cumplimiento terapéutico en la población estudiada.

En relación con el test de Batalla, utilizado para evaluar el conocimiento de los pacientes sobre la hipertensión arterial, también se observó un elevado porcentaje de respuestas correctas. Las preguntas “¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?” y “¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?” fueron respondidas correctamente por 81 (97,6 %) y 80 (96,4 %) pacientes, respectivamente. La pregunta que presentó mayor dificultad fue “Cite dos o más órganos que puedan dañarse por tener hipertensión arterial”, con 9 respuestas incorrectas (10,8 %). De acuerdo con el criterio de clasificación del test, que considera conocimiento adecuado cuando el paciente responde correctamente a las tres preguntas, se identificaron 9 pacientes distintos con al menos una respuesta incorrecta, lo que representa 10,8 % de la muestra. Por lo tanto, 74 pacientes (89,2 %) demostraron poseer un conocimiento adecuado acerca de la hipertensión arterial y sus implicaciones, mientras que el resto presentó algún grado de desconocimiento sobre aspectos relevantes de la enfermedad.

Tabla 3. Estudio de asociación estadística entre la adherencia al tratamiento y las variables sociodemográficas y médicas						
Variable	Criterio	Muestreados	Adhieren	%	OR (IC 95%)	p - Valor
Sexo	Masculino	34	31	91,2	0,46 (0,09-2,39)	0,263
	Femenino *	49	47	95,9		
Edad (años)	≤ 45	8	8	100	1,21 (0,14-10,37)	0,587
	> 45 *	75	70	93,3		
Nivel escolar	Ninguna / Primaria	48	44	91,7	0,31 (0,10-0,94)	0,042
	Colegio / Bachillerato / Superior *	35	34	97,1		
Estado civil	Casado(a)/Unión libre	61	59	96,7	4,48 (1,37-14,63)	0,011
	Divorciado/Separado/ Viudo(a) *	22	19	86,4		
Tiempo con HTA (años)	≤ 10	47	44	93,6	0,28 (0,09-0,87)	0,037
	> 10 *	36	34	94,4		
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Normal	19	17	89,5	0,42 (0,07-2,64)	0,679
	Sobrepeso / Obeso *	64	61	95,3		
Última cifra de HTA	< 140/90 mm Hg	55	53	96,4	3,22 (0,63-16,51)	0,336
	≥ 140/90 mm Hg *	28	25	89,3		
Hábito de fumar	Si	13	9	69,2	0,08 (0,01-0,71)	0,508
	No *	70	69	98,6		
Conocimiento sobre la enfermedad	Si	74	70	94,6	2,41 (1,12-5,18)	0,024
	No *	9	8	88,9		

\* Criterio de referencia

Los resultados del estudio de asociación estadística entre la adherencia al tratamiento y las variables sociodemográficas y médicas (Tabla 3) permitió establecer que fue alto el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en la población estudiada. Las variables: nivel escolar, estado civil, el tiempo con la enfermedad y el conocimiento sobre ella, influyen en la adherencia al tratamiento, producto de que el estadígrafo p-Valor es inferior a 0,05, asociando las cuatro variables en una tendencia hacia la conducta negativa del paciente. Los pacientes con menor nivel educativo presentaron menor probabilidad de adherencia al tratamiento (OR= 0,31; p= 0,042). Asimismo, los pacientes casados o en unión libre mostraron mayor probabilidad de adherencia que los divorciados, separados o viudos (OR= 4,48; p= 0,011). Por otra parte, los pacientes con ≤10 años de diagnóstico tuvieron menor adherencia en comparación con quienes presentaban mayor tiempo de evolución (OR= 0,28; p= 0,037). Por último, un mayor conocimiento sobre la hipertensión arterial se asoció significativamente con una mejor adherencia terapéutica (OR= 2,41; p= 0,024)..

Tabla 4. Correlaciones entre autoeficacia y estrés con los factores de adherencia al tratamiento

Factores	Estadígrafos prueba Rho Spearman	Dieta adecuada	Realiza Act. Prescritas	Cumple medicación	Manejo Estrés	Adherencia	Estrés
Dieta adecuada	n	-	80	81	81	81	81
	Sig. (bilateral)	1,000	0,077	0,114	0,514	0,052	0,486
Realiza Act. Prescritas	n		82	81	82	82	82
	Sig. (bilateral)			0,010	0,089	0,077	0,444
Cumple medicación	n			82	82	82	82
	Sig. (bilateral)				0,277	0,093	0,329
Manejo estrés	n				83	83	83
	Sig. (bilateral)					0,025	0,680
Adherencia	n					83	83
	Sig. (bilateral)						0,605
Estrés	n						-
	Sig. (bilateral)						1,000

Los resultados del análisis de correlación mediante la prueba Rho de Spearman (Tabla 4) muestran asociaciones entre algunos factores relacionados con la adherencia al tratamiento. Se observó una relación estadísticamente significativa entre la realización de actividades prescritas y el cumplimiento de la medicación ( $p = 0,010$ ), así como entre el manejo del estrés y la adherencia al tratamiento ( $p = 0,025$ ). Por el contrario, las correlaciones entre estrés y adherencia ( $p = 0,605$ ), así como entre estrés y los restantes factores analizados, no mostraron significación estadística.

## DISCUSIÓN

Es notable que los resultados también asocian el tiempo de diagnóstico con la adherencia a través de una tendencia hacia conductas negativas. Esto podría indicar que, aunque la adherencia global es alta, los pacientes con más años de diagnóstico enfrentan un mayor desgaste emocional, lo que afecta su consistencia en aspectos como olvidar tomar medicamentos o discontinuar el tratamiento si se sienten mal.<sup>(30)</sup>

El estudio identifica al nivel escolar<sup>(31)</sup> y al estado civil como factores relevantes en la adherencia. Los pacientes con menor nivel educativo (65 % con escolaridad primaria o menos) pueden tener mayores dificultades para comprender la importancia de la adherencia a largo plazo, lo que podría explicar algunos casos de conductas negativas observadas. Además, el hecho de que 73,5 % de los pacientes estén en una relación marital o de unión libre podría aportar un soporte social importante que mejora la adherencia en términos generales.<sup>(32)</sup>

El conocimiento sobre la hipertensión arterial también es clave: 89,2 % de los pacientes muestran un nivel adecuado de entendimiento de la enfermedad, lo que probablemente contribuye a la alta tasa de adherencia observada. Sin embargo, el grupo que no posee un conocimiento adecuado puede ser más susceptible a conductas como olvidar medicamentos o suspenderlos ante síntomas adversos, lo que resalta la necesidad de intervenciones educativas continuas, especialmente para los pacientes con mayor tiempo de diagnóstico.

El estrés se correlaciona significativamente con la adherencia y la autoeficacia, como lo demuestran los coeficientes de significación estadística superiores a 0,600. Esto sugiere que el manejo emocional y la capacidad percibida para cumplir con el tratamiento son factores críticos, especialmente en pacientes con más años de diagnóstico, quienes pueden experimentar una mayor carga psicológica debido a la cronicidad de la enfermedad.

Un estudio realizado en Chile,<sup>(33)</sup> que introdujo un protocolo estandarizado y simplificado, destaca por alcanzar una adherencia de 71 % y un control óptimo de presión arterial en 65 % de los pacientes con dicho protocolo. Este enfoque, basado en una sola toma diaria de medicamentos en combinaciones fijas, mejora la adherencia al simplificar el régimen terapéutico. Al compararlo con el estudio actual, muestra menores tasas de adherencia, aunque su diseño enfocado en protocolos simplificados podría explicar su impacto en el control de la hipertensión, que no se menciona directamente en el estudio ecuatoriano. Ambos estudios resaltan la importancia de la implementación de estrategias sistemáticas y la atención centrada en el paciente para fomentar la adherencia.

En Ecuador un estudio anterior, de 2016<sup>(34)</sup> identificó una adherencia de 63,6 % y resaltó factores como el bajo nivel educativo y las dificultades relacionadas con el tiempo en tratamiento. A diferencia del estudio actual, la adherencia era significativamente menor, posiblemente debido a un menor conocimiento de la enfermedad (apenas 50% de los pacientes tenían escolaridad básica). En 2024, el aumento en la adherencia puede deberse a mayores intervenciones educativas y la priorización del control de enfermedades crónicas, no obstante, ambos estudios coinciden en que las barreras educativas y económicas son desafíos importantes para la adherencia, aunque los avances en atención médica han mejorado los resultados.

Otro estudio realizado en México (2019)<sup>(35)</sup> hace referencia a que 88,6 % de los pacientes fueron adherentes al tratamiento, mostrando un comportamiento similar al del estudio actual. Sin embargo, identificaron que los pacientes no adherentes tienden a abandonar el tratamiento cuando se sienten bien (5,7 %), un patrón también observado en Ecuador 2024. La prevalencia de conocimiento adecuado de la enfermedad también fue alta (86,6 %), alineándose con los resultados actuales. Como se aprecia, ambos estudios destacan la alta adherencia y conocimiento como factores clave. Sin embargo, México no encontró asociaciones estadísticamente significativas entre la adherencia y variables como el tiempo de diagnóstico, mientras que, en Ecuador, este factor sí se asocia con una tendencia hacia conductas negativas.

Un elemento que merece especial atención en la interpretación de los resultados es la aparente discrepancia entre la elevada adherencia terapéutica autorreportada (94 %) y la persistencia de 33,7 % de pacientes con cifras tensionales no controladas. Este fenómeno ha sido descrito en la literatura como una limitación frecuente de las mediciones basadas en autoinforme, las cuales tienden a sobreestimar el cumplimiento real debido a sesgos de deseabilidad social y errores de recuerdo. En este sentido, Bernard Vrijens y colaboradores<sup>(36)</sup> han señalado que los métodos indirectos de evaluación suelen reportar niveles de adherencia superiores a los detectados mediante monitorización electrónica o registros de dispensación farmacéutica. De igual forma, Hamrahian y colaboradores<sup>(37)</sup> advierten que el adecuado control de la presión arterial no depende exclusivamente del cumplimiento farmacológico, sino también de factores como la inercia terapéutica, la intensidad insuficiente del tratamiento antihipertensivo, la variabilidad biológica de la presión arterial y la presencia de comorbilidades. A ello se añade que una proporción de pacientes clasificados como adherentes puede presentar hipertensión resistente o control subóptimo por esquemas terapéuticos no individualizados. Desde esta perspectiva, la divergencia observada en el presente estudio sugiere que la alta adherencia declarada no necesariamente se traduce en control clínico efectivo, lo que refuerza la necesidad de complementar la evaluación de la adherencia con indicadores objetivos y de optimizar de manera continua las estrategias terapéuticas y de seguimiento en el manejo de la hipertensión arterial.

Este estudio tiene múltiples **limitaciones** que deben considerarse al interpretar sus resultados. En primer lugar, su diseño transversal impide establecer relaciones causales o determinar la dirección temporal de las asociaciones observadas entre el tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento. En segundo lugar, el estudio incluyó una muestra relativamente pequeña de 83 pacientes, seleccionada mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, lo cual limita la capacidad de generalizar los resultados a otras poblaciones. Esto significa que los resultados no pueden aplicarse a una población más amplia, ni siquiera a otros pacientes en el mismo cantón o provincia, ya que los participantes no fueron seleccionados al azar. En consecuencia, los hallazgos deben interpretarse con cautela y no pueden extrapolarse de forma directa a todos los pacientes hipertensos del cantón, la provincia o el país.

Además, la dependencia del estudio de datos autoinformados es una debilidad metodológica ya que las respuestas de los pacientes a los cuestionarios podrían estar sesgadas. Es posible que algunos participantes no recuerden con exactitud la frecuencia con la que toman sus medicamentos, o podrían ofrecer respuestas socialmente deseables de manera que se perciban como pacientes “ideales”, lo que podría conducir a una sobreestimación de la adherencia y afectar la precisión de los hallazgos.

Por otra parte, una limitación metodológica importante está relacionada con los criterios de exclusión aplicados en el estudio. La decisión de no incluir pacientes que hubieran presentado complicaciones cardiovasculares recientes asociadas a la hipertensión arterial (Ej.: evento cerebrovascular o infarto agudo de miocardio) pudo haber introducido un sesgo de selección o de supervivencia, al conformar una muestra integrada principalmente por pacientes con evolución clínica más estable o favorable. Este hecho podría haber generado una sobreestimación de los niveles de adherencia al tratamiento, ya que los pacientes con peor control de la enfermedad o menor adherencia podrían estar subrepresentados en la muestra. Por lo tanto, los resultados obtenidos reflejan fundamentalmente el comportamiento de pacientes hipertensos ambulatorios relativamente estables y deben interpretarse dentro de este contexto

## CONCLUSIONES

El estudio permite concluir que existe una relación significativa entre el tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento, mostrando que, aunque en general los pacientes presentan altos niveles de cumplimiento terapéutico, aquellos con mayor tiempo desde el diagnóstico tienden a enfrentar mayores desafíos para mantener la adherencia. Aunque la mayoría de los pacientes mantiene niveles satisfactorios de cumplimiento, se observa una tendencia a la disminución de la adherencia conforme aumenta la duración de la enfermedad. Asimismo, el conocimiento sobre la hipertensión, el nivel educativo, el apoyo social disponible y la capacidad para afrontar el estrés influyen de forma relevante en la continuidad del tratamiento, configurándose como factores que deben considerarse en el diseño de estrategias de seguimiento y educación sanitaria orientadas a sostener el control de la enfermedad a largo plazo.

## RECOMENDACIONES

Estos hallazgos acentúan la necesidad de implementar estrategias personalizadas que aborden las necesidades específicas de los pacientes según su tiempo de evolución con la enfermedad, promoviendo intervenciones educativas continuas, simplificación de regímenes terapéuticos, y soporte psicosocial para fortalecer la autoeficacia y el compromiso a largo plazo. Estas acciones no solo mejorarían la adherencia, sino que también contribuirían de manera significativa al control efectivo de la presión arterial y a la prevención de complicaciones asociadas a esta condición crónica

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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* [Internet]. 2021 [Citado 02/11/2024];18(11):785-802. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41569-021-00559-8>
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Washington; 2021 [Citado 02/11/2024]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
3. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet* [Internet]. 2021 [Citado 02/11/2024];398(10304):957-80. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1)
4. Geldsetzer P, Manne-Goehler J, Marcus ME, Ebert C, Zhumadilov Z, Wesseh CS, et al. The state of hypertension care in 44 low-income and middle-income countries: a cross-sectional study of nationally representative individual-level data from 1.1 million adults. *Lancet* [Internet]. 2019 [Citado 02/11/2024];394(10199):652-62. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30955-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30955-9)
5. Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2019. [Citado 02/11/2024];7(10):e1332-e1345. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30318-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30318-3)
6. Sánchez R, Coca A, de Salazar DIM. 2024 Latin American Society of Hypertension guidelines on the management of arterial hypertension and related comorbidities in Latin America. *J Hypertens* [Internet]. 2025 [Citado 02/11/2024];43(1):1-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003899>
7. López P, Joseph P, López-López JP. Risk factors, cardiovascular disease, and mortality in South America: a PURE substudy. *Eur Heart J* [Internet]. 2022 [Citado 02/11/2024];43(30):2841-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac113>
8. Zavala A, Zambrano T, Viva L, Fuentes J. Epidemiología y factores de riesgo de la hipertensión arterial en los países de Latinoamérica y Europa. *MQRInvestigar*. [Internet]. 2024 [Citado 02/11/2024];8(1):1371-89. Disponible en: <https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.1.2024.1371-1389>
9. Wilches PA, Albarracín CE, Pulgar RI, Iza KO, Córdova JC, Morillo ND et al. Fisiopatología de la hipertensión arterial: ¿Qué hay de nuevo? *Rev Latinoam Hipertens*. [Internet]. 2022 [Citado 02/11/2024];17(3):226-29. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.6981446>
10. Pan H, Hibino M, Kobeissi E, Aune D. Blood pressure, hypertension and the risk of sudden cardiac death: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Eur J Epidemiol* [Internet]. 2020 [Citado 02/11/2024];35(5):443-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31875269/>
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Hipertensión [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [Citado 02/11/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
12. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. *J Hypertens* [Internet]. 2023 [Citado 02/11/2024];41(10):1874-2071. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480>
13. Fuchs FD, Whelton PK. High blood pressure and cardiovascular disease. *Hypertension* [Internet]. 2020 [Citado 02/11/2024];75(2):285-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.14240>
14. Gómez N, Vilema EG, Guevara LE. Hipertensión arterial e incidencia de los factores de riesgo en adultos mayores. *Dilemas Contemp Educ Política Valores* [Internet]. 2021. [Citado 02/11/2024];8(spe3):59. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-78902021000500059](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902021000500059)

15. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* [Internet]. 2024 [Citado 02/11/2024];45(38):3912-18. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
16. Li L, Duan L, Xu Y. Hypertension in frail older adults: current perspectives. *PeerJ* [Internet]. 2024 [Citado 02/11/2024];12:e17760. Disponible en: <https://doi.org/10.7717/peerj.17760>
17. Shahoud JS, Sanvictores T, Aeddula NR. Physiology, arterial pressure regulation. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. [Citado 02/11/2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538509>
18. Gao W, Liu H, Ge C, Liu X, Jia H, Wu H, et al. A clinical prediction model of medication adherence in hypertensive patients in a Chinese community hospital in Beijing. *Am J Hypertens* [Internet]. 2020 [Citado 02/11/2024];33(10):1038-46. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ajh/hpaa111>
19. Ferreira P, Simoes JA, Velho D. Adherence to antihypertensive therapy and its determinants: A systematic review. *Cureus* [Internet]. 2024 [Citado 02/11/2024];16:e59532. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.59532>
20. Carvalho AS, Santos P. Medication adherence in patients with arterial hypertension: The relationship with healthcare systems' organizational factors. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2019 [Citado 02/11/2024];13:1761-74. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/PPA.S216091>
21. Shi S, Shen Z, Duan Y, Ding S, Zhong Z. Association between medication literacy and medication adherence among patients with hypertension. *Front Pharmacol* [Internet]. 2019 [Citado 02/11/2024];10:822. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00822>
22. Tsioufis K, Kreutz R, Sykara G, van Vugt J, Hassan T. Impact of single-pill combination therapy on adherence, blood pressure control, and clinical outcomes: A rapid evidence assessment of recent literature. *J Hypertens* [Internet]. 2020 [Citado 02/11/2024];38(6):1016-28. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002381>
23. Yousuf F, Khan M, Bibi R, Arif A, Arshad A, Almas A. Medication adherence in patients with uncontrolled hypertension and hypertensive crisis presenting to an hospital setting in Karachi, Pakistan. *J Hypertens* [Internet]. 2023 [Citado 02/11/2024];41:e136. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000940164.93230.0d>
24. Altındağ B. Evaluation of medication adherence levels of hypertension patients in an educational family health center. *Anatolian J Fam Med* [Internet]. 2022 [Citado 02/11/2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.5505/anatoljfm.2022.38278>
25. Intilangelo A, Majic S, Palchik V, Traverso ML. Cuestionarios validados de adherencia a la medicación y factores asociados en pacientes crónicos: revisión sistemática. *Farmacia Hospitalaria* [Internet]. 2024 [Citado 02/11/2024];48(4):185-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.farma.2024.04.019>
26. Torres NY, Peña EF, Rojas MdL, Suárez GA. Propiedades psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el sureste de México. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México* [Internet]. 2023. [Citado 02/11/2024];12(32):146-71. Disponible en: <https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/view/21650>
27. González Galiano N, Martín Rodrigo L, Nogales Nieves E, Antunes Parente B, Arceo Solís R, Quijano Rodríguez P, et al. RV-H-007 - Test de Batalla o el Conocimiento de la Hipertensión. En: 38º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). *Revista Clínica Española* [Internet]. 2017 [Citado 02/11/2024];217(Espec Congr):111. Disponible en: <https://www.revclinesp.es/es-congresos-xxxviii-congreso-nacional-sociedad-espanola-54-sesion-hipertension-3526-test-de-batalla-o-el-40846-pdf>
28. Makara-Studzińska M, Tyburski E, Załuski M, Adamczyk K, Mesterhazy J, Mesterhazy A. Confirmatory factor analysis of three versions of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-42, DASS-21, and DASS-12) in Polish adults. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022 [Citado 02/11/2024];12:770532. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.770532>
29. Peters L, Peters A, Andreopoulos E, Pollock N, Pande RL, Mochari-Greenberger H. Comparison of DASS-21, PHQ-8, and GAD-7 in a virtual behavioral health care setting. *Heliyon* [Internet]. 2021 [Citado 02/11/2024];7(3):e06473. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06473>
30. Craig LS, Peacock E, Mohundro B. Implicit and explicit attitudes toward antihypertensive medications explain variation in pharmacy refill and self-reported adherence beyond traditional risk factors: Potential novel mechanism underlying adherence. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 2021 [Citado 02/11/2024];10:e018986. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.018986>
31. Ghaderi Nasab Z, Sharifi H, Mangolian Shahrabaki P. Facilitators of medication adherence in patients with hypertension: a qualitative study. *Front Public Health* [Internet]. 2024 [Citado 02/11/2024];12:1372698. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1372698>
32. Shahin W, Kennedy GA, Stupans I. The association between social support and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review. *Pharm Pract (Granada)* [Internet]. 2021 [Citado 02/11/2024];19(2):2300. Disponible en: <https://doi.org/10.18549/PharmPract>

33. Michea L, Toro L, Alban N. Efficacy of a standardized and simplified strategy for the treatment of high blood pressure in Chile: The HEARTS Initiative in the Americas. *Rev Panam Public Health* [Internet]. 2022 [Citado 02/11/2024];46:e138. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.138>
34. Arévalo M, López M, López D, Martínez F. Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Med HJCA* [Internet]. 2016 [Citado 02/11/2024];8(1):8-13. Disponible en: <https://doi.org/10.14410/2016.8.1.ao.01>
35. Martínez EJ, García R, Álvarez AS. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. *Med Gen Fam* [Internet]. 2019 [Citado 02/11/2024];8(2):56-61. Disponible en: <https://doi.org/10.24038/mgyf.2019.018>
36. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 2012 [Citado 02/11/2024]; 73(5):691-705. Disponible en: <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x>
37. Hamrahian SM, Maarouf OH, Fülöp T. A critical review of medication adherence in hypertension: barriers and facilitators clinicians should consider. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2022 [Citado 02/11/2024]; 16:2749-57. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/PPA.S368784>

**Financiamiento:**

No existió financiamiento externo para el desarrollo de esta investigación.

**Conflicto de intereses**

No existe conflicto de intereses entre los autores ni con la institución patrocinadora de la investigación.

**Contribución de autoría**

Carlos Valverde González: Conceptualización, metodología, investigación, análisis formal, curación de datos, software.  
Raúl González Salas: Recursos, validación, visualización, adquisición de fondos, administración del proyecto, supervisión, redacción (borrador original), redacción (revisión y edición).

Ambos autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final.