

Adherencia terapéutica en América Latina: prevalencia y factores asociados en enfermedades cardiovasculares y salud mental

Miguel Ángel Carrasco García^{1,2,3,a,*}; Bárbara Klett Aparicio^{1,2,3,b}

1 Universidad Austral de Chile. Santiago, Chile.

2 Universidad Internacional de Cataluña. Barcelona, España.

3 Clínica Alemana de Valdivia. Valdivia, Chile.

^a Médico cirujano, especialista en salud pública, gerontólogo clínico, doctor en Comunicación; ^b ingeniera, máster en Innovación, doctora en Comunicación.

RESUMEN

Menos de la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas cumplen adecuadamente sus tratamientos, con importantes consecuencias clínicas y sanitarias para los individuos y los sistemas de salud. Esta revisión tuvo como objetivo describir la prevalencia de adherencia terapéutica en enfermedades cardiovasculares y salud mental en Latinoamérica, identificar factores protectores y de riesgo y comparar los hallazgos entre países. Se realizó una búsqueda entre enero y marzo de 2026 en PubMed (MEDLINE), SciELO, LILACS (BVS/BIREME), Scopus y Redalyc. Se incluyeron 93 estudios publicados entre 2015 y 2026.

Las prevalencias de no adherencia fueron elevadas y heterogéneas. En México, alcanzaron el 92,8% en diabetes *mellitus* tipo 2; en Chile, oscilaron entre 76% y 86% en pacientes con enfermedades crónicas múltiples; en Perú, la no adherencia al tratamiento antihipertensivo varió entre 59,1% y 85%; y en Argentina, el 52% de los pacientes hipertensos abandonó el tratamiento a los seis meses. En Brasil, un metaanálisis nacional estimó una adherencia al tratamiento antihipertensivo del 44,4% (IC 95%: 39,1-50,0), equivalente a una no adherencia aproximada del 55,6%. Los factores protectores más consistentes fueron la calidad de la relación médico-paciente, la mayor escolaridad, el apoyo familiar y el seguimiento farmacéutico comunitario. Entre los principales factores de riesgo se identificaron el olvido, la depresión como comorbilidad, vivir solo y las barreras lingüísticas y geográficas. Las intervenciones con mejores resultados incluyeron la entrega multimensual de medicamentos, las alertas digitales y el seguimiento farmacéutico comunitario.

La adherencia terapéutica en América Latina es un fenómeno estructural, multicausal y dinámico que trasciende el comportamiento individual. Su abordaje requiere estrategias multidimensionales orientadas a mejorar la educación sanitaria, el apoyo social, la relación médico-paciente, la continuidad asistencial y el acceso a medicamentos, considerando las particularidades sociales y culturales de cada contexto.

Palabras clave: Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; América Latina; Enfermedades Cardiovasculares; Salud Mental; Factores de Riesgo; Sistemas de Salud (Fuente: DeCS BIREME).

Treatment adherence in Latin America: prevalence and associated factors in cardiovascular diseases and mental health disorders

ABSTRACT

Fewer than half of patients with chronic diseases in middle-income countries adhere adequately to their treatments, with significant clinical and public health consequences for both individuals and healthcare systems. This narrative review aimed to describe the prevalence of treatment adherence in cardiovascular diseases and mental health disorders in Latin America, identify protective and risk factors, and compare findings across countries. A literature search was conducted between January and March 2026 in PubMed (MEDLINE), SciELO, LILACS (BVS/BIREME), Scopus, and Redalyc. A total of 93 studies published between 2015 and 2026 were included.

Prevalence rates for non-adherence were high and heterogeneous. In Mexico, nonadherence rates reached 92.8% among patients with type 2 diabetes mellitus; in Chile, they ranged from 76% to 86% among patients with multiple chronic conditions; in Peru, nonadherence to antihypertensive treatment ranged from 59.1% to 85%; and in Argentina, 52% of patients with hypertension discontinued treatment after six months. In Brazil, a national

Correspondencia:

Miguel Ángel Carrasco García
micarrasco@alemana.cl

Recibido: 16/4/2026

Evaluated: 18/5/2026

Aprobado: 28/5/2026



Esta obra tiene licencia de Creative Commons. Artículo en acceso abierto. Atribución 4.0 Internacional.

meta-analysis estimated adherence to antihypertensive treatment at 44.4% (95% CI, 39.1-50.0), corresponding to an estimated nonadherence rate of 55.6%. The most consistent protective factors were the quality of the physician-patient relationship, higher educational attainment, family support, and community pharmacy follow-up. The predominant risk factors included forgetfulness, comorbid depression, living alone, and linguistic and geographic barriers. The most effective interventions were multi-month medication dispensing, digital alerts, and community pharmacy follow-up.

Treatment adherence in Latin America is a structural, multifactorial, and dynamic phenomenon that extends beyond individual behavior. Addressing this issue requires multidimensional strategies aimed at improving health education, social support, the physician-patient relationship, continuity of care, and access to medications, while taking into account the social and cultural specificities of each context.

Keywords: Treatment Adherence and Compliance; Latin America; Cardiovascular Diseases; Mental Health; Risk Factors; Health Systems (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La adherencia terapéutica es un concepto fundamental en el manejo de las enfermedades crónicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como el grado en que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario ⁽¹⁾; en ese sentido, enfatiza un modelo de colaboración activa frente al término cumplimiento, que implica obediencia pasiva ⁽²⁾. El concepto de persistencia, entendido como el tiempo durante el cual el paciente continúa el tratamiento, complementa el de adherencia, ya que los resultados clínicos dependen tanto de la correcta toma de la medicación como de su continuidad en el tiempo ⁽³⁾.

La falta de adherencia terapéutica constituye un problema de salud pública. En los países de altos ingresos, aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas no son adherentes, proporción que aumenta en los países de ingresos medios y bajos ^(4,5). Sus consecuencias incluyen mayor mortalidad y morbilidad, progresión de las enfermedades, resistencia a los fármacos y elevados costos sanitarios; por ejemplo, solo en Estados Unidos se estiman pérdidas anuales superiores a los 100 000 millones de dólares ⁽⁶⁾. Asimismo, la falta de adherencia puede comprometer la seguridad terapéutica del paciente al conducir a incrementos innecesarios en la intensidad del tratamiento ⁽⁷⁾.

En América Latina persiste una doble carga epidemiológica, debido a la coexistencia de enfermedades infecciosas con un aumento de las enfermedades crónicas propio del envejecimiento poblacional ⁽⁸⁾. En 2021, la prevalencia estandarizada de enfermedad cardiovascular fue del 7,0%, con 4,1 millones de casos nuevos anuales ⁽⁹⁾, mientras que el control de los factores de riesgo continúa siendo subóptimo. En Estados Unidos y Canadá, el 43% de los pacientes con hipertensión arterial logra un control adecuado de su presión, mientras que en América Latina esta cifra alcanza solo el 23% ⁽¹⁰⁾.

En salud mental, una de cada cuatro personas en la región experimentará algún trastorno a lo largo de su vida. La prevalencia de depresión aumentó del 3,5% en 2000 al 4,4% en 2021, y el 7,3% de la población presentaba un trastorno de ansiedad durante ese último año ⁽¹¹⁾. Al respecto, el acceso a servicios especializados es limitado: la región cuenta con 3,4

psiquiatras, frente a 18 por cada 100 000 habitantes en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), y la mayoría de las naciones destina menos del 3% de sus presupuestos de salud a esta área ⁽¹²⁾.

El problema de la adherencia terapéutica es multifactorial y complejo. La OMS clasifica sus determinantes en cinco dimensiones: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema sanitario, la terapia, la patología y el paciente ⁽⁴⁾, los cuales serán analizados a lo largo de esta revisión.

En ese sentido, la presente revisión narrativa tiene como objetivos describir la prevalencia de adherencia terapéutica en las principales patologías crónicas en América Latina, específicamente las enfermedades cardiovasculares y los trastornos de salud mental; identificar los factores asociados con una buena o mala adherencia, organizados según sus niveles de influencia; y comparar entre países las principales patologías, sus prevalencias y los factores involucrados.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó una revisión narrativa conforme a la escala Sanra (Scale for the Assessment of Narrative Review Articles) y siguiendo, además, las orientaciones de Prisma-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews) en los ítems aplicables a revisiones de alcance temático amplio. El protocolo no fue registrado con anterioridad.

Las búsquedas se realizaron entre enero y marzo de 2026 en PubMed (MEDLINE), SciELO, LILACS (BVS/BIREME), Scopus y Redalyc. Se emplearon operadores booleanos (AND/OR), adaptados a cada base de datos, y se complementó la búsqueda mediante la revisión manual de repositorios institucionales latinoamericanos y de las listas de referencias de los artículos seleccionados, con el fin de identificar literatura gris, incluidas tesis de pre- y posgrado. Tras la revisión de títulos y resúmenes, la evaluación de los textos completos y la aplicación de los criterios de elegibilidad, se incluyeron 93 estudios.

- La estrategia de búsqueda combinó, en español, inglés y portugués, los términos “adherencia terapéutica”, “cumplimiento terapéutico”, “medication adherence”, “treatment adherence” y “adesão ao tratamento”, cruzados con términos relacionados con hipertensión,

diabetes, dislipidemia, enfermedad cardiovascular, salud mental, depresión, ansiedad y polifarmacia. Asimismo, se incorporaron los términos “factores asociados” y el nombre de cada país latinoamericano.

Se incluyeron estudios realizados en países de América Latina, incluidos México y los países de Centroamérica, publicados entre enero de 2015 y marzo de 2026, en español, inglés o portugués, que emplearan metodologías cuantitativas, cualitativas o revisiones sistemáticas, y abordaran hipertensión arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, enfermedades cardiovasculares o trastornos de salud mental. Se excluyeron los estudios realizados fuera de América Latina, aquellos centrados exclusivamente en intervenciones sin reporte de prevalencia o factores asociados, las cartas al editor u opiniones sin datos originales y los estudios realizados exclusivamente en población pediátrica.

La selección de los estudios se realizó en tres fases: identificación de los registros y eliminación de duplicados, tamizaje de títulos y resúmenes por dos investigadores independientes y evaluación del texto completo de los estudios preseleccionados. Las discrepancias se resolvieron mediante consenso o con la participación de un tercer investigador.

Dada la heterogeneidad metodológica y clínica de los estudios incluidos, se optó por una síntesis narrativa organizada por país y por nivel de factores —individual, psicosocial, del sistema de salud, relacional y estructural—, la cual se presenta mediante tablas comparativas y texto continuo.

Al tratarse de una revisión de literatura publicada, no se requirió la aprobación por un comité de ética.

DESARROLLO

Características generales de los estudios incluidos

Se incluyó un total de 84 estudios publicados entre 2015 y 2026. La distribución geográfica refleja la desigualdad en la producción científica sobre el tema: 54 estudios (64,3%) provinieron de América del Sur, 22 (26,2%) de México y Centroamérica y solo 8 (9,5%) del Caribe (República Dominicana, Haití y Cuba). Países como Paraguay y Belice no registraron estudios elegibles, lo que constituye una brecha de evidencia relevante.

En cuanto al diseño metodológico, la mayoría fueron estudios transversales u observacionales ($n = 52$; 61,9%), lo que limita el establecimiento de causalidad y temporalidad. Le siguieron las revisiones sistemáticas o de alcance ($n = 14$; 16,7%), los estudios cualitativos ($n = 6$; 7,1%), los ensayos clínicos o intervenciones ($n = 5$; 6,0%), las validaciones de instrumentos ($n = 3$; 3,6%) y los informes institucionales ($n = 4$; 4,8%). Un hallazgo llamativo es que el 40,5% de los estudios ($n = 34$) se publicó entre 2024 y 2026, lo que evidencia el creciente interés académico en la adherencia terapéutica en la región durante el período pospandemia.

Respecto a las patologías abordadas, la hipertensión arterial (HTA) fue la más estudiada ($n = 38$; 45,2%), seguida por la

diabetes *mellitus* tipo 2 ($n = 24$; 28,6%) y las enfermedades crónicas múltiples ($n = 10$; 11,9%). Los trastornos de salud mental, como depresión, ansiedad y trastornos psicóticos, representaron el 7,1% ($n = 6$), mientras que el VIH/sida concentró el 4,8% ($n = 4$) y otras patologías, como glaucoma, anemia infantil, asma, enfermedad renal crónica, tuberculosis y cáncer, el 2,4% ($n = 2$). Esta distribución ratifica la centralidad de las patologías cardiovasculares y metabólicas en la investigación sobre adherencia en Latinoamérica. En cuanto al tipo de fuente, el 73,8% correspondió a artículos de revista indexada ($n = 62$), complementados con informes institucionales ($n = 9$; 10,7%), tesis universitarias ($n = 8$; 9,5%) y documentos de consenso de sociedades científicas ($n = 5$; 6,0%).

Adherencia en América del Sur

Las prevalencias de no adherencia terapéutica en América Latina fueron elevadas, aunque con variaciones importantes según el país, el contexto clínico y el instrumento de medición utilizado.

En Argentina, el 52% de los pacientes hipertensos abandonaba el tratamiento a los seis meses de iniciarlo, mientras que la adherencia global en diabetes *mellitus* tipo 2 oscilaba entre 54,8% y 61,71%⁽¹³⁻¹⁵⁾. Los factores protectores más consistentes fueron la edad avanzada, la actividad física, la buena comunicación médico-paciente y el seguimiento farmacéutico comunitario⁽¹⁶⁻²⁰⁾; entre los factores de riesgo destacaron el olvido, la depresión, la polifarmacia y la fragmentación de los cuidados^(16,19,21,22).

En Bolivia, el 61% de los pacientes hipertensos reportaba olvido ocasional y el 44% abandonaba la medicación al sentirse bien; en adultos mayores de Sopachuy, solo el 27% poseía un buen conocimiento sobre su tratamiento^(23,24). Los factores protectores incluyeron hablar castellano, recibir información clara y contar con apoyo familiar, mientras que las barreras idiomáticas y el bajo conocimiento de la enfermedad constituyeron los principales factores de riesgo, lo que evidencia un problema multicausal más que individual⁽²⁵⁻²⁸⁾.

En Brasil, la adherencia al tratamiento antihipertensivo se estima en 44,4% según un metaanálisis nacional, y en diabetes oscila entre 47% (insulinoterapia) y 52% (farmacoterapia oral)⁽²⁸⁻³¹⁾. La religiosidad, el apoyo familiar y la actividad física actúan como factores protectores, mientras que el abuso de alcohol, las complicaciones como la amputación y la polifarmacia son barreras persistentes; la creencia en el medicamento fue el predictor más potente de adherencia ($OR = 9,65$)^(29,32,33). En salud mental, un estudio con 300 usuarios de dos centros de atención psicosocial en Curitiba encontró que solo el 51% se adhería a la terapéutica medicamentosa, con menor adherencia entre quienes tenían ingresos bajos, percepción de salud regular o mala, diagnóstico de depresión asociado a otro trastorno y antecedente de intento de suicidio.

En Chile, la adherencia farmacológica en el Programa de Salud Cardiovascular fue de solo 37,3%, mientras que en la Región Metropolitana alcanzó el 54%, siendo el olvido la principal causa de no adherencia (70,5%)^(34,35). En diabetes *mellitus* tipo

2, la adherencia autorreportada fue del 44% y se asoció con el apoyo social y la autoeficacia ^(36,37). En poblaciones mapuches, la adherencia se manifestó como “incompleta y fragmentada” debido a barreras culturales y estructurales ⁽³⁸⁾. En salud mental, el 41% de los usuarios de psicofármacos presentó polifarmacia, con un elevado uso *off-label* de quetiapina (77%); el apoyo familiar y la confianza en el equipo de salud fueron factores protectores clave ⁽³⁹⁻⁴¹⁾.

En Colombia, la adherencia en HTA es del 39,4% en Neiva, donde la baja escolaridad constituye el principal factor de riesgo, y del 71,8% en Medellín ^(42,43). En diabetes *mellitus* tipo 2 alcanza el 79%; la funcionalidad familiar y un estilo de vida favorable son factores protectores, mientras que el régimen subsidiado y la insulino terapia son factores de riesgo ⁽⁴²⁻⁴⁴⁾. La simplificación del tratamiento mediante terapia combinada mejora la adherencia en la región ⁽⁴⁵⁾.

En Ecuador, la no adherencia en HTA se asocia con factores genéticos y socioeconómicos, el carácter asintomático de la enfermedad y la falta de seguimiento profesional ⁽⁴⁶⁾. En diabetes *mellitus* tipo 2, la no adherencia alcanza entre 56,25% y 62%, con el apoyo familiar y el conocimiento de la enfermedad como factores protectores; los síntomas depresivos triplican el riesgo de no adherencia, mientras que el apoyo social mejora el control glucémico ^(47,48). En salud mental, el 60,1% de los pacientes con trastornos mentales presenta baja adherencia a los psicofármacos, más frecuente en mujeres (35,3% frente a 24,8%), sin diferencias según el tipo de medicación ⁽⁴⁹⁾.

En Perú, la no adherencia en HTA alcanza el 85% en un hospital nacional de Lima, el 59,1% en Lima Norte y el 52,7% en Chiclayo, con el autoconocimiento deficiente y el bajo nivel educativo como factores de riesgo consistentes ⁽⁵⁰⁻⁵³⁾. En diabetes *mellitus* tipo 2, la disfunción familiar (OR = 26,18) y el conocimiento inadecuado (OR = 23,57) son los principales factores de riesgo ⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾. En salud mental, la adherencia al tratamiento en depresión es del 40,1%, con un 72% de abandono; la psicoeducación estructurada, la edad mayor de 60 años y el estado civil casado son factores protectores, y en el trastorno bipolar la comorbilidad con consumo de sustancias alcanza el 1,8% ^(57,58).

En Uruguay, la adherencia en insuficiencia cardíaca alcanza el 58,8% y, en diabetes *mellitus* tipo 2, el 56% reporta buena adherencia farmacológica, aunque la adherencia integral, incluidos los cambios en los hábitos de vida, es deficiente ⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾. La validación del cuestionario Martin-Bayarre-Grau en hipertensión mostró buena consistencia interna, identificando el cumplimiento medicamentoso y los acuerdos con el médico como determinantes ⁽⁶²⁾. Por otro lado, la Receta Digital Nacional busca mejorar el acceso a la medicación; a pesar de ello, se establece que el apoyo familiar y del equipo de salud son factores protectores, mientras que las dificultades relacionadas con la alimentación y el acceso a especialistas constituyen barreras clave ^(60,61,63).

En Venezuela, en pacientes con enfermedad renal crónica, los imaginarios sociales negativos y la relación hostil con el personal hospitalario dificultan la adherencia, mientras que el apoyo social y las creencias religiosas son factores protectores; la polipíldora emerge como una estrategia de simplificación ^(64,65). En pacientes con hipertensión o diabetes, la no adherencia alcanza el 89,54% según Morisky-Green-Levine y el 63,50% según SMAQ, asociada con una edad menor de 50 años y polimedicación ⁽⁶⁶⁾. En el estado Miranda, la adherencia fue del 71,9% en diabetes y del 83,1% en hipertensión, pero solo el 39,2% y el 31,1%, respectivamente, lograron control metabólico ⁽⁶⁷⁾. La adherencia también se asocia con un menor riesgo de pie diabético, siendo el sexo femenino un factor protector ⁽⁶⁸⁾.

En Cuba, un estudio realizado en Ciego de Ávila reportó un 62% de no adherencia antihipertensiva y un 22% de adherencia parcial, siendo el olvido (48,4%), la falta de disponibilidad de medicamentos (25,8%) y el alivio de los síntomas (16,1%) las principales causas; otro estudio encontró solo un 51% de cumplimiento adecuado ^(69,70). El conocimiento adecuado sobre la enfermedad y el estado civil casado son factores protectores, mientras que la falta de conocimiento (72%) y las comorbilidades (64%) son factores de riesgo, lo que subraya la necesidad de intervenciones educativas y de simplificación terapéutica ^(71,72).

La Tabla 1A presenta de forma comparativa las prevalencias de buena adherencia y los factores protectores identificados en cada país de América del Sur. La Tabla 1B sintetiza las prevalencias de no adherencia y los factores de riesgo correspondientes.

Tabla 1A. Adherencia terapéutica en América del Sur: patologías, prevalencia de buena adherencia y factores protectores

País	Principales patologías	Prevalencia de buena adherencia	Factores protectores
Argentina	HTA, DM2, dislipidemia	61,71% para DM2; 48% para HTA	Calidad de la comunicación médico-paciente, monoterapia, actividad física y red de apoyo familiar ^(13-16,21,22,73-75)
Bolivia	HTA	68% (posintervención farmacéutica)	Instrucción verbal en lengua nativa, seguimiento farmacoterapéutico comunitario ^(20,23-26,76)

Adherencia terapéutica en América Latina: prevalencia y factores asociados en enfermedades cardiovasculares y salud mental

País	Principales patologías	Prevalencia de buena adherencia	Factores protectores
Brasil	HTA, DM2, salud mental	44,4% (metaanálisis nacional de HTA); 51% (salud mental)	Mayor escolaridad, continuidad del equipo de salud, educación sanitaria, integración con actividad física ^(27-33,77)
Chile	HTA, DM2, salud mental	54% (HTA)	Edad avanzada, apoyo familiar, seguimiento por técnicos paramédicos, programas de fidelización ^(34-41,78,79)
Colombia	HTA, DM2	39,4% (HTA en programa cardiovascular)	Mayor escolaridad, menos de 3 medicamentos al día, control metabólico adecuado ^(42,43,45,80)
Ecuador	HTA, DM2, VIH, salud mental	54,2%; +22% de retención (entrega multimensual); 39,9% (salud mental)	Sexo femenino, mayor tiempo de diagnóstico, percepción positiva de atención, intervención educativa, entrega multimensual, sin diferencias por tipo de medicación en salud mental ^(46-49,81)
Paraguay	—	—	No se identificaron estudios
Perú	HTA, DM2, salud mental	40,9% (HTA); 59,9% (depresión)	Acceso a medicamentos, cumplimiento horario, sexo femenino, psicoeducación estructurada y estado civil casado en salud mental ^(50-59,82,83)
Uruguay	IC, HTA	58,8% (IC); mejora con alertas digitales	Mejor calidad de vida, incentivos institucionales a los logros sanitarios, intervención de enfermería, alertas automáticas digitales ⁽⁶⁰⁻⁶⁴⁾
Venezuela	Riesgo cardiovascular	Sin datos cuantitativos	Simplificación del tratamiento (polipíldora), apoyo familiar ^(44,65-68)

HTA: hipertensión arterial; DM2: diabetes *mellitus* tipo 2; IC: insuficiencia cardíaca; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Tabla 1B. No adherencia terapéutica en América del Sur: patologías, prevalencia y factores de riesgo

País	Principales patologías	Prevalencia de no adherencia	Factores de riesgo
Argentina	HTA, prevención posinfarto	52% abandono HTA a los seis meses; 58% no adherencia posinfarto	Vivir solo, aumento de copago, subestimación del riesgo, barreras de navegación del sistema, fatiga del sistema ^(13,15-19,22,73,75)
Bolivia	Enfermedades crónicas	↑40% abandono	Instrucción escrita exclusiva en idioma no nativo, factores socioeconómicos, polifarmacia ^(20,23,24,76)
Brasil	DM2, HTA, salud mental	>80% no adherencia DM2; 55,6% HTA; 49% (salud mental)	Olvido, efectos adversos de los fármacos, bajo nivel educativo, escasos recursos, creencias negativas, polifarmacia, ingresos bajos y antecedente de intento de suicidio (salud mental) ^(27-31,33,77)
Chile	ECNT múltiples, salud mental	76%-86% (crónicos múltiples); 70% (salud mental)	Olvido, efectos adversos, bajo conocimiento, falta de acceso, aislamiento social, sexo masculino, “adherencia incompleta y fragmentada” (indígenas) ^(34,38-41,78,79)
Colombia	HTA, riesgo cardiovascular	60,6% HTA	Edad adulta, altos costos, largos tiempos de espera, barreras administrativas ^(42,43,45,80)

País	Principales patologías	Prevalencia de no adherencia	Factores de riesgo
Ecuador	HTA, DM2, salud mental	45,8%; 60,1% (salud mental)	Falta de seguro, costo de medicamentos, acceso limitado, depresión no tratada, mayor frecuencia en mujeres (salud mental) ^(46-48,81)
Paraguay	—	—	No se identificaron estudios
Perú	HTA, glaucoma, salud mental	59,1% HTA; 69,8% glaucoma; 72% abandono (depresión)	Interrupción por mejoría percibida, dependencia para administración, disfunción familiar, depresión (90,2%), factores socioeconómicos, comorbilidad con consumo de sustancias en trastorno bipolar (1,8%) ^(50-59,82-85)
Uruguay	HTA, IC	42% abandono HTA; 41,2% IC	Olvido, vivir solo (OR: 3,5), depresión, polifarmacia, discordancia entre dispensación y consumo real ⁽⁶⁰⁻⁶⁴⁾
Venezuela	Enfermedad renal crónica, cáncer	Sin datos cuantitativos	Escasez de medicamentos, barreras económicas, dificultades estructurales, intercambio informal de medicamentos ^(44,65-68)

ECNT: enfermedades crónicas no transmisibles; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardíaca; DM2: diabetes *mellitus* tipo 2; OR: *Odds ratio*.

Adherencia en México, Centroamérica y el Caribe

La situación en México, Centroamérica y el Caribe muestra una heterogeneidad marcada, condicionada tanto por la robustez de los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica como por la diversidad de contextos clínicos y socioeconómicos.

En México, un metaanálisis reportó que el 92,8% de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 presentaba una adherencia muy baja o baja, mientras que un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) encontró mala adherencia en el 61,8%, asociada con ansiedad ($p = 0,038$) ^(86,87). En HTA, la Ensanut (encuesta nacional de salud y nutrición) del 2022 reveló una prevalencia del 47,8%, con un 65,5% de personas sin diagnóstico previo ⁽⁸⁸⁾. La relación médico-paciente constituye un factor protector clave (OR = 1,92), mientras que el bajo conocimiento de la enfermedad y un tiempo de evolución de la diabetes mayor de 10 años se asocian con menor adherencia ⁽⁸⁹⁻⁹²⁾.

En Centroamérica, la adherencia presenta cifras variables. En Guatemala, el 56% de los pacientes con enfermedades crónicas es adherente ⁽⁹³⁾. En Honduras, el 71,4% alcanza adherencia al tratamiento antihipertensivo, aunque la ansiedad y la depresión afectan el control de la HTA ^(94,95). En Nicaragua, la no adherencia en diabetes *mellitus* tipo 2 alcanza el 60% y se asocia con un conocimiento inadecuado de la enfermedad y sedentarismo ⁽⁹⁶⁾. En Costa Rica y otros países de la región, los factores psicosociales y el apoyo familiar constituyen determinantes importantes de la adherencia ^(92,97,98), mientras que en El Salvador las intervenciones educativas han mostrado efectividad ⁽⁹⁹⁾.

La Tabla 2A presenta las prevalencias de buena adherencia y factores protectores en este bloque geográfico; la Tabla 2B sintetiza las prevalencias de no adherencia y los factores de riesgo correspondientes.

Tabla 2A. Adherencia terapéutica en México, Centroamérica y el Caribe: patologías, prevalencia de buena adherencia y factores protectores

País	Principales patologías	Prevalencia de buena adherencia	Factores protectores
México	DM2, HTA	36,5% (HTA IMSS); 57% (HTA IMSS Sonora); 7,2% (DM2, alta adherencia)	Actividad física y dieta, cumplimiento de controles, monoterapia ($p = 0,005$), control de presión arterial, apoyo social, buena relación médico-paciente (OR: 1,92) ^(86-92,100,101)
Guatemala	VIH, enfermedades crónicas	Mayor adherencia en capital ^(93,102)	—
Honduras	DM2, HTA	+15% (grupos comunitarios)	Grupos de apoyo mutuo, redes comunitarias ^(94,96)
Nicaragua	HTA	No cuantificada	Intervención del modelo de salud familiar, visitas domiciliarias, registro comunitario ⁽¹⁰³⁾

Adherencia terapéutica en América Latina: prevalencia y factores asociados en enfermedades cardiovasculares y salud mental

País	Principales patologías	Prevalencia de buena adherencia	Factores protectores
Costa Rica	HTA, DM2	Evidencia cualitativa	Apoyo familiar como factor diferenciador
El Salvador	DM2, HTA	Sin datos específicos	Buena comunicación médico-paciente, factores conductuales
República Dominicana	Enfermedades crónicas múltiples	Adherencia evaluada mediante escala validada (n = 284)	Estar casado y religión cristiana ⁽¹⁰⁴⁾
Panamá	Insuficiencia renal crónica	Mejora en asistencia	Automatización de citas, apoyo familiar ^(97,105,106)
Belice	—	—	No se identificaron estudios
Haití	VIH	>90% adherencia global	Información sobre el tratamiento, creencias positivas, buena comunicación médico-paciente ^(95,99)

HTA: hipertensión arterial; DM2: diabetes *mellitus* tipo 2; VIH: virus de inmunodeficiencia humana; OR: *Odds ratio*.

Tabla 2B. No adherencia terapéutica en México, Centroamérica y el Caribe: patologías, prevalencia y factores de riesgo

País	Principales patologías	Prevalencia de no adherencia	Factores de riesgo
México	DM2, HTA	92,8% baja adherencia DM2; 63,5% HTA	Olvido, bajo acceso, baja escolaridad, creencias negativas, falta de diagnóstico, ansiedad ^(86-92,100,101)
Guatemala	VIH, enfermedades crónicas	↓20% adherencia rural vs. capital	Barreras lingüísticas, estigma social, distancia geográfica ^(93,102)
Honduras	DM2, tuberculosis	65% baja/moderada adherencia	Costos de transporte, consumo de alcohol, desempleo ^(94,96)
Nicaragua	HTA, tuberculosis	No cuantificada	Medicina tradicional, consumo de alcohol, desempleo ⁽¹⁰³⁾
Costa Rica	HTA, DM2	Evidencia cualitativa	Edadismo, aislamiento, soledad, mediaciones culturales
El Salvador	DM2, HTA	Sin datos específicos	Relación médico-paciente deficiente, complicaciones no reconocidas
Panamá	HTA, insuficiencia renal crónica	~30% disminución por desabastecimiento	Falta de medicamentos, fatiga del cuidador ⁽⁹⁷⁾
República Dominicana	Enfermedades crónicas múltiples	83,1% con multimorbilidad	Multimorbilidad, diabetes <i>mellitus</i> como comorbilidad frecuente, carga de enfermedad promedio de 2,6 por patología ⁽¹⁰⁴⁾
Belice	—	—	No se identificaron estudios
Haití	VIH	3,41% mala adherencia, 28% subóptima	Edad <40 años, pobreza, bajo nivel educativo ^(95,99)

HTA: hipertensión arterial; DM2: diabetes *mellitus* tipo 2; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Adherencia terapéutica en salud mental

La Tabla 3 sintetiza, de forma independiente, los hallazgos de adherencia terapéutica en trastornos de salud mental

identificados en el corpus, dado que estas patologías se documentaron en un subconjunto de países con instrumentos y métricas distintas a las cardiovasculares.

Tabla 3. Adherencia terapéutica en salud mental en países latinoamericanos con datos disponibles

País	Trastorno/patología	Prevalencia de adherencia	Factores asociados
Brasil	Polifarmacia	51% adherencia global (49% no adherencia) ⁽¹⁰⁷⁾	Protectores: sexo masculino, sin antecedente familiar de trastorno mental, diagnóstico de esquizofrenia, <1 año de enfermedad, apoyo familiar. Riesgo: ingresos bajos, mala percepción de salud, depresión comórbida, >2 años en tratamiento, antecedente de intento de suicidio ⁽¹⁰⁷⁾
Chile	Esquizofrenia, depresión	41% presenta polifarmacia; uso <i>off-label</i> de quetiapina 77% ⁽³⁹⁻⁴¹⁾	Riesgo: polifarmacia, uso prolongado de benzodiazepinas. Protectores: apoyo familiar, confianza en el equipo de salud ⁽³⁹⁻⁴¹⁾
Perú	Trastornos ansioso-depresivos	39,9% adherencia (60,1% no adherencia) ⁽⁴⁹⁾	Más frecuente la no adherencia en mujeres (35,3% vs. 24,8% en hombres); sin diferencias según el tipo de medicación ⁽⁴⁹⁾
Ecuador	Depresión, trastorno bipolar	72% abandono del tratamiento pasados los 6 meses; 40% adherencia promedio para depresión ^(57,58)	Riesgo: tabaquismo, <i>insight</i> pobre, disfunción familiar, falta de apoyo familiar en la toma del medicamento, antecedente de no adherencia, estigmatización y mayor gravedad de la enfermedad ⁽¹⁰⁸⁾
Colombia	Trastorno afectivo bipolar	29,8% no adherencia ⁽¹⁰⁸⁾	La hospitalización bajó de 16,4% a 4,1% a los 2 años; principal motivo de cambio a inyectable fue la falta de respuesta (37%) seguida de falta de adherencia (30,1%) ⁽¹¹³⁾
Uruguay	Esquizofrenia (antipsicóticos de depósito)	Solo 20% recibió la medicación de depósito los 12 meses del año ⁽¹⁰⁹⁾	Esquizofrenia como diagnóstico más frecuente (56,4%); polifarmacia antipsicótica en 69,7% de los pacientes ⁽¹⁰⁹⁾
Venezuela	Diversas patologías (tratamiento psiquiátrico)	81,3% con adherencia baja (n = 91, escala Morisky-8) ⁽¹¹⁰⁾	Riesgo: distorsiones cognitivas (personalización, sobregeneralización, razonamiento emocional, pensamiento rígido tipo “debería”) ⁽¹¹⁰⁾
Cuba	Depresión mayor recurrente	No cuantificada ⁽¹¹¹⁾	El cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico fueron los únicos factores estadísticamente significativos asociados a la adherencia ⁽¹¹¹⁾
Argentina	Patología dual (psicosis + consumo de sustancias)	Continuidad de tratamiento al sexto mes de 22,2% ⁽¹¹²⁾	La comorbilidad con trastorno psicótico se asoció a mayor continuidad de tratamiento a corto plazo respecto a pacientes sin psicosis ⁽¹¹²⁾
México	Esquizofrenia	30,1% inició tratamiento inyectable por falta de adherencia previa; adherencia posterior (81%-100%) ⁽¹¹³⁾	La hospitalización bajó de 16,4% a 4,1% a los 2 años; principal motivo de cambio a inyectable fue la falta de respuesta (37%), seguida de falta de adherencia (30,1%) ⁽¹¹³⁾

Nota: solo se incluyen los países del corpus con datos específicos de adherencia en salud mental. A diferencia del bloque cardiovascular, los estudios de esta tabla presentan mayor heterogeneidad metodológica e instrumental: predominan diseños transversales (7/10), con dos excepciones longitudinales (México, 2 años; Cuba, 12 meses) y ninguno de tipo experimental; los instrumentos de medición varían entre escalas validadas (Morisky-Green, Morisky-8), apreciación clínica no estandarizada y registros de dispensación o continuidad de tratamiento, y los tamaños muestrales son en general menores n = 33 a n = 300 que los del corpus cardiovascular, lo que limita la comparabilidad directa entre países.

DISCUSIÓN

Los hallazgos confirman que la adherencia terapéutica en Latinoamérica responde a un modelo explicativo multinivel —individual, psicosocial, relacional, del sistema de salud y estructural—, consistente con el marco de la OMS.

A nivel individual, el olvido es la causa más frecuente de no adherencia; por ejemplo, en Chile, el 67% de una muestra a atribuyó a esta causa ⁽³⁴⁾. El bajo conocimiento de la enfermedad es igualmente crítico: en Cuba se asoció con la falta de adherencia ($p = 0,035$) ⁽⁶⁹⁻⁷²⁾, mientras que en Perú el 86% de los pacientes con diabetes presentaba un conocimiento deficiente ^(84,85). Asimismo, en Brasil se han documentado creencias erróneas sobre los medicamentos como factor relacionado con la adherencia ⁽³⁰⁾.

A nivel psicosocial, en Ecuador los síntomas depresivos no tratados se asociaron con una adherencia casi nula ⁽⁴⁸⁾, mientras que en Perú el 90,2% de los pacientes con diabetes e hipertensión comórbidas presentaba signos depresivos ^(84,85). En México, la ansiedad se asoció con mala adherencia ($p = 0,038$) ^(86,87), y en Uruguay vivir solo incrementó 3,5 veces el riesgo de incumplimiento ⁽⁶²⁾.

A nivel del sistema de salud, la fragmentación de la atención constituye una barrera de primer orden. En Chile, el 70% de la población mayor de 15 años vive con multimorbilidad bajo un abordaje centrado en la patología. La discontinuidad también es preocupante en Uruguay, donde el 42% de los pacientes hipertensos abandona el seguimiento semestral después del primer año ⁽⁶³⁾, y en Venezuela, donde la escasez de medicamentos generó prácticas de intercambio informal mediante redes familiares ⁽⁶⁸⁾.

A nivel relacional, la calidad de la relación médico-paciente constituye un factor protector consistente. En México, la monoterapia y una buena comunicación clínica mostraron un OR protector de 1,92 ⁽⁹⁰⁾. El apoyo familiar fue el factor más transversal del corpus, presente en ocho de los dieciséis estudios de la región como elemento diferenciador entre pacientes adherentes y no adherentes ⁽³⁷⁾.

A nivel estructural, la escolaridad y el nivel socioeconómico son determinantes robustos. En Colombia, la escolaridad presentó el OR más alto del corpus (OR = 3,14; IC 95%: 1,82-5,42) ⁽⁴³⁾. Las barreras culturales e idiomáticas también son relevantes en poblaciones indígenas; en Bolivia, la instrucción exclusivamente escrita aumentó en 40% la probabilidad de abandono frente a la instrucción en lengua nativa ⁽²⁵⁾.

En relación con la efectividad de las intervenciones, los mejores resultados se obtuvieron con estrategias multidisciplinarias. El seguimiento farmacéutico comunitario en Bolivia elevó la adherencia del 45% al 68% ⁽²⁷⁾; la entrega multimensual en Ecuador incrementó la retención en 22% ⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾; y Uruguay incorporó la receta electrónica con alertas automáticas ⁽⁶³⁾.

Un segundo patrón distingue el tipo de intervención según la subregión. El Cono Sur, representado por Argentina y Uruguay, se orientó hacia soluciones digitales e institucionales ^(21,63), mientras que Bolivia y Ecuador mostraron mejoras asociadas con intervenciones comunitarias de bajo costo, como el seguimiento farmacéutico comunitario en Bolivia, que incrementó la adherencia en 23 puntos porcentuales, del 45% al 68% ⁽²⁷⁾, y la entrega multimensual en Ecuador, que aumentó la retención en 22% ⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾. Estos hallazgos sugieren que la efectividad de las intervenciones depende más del contexto de accesibilidad que de la sofisticación tecnológica.

Finalmente, en salud mental el patrón se invierte. Uruguay, líder en adherencia cardiovascular, mostró la peor adherencia del corpus en salud mental, con solo 20% de continuidad en el uso de antipsicóticos de depósito ⁽¹⁰⁹⁾, mientras que Brasil documentó en esta área su mejor cifra, con 51% de adherencia ⁽¹⁰⁷⁾. Esto sugiere que los determinantes de la adherencia cardiovascular y de salud mental no necesariamente covarían dentro de un mismo país.

Limitaciones del estudio

La presente revisión tiene algunas limitaciones. La heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos —con diferentes instrumentos, poblaciones y definiciones operativas— imposibilitó la realización de un metaanálisis y reduce la comparabilidad de los resultados. Asimismo, el 32,3% del corpus ($n = 30$) corresponde a publicaciones recientes, realizadas entre 2024 y 2026, con menor disponibilidad de texto completo en algunas fuentes de literatura gris. Finalmente, la ausencia de datos de Paraguay y Belice limita la representatividad regional.

CONCLUSIONES

La adherencia terapéutica en Latinoamérica es un fenómeno estructural, multicausal y dinámico que responde a la interacción de factores individuales, como el olvido y el bajo conocimiento; psicosociales, como la depresión y la soledad; terapéuticos, como la polifarmacia y los efectos adversos; y relacionados con el sistema de salud, como el acceso, la continuidad y la fragmentación asistencial.

Esto exige evaluar sistemáticamente la adherencia e implementar estrategias multidimensionales enfocadas en la educación culturalmente adaptada, el fortalecimiento del apoyo social, la simplificación de los tratamientos y la mejora de la relación médico-paciente, junto con el fortalecimiento de la atención primaria y el acceso a medicamentos.

Las intervenciones aisladas tienen un impacto limitado; los enfoques multidisciplinarios son los más efectivos. Mejorar la adherencia implica, en definitiva, un rediseño sistémico hacia servicios de salud más integrados, continuos, accesibles y culturalmente pertinentes.

Contribución de autoría: MACG fue responsable de la concepción del artículo. MACG y BKA realizaron la búsqueda bibliográfica y estuvieron a cargo de la redacción del

manuscrito. La revisión del artículo fue realizada por MACG, BKA y GGV.

Fuentes de financiamiento: Los autores financiaron este artículo.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: WHO; 2003. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
- Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, editores. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979.
- Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. Value Health [Internet]. 2008;11(1):44-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x>
- Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2004. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/8fd0be4a-fa54-4adf-bb0e-6fa5e797aa3f>
- New England Healthcare Institute. Thinking outside the pillbox: a system-wide approach to improving patient medication adherence for chronic disease [Internet]. Cambridge (MA): New England Healthcare Institute; 2009. Disponible en: <https://www.nehi.net/publications/44-thinking-outside-the-pillbox-a-system-wide-approach-to-improving-patient-medication-adherence-for-chronic-disease/view>
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med [Internet]. 2005;353(5):487-97. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMr050100>
- Marcum ZA, Gellad WF. Medication adherence to multidrug regimens. Clin Geriatr Med [Internet]. 2012;28(2):287-300. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2012.01.008>
- Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- GBD 2021 Causes of Death Collaborators. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet [Internet]. 2024 May 18;403(10440):2100-32. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(24\)00367-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00367-2)
- Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. JAMA [Internet]. 2013;310(9):959-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.184182>
- Pan American Health Organization. The burden of mental disorders in the Region of the Americas [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/6b759b11-406a-465b-9cec-cdea1e44b8bd>
- World Health Organization. Mental health atlas 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- Aedo Romero V, Rivas Rivero E, Campillay Campillay M. Adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión y diabetes mellitus tipo II: una aproximación cualitativa. Enfermería Actual Costa Rica [Internet]. 2022;(42):70-84. Disponible en: <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.v0i42.45422>
- Berenstein CD. Relación entre el nivel de adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes ambulatorios. Registro de Hipertensión Arterial en la Comarca Andina del Paralelo 42 (REHTACAP 42). Rev Argent Cardiol [Internet]. 2017;85(3):268-9. Disponible en: <https://doi.org/10.7775/rac.es.v85.i3.10786>
- Lavalle Cobo A, Forte E, Napoli J, Harwicz P, Romano A, Salmeri E, et al. P21 Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de alto riesgo cardiovascular. Rev Soc Argent Diabetes [Internet]. 2020;54(3 Sup):126. Disponible en: <https://doi.org/10.47196/diab.v54i3Sup.405>
- Linari MA, González C, Argerich MI, Badia MF, Echenique M, Dieuzeide G, et al. Efecto de los factores relacionados al cuidado de la diabetes mellitus tipo 2 y motivos de no adhesión en Argentina. Actual Nutr [Internet]. 2019;20(2):34-42. Disponible en: https://revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_20/num_2/RSAN_20_2_34.pdf
- Torrieri RM. Intervención alimentaria en personas con prediabetes como estrategia para prevenir o retardar su progresión a diabetes tipo 2 [tesis de posgrado]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2025. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/183074>
- Facchini M. Cambio de conductas en tratamientos de larga duración: relación médico-paciente. Medicina (Buenos Aires) [Internet]. 2004;64(6):550-4. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol64-04/6/CAMBIO%20DE%20CONDUCTAS%20EN%20TRATAMIENTOS%20DE%20LARGA%20DURACION.PDF>
- Aquieri A, Rodríguez P, Vissani S, Cesario D, Delucchi A, Obregón S, et al. Consenso Argentino de Hipertensión Arterial 2025. Rev Fed Arg Cardiol [Internet]. 2025;54:5-64. Disponible en: <https://doi.org/10.63600/0ng07y16>
- Gulayin P, Irazola V, Gutierrez L, Cavallo A, Fontana S. Efectividad de una intervención multi-componente mediada por el equipo de salud familiar y comunitaria para el mejoramiento de la adherencia terapéutica en personas con enfermedades crónicas [Internet]. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria; 2019-2021. Disponible en: <https://iecs.org.ar/portfolio/efectividad-de-una-intervencion-multi-componente-mediada-por-el-equipo-de-salud-familiar-y-comunitaria-para-el-mejoramiento-de-la-adherencia-terapeutica-en-personas-con-enfermedades-cronicas>
- Rodríguez G, Rosende A, Prado C, Cejas Mariño R, Irazola V, DiPette D, et al. Implementación de la Iniciativa HEARTS en Argentina: primeros resultados. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2022;46:e181. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.181>
- De las Cuevas C, Villasanté-Tezanos GA, Motuca M, Baptista T, Lazary J, Pogany L, et al. Poor adherence to oral psychiatric medication in adults with bipolar disorder: the psychiatrist may have more influence than in other severe mental illnesses. Neuropsychopharmacol Hung [Internet]. 2021;23(4):347-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34971399/>
- Kaiser CM, Jovellano MJ, Brizzio JI, Castro MG. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial en adultos sin enfermedad cardiovascular establecida. Rev Argent Med [Internet]. 2025;13(2):92-9. Disponible en: <https://doi.org/10.61222/fvxfz59>
- Ponce Fuentes F, Durán FE. Factores de riesgo para la no adherencia a tratamientos prolongados en pacientes mayores de 60 años en el municipio de Sopachuy, Chuquisaca-Bolivia de abril a julio de 2024. Arch Bol Med [Internet]. 2023;40(108):15-23. Disponible en: <https://doi.org/10.56469/abm.v40i108.1911>
- Paz Soldán Patiño CP, Saavedra Rodríguez D, Ureña Cordero S, Antezana Navia L, Villanueva de la Rosa C, Ortega Martínez RA. Registro multicéntrico de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular asociados y adherencia terapéutica en Cochabamba-Bolivia. Rev Investig Inf Salud [Internet]. 2023;18(45):40-51. Disponible en: <https://doi.org/10.52428/20756208.v18i45.1040>
- Sanabria C, Guzmán F. Adherencia farmacoterapéutica en pacientes geriátricos del Hospital Santa Bárbara in Sucre-Bolivia. Rev Cienc Tecnol Innov [Internet]. 2018;16(17):983-90. Disponible en: <https://doi.org/10.56469/rcti.v16i17.131>
- Piette JD, Valverde H, Marinec N, Jantz R, Kamis K, de la Vega CL, et al. Establishing an independent mobile health program for chronic disease self-management support in Bolivia. Front Public Health [Internet]. 2014;2:95. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00095>
- Rodrigues FL, Zanin L, Oliveira AMG, Flório FM. Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em pescadores de Itapemirim, Espírito Santo. Rev Eletr Acervo Saúde [Internet].

Adherencia terapéutica en América Latina: prevalencia y factores asociados en enfermedades cardiovasculares y salud mental

- 2025;25:e19466. Disponible en: <https://doi.org/10.25248/reas.e19466.2025>
29. Medeiros MJL, Diniz Júnior MF, Rocha AFM, Cartaxo RMS, Brandão GCG. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo na atenção básica: revisão integrativa. *Rev Saúde Ciência Online* [Internet]. 2019;8(1):111-28. Disponible en: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/download/65/60/121>
30. Araújo YB, Teixeira J dos S, Oliveira EC de, Sobral GS, Meneguz-Moreno RA, Amaral RG, et al. Factors associated with adherence to pharmacological treatment in hypertensive patients enrolled in the HIPERDIA program. *HSJ* [Internet]. 2022;12(2):35-42. Disponible en: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v12i2.1270>
31. Coelho JC, Guimarães MCLP, Vaz AKMG, Meira KC, Santos J dos, Lee RJW, et al. Adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo no Brasil: revisão sistemática e meta-análise. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2024;29(8):e19282022. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.19282022>
32. Borba AKOT, Marques APO, Ramos VP, Leal MCC, Arruda IKG, Ramos RSPS. Factores asociados a la adherencia terapéutica en idosos diabéticos asistidos en la atención primaria de salud. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018;23(3):953-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03722016>
33. Peres HA, Pereira LRL, Martinez EZ, Viana CM, Freitas MCF. Elucidating factors associated with non-adherence among Type 1 diabetes patients in primary care setting in Southeastern Brazil. *Prim Care Diabetes* [Internet]. 2020;14(1):85-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2019.06.002>
34. Varleta P, Akel C, Acevedo M, Salinas C, Pino J, Opazo V, et al. Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana. *Rev Med Chil* [Internet]. 2015;143(5):569-76. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000500003>
35. Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, Romero T. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV): asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. 2015;34(1):18-27. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0718-85602015000100002>
36. Urzúa A, Cabrera C, González C, Arenas P, Guzmán M, Caqueo-Urizar A, et al. Análisis preliminares de la versión adaptada en población chilena de la escala de adherencia terapéutica en diabetes mellitus tipo 2-EATDM-III. *Rev Med Chil* [Internet]. 2015;143(6):733-43. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000600006>
37. Poblete F, Barticevic N, Sapag JC, Tapia P, Bastías G, Quevedo D, et al. Apoyo social percibido en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II en atención primaria y su relación con autopercepción de salud. *Rev Med Chil* [Internet]. 2018;146(10):1135-42. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872018001001135>
38. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2015;32(1):51-7. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.321.1574>
39. Mena Díaz FC, Nazar G, Mendoza Parra S. Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. *Hacia Promoc Salud* [Internet]. 2018;23(2):67-78. Disponible en: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.2.5>
40. Herrera Atton D, Olivi A, Reyes Cabrera P, García Ubillo V, Veloz Baeza A, Veintimilla Carrión KS, et al. Determinantes sociales de la adherencia terapéutica en usuarios del programa de salud cardiovascular de atención primaria de salud en Chile. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2025;49:e133. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.133>
41. Sánchez-Montoya E, Gutiérrez-Sandoval J, Veas-Castillo L, Lagos-Morales X, Méndez CA, Corbalán-Pössel J, et al. Caracterización sociodemográfica y clínica de usuarias y usuarios de psicofármacos usando datos del mundo real de la Red de Atención Primaria de Salud Municipal de Valdivia, Chile. *ARS Medica* [Internet]. 2025;50(3):34-44. Disponible en: <https://doi.org/10.11565/arsmed.v50i3.2124>
42. Oliveros Navarro AY, López Medina DC, Mendiál de la Ossa JA, Henao Pérez M, Botero Franco MP, García Gómez N, et al. Adherencia terapéutica y factores asociados en pacientes de un programa de riesgo cardiovascular de Medellín (Colombia). *Salud Uninorte* [Internet]. 2024;40(3):688-705. Disponible en: <https://doi.org/10.14482/sun.40.03.741.258>
43. Andrade-Méndez B, Troche-Gutiérrez IY, Torres-Muñoz LD. Factores asociados a la adherencia terapéutica de personas con hipertensión arterial en atención primaria. *Entramado* [Internet]. 2024;20(2):e10736. Disponible en: <https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.2.10736>
44. Martínez-Domínguez GI, Martínez-Sánchez LM, Lopera-Valle JS, Vargas-Grisales N. La importancia de la adherencia terapéutica. *Rev Venez Endocrinol Metab* [Internet]. 2016;14(2):107-16. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102016000200003
45. Campbell NRC, Paccot Burnens M, Whelton PK, Angell SY, Jaffe MG, Cohn J, et al. 2021 World Health Organization guideline on pharmacological treatment of hypertension: policy implications for the region of the Americas. *Lancet Reg Health Am* [Internet]. 2022;9:100219. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100219>
46. Pincay Cañarte M. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Cient Higía Salud* [Internet]. 2020;2(1). Disponible en: <https://doi.org/10.37117/higia.v1i2.531>
47. Pincay Cañarte ME, Murillo Plua YM, Hidrovo Freire KG, Guadalupe Velez DD. Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. *Rev Investig Educ Salud* [Internet]. 2025;4(2):114-24. Disponible en: <https://doi.org/10.47230/unesum-salud.v4.n2.2025.114-124>
48. Samaniego Bailón PR, Orbe Alvarado VF. Influencia de los factores psicosociales en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 y 2. *Conciencia Digital* [Internet]. 2023;6(3.2):171-94. Disponible en: <https://doi.org/10.33262/concienciadigital.v6i3.2.2709>
49. Gómez Aponte LA, Zhunaula Sánchez BP. Adherencia a la medicación para psicofármacos en adultos ecuatorianos con trastornos mentales [tesis de pregrado]. Azogues: Universidad Católica de Cuenca; 2025. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/20802>
50. Altamirano-Carbajal GI, Bringas-Villalba EF, Ventura-Hernández EM. Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial que acuden a un centro de salud de Lima Norte, 2021. *Cuidado Salud Pública* [Internet]. 2021;1(2):3-8. Disponible en: <https://doi.org/10.53684/csp.v1i2.18>
51. Herrera-Añazco P, Pacheco-Mendoza J, Valenzuela-Rodríguez G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2017;34(3):497-504. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2622>
52. Rosas-Chavez G, Romero-Visurraga CA, Ramirez-Guardia E, Málaga G. El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2019;36(2):214-21. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4279>
53. Velasquez Montenegro AD, Dávila Uriarte M, Valladares-Garrido MJ. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital del seguro social de Chiclayo durante el período de emergencia sanitaria por COVID-19. *Rev Cuerpo Med HNAAA* [Internet]. 2022;15(1):11-8. Disponible en: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.151.1169>
54. Acuña-Carbajal G, Huamancayo-Inga CA, Guisasola G. Adherencia terapéutica en adultos con diabetes tipo 2 en un programa de enfermedades crónicas. Huánuco 2017. *Rev Peru Investig Salud* [Internet]. 2019;3(4):174-9. Disponible en: <https://doi.org/10.35839/repis.3.4.499>
55. Lopez Bautista M, Córdova Sotomayor DA. Estudio de casos y controles sobre factores asociados a crisis hiperglucémicas en adultos diabéticos atendidos en la unidad de emergencia de un hospital general de Lima. *Rev Fac Med Hum* [Internet]. 2024;24(2):55-62. Disponible en: <https://doi.org/10.25176/RFMH.v24i2.6176>
56. Díaz-Santiago H, Marcial-Cruz D, Galicia-Rodríguez L, Villarreal-Ríos E, Julián-López C, Elizarrarás-Rivas J. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes sin hipertensión arterial. *Horiz Med (Lima)* [Internet]. 2023;23(4):e2383.

- Disponible en: <https://doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n4.01>
57. Carazas-Vera MS. Relación entre psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2018-2023. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2024;87(4):333-45. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/rnp.v87i4.5093>
 58. Quezada Peralta ARP. Perfil clínico y sociodemográfico de pacientes adultos con trastorno por consumo de sustancias y con trastorno bipolar comórbido hospitalizados en el Servicio de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán 2015-2018 [trabajo académico de especialidad en Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/7000>
 59. Cattaneo F, Cortondo A, González J, Merlo V, Steffano S, Turnak S. Adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca. Desarrollado en la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Uruguay, 2024 [monografía de pregrado en Internet]. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Medicina; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/51115>
 60. Méndez C, Olivera V, Peralta R, Rodríguez M, Vieras V. Adhesión al tratamiento de los usuarios diabéticos [tesis de grado en Internet]. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Enfermería; 2007. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/2470>
 61. Bentos Aranda MV, Bonifasio Rebollo AN, Castro do Porto C, Techera Rodríguez ML, Quincoses Leão V. Prevalencia de los factores de riesgo que contribuyen a las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 y el nivel de adherencia al tratamiento en personas mayores a 60 años que asisten a un centro público de atención primaria de salud en la ciudad de Rivera, Uruguay [tesis de grado en Internet]. Rivera: Universidad de la República, Facultad de Enfermería, CENUR Noreste, Sede Rivera; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/52790>
 62. Domenech Carboni DE, Strozzi Scala D. Primer instrumento validado en Uruguay para evaluar adherencia terapéutica en personas hipertensas. Año 2017. *Rev Med Urug* [Internet]. 2024;40(4):e205. Disponible en: <https://doi.org/10.29193/RMU.40.4.5>
 63. Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC), Salud.uy. Receta Digital Nacional [Internet]. Montevideo: AGESIC. Disponible en: <https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/politicas-y-gestion/programas/es-saluduy>
 64. Ceballos Casas MA, Girón Madroño DI, Paz López PA, Ante Pantoja JD. Adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica. *Arch Venez Farmacol Ter* [Internet]. 2020;39(4):335-40. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4092559>
 65. Sosa Liprandi A, Sosa Liprandi MI. La polipíldora como estrategia terapéutica de eventos cardiovasculares [Internet]. Buenos Aires: Investigación+Documentación S.A.; 2022. Disponible en: https://www.siicsalud.com/pdf/fasc_polipildora_n1822.pdf
 66. Parra Jaimes GJ, Muro L. Factores determinantes de la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial o diabetes mellitus. *Rev Fac Farm* [Internet]. 2025;88(2):261-75. Disponible en: https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ff/article/view/31740
 67. Hernández J, Montes A, Gomes Carvalho C, Zambrano M, Roa Carmen M, Spena A. Adherencia al tratamiento farmacológico para la diabetes e hipertensión en sujetos de dos comunidades del municipio Sucre, estado Miranda, Venezuela. *Vitae* [Internet]. 2018;(74). Disponible en: https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vit/article/view/25132
 68. Rondón Bernard JE, Cardozo Quintana I. Factores que propician el padecimiento de pie diabético: un análisis discriminante. *Psicol Salud* [Internet]. 2024;12(1). Disponible en: <https://doi.org/10.21134/pssa.v12i1.11>
 69. Bursal-Cintra CJ, Pérez-Bichor A, Ortega-López IL. Caracterización de la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos. *Rev Med Electron* [Internet]. 2021;43(6):1606-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=378277399011>
 70. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Publica* [Internet]. 2006;32(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/214/21420864013.pdf>
 71. MoraMarcialGR, VerdeciaTamalloK, RodríguezVergaraTM, del PinoBN, Guerra Cabrera C. Adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2017;33(3):270-80. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79143&IDPUBLICACION=7644&NOMBRE=Revista+Cubana+de+Medicina+General+Integra>
 72. Rodríguez-Venegas EC, Denis-Piedra DA, Ávila-Cabreja JA, Hernández-García OL. Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2021;37(4):e1477. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2021/cmi214c.pdf>
 73. Rodríguez GB, Pérez MR. Impacto del tratamiento multidisciplinario en la adherencia de pacientes con diabetes tipo 2 en la Unidad de Pronta Atención 15, José Clemente Paz. *Salud Publica* [Internet]. 2025;1. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/sp.v1i.253>
 74. Lazary J, Pogany L, De las Cuevas C, Villasante-Tezanos GA, De Leon J. Adherence to psychiatric medications: comparing patients with schizophrenia, bipolar disorder and major depression. *Neuropsychopharmacol Hung* [Internet]. 2021;23(4):363-73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34971494/>
 75. Sigal AR, Antonioli M, López Santi P, Aquino N, Lerech E, Botto F. Uso de agentes hipolipemiantes y cumplimiento de metas terapéuticas en pacientes de alto riesgo cardiovascular en la República Argentina. *Rev Fed Arg Cardiol* [Internet]. 2021;50(3):91-7. Disponible en: <https://doi.org/10.63600/ra1fz239>
 76. Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. Desarrollando sistemas de información en salud integrados: documento técnico [Internet]. Buenos Aires: Secretaría de Gobierno de Salud; 2019. Disponible en: http://www.sadamweb.com.ar/news/2019_09Septiembre/Desarrollando_sistemas_de_informacion_en_salud_integrados.pdf
 77. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-chronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf
 78. Poblete F, Barticevic N, Bastías G, Quevedo D, Vargas I. Efectividad de un modelo de manejo de pacientes con hipertensión y diabetes tipo II en atención primaria. *Rev Med Chil* [Internet]. 2018;146(11):1269-77. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872018001101269>
 79. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas. Facultad y Salcobrand realizaron conversatorio y expusieron resultados de estudio sobre adherencia terapéutica [Internet]. Santiago: Universidad de Chile; 2025. Disponible en: <https://uchile.cl/noticias/232212/facultad-y-salcobrand-realizaron-conversatorio>
 80. Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas LZ. "Teaching: Individual" to increase adherence to therapeutic regimen in people with hypertension and type-2 diabetes: protocol of the controlled clinical trial ENURSIN. *BMC Nurs* [Internet]. 2019;18:22. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0344-0>
 81. Morán Lima MG, Guamán Guamán DM, Romero Sacoto LA, Maxi Maxi EA. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico, prevención y control de la hipertensión arterial. *Rev Multidiscip Investig Contemp* [Internet]. 2023;1(2):118-48. Disponible en: <https://doi.org/10.58995/redlic.ic.v1.n2.a52>
 82. Pocohuana-Ancco L, Villacorta J, Hurtado-Roca Y. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. *Rev Cuerpo Med HNAAA* [Internet]. 2021;14(3):316-21. Disponible en: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1252>
 83. Prieto Villanueva BS, Dolores Huaman MI. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con hipertensión arterial atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Militar Central, 2018 [tesis de licenciatura en Internet]. Lima: Universidad María Auxiliadora; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12970/194>
 84. Ancajima Guimac JA, Orihuela Anaya JA. Factores asociados al acceso al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con diabetes mellitus en Perú según la encuesta ENDES 2023 [proyecto de investigación

Adherencia terapéutica en América Latina: prevalencia y factores asociados en enfermedades cardiovasculares y salud mental

- en Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2026. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/18440>
85. Mestas Flores YY. Adherencia y factores asociados al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud San Juan de Ciudad Blanca-Paucarpata-Arequipa [tesis de pregrado]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/items/7720538e-6632-4af6-8852-b9435acb8654>
 86. Mora-Romo JF. Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: estudio de meta-análisis. *Psicumex* [Internet]. 2022;12(1):1-20,e493. Disponible en: <https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.493>
 87. López García Y, Haro Acosta ME, de León Aldaba M, Carmona Mota J, Soria Rodríguez CG, Domínguez Martínez A. Asociación de adherencia terapéutica con estrés, ansiedad y depresión en pacientes con diabetes tipo 2. *Arch Med Fam* [Internet]. 2025;27(2):87-91. Disponible en: <https://archivosenmedicinafamiliar.com/index.php/AMF-2023-06/article/view/134>
 88. Campos-Nonato I, Oviedo-Solís C, Vargas-Meza J, Ramírez-Villalobos D, Medina-García C, Gómez-Álvarez E, et al. Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2023;65(Supl 1):S169-S180. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/14779>
 89. Peña-Valenzuela AN, Ruiz-Cervantes W, Barrios-Olán C, Chávez-Aguilasocho AL. Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2023;61(1):55-60. Disponible en: https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/4632
 90. Díaz-García KP, Morales-Bedolla JM, Muñoz-Cortés G, Morales-Hernández BP. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: un estudio transversal en una institución pública de Michoacán, México. *Rev Mex Med Fam* [Internet]. 2024;11(4):99-106. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/RMF.24000082>
 91. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Ramírez-Villalobos D, Hernández-Prado B, Barquera S. Epidemiología de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: diagnóstico, control y tendencias. *Ensanut 2020. Salud Publica Mex* [Internet]. 2021;63(6):692-704. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/12851>
 92. Calderón Barahona GM, Candray Calderón KM, García Landaverde VM, Salinas Guerrero RE. Diferencias y similitudes en la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en Latinoamérica. *Crea Ciencia* [Internet]. 2020;12(2):9-20. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/creaciencia.v12i2.10165>
 93. Gómez Hernández CNA. Participación, adherencia al tratamiento médico, estado de salud y nutrición en clubes de enfermedades crónicas. *RevSEP* [Internet]. 2025;8(1):61-72. Disponible en: <https://revistasep.usac.edu.gt/index.php/RevistaSEP/article/view/322>
 94. Sahury S, Castellanos-Ulloa AP, Díaz-Valle DJ, Bonilla S, Maradiaga R, Maradiaga EJ. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en instituciones de segundo nivel de atención. *Rev Med Hondur* [Internet]. 2024;92(2):123-9. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/rmh.v92i2.19720>
 95. Zepeda Andrade W, Valdivia Quiroz SK, Barrera Torres MM. Impacto de los factores psicoemocionales en el control y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en la Red de Salud de Jicarito, Honduras: un estudio analítico transversal. *Sciencevolution* [Internet]. 2025;4(4):199-213. Disponible en: <https://doi.org/10.61325/ser.v4i4.233>
 96. Villanueva Delgadillo P, Quintanilla R, Robleto Martínez ER. Factores que inciden en la mala adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Escuela Dr. Manolo Morales Peralta en el periodo de 18 de mayo-18 de junio del 2024 [Internet]. Managua: Universidad Central de Nicaragua; 2024. Disponible en: <https://repositorio.ucn.edu.ni/id/eprint/121>
 97. Jiménez Montero MY. Diseño de una estrategia para el fomento de la adherencia de pacientes crónicos en tratamiento con medicamentos del portafolio cardiometabólico pertenecientes a Sandoz Centroamérica y el Caribe (CAC) en Costa Rica [tesis de licenciatura en Internet]. San José: Universidad de Costa Rica; 2024. Disponible en: <https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/handle/123456789/23606>
 98. Rojas Oviedo AM. Efectividad de una intervención educativa en el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, Ecuador 2023 [tesis de maestría]. Quito: Universidad de Las Américas; 2024.
 99. López González EE, Hernández Serrano AA, Martínez López NP. Intervención para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades no transmisibles en la UCSF-I Francisco Antonio Lima de Jayaque, La Libertad [documento en Internet]. San Salvador: Universidad de El Salvador; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14492/32839>
 100. Briones A, Wong L, Flores D, Guzmán M, Castellanos M, Albavera C. Falta de adherencia al tratamiento farmacológico y factores asociados en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Chil* [Internet]. 2022;150(8):985-93. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000800985>
 101. Fernández Covarrubias MM, Salomón Valdes RE, García Ortega FJ. Determinantes de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 identificados en centros de atención primaria de la ciudad de Veracruz. *Ciencia Latina* [Internet]. 2025;9(4):7013-29. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/19298>
 102. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Normas de Atención Integral para la Red Integrada de Servicios de Salud. Módulo 10: Atención Integral a la Comunidad [Internet]. Ciudad de Guatemala: MSPAS; 2025. Disponible en: <https://msp.as.gob.gt/descargas-mspas/download/812-normas-de-atencion-integral-para-la-red-integrada-de-servicios-de-salud/4386-atencion-integral-a-la-comunidad-modulo-10-mspas>
 103. Ministerio de Salud de Nicaragua. Normativa 157: protocolos para la atención de enfermedades crónicas cardiovasculares y endocrinas en atención primaria [Internet]. Managua: MINSa; 2023. Disponible en: <https://www.minsa.gob.ni/publicaciones/direccion-general-de-servicios-de-salud/normativa-157-protocolos-para-la-atencion-de>
 104. Romano R, Espaillet J, Anzani G, Leyba A, Gutiérrez I, Vegazo G, et al. Adherencia, carga y morbilidad de enfermedades crónicas en una clínica ambulatoria: A-CaMo I. *Cienc Salud* [Internet]. 2024;8(2):5-34. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/3099>
 105. St Sauveur R, Sufra R, Jean Pierre MC, Rouzier V, Preval F, Exantus S, et al. Effectiveness of community-based hypertension management on hypertension in the urban slums of Haiti: a mixed methods study. *J Clin Hypertens (Greenwich)* [Internet]. 2024;26(10):1133-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jch.14882>
 106. Díaz Sierra EC, Melin K. Clinical and behavioral impact of pharmaceutical care services in community pharmacies in Puerto Rico. *J Pharm Care Health Syst* [Internet]. 2014;51:001. Disponible en: <https://doi.org/10.4172/jpchs.1000-S1-001>
 107. Borba LO, Maftum MA, Vayego SA, Mantovani MF, Felix JVC, Kalinke LP. Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018;52:e03341. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017006603341>
 108. Pardo Cely EE, Fierro M, Ibáñez Pinilla M. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2011;40(1):85-98. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60106-2](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60106-2)
 109. Caffarelli C, Olmos I, Dávila G, Álvarez G, Morales N, Toledo M, et al. Prescripción de antipsicóticos de depósito en la Policlínica del Hospital Vilardebó. *Rev Psiquiatr Urug* [Internet]. 2022;86(2):76-85. Disponible en: <https://doi.org/10.46706/PSI/86.2.3>
 110. Meléndez V. Distorsiones cognitivas y adherencia al tratamiento en pacientes adultos [Internet]. Maracaibo: Universidad Rafael Urdaneta; 2024. Disponible en: <http://www.omp.uru.edu/pdf/ART/PIAA.3201-24-00817.pdf>
 111. Torres Saldaña A, Ortiz Sánchez Y, Martínez Suárez H, Fernández Corrales YN, Pacheco Ballester D. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. *Multimed* [Internet]. 2019;23(1):1-10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86775>

112. Risso M, Bulacia AV, Castelluccio MC, Valdez P. Estudio comparativo de la continuidad de tratamiento entre pacientes con trastorno por consumo de sustancias y pacientes con patología dual del Hospital J. A. Fernández, Argentina. *Vertex Rev Arg Psiquiatr* [Internet]. 2019;30(145):165-71. Disponible en: <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/201>
113. Apiquian R, Córdoba R, Louzã M, Fresán A. Registro Electrónico de Adherencia al Tratamiento de Esquizofrenia en Latinoamérica (e-STAR): resultados clínicos del uso de risperidona inyectable de liberación prolongada a dos años de seguimiento. *Salud Ment* [Internet]. 2013;36(1):19-26. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=40171>