TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Medicina

Relación entre comunicación médico-paciente, confianza y adherencia terapéutica: revisión sistemática

Tutor clínico: Dra. Cristina López de la Torre

Servicio: Bioética

Tutor metodológico: Ignacio Miguel Pardillo Gil

Alumno: Adriana Eugenia Saugar Koster

Hospital: Hospital Universitario Infanta Sofía

Índice

Resumen **1**
1. Introducción **3**
2. Hipótesis y objetivos **5**
3. Metodología **6**
Diseño 6
Criterios de elegibilidad de los estudios 6
Fuentes de información 7
Selección de estudios 10
Variables 11
Modo síntesis de datos 11
Evaluación de la calidad 12
Aspectos éticos y legales 12
4. Resultados **12**
Descripción de los estudios seleccionados 13
Resultados de los estudios individuales 16
Evaluación de la calidad metodológica 17
5. Discusión **19**
Influencia de la comunicación médico-paciente en la confianza y la adherencia terapéutica 20
Toma de decisiones compartida y su impacto en la adherencia terapéutica 22
Fortalezas y Limitaciones del estudio 24
Implicaciones para la práctica clínica y la investigación futura 25
6. Conclusión **26**
7. Bibliografía **27**
8. Anexos ..... **I**
a. Declaración sobre el uso de ChatGPT y herramientas de IA I

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios de selección..... 7
Tabla 2. Fuentes de información 9
Tabla 3. Características de los estudios 15
Tabla 4. Escalas de calidad 19

Índice diagramas

Diagrama 1. PRISMA 13
Diagrama 2. Factores asociados a la falta de adherencia terapéutica 24

Resumen

INTRODUCCIÓN: La calidad de la comunicación médico-paciente y la confianza en el profesional sanitario son factores relevantes en la adherencia terapéutica. Una relación asistencial basada en comunicación, confianza y participación del paciente puede mejorar los resultados en salud y el cumplimiento del tratamiento.

OBJETIVO: Analizar la relación entre comunicación médico-paciente, confianza en el profesional sanitario y adherencia terapéutica, así como la influencia de la toma de decisiones compartida en el seguimiento del tratamiento.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones PRISMA. Se consultaron Medline, Scopus y Web of Science. Se incluyeron estudios originales publicados entre 2005 y 2026. La búsqueda combinó palabras clave y operadores booleanos (AND, OR). Se realizó una síntesis temática cualitativa.

RESULTADOS: Tras el cribado en bases de datos y la búsqueda manual mediante snowballing, se incluyeron finalmente 9 estudios observacionales y cualitativos. Estos estudios analizaron la comunicación clínica, la confianza médico-paciente y la adherencia terapéutica. Este número refleja la limitada disponibilidad de estudios que examinan conjuntamente estas variables y la heterogeneidad metodológica existente. La mayoría mostró una asociación positiva entre comunicación, confianza, toma de decisiones compartida y mejor seguimiento del tratamiento.

CONCLUSIONES: La evidencia sugiere que una comunicación médico-paciente clara, empática y adaptada se asocia con mayor confianza y mejor adherencia terapéutica. La participación del paciente en la toma de decisiones favorece su implicación en el manejo de la enfermedad, aunque su impacto puede variar según características individuales. Estos hallazgos refuerzan la importancia de promover modelos de atención centrados en el paciente para mejorar los resultados en salud.

Palabras clave: Relación médico-paciente; comunicación clínica; confianza en el médico; adherencia terapéutica; toma de decisiones compartida.

Abstract

INTRODUCTION: The quality of physician–patient communication and trust in healthcare professionals are relevant factors in therapeutic adherence. A healthcare relationship based on communication, trust, and patient participation may improve health outcomes and treatment compliance.

OBJECTIVE: To analyse the relationship between physician–patient communication, trust in healthcare professionals, and therapeutic adherence, as well as the influence of shared decision-making on treatment adherence.

METHODOLOGY: A systematic review was conducted following the PRISMA guidelines. Medline, Scopus, and Web of Science were searched. Original studies published between 2005 and 2026 were included. The search strategy combined keywords and Boolean operators (AND, OR). A qualitative thematic synthesis was performed.

RESULTS: After database screening and manual citation searching through snowballing, a total of 9 observational and qualitative studies were finally included. These studies examined clinical communication, physician–patient trust, and therapeutic adherence. This number reflects the limited availability of studies jointly examining these variables, as well as the existing methodological heterogeneity. Most studies reported a positive association between communication, trust, shared decision-making, and improved treatment adherence.

CONCLUSIONS: The available evidence suggests that clear, empathetic, and patient-centred communication is associated with higher levels of trust and better therapeutic adherence. Patient participation in clinical decision-making promotes greater involvement in disease management, although its impact may vary according to individual characteristics. These findings highlight the importance of promoting patient-centred care models to improve health outcomes.

Keywords: Physician–patient relationship; Clinical communication; Trust in physician; Therapeutic adherence; Shared decision-making.

1. Introducción

La relación médico-paciente ha experimentado importantes transformaciones a lo largo de las últimas décadas, especialmente a partir del desarrollo de la bioética. Tradicionalmente, esta relación se basaba en un modelo paternalista en el que el médico asumía un papel predominante en la toma de decisiones clínicas, mientras que el paciente ocupaba una posición pasiva. Sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo XX se consolidó progresivamente el principio de autonomía del paciente, favoreciendo la evolución hacia modelos más horizontales en los que médico y paciente comparten información y participan conjuntamente en el proceso asistencial (1).

En este contexto, han adquirido relevancia modelos teóricos como el modelo biopsicosocial propuesto por Engel, que plantea la necesidad de integrar factores biológicos, psicológicos y sociales en la comprensión de la enfermedad, así como el enfoque de medicina centrada en el paciente, que enfatiza la importancia de considerar las preferencias, valores y circunstancias individuales del paciente en la toma de decisiones clínicas. Estos modelos han contribuido a redefinir la relación asistencial, situando al paciente como un agente activo en el manejo de su salud (2,3).

En este sentido, el modelo biopsicosocial surge como una respuesta a las limitaciones del modelo biomédico tradicional, que tiende a explicar la enfermedad exclusivamente a partir de alteraciones biológicas (2).

Este enfoque permite explicar, por ejemplo, por qué pacientes con una misma patología pueden presentar diferentes niveles de adherencia terapéutica o distinta evolución clínica.

En línea con este planteamiento, el modelo de medicina centrada en el paciente desarrollado por Stewart profundiza en la importancia de integrar la perspectiva del paciente en la práctica clínica, considerando sus valores, expectativas y vivencia de la enfermedad como elementos esenciales del proceso asistencial. Este enfoque destaca la necesidad de establecer una relación médico-paciente basada en la colaboración y el entendimiento mutuo en la toma de decisiones clínicas (3). Asimismo, se ha señalado que la calidad de esta relación constituye

un determinante relevante de los resultados en salud, incluyendo la satisfacción del paciente y la adherencia al tratamiento.

La participación del paciente en el proceso asistencial se ha asociado con una mayor implicación en el manejo de la enfermedad y con un mejor seguimiento de las recomendaciones terapéuticas (4,5). En este sentido, la calidad de la relación médico-paciente constituye un elemento clave para favorecer dicha participación.

Entre los factores que influyen en esta relación, la comunicación médico-paciente desempeña un papel fundamental. Una comunicación clara, adaptada al nivel del paciente y basada en la resolución de dudas facilita la comprensión de las indicaciones médicas y favorece la implicación del paciente en su tratamiento. Además, la comunicación clínica no solo actúa como herramienta informativa, sino que influye directamente en los resultados en salud a través de mecanismos como el aumento de la comprensión, el fortalecimiento de la confianza y la mayor implicación del paciente en la toma de decisiones (5,6).

La confianza en el profesional sanitario constituye otro elemento central de la relación médico-paciente, y se ha asociado con una mayor satisfacción con la atención recibida, una mejor comunicación clínica y un mayor seguimiento de las recomendaciones terapéuticas. En este contexto, la comunicación y la confianza se configuran como factores interrelacionados que influyen en el comportamiento del paciente respecto a su tratamiento (7,8).

La adherencia terapéutica, definida por la Organización Mundial de la Salud como el grado en que el comportamiento del paciente se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario, constituye un aspecto clave en la efectividad de los tratamientos (9). La falta de adherencia es un problema frecuente, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas y se asocia con peores resultados clínicos, mayor número de hospitalizaciones y un incremento del gasto sanitario. Asimismo, ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud como uno de los principales desafíos para la efectividad de los tratamientos médicos (9,10,11).

Este fenómeno es de naturaleza multifactorial, en el que intervienen factores individuales, sociales y relacionados con el sistema sanitario, así como

elementos vinculados a la propia relación médico-paciente (12). En este sentido, mejorar la adherencia terapéutica requiere abordar no solo aspectos clínicos, sino también factores relacionados con la comunicación, la confianza y la participación del paciente en el proceso asistencial.

A pesar de la creciente evidencia sobre la importancia de estos factores, los estudios disponibles presentan resultados heterogéneos y han analizado de forma aislada variables como la comunicación, la confianza o la toma de decisiones compartida. En este sentido, no existe una síntesis clara que integre de manera conjunta la comunicación médico-paciente, la confianza en el profesional sanitario y la adherencia terapéutica dentro de un mismo marco conceptual, lo que dificulta obtener una visión global de su impacto en los resultados en salud.

Por ello, resulta relevante realizar una revisión sistemática que permita analizar de forma integrada la evidencia científica disponible sobre la relación entre la comunicación médico-paciente, la confianza en el profesional sanitario y su influencia en la adherencia terapéutica, así como el papel de la toma de decisiones compartida en este proceso.

2. Hipótesis y objetivos

La hipótesis de este estudio fue que una relación médico-paciente basada en una comunicación efectiva y en altos niveles de confianza se asocia con una mayor adherencia terapéutica y una mayor participación del paciente en la toma de decisiones clínicas.

El objetivo principal fue analizar la relación entre la comunicación médico-paciente y el nivel de confianza en el profesional sanitario con la adherencia terapéutica y la toma de decisiones compartida a partir de la evidencia científica disponible.

También se han examinado diferentes objetivos secundarios:

- Evaluar el impacto de la calidad de la comunicación clínica en la adherencia al tratamiento.

- Examinar el papel de la confianza del paciente en el médico en el seguimiento terapéutico.
- Analizar la influencia de la toma de decisiones compartida en la adherencia terapéutica.
- Evaluar la calidad metodológica de los trabajos incluidos en la revisión sistemática.

3. Metodología

Diseño

Para cumplir con los objetivos mencionados previamente, se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo la guía PRISMA ("*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses"*) con el fin de garantizar un proceso de búsqueda, selección y presentación de estudios transparente, sistemático y reproducible (13).

Criterios de elegibilidad de los estudios

La búsqueda bibliográfica se realizó en marzo de 2026.

Como se muestra en la tabla 1, se incluyeron estudios originales publicados en revistas científicas revisadas, entre los años 2005 y 2026, en idioma inglés, español, y/o neerlandés. Se consideraron elegibles los estudios observacionales y cualitativos realizados en adultos mayores de 18 años que analizaran la relación entre la comunicación médico-paciente, la confianza en el profesional sanitario y la adherencia terapéutica o la toma de decisiones compartida.

Se excluyeron las revisiones sistemáticas de literatura, cartas al editor, estudios de caso único y aquellas publicaciones sin resultados originales. Asimismo, se excluyeron los estudios con importantes limitaciones metodológicas o con información insuficiente para responder a la pregunta de investigación, así como los artículos con texto incompleto.

Para estructurar la pregunta de investigación se utilizó el modelo PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) (14).

- **P:** Pacientes adultos mayores de 18 años.

- **I:** Comunicación médico-paciente efectiva, confianza en el profesional sanitario y toma de decisiones compartida.
- **C:** No aplicable.
- **O:** Adherencia terapéutica.

A partir de este modelo se formuló la siguiente pregunta de investigación: "¿En pacientes adultos, una relación médico-paciente basada en una comunicación efectiva, la confianza y la toma de decisiones compartida se asocia con una mayor adherencia terapéutica?"

Tabla 1. Criterios de selección

Criterios de inclusión	**Criterios de exclusión**
Estudios observacionales y cualitativos.	Estudios con sesgos importantes
Fecha de publicación entre 2005-2026	Revisiones sistemáticas de literatura, cartas al editor, estudios de caso único
Publicado en inglés, español o neerlandés	Artículos con texto incompleto.
P: Adultos mayores de 18 años	
I: Relación médico-paciente y confianza	
C: No aplicable	
O: Adherencia terapéutica.	

Fuentes de información

Para la identificación de los estudios relevantes se realizó una búsqueda sistemática en tres bases de datos biomédicas ampliamente utilizadas en el ámbito de las ciencias de la salud: Medline, Scopus y Web of Science; lo cual ha

permitido ampliar la cobertura de la literatura científica e incrementar la exhaustividad de la búsqueda.

La búsqueda se llevó a cabo en marzo de 2026 en todas las bases de datos mencionadas, con el objetivo de identificar estudios publicados dentro del rango temporal establecido (2005–2026) sobre la relación médico-paciente, la confianza en el profesional sanitario y la adherencia terapéutica. El flujo completo del proceso de selección se representará en el siguiente apartado mediante un diagrama de flujo PRISMA (ver diagrama 1).

Estrategia de búsqueda

Se diseñó una estrategia de búsqueda estructurada utilizando combinaciones de palabras clave, términos MeSH (Medical Subject Headings) y operadores booleanos (AND, OR) con el fin de identificar artículos relacionados con la temática de estudio.

Los términos de búsqueda se agruparon en tres conceptos principales derivados de la pregunta de investigación: Relación médico-paciente y comunicación clínica; confianza del paciente en el médico; y adherencia terapéutica.

Para ampliar la sensibilidad de la búsqueda se incluyeron diferentes sinónimos y términos relacionados, combinados mediante el operador booleano OR, mientras que los diferentes conceptos se conectaron mediante el operador AND.

Se emplearon tanto términos libres como términos MeSH.

La estrategia de búsqueda utilizada fue la siguiente: ("physician-patient relations" OR "doctor-patient relationship" OR "physician-patient communication" OR "patient participation" OR "shared decision making") AND ("Trust" OR "patient trust" OR "trust in physician") AND ("medication adherence" OR "treatment adherence" OR "compliance")

Tal como se muestra en la tabla 2, en la base de datos MEDLINE, la búsqueda inicial identificó 772 resultados. En Scopus se obtuvieron 276 resultados, mientras que en Web of Science se identificaron 846 estudios potencialmente relevantes.

Tabla 2. Fuentes de información

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Número de resultados	Fecha de búsqueda
Medline	("physician-patient relations" OR "doctor-patient relationship" OR "physician-patient communication" OR "patient participation" OR "shared decision making") AND ("Trust" OR "patient trust" OR "trust in physician") AND ("medication adherence" OR "treatment adherence" OR "compliance")	772	12 de marzo de 2026
Scopus	("physician-patient relations" OR "doctor-patient relationship" OR "physician-patient communication" OR "patient participation" OR "shared decision making") AND ("Trust" OR "patient trust" OR "trust in physician") AND ("medication adherence" OR "treatment adherence" OR "compliance")	276	12 de marzo de 2026
Web of Science	("physician-patient relations" OR "doctor-patient relationship" OR "physician-patient communication" OR "patient participation" OR "shared decision making") AND ("Trust" OR "patient trust" OR "trust in physician") AND ("medication adherence" OR "treatment adherence" OR "compliance")	846	12 de marzo de 2026

Se aplicaron filtros adicionales para limitar los resultados a estudios en humanos, publicados en idioma inglés, español, y/o neerlandés, y con una fecha de publicación entre 2005-2026, con el objetivo de garantizar la actualidad de la evidencia científica analizada.

Selección de estudios

El proceso de la selección de los estudios fue realizado por dos revisores de forma independiente y se siguió el PRISMA 2020 checklist (13).

Tras la realización de las búsquedas en las diferentes bases de datos, todos los registros identificados fueron revisados mediante un proceso de selección en varias fases.

La búsqueda inicial en las diferentes bases de datos identificó un total de 1.894 registros potencialmente relevantes. Tras la eliminación de duplicados mediante Zotero, se obtuvieron 1.166 registros. Posteriormente se realizó un cribado por título y resumen, excluyéndose aquellos estudios que no abordaban la relación médico-paciente, la comunicación clínica o la confianza como factores relacionados con la adherencia terapéutica. Tras este proceso, 192 estudios fueron seleccionados para la lectura a texto completo.

En una fase posterior, los artículos potencialmente elegibles fueron evaluados mediante la lectura del texto completo con el objetivo de determinar su idoneidad para la revisión.

Finalmente, 6 estudios cumplieron los criterios de inclusión y fueron incorporados en la presente revisión sistemática. Asimismo, se llevó a cabo una búsqueda manual *(snowballing*) a partir de las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados, identificando estudios originales adicionales, lo que permitió incorporar finalmente 3 estudios adicionales (15). De este modo, el número total de estudios incluidos en la revisión fue de 9.

El reducido número de estudios incluidos se debe a la aplicación de criterios de inclusión estrictos, la heterogeneidad de la evidencia disponible y la inclusión exclusiva de estudios originales.

El proceso completo de selección de estudios se muestra más adelante en el diagrama de flujo PRISMA (ver diagrama 1).

Variables

Las variables analizadas en la presente revisión fueron las siguientes:

- Comunicación: entendida como la calidad de la interacción comunicativa entre el profesional sanitario y el paciente durante el proceso asistencial.
- Confianza, definida como el grado en que el paciente percibe que el profesional sanitario actúa con competencia, honestidad y en beneficio de su salud.
- Adherencia terapéutica, que se refiere al grado en que el comportamiento del paciente en relación con el tratamiento prescrito se corresponde con las indicaciones proporcionadas por el profesional sanitario.

Estas variables fueron extraídas y analizadas en cada uno de los estudios incluidos con el objetivo de identificar patrones, similitudes y diferencias en los resultados reportados por la literatura científica.

Modo síntesis de datos

Una vez seleccionados los estudios que cumplían los criterios de inclusión establecidos, se procedió a la extracción y análisis de los datos relevantes para responder a la pregunta de investigación planteada.

Debido a la heterogeneidad esperable entre los estudios incluidos (en cuanto a diseño metodológico, población estudiada, instrumentos de medición utilizados y variables analizadas) se optó por realizar una síntesis temática cualitativa.

Los resultados de los diferentes estudios se organizaron y analizaron de forma comparativa, agrupándolos según las variables principales del estudio. De esta manera, se analizaron de forma específica los estudios que evaluaban el impacto de la comunicación médico-paciente en la adherencia terapéutica, aquellos que examinaban el papel de la confianza del paciente en el médico en el seguimiento del tratamiento y los que abordaban la influencia de la relación médico-paciente en la participación del paciente en la toma de decisiones clínicas.

Finalmente, los hallazgos identificados en los estudios incluidos fueron interpretados en conjunto con el objetivo de ofrecer una visión global de la evidencia científica disponible sobre la relación entre la comunicación médico-paciente, la confianza en el profesional sanitario y su influencia en la adherencia terapéutica y en la toma de decisiones compartida.

Evaluación de la calidad

El análisis de calidad de los artículos incluidos para la revisión se evaluó de manera independiente a través de diferentes escalas dependiendo del tipo de estudio.

Los estudios observacionales transversales se evaluaron mediante la herramienta JBI (16), mientras que los estudios cualitativos se evaluaron mediante la escala JBI para estudios cualitativos (17). Los estudios de cohortes se evaluaron mediante la escala Newcastle-Ottawa (18).

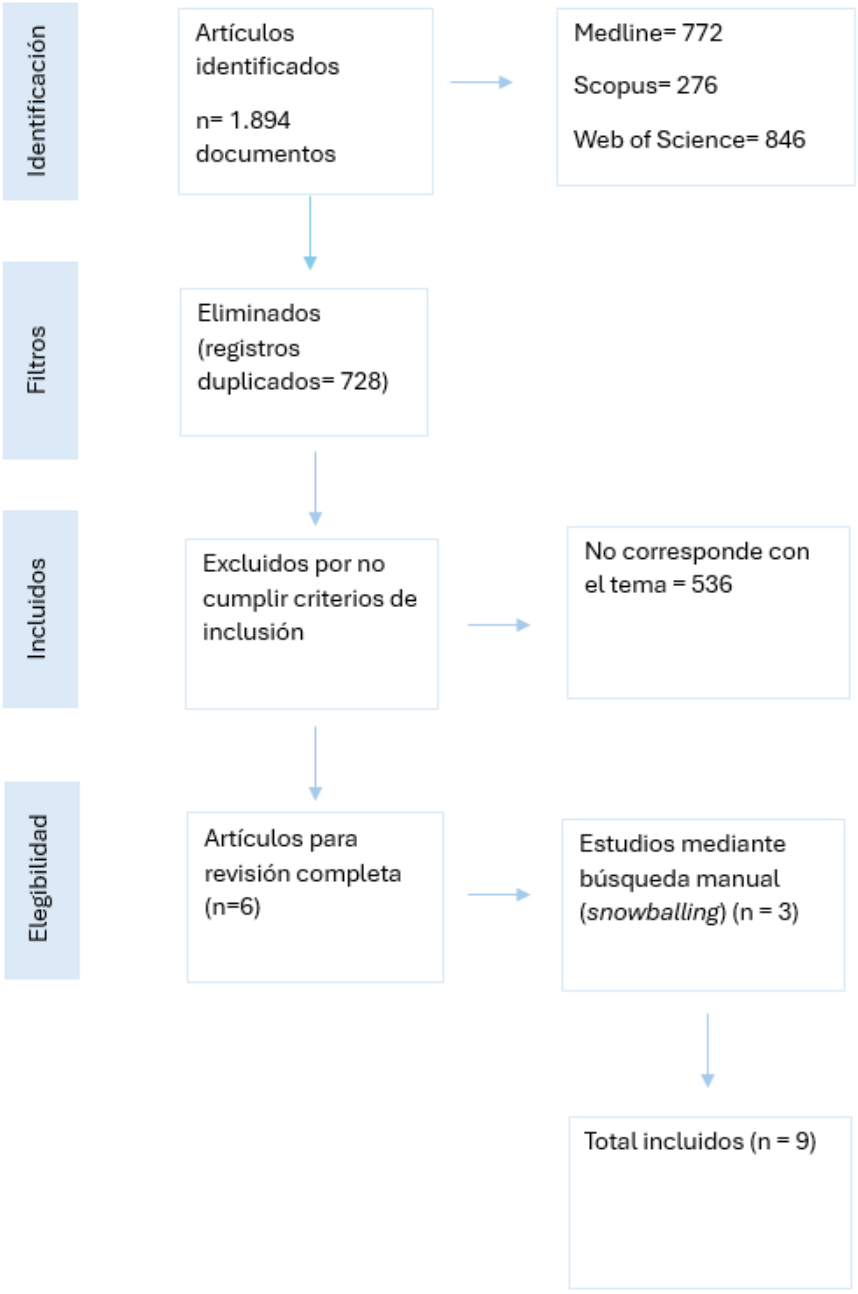
Aspectos éticos y legales

El presente trabajo es de autoría original y se ha realizado respetando la propiedad intelectual de todas las fuentes utilizadas. Toda la información ha sido obtenida de bases de datos académicas y artículos científicos publicados, y ha sido debidamente citada en la bibliografía. Dado que esta revisión sistemática se basa en el análisis de información de acceso público y ya publicada, no se ha utilizado ni procesado ningún dato personal ni confidencial de pacientes. Por lo tanto, se garantiza la protección del anonimato de los sujetos de los estudios originales. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en la realización de esta revisión sistemática.

4. Resultados

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos y realizar el proceso de cribado de títulos, resúmenes y textos completos, se incluyeron finalmente 9 estudios en la presente revisión sistemática. El proceso de selección de los estudios se presenta en el diagrama de flujo PRISMA (ver Diagrama 1).

Diagrama 1. PRISMA



Descripción de los estudios seleccionados

Los estudios seleccionados fueron publicados entre los años 2005 y 2025, lo que refleja un creciente interés por analizar la influencia de la comunicación médico-paciente y de la confianza en el profesional sanitario sobre la adherencia al tratamiento y la participación del paciente en la toma de decisiones clínicas.

En relación con el diseño metodológico, los artículos incluidos presentan una considerable heterogeneidad, incluyendo estudios observacionales transversales, estudios de cohorte y cualitativos basados en entrevistas.

En cuanto al ámbito geográfico, los estudios fueron realizados en diferentes países, principalmente en Estados Unidos, Europa y Asia, lo que permite disponer de una perspectiva amplia sobre la relación médico-paciente en distintos contextos sanitarios.

El tamaño de las muestras analizadas en los distintos estudios fue variable, oscilando entre 16 y 24.017 participantes, lo que refleja una alta variabilidad en el tamaño muestral de los estudios incluidos.

Las características y conclusiones principales de los estudios incluidos se presentan de forma resumida en la Tabla 3.

Tabla 3. Características de los estudios

Autor	Año	País	Muestra	Tipo de estudio	Conclusiones
Borhan, F et al.	2021	Irlanda	235	Transversal	La calidad de la comunicación como factor más importante para conseguir la confianza del paciente (19).
Duclos, CW et al.	2005	EEUU	16	Cualitativo	La comunicación, cuando es honesta, empática, influye de forma decisiva en la percepción del paciente y en la relación médico-paciente (20).
Reach, G et al.	2021	Francia	3.001	Transversal	La confianza médico-paciente y la toma de decisiones compartida son factores clave en la adherencia al tratamiento (21).
Emamikia, S et al.	2022	Suecia	205	Cualitativo	Identifica factores que influyen en la falta de adherencia a la medicación (22).
Hassan, ZA et al.	2025	Kurdistán	666	Transversal	Una mayor confianza en el médico se asoció con mayores niveles de adherencia al tratamiento (23).
Hsu, KL et al.	2015	EEUU	293	Transversal	La baja adherencia no solo empeora resultados clínicos, sino que también puede generar errores en el manejo terapéutico (24).
Gadkari, AS et al.	2012	EEUU	24.017	Transversal	La adherencia no intencional no es un fenómeno aleatorio, sino que está influida por las creencias del paciente sobre la medicación (25).
Yoshimi, R et al.	2024	Japón	433	Cohorte	La participación en la toma de decisiones aumenta la adherencia terapéutica (26).
Somohano, VC et al	2023	EEUU	1.273	Cohorte	La toma de decisiones compartida reduce el uso indebido de opioides al aumentar la confianza médico-paciente (27).

Resultados de los estudios individuales

Con el objetivo de facilitar la interpretación de los resultados, los hallazgos de los estudios incluidos se agruparon en función de los principales ejes temáticos derivados del análisis de los estudios incluidos, organizando los resultados en torno a la comunicación médico-paciente, la confianza en el profesional sanitario, la toma de decisiones compartida y la adherencia terapéutica

- Comunicación médico-paciente

El 44,5% de los estudios analizados describen una asociación entre la comunicación médico-paciente y la comprensión de la enfermedad y del tratamiento, así como con una mayor implicación del paciente en su proceso asistencial (19,20,21,22). Asimismo, se describen características como la claridad de la información, la empatía y la adaptación al nivel del paciente como elementos presentes en una comunicación adecuada (19,22).

En algunos estudios se recoge que la comunicación también influye en la experiencia del paciente, especialmente en situaciones clínicas complejas o tras la aparición de eventos adversos (20). Por otro lado, la falta de información o la comunicación insuficiente se asocia con dificultades en la comprensión de las indicaciones médicas (22,24).

Estos hallazgos sugieren que la comunicación clínica no solo facilita la transmisión de información, sino que podría desempeñar un papel determinante en la comprensión del tratamiento, lo que constituye un elemento clave para favorecer la adherencia terapéutica.

- Confianza en el profesional sanitario

Un total de 6 de los 9 estudios incluidos señalan que la confianza en el profesional sanitario se relaciona con la aceptación de las recomendaciones médicas y el seguimiento del tratamiento (19,21,22,23,26,27).

Asimismo, se describen diferentes factores asociados a la confianza, entre los que se encuentran la comunicación, la percepción de competencia del profesional y la atención a las necesidades del paciente (19,23).

En conjunto, la evidencia sugiere que la confianza actúa como un factor mediador relevante entre la comunicación clínica y la adherencia terapéutica.

- Toma de decisiones compartida

En relación con la toma de decisiones compartida, el 33% de los estudios muestran que la participación del paciente en el proceso asistencial se asocia con su implicación en el manejo de la enfermedad y el seguimiento del tratamiento (21,26,27).

Además, se describe que la toma de decisiones compartida permite incorporar los valores y preferencias del paciente en el proceso asistencial (26). No obstante, algunos estudios señalan que el grado de participación puede variar entre pacientes (22).

Estos resultados sugieren que el impacto de la toma de decisiones compartida podría depender de factores individuales del paciente, lo que refuerza la necesidad de adaptar el modelo asistencial a las preferencias y características de cada persona.

- Factores asociados a la adherencia terapéutica

Los estudios analizados identifican múltiples factores asociados a la adherencia terapéutica. Entre los factores individuales se incluyen la comprensión de la enfermedad, las creencias sobre la medicación y la preocupación por los efectos adversos (24,25).

Asimismo, se describen factores relacionados con el sistema sanitario, como la accesibilidad al profesional sanitario, el tiempo disponible en consulta y la continuidad asistencial (22).

Estos hallazgos ponen de manifiesto el carácter multifactorial de la adherencia terapéutica, lo que sugiere que las intervenciones dirigidas a mejorarla deben abordar de forma simultánea factores individuales, relacionales y estructurales.

Evaluación de la calidad metodológica

El riesgo de sesgo de los estudios incluidos se evaluó con el objetivo de valorar la calidad metodológica de la evidencia analizada y la validez de los resultados

obtenidos. Para ello, se analizaron diferentes aspectos relacionados con el diseño de los estudios, como el tipo de metodología empleada, el tamaño muestral, la claridad en la definición de los criterios de inclusión y exclusión, los métodos de recogida de datos y la adecuación de los métodos de análisis utilizados. La evaluación del riesgo de sesgo permite interpretar los resultados con mayor cautela y valorar la solidez de la evidencia disponible.

Entre las principales fuentes potenciales de sesgo identificadas se encuentran el sesgo de selección, derivado del uso de muestras procedentes de centros sanitarios concretos o de poblaciones específicas de pacientes, así como el sesgo de información, relacionado con el uso de cuestionarios autoadministrados o entrevistas, que pueden estar influenciados por la percepción subjetiva de los participantes. Asimismo, algunos estudios presentan tamaños muestrales relativamente reducidos o se centran en enfermedades específicas, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones o contextos clínicos.

En la tabla 4 se presenta la evaluación de calidad realizada para cada uno de los estudios seleccionados para la revisión.

En general, la mayoría de los estudios incluidos presentaron una calidad metodológica moderada-alta, lo que aporta consistencia a los resultados obtenidos en la presente revisión, aunque la presencia de algunos sesgos metodológicos debe tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados.

Tabla 4. Escalas de calidad

Autor	Diseño	Escala calidad	Puntuación	Calidad
Borhan, F et al.	Transversal	JBI	6/8	Moderada
Duclos, CW et al.	Cualitativo	JBI cualitativo	8/10	Moderada/Alta
Reach, G et al.	Transversal	JBI	8/8	Alta
Emamikia, S et al.	Cualitativo	JBI cualitativo	10/10	Alta
Hassan, ZA et al.	Transversal	JBI	8/8	Alta
Hsu, KL et al.	Transversal	JBI	7/8	Moderada/Alta
Gadkari, AS et al	Transversal	JBI	7/8	Moderada/Alta
Yoshimi, R et al.	Cohorte	Newcastle-Ottawa	8/9	Alta
Somohano, VC et al	Cohorte	Newcastle-Ottawa	6/9	Moderada

5. Discusión

El objetivo de este trabajo fue analizar la relación entre la comunicación médico-paciente, la confianza en el profesional sanitario y la adherencia terapéutica, así como la influencia de la toma de decisiones compartida en el seguimiento del tratamiento. En relación con este objetivo, los resultados obtenidos muestran que existe una asociación consistente entre una comunicación clínica de calidad, un mayor nivel de confianza y una mejor adherencia terapéutica, aunque con cierta heterogeneidad en función del diseño de los estudios y del contexto clínico analizado.

Influencia de la comunicación médico-paciente en la confianza y la adherencia terapéutica

La información recabada en esta revisión señala, en primer lugar, que la comunicación médico-paciente constituye un elemento central en la construcción de la relación terapéutica. En este sentido, una comunicación clara, empática y adaptada al paciente no solo facilita la comprensión de la enfermedad y del tratamiento, sino que también contribuye a generar confianza en el profesional sanitario (19,20,21).

Estos resultados son coherentes con la literatura previa, que ha señalado que la comunicación clínica efectiva se asocia con mejores resultados en salud y mayor adherencia terapéutica, especialmente cuando se integra dentro de modelos de atención centrada en el paciente (5,6).

Desde un punto de vista teórico, estos resultados pueden interpretarse en el marco de los modelos de atención centrada en la persona, en los que la comunicación se considera una herramienta fundamental para integrar las necesidades, valores y expectativas del paciente en el proceso asistencial. Así, la confianza no se genera únicamente a partir del conocimiento técnico del profesional, sino también a través de la calidad de la interacción clínica y la percepción de cercanía y comprensión por parte del paciente (19,20,22).

En este sentido, la evidencia sugiere que la confianza actúa como un elemento mediador entre la comunicación y la adherencia terapéutica. Es decir, una comunicación adecuada favorece la generación de confianza, y esta, a su vez, se asocia con una mayor aceptación de las recomendaciones médicas y un mejor seguimiento del tratamiento (23). Por el contrario, la falta de confianza puede actuar como un factor limitante, reduciendo la adherencia incluso en presencia de tratamientos eficaces (21).

En este contexto, uno de los principales hallazgos de esta revisión es el papel de la confianza como factor mediador entre la comunicación y la adherencia terapéutica. Es decir, la comunicación no influye directamente en el comportamiento del paciente, sino que lo hace a través de la generación de confianza en el profesional sanitario. Este modelo permite explicar por qué una

comunicación técnicamente correcta puede no ser suficiente si no logra establecer una relación de confianza sólida.

Asimismo, los resultados ponen de manifiesto que la comprensión del paciente constituye un elemento clave en este proceso. Una información insuficiente o mal adaptada puede generar dudas, miedo a los efectos adversos o una percepción errónea de la enfermedad, lo que puede traducirse en un menor cumplimiento terapéutico (24). Esto refuerza la importancia de adaptar la comunicación al nivel sociocultural del paciente y de asegurar una adecuada transmisión de la información.

Por otro lado, también se identifican factores que pueden deteriorar la relación médico-paciente, como la percepción de no ser escuchado, la falta de tiempo en consulta o la escasa individualización del tratamiento. Estos elementos pueden generar desconfianza y afectar negativamente a la adherencia terapéutica, lo que pone de manifiesto la necesidad de mejorar no solo las habilidades comunicativas, sino también las condiciones estructurales del sistema sanitario (22).

En conjunto, estos hallazgos refuerzan que la comunicación médico-paciente no debe entenderse únicamente como un proceso de transmisión de información, sino como un elemento clave en la construcción de la relación terapéutica, con un impacto directo en la confianza del paciente y en su comportamiento respecto al tratamiento.

Un aspecto relevante de esta revisión es que permite integrar estos hallazgos en un modelo explicativo común, en el que la comunicación médico-paciente actúa como elemento inicial, la confianza como variable mediadora y la adherencia terapéutica como resultado final. Este enfoque aporta una visión integradora frente a estudios previos que han analizado estas variables de forma aislada, contribuyendo a una mejor comprensión de los mecanismos que influyen en el comportamiento terapéutico del paciente.

Toma de decisiones compartida y su impacto en la adherencia terapéutica

La toma de decisiones compartida constituye un elemento central de la relación médico-paciente en los modelos actuales de atención centrada en la persona. Diversos estudios han señalado que la participación activa del paciente en las decisiones relacionadas con su tratamiento puede favorecer un mayor seguimiento de las recomendaciones terapéuticas (26).

En este sentido, se ha demostrado que un modelo de responsabilidad compartida entre médico y paciente favorece una mayor adherencia al tratamiento en comparación con el modelo paternalista clásico, en el que el paciente tenía un papel pasivo y escasa capacidad de decisión sobre su propia enfermedad. En el modelo de toma de decisiones compartida, cada parte aporta elementos diferentes al proceso asistencial: el médico contribuye con sus conocimientos científicos y experiencia clínica, mientras que el paciente aporta sus valores personales, su contexto social y aquellas circunstancias individuales que pueden influir en el seguimiento del tratamiento (26).

En este contexto, diversos estudios han señalado que los pacientes que participan activamente en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento presentan un mayor cumplimiento terapéutico en comparación con aquellos que no participan en dicho proceso (23,24,26).

Asimismo, la participación del paciente en la toma de decisiones se ha asociado con un mayor nivel de confianza en el profesional sanitario, lo que a su vez se relaciona con un menor uso inadecuado de la medicación prescrita (27).

Sin embargo, la evidencia disponible no es completamente homogénea. Algunos estudios muestran que no todos los pacientes desean asumir un papel activo en la toma de decisiones, e incluso que la participación puede generar incertidumbre o sobrecarga en determinados perfiles de pacientes (22).

Esta variabilidad sugiere que el impacto de la toma de decisiones compartida depende en gran medida de factores individuales, como las preferencias del paciente, su nivel de conocimiento o su estado emocional. En este sentido, la toma de decisiones compartida no debe entenderse como un modelo universal,

sino como un enfoque que debe adaptarse a las características de cada paciente.

Por otro lado, la adherencia terapéutica se encuentra influida por múltiples factores relacionados con el paciente. Se ha identificado que aspectos como las creencias sobre la medicación, la percepción de necesidad del tratamiento y la preocupación por los efectos adversos influyen significativamente en el cumplimiento terapéutico. Estos resultados apoyan la naturaleza multifactorial de la adherencia, en la que no solo intervienen factores clínicos, sino también variables psicológicas y conductuales (25).

A partir de la síntesis de los estudios incluidos en la revisión, se identificaron distintos factores que pueden influir en la falta de adherencia terapéutica. Tal y como se observa en el diagrama 2, estos factores pueden clasificarse en tres grandes categorías: factores individuales del paciente, factores sociales relacionados con su entorno y factores del sistema sanitario o del entorno asistencial. Entre los factores individuales destacan el miedo a los efectos secundarios, la complejidad del tratamiento o la falta de conocimiento sobre la enfermedad; mientras que los factores sociales incluyen la influencia de experiencias previas de familiares o amigos, el apoyo social o determinadas creencias culturales. Por último, factores relacionados con el sistema sanitario, como el acceso limitado al médico, el tiempo insuficiente en consulta o la falta de continuidad asistencial, también pueden contribuir a una menor adherencia al tratamiento (23,24).

En conjunto, estos resultados sugieren que la adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial en el que intervienen variables relacionadas con el paciente, su contexto social y las características del sistema sanitario, reforzando la necesidad de abordar la adherencia terapéutica desde un enfoque integral centrado en el paciente.

Diagrama 2. Factores asociados a la falta de adherencia terapéutica



No obstante, la evidencia disponible muestra cierta heterogeneidad en los resultados, lo que sugiere que el impacto de la toma de decisiones compartida puede depender de factores individuales del paciente y del contexto clínico.

En conjunto, los resultados de esta revisión refuerzan la importancia de abordar la adherencia terapéutica desde un enfoque integral que tenga en cuenta no solo factores clínicos, sino también elementos relacionales y contextuales, destacando el papel central de la confianza como mecanismo clave en la relación entre el profesional sanitario y el paciente.

Fortalezas y Limitaciones del estudio

Entre las fortalezas de este estudio destaca la realización de una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones PRISMA (13), así como la utilización de diferentes herramientas de evaluación de calidad metodológica en función del tipo de estudio incluido, lo que permite valorar de forma más precisa la calidad de la evidencia disponible.

No obstante, este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la heterogeneidad de los estudios incluidos en cuanto a diseño metodológico y variables analizadas dificulta la comparación directa de los resultados.

En segundo lugar, algunos estudios presentan tamaños muestrales reducidos o se centran en regiones específicas, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones o contextos clínicos. Asimismo, varios de los

estudios incluidos analizan enfermedades concretas, por lo que los resultados pueden no ser extrapolables a pacientes con otras patologías.

Además, la mayoría de los estudios incluidos presentan un diseño transversal, lo que limita la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables analizadas.

Por otro lado, debe considerarse la posible existencia de sesgo de publicación, ya que los estudios con resultados positivos tienen mayor probabilidad de ser publicados, lo que podría influir en la interpretación global de los resultados. Además, no se llevó a cabo una evaluación formal del sesgo de publicación, lo que debe considerarse como una limitación del estudio.

Asimismo, la restricción de la búsqueda a artículos publicados en determinados idiomas (inglés, español y neerlandés) puede haber limitado la inclusión de estudios relevantes en otros idiomas.

Finalmente, aunque se consultaron varias bases de datos de referencia, la selección de fuentes de información podría haber condicionado la identificación de todos los estudios disponibles sobre el tema.

Implicaciones para la práctica clínica y la investigación futura

Los resultados de esta revisión tienen importantes implicaciones para la práctica clínica, ya que ponen de manifiesto la necesidad de mejorar las habilidades de comunicación clínica de los profesionales sanitarios, dado que una comunicación adecuada se asocia con una mayor adherencia terapéutica y mejores resultados en salud.

En este sentido, la implementación de intervenciones orientadas a mejorar la comunicación médico-paciente, como dedicar más tiempo a la explicación del tratamiento, proporcionar información escrita, fomentar la toma de decisiones compartida y establecer una relación basada en la confianza, podría contribuir a mejorar el cumplimiento terapéutico, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas.

Asimismo, estos resultados apoyan la necesidad de incluir formación específica en comunicación clínica y relación médico-paciente en los programas de formación de los profesionales sanitarios.

Por otro lado, desde el punto de vista de la investigación futura, serían necesarios estudios con diseños metodológicos homogéneos que permitan analizar de forma más precisa la relación entre comunicación, confianza y adherencia terapéutica, así como evaluar la eficacia de intervenciones específicas dirigidas a mejorar la comunicación clínica y su impacto en la adherencia al tratamiento.

Además, estos hallazgos se alinean con varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 (28). En particular, se relacionan con el ODS 3 (Salud y Bienestar), ya que la mejora de la comunicación médico-paciente y de la adherencia terapéutica contribuye a mejorar los resultados en salud y a reducir complicaciones evitables en pacientes con enfermedades crónicas. Asimismo, guarda relación con el ODS 10 (Reducción de las desigualdades), dado que una comunicación clínica adaptada al nivel sociocultural del paciente puede favorecer un acceso más equitativo a la información y al tratamiento. Por último, también se vincula con el ODS 12 (Producción y consumo responsables), ya que el uso adecuado de los medicamentos contribuye a evitar el desperdicio de recursos sanitarios y a mejorar la sostenibilidad de los sistemas de salud.

6. Conclusión

- La evidencia científica disponible confirma la existencia de una relación significativa entre la calidad de la comunicación médico-paciente, el nivel de confianza en el profesional sanitario, la toma de decisiones compartida y la adherencia terapéutica, cumpliendo así el objetivo principal del estudio.
- La calidad de la comunicación clínica se asocia con una mayor adherencia al tratamiento, especialmente cuando se basa en un lenguaje claro, adaptado al paciente y orientado a la resolución de dudas, lo que pone de manifiesto su relevancia como elemento clave en la práctica asistencial.

- La confianza del paciente en el profesional sanitario constituye un factor determinante en el seguimiento terapéutico, actuando como mecanismo mediador entre la comunicación clínica y la adherencia al tratamiento.
- La toma de decisiones compartida favorece la implicación del paciente en el manejo de su enfermedad y puede contribuir a mejorar la adherencia terapéutica, aunque su impacto depende de las características individuales y preferencias del paciente.
- La adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial influido por factores individuales, sociales y del sistema sanitario, lo que requiere un abordaje integral centrado en el paciente.
- Desde una perspectiva clínica, estos resultados sugieren la necesidad de incorporar de forma sistemática estrategias de comunicación efectiva y modelos de atención centrados en el paciente en la práctica médica, no solo como herramientas de mejora de la relación asistencial, sino como intervenciones con impacto directo en los resultados en salud.
- La evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos muestra que la mayoría presentan una calidad moderada-alta, lo que aporta consistencia a los resultados, aunque la heterogeneidad metodológica limita la comparación directa entre los estudios.
- En conjunto, los resultados de esta revisión refuerzan que la comunicación médico-paciente debe considerarse una herramienta terapéutica en sí misma, capaz de influir de forma directa en la confianza del paciente y en su comportamiento respecto al tratamiento.

7. Bibliografía

1. Férez JG, Martínez FJA. 10 palabras clave en humanizar la salud. 2002.
2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science [Internet]. 1977 [citado 24 abr 2026];196(4286):129-36. Disponible en: https://doi.org/10.1126/science.847460
3. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2nd ed.

Health Expect [Internet]. 2004 [citado 24 abr 2026];7(2):181–2. Disponible en: https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00270.x

4. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, De Weert GH, Sensky T, Van Der Staak CP, De Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. Psychother Psychosom [Internet]. 2008 [citado 13 mar 2026];77(4):219-26. Disponible en: https://doi.org/10.1159/000126073
5. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns [Internet]. 2009 [citado 13 mar 2026];74(3):295-301. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015
6. Haskard Zolnierek KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care [Internet]. 2009 [citado 13 mar 2026];47(8):826-34. Disponible en: https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc
7. Thom DH, Hall MA, Pawlson LG. Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. Health Aff (Millwood) [Internet]. 2004 [citado 13 mar 2026];23(4):124-32. Disponible en: https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.124
8. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? Milbank Q [Internet]. 2001 [citado 13 mar 2026];79(4):613-39. Disponible en: https://doi.org/10.1111/1468-0009.00223
9. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO [Internet]. 2003 [citado 23 mar 2026]. Disponible en: https://iris.who.int/items/bf8058c0-03b2-4b47-838f-5534849927fb
10. Farmaindustria. Plan de adherencia al tratamiento. Farmaindustria [Internet]. 2016 [citado 23 mar 2026]. Disponible en: https://www.farmaindustria.es/adherencia/wp-content/uploads/sites/6/2016/11/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf
11. Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? Mayo Clin Proc [Internet]. 2011 [citado 23 mar 2026];86(4):304-14. Disponible en: https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0575

12. March JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Calid Asist [Internet]. 2017 [citado 1 dic 2023];32(5):245-7. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.10.001
13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ [Internet]. 2021 [citado 9 abr 2026];372:n71. Disponible en: https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71
14. Santos CM, Pimenta CA, Nobre MR. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2007 [citado 9 abr 2026];15(3):508-11. Disponible en: https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300023
15. Hirt J, Nordhausen T, Fuerst T, Ewald H, Appenzeller-Herzog C. Guidance on terminology, application, and reporting of citation searching: the TARCiS statement. BMJ [Internet]. 2024 [citado 17 abr 2026];385:e078384. Disponible en: https://doi.org/10.1136/bmj-2023-078384
16. Barker TH, Hasanoff S, Aromataris E, Stone JC, Leonardi-Bee J, Sears K, et al. The revised JBI critical appraisal tool for analytical cross-sectional studies. JBI Evid Synth [Internet]. 2026 [citado 17 abr 2026];24(3):401-8. Disponible en: https://jbi.global/critical-appraisal-tools
17. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. Int J Evid Based Healthc [Internet]. 2015 [citado 17 abr 2026];13(3):179-87. Disponible en: https://jbi.global/critical-appraisal-tools
18. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, Tugwell P. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses [Internet]. Ottawa: Ottawa Hospital Research Institute; 2014 [citado 17 abr 2026]. Disponible en: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
19. Borhan F, Borhan Z, Borhan N. Identifying factors that influence patient's trust in general practitioners. Ir Med J [Internet]. 2021 [citado 15 mar 2026];114(7). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35476383/
20. Duclos CW, Eichler M, Taylor L, Quintela J, Main DS, Pace W, et al. Patient perspectives of patient-provider communication after adverse events. Int J

Qual Health Care [Internet]. 2005 [citado 15 abr 2026];17(6):479-86. Disponible en: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi065

21. Reach G, Benarbia L, Bruckert E, Kevorkian JP, Farnier M, Mourad JJ, et al. Intentionality in adherence to long-term therapies. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2021 [citado 15 mar 2026];15:1739-53. Disponible en: https://doi.org/10.2147/PPA.S318116
22. Emamikia S, Gentline C, Enman Y, Parodis I. How can we enhance adherence to medications in patients with systemic lupus erythematosus? Results from a qualitative study. J Clin Med [Internet]. 2022 [citado 15 mar 2026];11(7):1857. Disponible en: https://doi.org/10.3390/jcm11071857
23. Hassan ZA, Abdulah DM, Saeed MS, Mustafa ZR. Trust in the patient-physician relationship and adherence to treatment in patients in general public hospitals. Fam Med Prim Care Rev [Internet]. 2025 [citado 15 mar 2026];27(1):31-8. Disponible en: https://doi.org/10.5114/fmpcr.2025.146967
24. Hsu KL, Fink JC, Ginsberg JS, Yoffe M, Zhan M, Fink W, et al. Self-reported medication adherence and adverse patient safety events in CKD. Am J Kidney Dis [Internet]. 2015 [citado 15 abr 2026];66(4):621-9. Disponible en: https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.03.026
25. Gadkari AS, McHorney CA. Unintentional non-adherence to chronic prescription medications: how unintentional is it really? BMC Health Serv Res [Internet]. 2012 [citado 15 abr 2026];12:98. Disponible en: https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-98
26. Yoshimi R, Yajima N, Hidekawa C, Sakurai N, Oguro N, Shidahara K, et al. Effect of shared decision-making on trust in physicians in the management of systemic lupus erythematosus. Arthritis Care Res (Hoboken) [Internet]. 2024 [citado 15 mar 2026];76(12):1597-605. Disponible en: https://doi.org/10.1002/acr.25409
27. Somohano VC, Smith CL, Saha S, McPherson S, Morasco BJ, Ono SS, et al. Patient-provider shared decision-making, trust, and opioid misuse among US veterans. J Gen Intern Med [Internet]. 2023 [citado 15 mar 2026];38(12):2755-60. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s11606-023-08212-5
28. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development [Internet]. New York: United Nations; 2015 [citado 24 mar 2026]. Disponible en: https://sdgs.un.org/2030agenda

8. Anexos

a. Declaración sobre el uso de ChatGPT y herramientas de IA

Declaración sobre el uso de ChatGPT y herramientas de IA

Yo, Adriana Eugenia Saugar Koster, estudiante del Grado en Medicina, y autor/a del Trabajo Fin de Grado titulado: “Relación entre comunicación médico-paciente, confianza y adherencia terapéutica: revisión sistemática” declaro que:

1. Uso no permitido:

o No he utilizado ChatGPT ni otras herramientas de inteligencia artificial para realizar análisis estadísticos, procesar datos, ni para elaborar de forma automática el contenido principal del Protocolo.

o El diseño metodológico, la recogida y análisis de los datos, así como la redacción científica del trabajo, son fruto de mi propio esfuerzo académico.

2. Uso permitido:

o Reconozco que he podido emplear ChatGPT y/o herramientas similares exclusivamente como apoyo en:

 Mejora de la redacción y claridad del texto.

 Resolución de dudas conceptuales o terminológicas.

3. Responsabilidad académica:

o Soy plenamente responsable de todo el contenido de este Trabajo Fin de Grado.

o Garantizo que las ideas, aquí presentados reflejan mi propio trabajo, y que cualquier recurso bibliográfico utilizado ha sido adecuadamente citado siguiendo las normas de la universidad.

En Madrid, a 16 de marzo de 2026.

Firma de la estudiante: