

## 9. Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas de Ciudad del Carmen, Campeche



LEIDY SOFIA JAVIER RIVERA\*  
JUAN YOVANI TELUMBRE TERRERO\*\*  
YASMIN ESCALANTE GARCÍA\*\*\*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.328.09>

### Resumen

**Introducción:** las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes y la hipertensión, representan un desafío para los sistemas de salud debido a su alta prevalencia y la necesidad de tratamiento continuo. La adherencia terapéutica es un factor clave en el manejo de estas enfermedades, ya que influye directamente en el control de la enfermedad y la calidad de vida del paciente. Sin embargo, diversos factores individuales, sociales y del sistema de salud afectan el cumplimiento del tratamiento. **Objetivo:** describir la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas que acuden a un módulo de especialidades médicas en Ciudad del Carmen, Campeche. **Métodos:** se realizó un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo con 86 pacientes diagnosticados con hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) o sobrepeso/obesidad. Se utilizó un muestreo no probabilístico a conveniencia y se aplicó una escala de adherencia terapéutica para evaluar el grado de cumplimiento del tratamiento en tres dimensiones: control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual y autoeficacia. **Resultados:** la media global de adheren-

---

\* Doctora en Educación. Profesora investigadora de la Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2281-0771>

\*\* Doctor en Salud Mental. Profesor de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8695-7924>

\*\*\* Doctorante en Salud pública. Profesora de tiempo completo en la Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1181-5382>

cia fue de 68.6 puntos ( $DE = 12.2$ ), con mayor puntuación en la dimensión de seguimiento médico conductual (75.4). Se encontraron diferencias por sexo, destacando mayor adherencia en hombres en el control de la ingesta y en mujeres en el seguimiento médico. Conclusión: la adherencia terapéutica en esta población es moderada, con áreas de oportunidad en educación en salud, apoyo psicosocial y acceso a tratamientos.

**Palabras clave:** *adherencia terapéutica, enfermedades crónico-degenerativas.*

## Introducción

Las enfermedades no transmisibles o enfermedades crónico-degenerativas suelen ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores de riesgo genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento modificables, estas se clasifican en enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades pulmonares crónicas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). En el año 2021 se estimó que más de 18 millones de personas fallecieron a causa de algunas de las enfermedades crónico-degenerativas antes de cumplir 70 años, 82% de estas muertes prematuras prevalece en los países de bajo y mediano ingreso económico (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

La OPS menciona que en la región de Latinoamérica aproximadamente 5.5 millones de las muertes cada año están asociadas a los cuatro grupos de enfermedades no transmisibles, 85% de las muertes en la región de las Américas ocurre en países en vías de desarrollo. En relación con la incidencia de estas muertes asociadas con la edad, 15 millones de personas entre 30 y 69 años de edad mueren cada año a nivel mundial y 2.2 millones antes de los 70 años en la región de las Américas (OPS, 2025).

En México, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el año 2023, muestran que las enfermedades crónico-degenerativas van en aumento cada año, la prevalencia de obesidad en personas adultas mexicanas fue de 37% y en los últimos 23 años, el mayor incremento de obesidad fue en los hombres adultos, donde la obesidad aumentó 78%, las cuales están asociadas a desarrollar enfermedades no transmisibles; en

el año 2023 18% de las personas adultas tenía diabetes, pero una tercera parte de ellas desconocía su diagnóstico y 30% de las personas adultas tenía hipertensión arterial, de las cuales 43% desconocía su diagnóstico y 57% cuentan con tratamiento farmacológico (ENSANUT, 2024).

De acuerdo con las bases estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] en el estado de Campeche en el año 2022, las principales defunciones están asociadas a enfermedades no transmisibles, como son la diabetes mellitus (29.2%), enfermedades isquémicas del corazón (21.4%), enfermedades cerebrovasculares (11.9%), enfermedades hipertensivas (8.45%), tumor maligno de la mama (9.89%) (IMSS, 2024).

En función a la adherencia terapéutica, la OMS la concibe como el grado de comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Se reconoce la adherencia como un problema de salud pública de gran magnitud, ya que la incidencia y prevalencia de las enfermedades no transmisibles continúa siendo alta en países en vía de desarrollo, los tratamientos clínicos muestran una menor efectividad a la esperada, como parte de los resultados las tasas de adherencia a la medicación continúan siendo bajas, y no se han observado cambios significativos a través del tiempo (Vilcamango-Ugaldez et al., 2021).

En este orden de ideas Ortega-Cerda et al. (2018) identificaron que una problemática a la falta de adherencia terapéutica a nivel mundial predomina en países en desarrollo, asociados a factores socioeconómicos, a aspectos relacionados con el tratamiento y la enfermedad, así como las características del paciente y el equipo sanitario. Por otra parte, en una revisión sobre las barreras de la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes, hipertensión y obesidad en clínicas de atención de primer nivel, se encontró que existen barreras entre los pacientes y el personal del sistema de salud que repercuten en la adherencia terapéutica para el control de enfermedades crónicas pese a la aplicación de modelos de atención clínica, nutricionales y cambios del estilo de vida que permitan el desarrollo de modelos con mayor efectividad y eficacia, donde el personal sanitario es responsable de educar y orientar con respecto a la enfermedad y coadyuvar la adherencia (Mendoza-Reyes, 2021).

Por lo tanto, la adherencia terapéutica resulta un proceso complejo, al influir aspectos tanto individuales, como organizacionales; la no disponibilidad de medicamentos en farmacia, el olvido en tomarlos y en los horarios establecidos resultaron las principales barreras referidas, estos deben tenerse en cuenta para incidir de forma favorable en el control del paciente (Díaz-Piñera et al., 2022).

En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, con el fin de impulsar las iniciativas en tema de recursos humanos en salud, atención primaria de salud y cobertura sanitaria universal, la adherencia terapéutica no resulta un caso aislado de atender, ya que es un tema primordial para la disminución de los costos de salud pública y la sostenibilidad responsable de los fármacos en los pacientes que lo requieren (Duggan y Guiu-Segura, 2023).

Tomando como base lo anterior, se plantea la presente investigación con el fin de describir la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónico-degenerativas en Ciudad del Carmen, Campeche, México.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Describir la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas que acuden al módulo de especialidades médicas en Ciudad del Carmen, Campeche.

## **Metodología**

### **Tipo y diseño del estudio**

Se llevó a cabo una investigación cuantitativa (Hernández et al., 2007) de corte transversal dado que se realizó una sola medición en el tiempo durante el periodo de noviembre de 2024, y descriptivo dado que se describió el

fenómeno de manera natural, tal y como ocurre en el contexto sin manipulación de la variables (Galarza, 2021).

### **Población, muestreo y muestra**

La población de interés estuvo constituida por pacientes con alguna enfermedad crónico-degenerativa (hipertensión arterial, DMT2, sobrepeso u obesidad) que acuden al control y manejo de la enfermedad en una unidad de salud de atención primaria en Ciudad del Carmen, Campeche (Otzen y Manterola, 2017). Para ello se determinó un periodo de tiempo y se hizo uso de un muestro no probabilístico a conveniencia basado en las características de la población, al final quedó una muestra final de 86 pacientes que decidieron participar de manera voluntaria en la investigación (Mollo, 2023). Como criterios de inclusión se estipuló que presentaran alguna enfermedad crónica descrita anteriormente, que tuviera la capacidad mental de poder colaborar en la investigación y que presentaran al menos 2 años con el diagnóstico (Sousa et al., 2007).

### **Instrumentos de medición**

Como instrumento de medición se diseñó una ficha de datos personales creada por los investigadores para fines de este trabajo, la cual incluía datos personales y sobre la evolución de la enfermedad. Para la medición de la variable interés se utilizó la escala de adherencia terapéutica (Martín et al., 2003) la cual está constituida por 21 afirmaciones que aluden a comportamientos explícitos sobre el tratamiento. Está dividido en tres dimensiones con siete afirmaciones cada una (control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual y autoeficacia). Cada una de las afirmaciones tiene una escala de respuesta que oscila de 0 a 100, que el paciente elige en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Para una mejor interpretación se plantean los siguientes puntos de corte: 0 a 33 puntos se considera una adherencia baja; de 34 a 67 adherencia moderada y de 68 a 100 adherencia alta (Ginarte, 2001). En una investiga-

ción previa se reporta una confiabilidad de Alpha de Cronbach de 0.91 de forma general en enfermos crónicos adultos de la Ciudad de México (Soria-Trujano et al., 2009). En esta investigación se obtuvo un valor de 0.89 de forma global, lo que se considera aceptable.

## **Procedimiento de recolección de datos**

La obtención de la información se realizó de forma presencial en una unidad de salud, previo a ello se contó con la aprobación del proyecto y posteriormente se solicitó permiso por escrito en la institución de salud. El abordaje de los pacientes se realizaba en la sala de espera, se les invitaba de forma verbal, se explicaba el objetivo de la investigación y la forma de participación. En caso de colaborar se realizaba la entrega del consentimiento informado y de la escala, brindando acompañamiento para disipar cualquier duda, al finalizar se agradecía su participación y se brindaba orientación sobre la importancia del tratamiento para el control y manejo de las enfermedades.

## **Consideraciones éticas**

Cabe señalar que la investigación se sustentó en los criterios de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2024) que establece los principios éticos que orientan la investigación en salud, principalmente aquella que se realiza en seres humanos con la finalidad de salvaguardar su integridad. Así también se dio cumplimiento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2024) que define los lineamientos y principios generales a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, que define que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, y la protección de sus derechos y bienestar.

## Plan análisis de datos

La captura y análisis de la información se llevó a cabo a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0. para Windows, haciendo uso de la estadística descriptiva por medio de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, con la finalidad de dar respuesta al objetivo planteado (Carreño-Moreno y Mayorga-Álvarez, 2017).

## Resultados

En función de los resultados, se identificó una media de edad de 54.9 años ( $DE = 9.1$ , 41-70), además, predominó el sexo femenino, con 57%; el masculino tuvo 43%; 51.2% de los participantes mencionaron que trabajan actualmente, dedicando en promedio 34.5 horas ( $DE = 9.4$ , 5-12) de trabajo a la semana. En función a la patología, 12.8% manifestó que es su primera vez en la consulta y 87.2% que es cita subsecuente; 72.1% padece hipertensión arterial; 87.2% DM2 y 80.2% presenta algún grado de sobrepeso u obesidad.

Por lo que respecta a la variable de interés se identificó una media global de la adherencia terapéutica de 68.6 puntos ( $DE = 12.2$ ) y por dimensión se destaca el seguimiento médico conductual (tabla 9.1).

Tabla 9.1. Valores de la adherencia terapéutica de forma general y por dimensiones

| Variables                                                      | A    | DE   | Valor  |        |
|----------------------------------------------------------------|------|------|--------|--------|
|                                                                |      |      | Mínimo | Máximo |
| Adherencia terapéutica                                         | 68.6 | 12.2 | 6.1    | 91.43  |
| Factor 1. Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos | 70.0 | 16.1 | 2.8    | 100    |
| Factor 2. Seguimiento médico conductual                        | 75.4 | 15.8 | 7.1    | 100    |
| Factor 3. Autoeficacia                                         | 71.6 | 14.6 | 11.4   | 98.5   |

Nota:  $X$  = media;  $DE$  = desviación estándar;  $n = 86$ .

Fuente: escala de adherencia terapéutica.

Si se analizan las afirmaciones de la escala (tabla 9.2), se evidencia que predomina “Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo”, con una media de 86.8, seguida de “Si sospecho que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme”, con un valor de 86.3 puntos.

Tabla 9.2. *Media de las afirmaciones más altas de la escala de adherencia terapéutica*

| <i>Afirmaciones</i>                                                                                  | <i>A</i> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo                                                        | 86.8     |
| Si sospecho que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme                 | 86.3     |
| Me inspira confianza que el personal de salud demuestre conocer mi enfermedad                        | 82.7     |
| Me hago análisis clínicos en los periodos que el médico me indica                                    | 79.5     |
| Cuando me dan resultados clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento    | 79.1     |
| Me hago mis análisis clínicos periódicamente como me lo recomienda el médico, aunque no esté enfermo | 78.7     |

Nota:  $\bar{X}$  = media;  $n = 86$ .

Fuente: escala de adherencia terapéutica.

Ahora bien, al analizar la adherencia terapéutica por sexo (tabla 9.3), se obtuvo una media mayor en los hombres de forma general ( $\bar{X} = 69.0$  vs. 68.3) y en el control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos ( $\bar{X} = 73.1$  vs. 67.7), por el contrario en las mujeres predominó la dimensión de seguimiento médico conductual ( $\bar{X} = 77.3$  vs. 72.9).

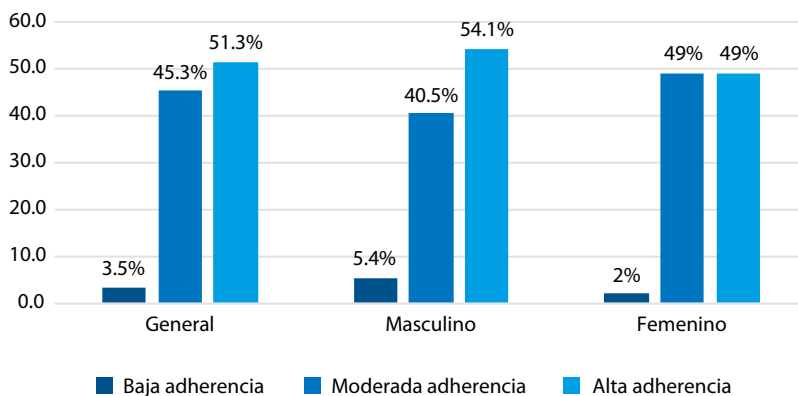
Tabla 9.3. *Valores de la adherencia terapéutica por sexo*

| <i>Variables</i>                                               | <i>Sexo</i> | <i>n</i> | <i>X</i>    | <i>DE</i> |
|----------------------------------------------------------------|-------------|----------|-------------|-----------|
| Adherencia terapéutica                                         | Masculino   | 37       | <b>69.0</b> | 11.9      |
|                                                                | Femenino    | 49       | 68.3        | 12.6      |
| Factor 1. Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos | Masculino   | 37       | <b>73.1</b> | 15.9      |
|                                                                | Femenino    | 49       | 67.7        | 16.1      |
| Factor 2. Seguimiento médico conductual                        | Masculino   | 37       | 72.9        | 16.9      |
|                                                                | Femenino    | 49       | <b>77.3</b> | 14.8      |
| Factor 3. Autoeficacia                                         | Masculino   | 37       | 71.5        | 16.0      |
|                                                                | Femenino    | 49       | 71.7        | 13.7      |

Nota:  $\bar{X}$  = media;  $DE$  = desviación estándar;  $n = 86$ .

Fuente: escala de adherencia terapéutica.

Al categorizar las puntuaciones de la escala (figura 9.1), se obtuvo que de forma general 51.3% presenta alta adherencia al tratamiento, sin embargo, al analizar por sexo, el valor es mayor en los hombres (54.1%) en comparación con la mujeres (49%), no obstante, la baja adherencia es mayor en los hombres (5.4%).

Gráfica 9.1. *Adherencia al tratamiento por sexo*

Fuente: elaboración propia.

## Discusión

El presente estudio analizó la adherencia terapéutica en una población con enfermedades crónicas no transmisibles, identificando una media global de adherencia de 68.6 puntos ( $DE = 12.2$ ). Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Mendoza-Reyes (2021), quien destaca que la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, como hipertensión y diabetes, suele ubicarse en niveles intermedios, afectada por factores socioeconómicos y de acceso a servicios de salud. En nuestro estudio, la adherencia mostró mayor fortaleza en la dimensión de seguimiento médico conductual (75.4,  $DE = 15.8$ ), lo que sugiere una alta disposición de los pacientes a seguir las indicaciones médicas una vez establecida la relación con el profesional de salud. Sin embargo, la adherencia en términos de control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos presentó una media menor (70.0,  $DE = 16.1$ ), lo que puede estar relacionado con barreras personales o estructurales que afectan el cumplimiento del tratamiento, como también lo reporta Ginarte (2001).

El análisis por género reveló diferencias significativas en la adherencia terapéutica, los hombres presentaron mayor adherencia general y un mejor

control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, mientras que las mujeres destacaron en el seguimiento médico conductual. Estos resultados sugieren que los hombres podrían mostrar mayor rigidez en la adherencia a pautas alimenticias y farmacológicas, mientras que las mujeres tienen una mejor conexión con el personal de salud y mayor compromiso con el monitoreo médico, lo cual es consistente con los hallazgos de Díaz-Piñera et al. (2022) quienes en su estudio reportaron que la confianza en el personal de salud y la frecuencia de consultas médicas están más marcadas en la población femenina, lo que contribuye a una mayor adherencia en esta dimensión.

Los factores que influyen en la adherencia terapéutica son diversos y han sido abordados en investigaciones previas, de acuerdo con Sánchez-Arellano et al. (2020), la adherencia terapéutica no sólo depende del paciente, sino también de la relación entre el personal de salud y el paciente, así como de las condiciones estructurales del sistema de salud. En el contexto mexicano, el acceso irregular a medicamentos y la falta de educación en salud son barreras recurrentes que afectan el cumplimiento del tratamiento. Esto coincide con los hallazgos de nuestro estudio, donde la autoeficacia presentó un puntaje moderado (71.6,  $DE = 14.6$ ), lo que indica la necesidad de intervenciones educativas dirigidas a fortalecer la autonomía de los pacientes en el manejo de su enfermedad.

Peña et al. (2023) destaca que la falta de adherencia terapéutica está relacionada con barreras psicológicas y sociales, como el miedo a los efectos adversos del medicamento y la desconfianza en el sistema de salud. En nuestro estudio, la afirmación con mayor puntuación fue “Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo” (86.8), lo que sugiere que, a pesar de los desafíos, los pacientes muestran un alto nivel de compromiso. Sin embargo, las dificultades en el control de la ingesta de medicamentos y alimentos indican que las estrategias de adherencia deben incluir un enfoque multidisciplinario que considere el apoyo psicosocial.

Desde una perspectiva de intervención, estudios como el de Guzmán-Montero et al. (2021) han hecho hincapié en la importancia de programas de educación en salud y seguimiento personalizado para mejorar la adherencia terapéutica. La implementación de tecnologías de información, como aplicaciones móviles y recordatorios digitales, ha demostrado ser efectiva en poblaciones con enfermedades crónicas. Esto es relevante para nues-

tra investigación, ya que los resultados sugieren que la adherencia podría incrementarse si se incorporan herramientas de apoyo tecnológico y estrategias de educación continua.

En términos de categorización de adherencia, se identificó que 51.3% de los participantes presentan alta adherencia terapéutica. No obstante, se observó que los hombres, a pesar de su mayor adherencia general, también presentaron un porcentaje más alto de baja adherencia (5.4%). Este hallazgo sugiere que, si bien hay una mayor proporción de hombres con altos niveles de adherencia, aquellos que presentan dificultades en el seguimiento del tratamiento pueden mostrar una desvinculación significativa, lo que concuerda con estudios previos que destacan la menor frecuencia de asistencia médica en poblaciones masculinas en comparación con las femeninas (Mendoza-Reyes, 2021).

Estos resultados resaltan la necesidad de estrategias diferenciadas para mejorar la adherencia terapéutica en poblaciones con enfermedades crónicas. Las intervenciones deben considerar factores de género, reforzando el seguimiento médico en hombres y fortaleciendo el control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en mujeres. Además, el desarrollo de programas de educación en salud que promuevan la autogestión de la enfermedad y refuercen la confianza en el personal médico, puede contribuir a mejorar los niveles de adherencia terapéutica en la población en general.

## Conclusiones

La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles sigue representando un desafío significativo en el ámbito de la salud pública. Los resultados de este estudio indican que, si bien la adherencia terapéutica se encuentra en niveles moderados, existen áreas clave que requieren atención, como la adherencia en el control de la ingesta de medicamentos y alimentos. La diferencia de género en la adherencia terapéutica refuerza la necesidad de estrategias adaptadas que aborden las particularidades de cada grupo poblacional.

Los hallazgos destacan la importancia de la educación en salud, el acceso a tratamientos y el fortalecimiento de la relación médico-paciente como

factores clave en la adherencia terapéutica. La implementación de intervenciones basadas en la evidencia puede contribuir a mejorar los niveles de adherencia y, en consecuencia, la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas.

## **Recomendaciones**

En función de los resultados se plantean como recomendaciones:

- Desarrollar estrategias diferenciadas para mejorar la adherencia terapéutica en hombres y mujeres, considerando los factores de riesgo y las barreras específicas de cada grupo.
- Implementar programas que promuevan la educación en salud y la autogestión de la enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas.
- Brindar asesoramiento psicológico y emocional para mejorar la percepción de la enfermedad y fomentar la adherencia terapéutica.

## Referencias

- Asociación Médica Mundial (2024). *Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Revisión de Fortaleza, Brasil. 2013.
- Carreño-Moreno, S. P., y Mayorga-Álvarez, J. H. (2017). Pensamiento estadístico: herramienta para el desarrollo de la enfermería como ciencia. *Avances en Enfermería*, 35(3), 345-356.
- Congreso de la Unión (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Díaz-Piñera, A., Rodríguez-Salvá, A., León-Sánchez, M., Fernández-González, L., Seuc-Jo, A. H., y Álvarez-Mesa, N. (2022). Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del Policlínico Universitario Julio Antonio Mella de Guanabacoa. *Revista Finlay*, 12(1), 65-76. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v12n1/2221-2434-rf-12-01-65.pdf>
- Duggan, C., y Guiu-Segura, J. M. (2023). Cómo la farmacia puede transformar y contribuir a la agenda global sobre el desarrollo sostenible. *Farmacia Hospitalaria*, 46(6), 317-318. <https://dx.doi.org/10.7399/fh.11303>
- Galarza, C. A. R. (2021). Diseños de investigación experimental. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 10(1), 1-7.
- Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana Médica General Integral*, 17(5), 502-505.
- Guamán-Montero, N. A., Mesa-Cano, I. C., Peña-Cordero, S. J., y Ramírez-Coronel, A. A. (2021). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 40(3), 290-297.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2024). *Diagnóstico del Programa presupuestario E011 "Atención a la Salud"*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/evaluaciones/dpm/ppe011/diag/E011-2024-Diagnostico.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2024). *Resultados de la ENSANUT 2020-2023*. <https://www.insp.mx/avisos/presentan-resultados-de-la-ensanut-2020-2023>
- Martín, L., Sairo, M. y Bayarre, H. (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Revista Cubana Médica*, 19, 1-15.
- Mendoza-Reyes, R. (2021). La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y ética*, 32(4), 897-945. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n4.01>
- Mollo, S. E. C. (2023). Diseños de investigación cualitativa y cuantitativa. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 1865-1879.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

- Organización Panamericana de la Salud (2025). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Organización Panamericana para la Salud (2020). *Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud*. <https://www.paho.org/es/documentos/conjunto-intervenciones-esenciales-oms-contra-enfermedades-no-transmisibles-para>
- Ortega-Cerda, J. J., Sánchez-Herrera, D., Rodríguez-Miranda, O. A., y Ortega-Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232. <https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n3/1870-7203-amga-16-03-226.pdf>
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
- Peña-Valenzuela, A. N., Ruiz-Cervantes, W., Barrios-Olán, C., y Chávez-Aguilasoch, A. I. (2023). Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(1), 55.
- Sánchez-Arellano, A. A., Navarro-Contreras, G., Padrós-Blázquez, F., y Cruz-Torres, C. E. (2020). Relación entre autoeficacia, apoyo social, adherencia al tratamiento y HbA1C por nivel de percepción de amenaza en pacientes con DM2. *Nova scientia*, 12(25). <https://doi.org/10.21640/ns.v12i25.2466>
- Soria-Trujano, R., Vega-Valero, C. Z., y Nava-Quiroz, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-339X2009000100008&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008&lng=pt&tlng=es)
- Sousa, V. D., Driessnack, M., y Mendes, I. A. C. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 502-507.
- Vilcamango-Ugaldez, E. J., Gil-Merino, S. M., y Valladares-Garrido, M. J. (2021). Factores asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos atendidos en dos hospitales peruanos. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(2).