



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

**Manuscrito Recepcional**  
**Programa de Profundización en Psicología Clínica**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES  
CRÓNICAS**

**Reporte de investigación teórica**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**Blanca Estela Cuenca Flores**

**Director:** Dr. Luis Fernando González Beltrán  
**Dictaminadores:** Dra. Soraya Ramírez Chelala Hernández  
Lic. Blanca Delia Arias García  
Dra. Argelia Gómez Ávila  
Dr. Ricardo Sánchez Medina

Vo. Bo



Los Reyes Iztacala Tlalnepanitla, Estado de México, a 01 de junio de 2022.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios, por su presencia en cada momento.

A mi papá (Isidro), por su esfuerzo y dedicación de toda una vida. Te extraño cada día;

A mi pequeña Sofí, por ser mi mayor motivación y alegría.

A mi mamá (Ofe), hermanos (Cris e Isidro), cuñados (Gaby y Jesús), sobrina (Kris), sin su valioso apoyo no hubiera alcanzado esta meta.

A mis compañeras de estudio Cris, Caro, Andy, Ivonne, por todo lo aprendido y por su empatía.

A todos mis catedráticos de Psicología SUAyED, por enseñarme el saber ser, el saber conocer, el saber hacer y el saber convivir, especialmente a mi director de manuscrito Dr. Luis Fernando González Beltran, y a mis sinodales Dra. Soraya Ramírez Chelala Hernández, Lic. Blanca Delia Arias García, Dra. Argelia Gómez Ávila y Dr. Ricardo Sánchez Medina.

Mil gracias a todos.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>1. MARCO TEÓRICO</b> .....	6
1.1 Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).....	6
1.2 Concepto de adherencia.....	7
1.3 Métodos para evaluar la adherencia.....	8
1.4 Modelos que explica la adherencia al tratamiento.....	9
<b>2. ANTECEDENTES</b> .....	12
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	14
3.1 Objetivos.....	14
3.2 Pregunta de investigación.....	14
3.3 Justificación.....	15
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	16
<b>5. RESULTADOS</b> .....	17
<b>6. DISCUSIÓN</b> .....	20
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	23
<b>REFERENCIAS</b> .....	24

**Resumen:** Se presentan los factores que han sido documentados por diversos autores y que afectan la adherencia terapéutica. Las dimensiones corresponden a la clasificación definida por la OMS y están relacionadas con la enfermedad, el tratamiento, el paciente, el contexto social, con el sistema de salud y los profesionales de la salud. **Objetivo:** Realizar una revisión documental para identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. **Resultados:** Los factores asociados al paciente son los que representan la mayor proporción de variables que contribuyen a la falta de adherencia al tratamiento. **Conclusiones:** Es conveniente definir estrategias para favorecer el cumplimiento del tratamiento en cada una de las dimensiones definidas por la OMS, principalmente en las relacionadas con el paciente.

**Palabras clave:** Adherencia, tratamiento, factores, enfermedades crónicas, conducta.

**Abstract:** The factors that have been documented by various authors and that affect therapeutic adherence are presented. The dimensions correspond to the classification defined by the WHO and are related to the disease, the treatment, the patient, the social context, the health system and health professionals. **Objective:** To carry out a documentary review to identify the factors that influence adherence to treatment in patients with chronic non-communicable diseases. **Results:** The factors associated with the patient are those that represent the highest proportion of variables that contribute to the lack of adherence to treatment. **Conclusions:** It is convenient to define strategies to promote compliance with treatment in each of the dimensions defined by the WHO, mainly those related to the patient.

**Keywords:** Adherence, treatment, factors, chronic diseases, behavior.

## INTRODUCCIÓN

La falta de adherencia al tratamiento, es un problema a nivel mundial que cobra especial importancia en el ámbito de las enfermedades crónicas, especialmente en las no transmisibles (ECNT). Este fenómeno se ha mantenido en una proporción de 59%, y se calcula que del 33-69% de las hospitalizaciones son secundarias al incumplimiento del tratamiento. Se considera que para abordar efectivamente los procesos de las enfermedades crónicas es necesario incidir en el cumplimiento del mismo (Vargas, Herrera y Rocha, 2018).

Desde el punto de vista psicológico, la adherencia terapéutica se entiende como un conjunto de conductas dirigidas a mejorar o mantener el estado de salud de una persona, involucrando al individuo para llevar a cabo las indicaciones proporcionadas por los profesionales de la salud (Pedraza-Banderas, Vega y Nava, 2018, p.219).

En relación a este tema, se han realizado diversas investigaciones para identificar aquellos factores que son predictores del incumplimiento, entre otros se encuentran: la falta de conocimiento de la enfermedad, del régimen terapéutico y/o de las consecuencias por el incumplimiento; la ausencia de una relación adecuada entre el paciente y los profesionales de la salud; los tratamientos complejos y de larga duración; una enfermedad asintomática; un seguimiento deficiente; la falta de un plan estructurado cuando se ha presentado el abandono del tratamiento; la presencia de efectos adversos; el costo del tratamiento; la ausencia en las citas médicas; la presencia de depresión o ansiedad; las creencias y percepciones del paciente; las dificultades cognitivas (Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán, 2009).

Debido a que la falta de adherencia al tratamiento representa un severo problema de salud pública, surge la necesidad de realizar esta investigación, en la que se describen factores que afectan al cumplimiento del tratamiento, conforme las dimensiones definidas por la OMS, con especial interés en los que se presentan en los pacientes con diabetes o hipertensión.

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Desde hace algún tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han fijado su interés en las denominadas Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), dentro de estas se consideran las enfermedades cardiovasculares; las cerebrovasculares; el cáncer; la diabetes y otros trastornos metabólicos; las enfermedades respiratorias y pulmonares; los trastornos osteomioarticulares; las enfermedades renales. Estos padecimientos se han expandido rápidamente y han cambiado el perfil epidemiológico de los países (Grau, 2016).

Por su alta morbilidad y por las consecuencias que conllevan para el individuo, la familia y la comunidad, las ECNT se han convertido en un severo problema de salud pública. Para su adecuada evolución y control, estos padecimientos requieren de una terapia de larga duración. La adherencia a este tipo de tratamiento es un proceso complejo (Martín, Grau, Espinosa, 2014), ya que diversos factores intervienen para el cumplimiento (Zavala, 2018).

Por ejemplo, debido a la naturaleza crónica de la diabetes mellitus, se requiere un monitoreo a largo plazo para mantener el control de la glucosa y reducir el impacto de las complicaciones. Para alcanzar este control, el paciente debe regular su comportamiento diario, relacionado con la ingesta del medicamento, dieta, actividad física, automonitoreo de los niveles de glucosa en sangre, cuidado de pies (Chavarria, 2018).

No obstante que los avances tecnológicos han permitido desarrollar medicamentos altamente efectivos y de fácil administración para controlar las enfermedades crónico degenerativas, debido a la baja adherencia no se reducen de manera importante las alteraciones causadas por estos padecimientos (Ortega, Sánchez, Rodríguez, y Ortega, 2018).

## 1.2 Concepto de adherencia.

El término de adherencia ha sido conceptualizado por diversos autores:

“La medida en que el paciente asume las normas o consejos del médico o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados, como el propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente” (Osterberg y Blaschke, 2005, citando en Soria, Ávila, Vega y Nava, 2012, p. 80).

“El proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, el régimen terapéutico que sigue, la relación que establece con el profesional de la salud y sus características psicológicas y sociales” (DiMatteo, y DiNicola, 2003, citados en Soria, Ávila, Vega y Nava, 2012, p. 80).

El grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, incluyendo la asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida (López-Romero, Romero-Guevara, Parra, y Rojas-Sánchez, 2016).

En tanto que Haynes, define el término de adherencia al tratamiento como el grado en que un paciente adopta conductas relacionadas con la toma de su tratamiento farmacológico, el seguimiento de un régimen alimentario y la modificación de hábitos de vida mediante las indicaciones proporcionadas por el profesional sanitario (López-Romero, Romero-Guevara, Parra, y Rojas-Sánchez, 2016; Patiño, 2019).

Para que esta adherencia se produzca es necesario considerar cuatro momentos (Ramos, 2015):

- a) Aceptación convenida del tratamiento, entendiendo esto, como la relación que establece el médico y el paciente, con el objetivo de elaborar la estrategia comportamental que asegure el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.



- b) Cumplimiento del tratamiento, como la medida en que la persona lleva a cabo todas las prescripciones médicas indicadas por el médico.
- c) Participación activa en el cumplimiento, entendido como el grado de colaboración del paciente en la búsqueda de estrategias para asegurar el cumplimiento.
- d) Carácter voluntario para el cumplimiento, entendiendo esto como la medida en que la persona se involucra y realiza las acciones necesarias para asegurar el cumplimiento de la prescripción.

### **1.3 Métodos para evaluar la adherencia.**

Los métodos para medir la adherencia se dividen en directos e indirectos: 1) El método directo consiste en el cotejo de las concentraciones de un medicamento o su metabolito en sangre u orina y la detección en sangre de un marcador biológico incorporado a la formulación del medicamento. Este método es caro y complejo para las instituciones de salud. 2) Los métodos indirectos son diversos, y consideran llevar a cabo una entrevista con el paciente para identificar la ingesta de la medicación prescrita; realizar el recuento de tabletas; establecer la tasa de reabastecimiento de recetas; aplicar cuestionarios a los pacientes; entrevistar al cuidador (Galindo, Mendoza-Contrera, Penedo, Flores, Bobadilla, Bargalló, 2022).

Se dispone de diversas escalas para medir el cumplimiento, una de ellas es la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT), diseñada por Soria, Vega y Nava en el año 2009, que evalúa la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, y que permiten conocer el cumplimiento de las recomendaciones médicas. Está integrada por 21 ítems, que son agrupados en tres factores: Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, Seguimiento médico-conductual y Autoeficacia. Cada factor está integrado por siete reactivos; a su vez, cada uno de los ítems contiene una escala de 0 a 100 en la que el paciente elige la efectividad de su comportamiento en términos de porcentajes (Vergara, Chavarría, Rodríguez, Domínguez y Zamudio, 2019).

No existe un criterio ideal de incumplimiento ni un método de medición que considere todos los componentes de este concepto, debido a que es afectado por factores emocionales, sociales, biológicos y culturales. (Rodríguez-Venegas, Denis-Piedra, Ávila-Cabreja y Hernández-García, 2021).

#### **1.4 Modelos que explica la adherencia al tratamiento.**

Salinas, Espinosa y González (2014), explican que el modelo biomédico y el modelo conductual son utilizados para explicar el comportamiento de la adherencia. En el biomédico, se analizan las características del paciente, de la enfermedad y de la relación terapéutica como parámetros predictores que afectan el cumplimiento terapéutico. Otros modelos consisten en:

- a) Modelo operante que han promovido la utilización del moldeamiento de conductas; la planificación del ambiente y el manejo de contingencias de reforzamiento como estrategias centrales en el desarrollo de conductas de adherencia.
- b) Modelo de comunicación: Que tiene la intención de mejorar los procesos de recepción, comprensión y retención de mensajes como una estrategia para promover la adherencia.
- c) Modelo cognitivo, basado en el modelo de aprendizaje social de Bandura y en la toma de decisiones.

Leventhal y Cameron (1987), citados en Zaragoza (2018), señalan que los modelos teóricos para explicar la adherencia son: Perspectiva biomédica; modelo operante y de aprendizaje social del comportamiento; enfoque de comunicaciones; teoría de la creencia racional; teoría de sistema autoregulatorio.

En tanto que Martínez-Domínguez, Martínez-Sánchez, Lopera-Valle, y Vargas-Grisales (2016), los describen de esta forma:

- a) Modelo de cumplimiento en salud o Health Compliance Model (HCM). En este modelo socio-comportamental se consideran variables como las características del tratamiento, al paciente o de carácter subjetivo y a las consecuencias sociales, personales y económicas.
- b) Modelo sistémico de cuidados preventivos (MSSP), considerado un modelo integrador que involucra al médico y al paciente. Considera tres tipos de factores:
  - Factores predisponentes: características socio-demográficas, creencias culturales, religiosas y motivacionales.
  - Factores facilitadores como los conocimientos, habilidades del paciente, las capacidades y competencias que posee el médico.
  - Factores reforzadores: Efectos positivos del tratamiento para el paciente, el apoyo recibido del entorno social y la satisfacción percibida con el tratamiento.
- c) Modelo de predicción de comportamientos de salud (MPCS). Se considera los factores sociodemográficos y relacionados con prácticas y creencias socio-culturales; los relativos a las percepciones individuales sobre la salud, la enfermedad y los beneficios del tratamiento; los de percepción sobre problemas y obstáculos en el cambio de estilo de vida; los alertadores de malestar como son la fatiga y los de probabilidad de adopción de comportamientos que favorezcan salud.

La psicología de la salud ha aportado modelos de comportamientos para comprender el fenómeno de la adherencia y favorecer el cumplimiento terapéutico. Los más utilizados con los centrados en el individuo: los modelos de cambios de actitudes y los modelos por etapas (motivacionales), que están centrados en aspectos psicosociales, y otros donde el grupo favorece el cambio a través de un fenómeno psicológico cognitivo-conductual (Covadonga, 2016).

Esta rama de la psicología utiliza modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia terapéutica: Teoría Social

Cognitiva, la Teoría de la Acción Razonada, el Modelo de Creencias en Salud, el Modelo Transteórico y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (Ortiz y Ortiz, 2007).

**Teoría Social Cognitiva.** Señala que cualquier cambio de conducta se basa en la creencia de que una persona puede alcanzar de manera exitosa la conducta objetivo. A esta creencia en la habilidad o capacidad de lograr lo deseado, se le denomina autoeficacia percibida. Esta creencia es esencial para predecir la conducta de adherencia, aun cuando otros factores de riesgo estén presentes. Es entonces que una persona puede sentirse vulnerable ante una enfermedad, entender los comportamientos que necesita el tratamiento y creer que la adopción de comportamientos saludables disminuirá el riesgo de enfermarse. Caso contrario, si la persona no está convencida que tiene habilidades para ejecutar la conducta, es poco probable que la lleve a cabo.

**Teoría de la Acción Razonada.** Involucra las creencias, actitudes, intenciones y conductas. Menciona que el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo. Esta intención es predicha por la actitud hacia ejecutar esta conducta.

**Modelo de Creencias en Salud.** Integra teorías cognitivas y conductuales para explicar los motivos por los que las personas fallan en adherirse a conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta.

**Modelo transteórico.** Propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo. Existen cinco fases para el cambio:

- 1) Precontemplación (la persona no tiene intención para cambiar en el corto plazo, generalmente medido en los próximos 6 meses).
- 2) Contemplación (la persona no está preparada para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo en el corto plazo de aquí a 6 meses).

- 3) Preparación (la persona está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro del próximo mes).
- 4) Acción. La persona ha hecho un cambio en pasado reciente, pero este cambio no está bien definido.
- 5) Mantenimiento. Se ha modificado la conducta por más de 6 meses y se está activamente involucrado para sostenerla.

**Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales.** Señala que la información es un prerrequisito pero por sí sola no es suficiente para alterar la conducta. Provee evidencia que la motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes de la modificación de la conducta

## 2. ANTECEDENTES

La OMS plantea cinco dimensiones que afectan el cumplimiento del régimen terapéutico y están asociadas con la enfermedad; el tratamiento; el paciente; los factores sociales, demográficos y económicos; los que se corresponden con el sistema de salud y los profesionales de la salud (Martín, Grau y Espinosa, 2014).

Considerando estas dimensiones, se mencionan algunas investigaciones que se han llevado a cabo sobre este tema:

Zavala (2018), relaciona los factores causales del incumplimiento con: a) el paciente, b) la interacción médico-paciente; c) el medicamento y el tratamiento; d) la enfermedad; e) el ambiente.

Fabián-San Miguel et al. (2010), citado en Patiño (2019), señala que la adherencia en pacientes diabéticos puede verse afectada por la presencia de ansiedad, depresión y otros factores de riesgo. En tanto que Troncoso, Delgado y Rubilar (2013), citado en Patiño (2019), indican que la percepción del paciente de recibir una atención integrada y continua favorece el control de la enfermedad, la asistencia a la consulta, el cumplimiento de la dieta y el ejercicio.

En este sentido, se ha documentado que es fundamental la confianza que tenga el paciente hacia el personal de salud (Cruz-Guillén, 2013).

En una revisión sistematizada, se observó que pacientes diabéticos con medicamentos vía oral e insulina bajo tratamiento de 6 a 24 meses, presentaban una adherencia entre el 36% y el 93%. En un segundo estudio el cumplimiento para la ingesta del medicamento oscilaba entre 65% y 85% (Martínez-Domínguez, Martínez-Sánchez, Lopera-Valle y Vargas-Grisales, 2016).

Se señala que las personas mayores de 65 años y con politerapia presentan más riesgo de incumplimiento (Escamilla, Castañer, Benito, Ruiz, Burrull, y Sáenz, 2008).

La percepción de la enfermedad también influye, es decir, si el paciente considera que la enfermedad es grave cumplirá con mayor precisión el tratamiento, caso contrario, si el paciente tiene pocos síntomas habrá menos adherencia al tratamiento. También se ha observado que a medida que aumenta la cronicidad, el cumplimiento del tratamiento disminuye (Cruz-Guillén, 2013)

Se ha documentado que el estrés y sus estilos de afrontamiento, la depresión y la percepción de apoyo social, afectan el cumplimiento en los pacientes diabéticos. La evidencia demuestra que el apoyo social proporciona mayores recursos para afrontar el evento estresante y de este modo conducir a un mejor control de esta enfermedad (Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez, 2011).

Por otra parte, se ha reportado que una baja adherencia está influenciada por un bajo nivel de conocimientos por parte del paciente (Mora, Verdecia, Rodríguez, del Pino, Guerra, 2017). Rodríguez-Venegas, Denis-Piedra, Ávila-Cabreja y Hernández-García (2021), señalan que cuanto mayor es el grado de conocimiento del paciente sobre su padecimiento, mayor es la preocupación y responsabilidad que pueda tener sobre su autocuidado.

Se ha demostrado que la autoeficacia es una variable que puede contribuir a mejorar el control de las glicemias de los pacientes, de igual forma se correlaciona positivamente con las

conductas de salud deseadas en el tratamiento de la diabetes. Incrementa la habilidad del paciente para guiar el tratamiento, de modo independiente al equipo médico (Ortiz y Ortiz, 2007).

En entonces, que las intervenciones psicológicas se encuentran encaminadas a favorecer el cumplimiento del tratamiento a través de brindar al paciente estrategias para el manejo de las condiciones psicoemocionales, cognoscitivas y comportamentales (Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2014).

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **3.1 Objetivos**

##### **3.1.1 Objetivo general:**

Realizar una revisión documental para identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

##### **3.1.2 Objetivos específicos**

- Describir los factores que influyen en la adherencia al tratamiento conforme las dimensiones definidas por la OMS y que están asociadas a la enfermedad, el tratamiento, el paciente, el contexto social, el sistema de salud y los profesionales de la salud.
- Revisar factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes o hipertensión.

La pregunta de esta investigación fue:

*¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes o hipertensión?*

### 3.3 Justificación

El número de casos de las enfermedades crónicas se ha incrementado como resultado de la transición epidemiológica, estos padecimientos requieren de un tratamiento de larga duración y de una adecuada adherencia terapéutica (Mora-Romo, 2022). Esto último es especialmente relevante, pues se estima que cerca del 50% de los pacientes presentan incumplimiento con los tratamientos (Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez, 2011). La OMS reconoce las severas repercusiones que esto representa y exhorta a los sistemas de salud para realizar investigaciones, así como implementar estrategias para disminuir este problema (Coque, 2011).

Para las enfermedades crónicas, Ortega, Sánchez, Rodríguez, y Ortega (2018), han documentado el apego al tratamiento con los siguientes porcentajes: diabetes 36-87%, hipertensión 33-84%, cáncer (tratamiento oral) 20-100%, VIH/SIDA (triple terapia) 70-80%.

Esta falta de adherencia tiene consecuencias médicas, económicas y psicosociales, como lo son la falla de respuesta terapéutica; el retraso en la curación; las recaídas; la evaluación equivocada de la efectividad del tratamiento; la utilización de medicamentos más potentes y más tóxicos. El paciente, puede presentar complicaciones y secuelas que ocasionen sufrimiento físico y psicológico, así como limitaciones que afectan de manera importante su calidad de vida. Desde el punto de vista económico, este incumplimiento representa un gasto mayor de los recursos en las instituciones de salud, (Martín, Grau, Espinosa, 2014), así como el gasto de bolsillo para el paciente.

Al ser un problema multicausal, los estudios realizados han mostrado resultados limitados (Ortega, Sánchez, Rodríguez, y Ortega, 2018). Es entonces, que se requiere llevar a cabo investigaciones que evalúen el nivel de cumplimiento terapéutico en distintos padecimientos y por cada grupo de edad, en especial, en aquellos tratamientos de larga duración y en las poblaciones más vulnerables (Hernández-Quintero, Crespo-Fernández, Trujillo-Cruz, Hernández-Quintero y Azcuy Pérez, 2021).



En nuestro país, la subvaloración de la adherencia terapéutica limitaría de manera importante el abordaje integral de las enfermedades crónicas, por tanto, surge la necesidad de dirigir investigaciones que permitan identificar las causas que afectan la adherencia al tratamiento (Torres, Ortiz, Martínez, Fernández, y Pacheco, 2019).

Con base a lo antes expuesto, surgió el interés de llevar a cabo esta revisión bibliográfica que permitió conocer los factores que contribuyen a que el paciente no cumpla con el tratamiento, incluyendo algunos de los factores que se presentan en las enfermedades crónicas como la diabetes o hipertensión.

#### **4. METODOLOGÍA**

Se llevó a cabo una investigación documental (Guirao y Silamani, 2015), enfocada en la descripción teórica de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, incluyendo a los que afectan a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. La población de estudio estuvo integrada por las investigaciones relacionadas con la adherencia al tratamiento. La unidad de análisis correspondió a las fuentes bibliográficas que describen los factores que influyen en el cumplimiento, conforme las dimensiones definidas por las OMS y a las variables que se han identificado en pacientes con diabetes e hipertensión.

Para localizar las fuentes de información, se utilizaron ecuaciones de búsqueda en bases de datos como la biblioteca en línea de la UNAM y el google académico, con palabras claves y con el uso de operadores lógicos (Gómez-Luna, et al, 2014; Riesenber y Justice, 2014). Se evaluó la calidad de la información, a través de la revisión de la estructura y contenido de las fuentes de información. De manera posterior, se realizó un análisis y síntesis de los datos (Codina, 2018; Gómez-Luna, Fernando-Navas, Aponte-Mayor, Betancourt-Buitrago, 2014).

Estos datos fueron registrados en fichas de trabajo; lo que permitió ordenar, clasificar y manejar la información (Robledo, s/f).

## 5. RESULTADOS

Se presentan los factores que han sido documentados por diversos autores y que afectan la adherencia terapéutica. Estas dimensiones corresponden a la clasificación definida por la OMS y están relacionados con la enfermedad, el tratamiento, el paciente, el contexto social, con el sistema de salud y los profesionales de la salud (Martín, Grau y Espinosa, 2014).

### **a) Factores asociados con la enfermedad.**

Gravedad de los síntomas; grado de discapacidad (física, psicológica y social); velocidad de progresión; disponibilidad de tratamientos efectivos; percepción del riesgo (Ortega, Sánchez, Rodríguez y Ortega, 2018). Enfermedad “silente” o poco sintomática; enfermedad crónica, recurrente y/o recidivante; coexistencia de otras enfermedades asociadas (Mendoza, 2021).

### **b) Factores asociados con el tratamiento.**

Formas farmacéuticas y/o envases de uso complejo; cambio del tratamiento a un medicamento genérico (Escamilla, Castañer, Benito, Ruiz, Burrull, y Sáenz, 2008). Complejidad del régimen médico; duración del tratamiento; fracasos terapéuticos anteriores; cambios constantes en el tratamiento; efectos adversos (Ortega, Sánchez, Rodríguez, y Ortega, 2018). Complejidad del régimen médico; duración del tratamiento; reacciones adversas; politerapia; incompreensión del régimen terapéutico; características organolépticas desagradables; costo de la medicación; administración oral frente a la parenteral; tratamientos profilácticos (Mendoza, 2021).

### **c) Factores asociados con el paciente.**

Sensación de no ser escuchado; dudas no resueltas; edad; enfermedades concomitantes; creencias irracionales para el uso del medicamento (que es perjudicial, que no es natural, que no se pueden tomar juntos, que son fuertes, que existe tolerancia con el tiempo); miedo por la información contenida en el instructivo del medicamento (Escamilla, Castañer, Benito, Ruiz, Burrull y Sáenz, 2008). Falta de recursos; creencias religiosas; nivel

escolar; falta de percepción en la mejora de la enfermedad; confianza en el médico; deseo de control, autoeficacia percibida (Ortega, Sánchez, Rodríguez, y Ortega, 2018). Actitud despreocupada hacia la enfermedad y/o tratamiento; escaso grado de conocimiento de la enfermedad y/o del tratamiento; desconfianza en la eficacia del tratamiento; desconocimiento de los efectos secundarios del medicamentos; escasa motivación para recuperar la salud; enfermedad percibida como poco grave; adulto mayor; nivel educativo y estatus económico bajo; desconocimiento de las consecuencias; inestabilidad emocional, depresión; mitos y creencias acerca de la enfermedad y sobre los tratamientos (sociales y religiosos); resistencia al cambio de rutina para hacer ejercicio y para cambiar el tipo de régimen alimenticio (Mendoza, 2021). Olvido; sentirse mejor; falta de tiempo (Mendoza, 2021).

**d) Factores asociados con el contexto social**

Problemas de comunicación (interfamiliares o sociales); violencia o falta de apoyo para el manejo de la enfermedad; falta de cuidador primario cuando el paciente no es independiente; escasa supervisión en la toma de la medicación; sin antecedentes familiares de esa enfermedad; vivir solo (Mendoza, 2021).

**e) Factores asociados con el sistema y los profesionales de la salud.**

El personal médico desconoce el tratamiento que toma el paciente o no conoce las interacciones (Escamilla, Castañer, Benito, Ruiz, Burrull y Sáenz, 2008). Centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes; personal de salud poco remunerado; personal de salud con carga excesiva de trabajo que llevan a consultas breves y carentes de calidad y calidez; personal de salud sin adecuada preparación; poca capacidad del sistema para educar a los pacientes; poca capacidad del sistema para y proporcionar seguimiento en enfermedades crónicas; falta de conocimiento del personal de salud sobre la adherencia; falta de conocimiento sobre intervenciones efectivas para mejorar la adherencia (Ortega, Sánchez, Rodríguez y Ortega, 2018).

En relación a pacientes con diabetes no controlada se identificó deterioro cognoscitivo (atención, memoria y funciones ejecutivas), ansiedad-insomnio. De igual forma, puntuaciones inferiores a través de la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus 2, versión III (EATDM-III), para los factores de apoyo familiar, organización-apoyo comunal, ejercicio físico, control médico, higiene y autocuidado, dieta y valoración de la condición física (Benítez-Agudelo, Barceló-Martínez, Gelves-Ospina, Díaz-Bernier, Orozco-Acosta, 2017).

Jiménez, Siverio, Chala, Brito y Armada (2017), investigaron los factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos, dentro de sus resultados se encontró que el 58.85% de estos pacientes no cumplía el tratamiento. Un seguimiento incorrecto, la prescripción inadecuada y el conocimiento insuficiente de la enfermedad y sus tratamientos por parte del profesional médicos fueron los factores que contribuyeron a la falta de adherencia. En este estudio aplicaron el test de Morisky-Green-Levine, encontrando que del total de pacientes estudiados (510), el 71.6% no cumple por olvido, el 58.3% no respeta los horarios, el 53.3% abandonó la terapia por mejoría, y el 28.3 abandonó la terapia por reacciones adversas.

Mena, Nazar y Mendoza (2017), aportaron evidencia que refuerza el papel de las variables psicológicas en el manejo de las enfermedades crónicas, en especial de la hipertensión, y confirman la importancia de la autoeficacia como un predictor de las conductas que favorecen la salud y la adherencia al tratamiento. A través de su estudio mostraron que un paciente hipertenso es adherente al tratamiento cuando tiene autoeficacia en el manejo y control de su enfermedad, presenta bajos niveles de estrés y dispone de estrategias de afrontamiento, está en conocimiento del carácter crónico de la patología, no tiene hábito tabáquico y es mayor a 50 años aproximadamente.

## 6. DISCUSIÓN

Se utilizaron bases de datos que permitieron la localización de fuentes de información primaria, de manera posterior se revisó que estos artículos cumplieran los requisitos metodológicos para ser consideradas confiables (Formiga, Baztán, Montorio, Pamplona y Rodríguez-Moliner, 2009).

Como resultado de esta búsqueda, se puede observar que los factores asociados al paciente son los que representan la mayor proporción de variables que contribuyen a la falta de adherencia al tratamiento. Dentro de esta dimensión, las variables que son de especial interés para el psicólogo son: Creencias irracionales, miedo, deseo de control, autoeficacia percibida, desconfianza, escasa motivación, inestabilidad emocional, depresión, resistencia al cambio, olvido, sentirse mejor, atención, memoria, funciones ejecutivas, ansiedad, insomnio.

En este sentido, López-Romero, Romero-Guevara, Parra y Rojas-Sánchez (2016), señalan que conforme el modelo dinámico de la adherencia, se requiere una participación activa y voluntaria por parte del paciente para la adopción de estilos de vida saludables, que favorezcan modificaciones en la dieta, en el ejercicio y en la toma de medicamentos. Es entonces, que se considera de vital importancia que el régimen terapéutico sea individualizado y evaluado de manera integral; de igual forma, que se involucren las creencias y el contexto social del paciente.

Galindo, Mendoza-Contrera, Penedo, Flores, Bobadilla y Bargalló (2022), señalan que la autoeficacia representa un aspecto fundamental para adaptarse a un régimen terapéutico complejo y a largo plazo.

Dentro de las intervenciones centradas en el paciente y que favorecen el cumplimiento del tratamiento se pueden mencionar: el automonitoreo, fijación de metas, control de estímulos, retroalimentación correctiva, contrato comportamental, incremento con el compromiso, apoyo social, refuerzo y prevención de recaídas.

La OMS (2004, p. 163), señala que es competencia del psicólogo en materia de adherencia al tratamiento:

- a) La evaluación del riesgo de no adherencia relacionada con los atributos del paciente, relacionados con la enfermedad y el tratamiento, el contexto social de la enfermedad y los factores del personal de salud y el sistema de salud;
- b) La evaluación y el tratamiento de las comorbilidades de salud mental que adicional al riesgo para la no adherencia;
- c) Las intervenciones específicas cognitivas, motivacionales y comportamentales para aumentar la capacidad de los pacientes para atender su propia enfermedad o para disminuir el riesgo de enfermar.
- d) La intervención para la prevención de recaídas para asistir en el mantenimiento a largo plazo del tratamiento;
- e) Las intervenciones de educación continua con otros profesionales de la salud que capacitan en las habilidades de comunicación, el aumento de la motivación y la modificación del comportamiento; y
- f) Contribuir en las intervenciones de sistemas orientadas a mejorar la aceptabilidad de los tratamientos.

Con relación a las intervenciones de educación continua, es una necesidad que los profesionales de la salud se capaciten específicamente para lograr la adherencia terapéutica de los pacientes. Este adiestramiento debe considerar la información específica de este tema, el proceso clínico para la toma de decisiones y las herramientas comportamentales. Se considera que establecer una comunicación efectiva con el paciente es fundamental para alcanzar esta meta (Mendoza Reyes, 2021).

Esta revisión presenta limitaciones en cuanto a contenido, ya que se requiere de una búsqueda más amplia de los factores neuropsicológicos. En este sentido, se sugiere realizar investigaciones en relación a la memoria, atención y funciones ejecutivas, así como de las

variables relacionadas con el contexto social del paciente, que permitan una identificación temprana de los factores que predisponen a la falta de adherencia al tratamiento (Cerezo, 2013; Benítez-Agudelo, Barceló-Martínez, Gelves-Ospina, Díaz-Bernier y Orozco-Acosta, 2017).

## CONCLUSIONES

- La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) es un problema de salud pública, que requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, psicólogos, farmacéuticos, nutriólogos, trabajadores sociales), investigadores, gestores sanitarios e industria farmacéutica (Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán, 2009).
- Entre los factores psicológicos que se han documentado en relación a la adherencia al tratamiento, se encuentran las creencias, las expectativas sobre la enfermedad y el tratamiento, la percepción de riesgo, la autoeficacia, por mencionar sólo algunos (Covadonga, 2016).
- Para contribuir al cumplimiento de la terapia, el psicólogo debe de intervenir en las barreras cognitivas, motivacionales, emocionales y comportamentales, para favorecer el autocuidado de la salud y la modificación de comportamientos de riesgo (OMS, 2004).
- Se requiere de un programa intensivo para modificar la conducta del paciente con ECNT, así como de esfuerzos adicionales para hacer un cambio en su ambiente (OMS, 2004).
- El sistema de salud necesita desarrollar en el personal sanitario las habilidades que le permitan una comunicación efectiva y una actitud empática con el paciente, de tal forma que este último se involucre con la terapia y en la adopción de estilos de vida saludables (Mendoza, 2021).
- Es conveniente definir estrategias para favorecer el cumplimiento del tratamiento en cada una de las dimensiones definidas por la OMS (Cruz-Guillén, 2013), principalmente en las relacionadas con el paciente.



**REFERENCIAS:**

Benítez-Agudelo, J.C., Barceló-Martínez, E., Gelves-Ospina, M., Díaz-Bernier, A., Orozco-Acosta, E. (2017). Influencia de las variables neuropsicológicas y psicológicas en la adherencia al tratamiento en la DM2. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 18 (2), 39-50.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2017/rmn172e.pdf>

Cerezo, K. (2013). *Funcionamiento ejecutivo y su asociación con factores relacionados con la adherencia terapéutica en la diabetes mellitus tipo 2*. [Tesis de doctorado, UNAM].

<http://132.248.9.195/ptd2013/octubre/0702155/0702155.pdf>

Chavarría, O. (2018). *“Intervención Cognitivo Conductual para la Promoción de Adherencia Terapéutica y Regulación Autonómica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2”*. [Tesis de licenciatura, UNAM].

<http://132.248.9.195/ptd2018/junio/0775579/0775579.pdf>

Codina, L. (2018). *Revisiones bibliográficas sistematizadas*.

[https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/34497/Codina\\_revisiones.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/34497/Codina_revisiones.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Coque, L. (2011). *Factores Personales que Influyen en la Adherencia al Tratamiento de Pacientes Hipertensos que acuden al Servicio de Cardiología del Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo Marzo del 2011*. [Tesis de licenciatura, UTA].

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3154/1/TESIS%20GRADUACION.pdf>

Covadonga, A. (2016). *Construcción y validación de un instrumento de evaluación de la adherencia a tratamientos en personas con enfermedad crónica en atención primaria de salud*. [Tesis de doctorado, Universidad de Oviedo].

[https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/39201/TD\\_AnaCovadongaGonzalezPisano.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/39201/TD_AnaCovadongaGonzalezPisano.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Cruz-Guillén, Y. (2013). *Psicoeducación: Estrategia para aumentar la adherencia terapéutica para el control de peso en mujeres con obesidad*. [Tesis de maestría, UASL].

<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/3190/MSP1PEA01301.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. y Sacristán, J.A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora, *Aten Primaria*, 41 (6), 342-348. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656709001504>

Escamilla, J.A., Castañer, O., Benito, S., Ruiz, E., Burrull, M. y Sáenz, N. (2008). Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedcados, un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*, 40 (2), 81-85. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13116154>

Formiga, F., Baztán, J.J., Montorio, I., Pamplona, R. y Rodríguez-Molinero, A. (2009). *Cómo escribir y evaluar un artículo científico para la Revista Española de Geriatría y Gerontología*. <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0211139X09002881&r=124>

- Galindo, O., Mendoza-Contrera, L.A., Penedo, F.J. Flores, J.F., Bobadilla, R. y Bargalló, E. (2022). Escala de Adherencia Terapéutica para tratamiento de Cáncer de Mama (EAT-CaMa): Una evaluación multidimensional. *Psicooncología*, 19 (1), 123-137.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/80802/4564456559976>
- Gómez-Luna, E., Fernando-Navas, D., Aponte-Mayor, G., Betancourt-Buitrago, L.A. (2014). Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización, *Dyna*, 81 (184), 158-163.  
<https://www.redalyc.org/pdf/496/49630405022.pdf>
- Grau, J. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad*, 7 (2), 138-166.  
<https://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576002.pdf>
- Hernández-Quintero, L., Crespo-Fernández, D.A., Trujillo-Cruz, L., Hernández-Quintero, L.M. y Azcuy Pérez, M. (2021). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay*, 11 (3), 279-286. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v11n3/2221-2434-rf-11-03-279.pdf>
- Jiménez, L., Siverio, D., Chala, J.M., Brito, Y. y Armada, Z. (2017). Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo. *CorSalud*, 9 (1), 10-18.  
<http://scielo.sld.cu/pdf/cs/v9n1/cs02117.pdf>

- López-Romero, L., Romero-Guevara, S., Parra, D., y Rojas-Sánchez, L. (2016). Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Hacia promoc. salud*, 21(1), 117-137.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>
- Martín, L.A., Grau, J.A. y Espinosa, A.D. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40 (2). <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2014.v40n2/222-238/es>
- Martínez-Domínguez, G.I., Martínez-Sánchez, L.M., Lopera-Valle, J.S. y Vargas-Grisales, N. (2016). La importancia de la adherencia terapéutica. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 14 (2), 107-116.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3755/375546666003.pdf>
- Mena, F.C., Nazar, G. y Mendoza, S. (2017). Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. *Hacia promoc. Salud*, 23 (2), 67-78. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v23n2/0121-7577-hpsal-23-02-00067.pdf>
- Mendoza, R. (2021). La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y Ética*, 32 (4), 897-921.  
<https://revistas.anahuac.mx/bioetica/article/view/994/1079>
- Mora, G.R., Verdecia, K., Rodríguez, T.M., del Pino, B.N. y Guerra, C. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33 (3), 270-280.  
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n3/mgi01317.pdf>

Mora-Romo, J. F. (2022). Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: Estudio de meta-análisis. *Psicumex*, 12, 1-26.

<https://psicumex.unison.mx/index.php/psicumex/article/view/493/345>

OMS. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción.*

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

Orozco-Gómez, A.M. y Castiblanco-Orozco, L. (2014). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24 (1), 203-207. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v24n1/v24n1a13.pdf>

Ortega, J.J., Sánchez, D. Rodríguez, O.A. y Ortega, J.M. (2018). Adherencia terapéutica un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16 (3), 226-232.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n3/1870-7203-amga-16-03-226.pdf>

Ortiz, M. y Ortiz E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Méd Chile*, 135, 647-652.

<https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>

Ortiz, M. Ortiz, E. Gatica, A. y Gómez, D. (2011). *Terapia psicológica*, 29 (1), 5-11.

<https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art01.pdf>

Pedraza-Banderas, G.L., Vega, C.Z. y Nava, C. (2018). Versión actualizada de la escala de adherencia terapéutica. *Revista Digital Internacional de psicología y Ciencia Social*, 4 (2), 214-232. <https://cuved.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs/article/view/186/347>

Robledo, C. (s/f). *Técnicas y Proceso de Investigación*.

<https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/fichas-de-trabajo.pdf>

Rodríguez-Venegas, E.C., Denis-Piedra, D.A., Ávila-Cabreja, J.A. y Hernández-García, O.L.

(2021). Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.

*Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37 (4), 1-18.

<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v37n4/1561-3038-mgi-37-04-e1477.pdf>

Patiño, J. (2019). *Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2: Una intervención cognitivo-conductual*. [Tesis de Maestría, UACJ].

<http://erecursos.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/5423/Tesis%20Joel%20Adam%20Pati%C3%B1o%20Plata.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Ramos, L.E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascul*, 16 (2), 175-189.

<http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v16n2/ang06215.pdf>

Riesenverg, L.A. y Justice, E.M. (2014). Revisión sistema de la bibliografía (parte 1), *Nursing*, 31 (6), 61-64. <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538214002118>

Torres, A., Ortiz, Y., Martínez, H., Fernández, Y.N. y Pacheco, D. (2019). Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. Multimed. *Revista Médica*.

*Granma*, 23 (1), 1-10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2019/mul191a.pdf>

- Salinas, J.L., Espinosa, V. y González, H.E. (2014). Características psicométricas de una escala de adherencia al tratamiento de diabetes mellitus II e hipertensión en una muestra de pacientes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17 (3), 905-929.  
<https://ru.iztacala.unam.mx/files/original/02f18f7d1a8afeb4d2120c69f357bdf8.pdf>
- Guirao, G. y Silamani, J.A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene*, 9 (2).  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2015000200002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002)
- Soria, R., Ávila, D. I., Vega, Z. y Nava, C. (2012). Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Alternativas en psicología*, 26, 78-84.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v16n26/n26a08.pdf>
- Vargas, M., Herrera, C. y Rocha, L. (2018). Aportes para el abordaje interdisciplinar de la adherencia al tratamiento. *Acta Médica Colombina*, 43 (1), 37-41.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v43n1/0120-2448-amc-43-01-00037.pdf>
- Vergara S.N., Chavarría, O.A., Rodríguez, D.A., Domínguez, B y Zamudio, P. (2019). Intervención cognitivo-conductual para promover adherencia terapéutica y regulación autónoma en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 29 (2), 207-217. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2587/4480>
- Zavala, A. (2018). *Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con obesidad*. [Tesis de licenciatura, UNAM].  
<https://ru.iztacala.unam.mx/files/original/09adbea2e88d8318187158d5b11a2fd5.pdf>