

adherencia – adherence

Authored by
memjavad

October 19, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *adherencia – adherence*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=883>

Adherencia

Primary Disciplinary Field(s): Medicina, Psicología de la Salud, Farmacología, Sociología.

1. Definición Central y Tipologías

La adherencia, en el contexto de la salud y el comportamiento humano, se define formalmente como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar la medicación, seguir una dieta o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones acordadas de un proveedor de atención médica. Esta definición, promovida por la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#), subraya un cambio paradigmático respecto al término anterior, "cumplimiento" (compliance), el cual implicaba una relación pasiva y paternalista donde el paciente simplemente obedecía las órdenes. La adherencia, en contraste, enfatiza la participación activa del paciente y el acuerdo mutuo con el plan de tratamiento, reconociendo que la decisión de seguir un tratamiento es un proceso dinámico influenciado por múltiples factores psicosociales y contextuales. Este concepto es fundamental para la efectividad de cualquier intervención terapéutica, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas, donde la autogestión y la cooperación a largo plazo son esenciales para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Es crucial distinguir entre la adherencia terapéutica general y sus subtipos específicos. La forma más estudiada es la **adherencia a la medicación** (o farmacéutica), que se refiere a la toma correcta de los fármacos en la dosis, frecuencia y duración prescritas. Sin embargo, el concepto se extiende a la **adherencia al estilo de vida**, que incluye la modificación de hábitos dietéticos, la práctica regular de ejercicio físico, y el abandono de conductas de riesgo como el tabaquismo. Además, existe la **adherencia a las citas médicas**, que implica la asistencia puntual a las consultas de seguimiento y pruebas diagnósticas. Cada una de estas tipologías presenta desafíos metodológicos y conductuales distintos, aunque todas comparten la necesidad de una comunicación efectiva y una alianza terapéutica sólida entre el paciente y el equipo de salud.

La adherencia no es un fenómeno binario (todo o nada), sino un continuo que se puede describir en términos de tres fases secuenciales: la **iniciación**, que es el momento en que el paciente toma la primera dosis o comienza la intervención; la **implementación**, que es el grado en que la conducta del paciente se corresponde con el régimen acordado desde la iniciación hasta la interrupción o finalización; y la **persistencia**, que se refiere a la duración del tiempo que transcurre desde la iniciación hasta la interrupción del tratamiento. Una adherencia óptima requiere la ejecución exitosa de estas tres fases, siendo la persistencia el indicador más crítico en el tratamiento de condiciones crónicas, donde la interrupción prematura puede llevar a la recaída o la resistencia farmacológica.

2. Etimología y Desarrollo Histórico

El término "adherencia" proviene del latín *adhaerentia*, que significa unión, conexión o estar pegado a algo. Su aplicación al ámbito médico y psicológico es relativamente reciente, consolidándose como el término preferido a finales del siglo XX. Históricamente, el concepto de seguir instrucciones médicas se encapsulaba bajo el término "**cumplimiento**" (**compliance**). Este modelo, predominante desde mediados del siglo XX, reflejaba la visión biomédica tradicional de la enfermedad, donde el médico ejercía una autoridad incuestionable y el paciente era un receptor pasivo de las directrices. La falta de cumplimiento se veía, a menudo, como un fallo moral o intelectual por parte del paciente, sin considerar las barreras contextuales o personales.

La transición del "cumplimiento" a la "**adherencia**" fue impulsada por la emergencia de la [Psicología de la Salud](#) y el modelo biopsicosocial en las décadas de 1970 y 1980. Los investigadores comenzaron a reconocer que las tasas de "incumplimiento" eran extremadamente altas (a menudo superando el 50% en tratamientos a largo plazo) y que la explicación no podía reducirse únicamente a la negligencia del paciente. Se hizo evidente la necesidad de incorporar la perspectiva del paciente, sus creencias, sus barreras socioeconómicas y su capacidad de toma de decisiones en el proceso terapéutico. La OMS formalizó este cambio de terminología en sus informes clave, destacando que la adherencia requiere una participación activa y voluntaria, transformando la relación médico-paciente en una asociación colaborativa.

El desarrollo histórico también está intrínsecamente ligado al aumento de las **enfermedades crónicas** (como la diabetes, la hipertensión y el VIH/SIDA) en el panorama epidemiológico global. A diferencia de las enfermedades agudas, que requieren tratamientos de corta duración, las condiciones crónicas exigen un manejo continuo y complejo a lo largo de décadas. Esta realidad puso de manifiesto que el éxito del tratamiento dependía menos de la eficacia farmacológica per se, y mucho más de la capacidad del paciente para integrar el régimen terapéutico en su vida diaria. Por lo tanto, el estudio de la adherencia se convirtió en un campo de investigación crucial, evolucionando de una simple métrica a un complejo constructo multidisciplinario que requiere la intervención de sociólogos, psicólogos y profesionales de la salud.

3. Factores Determinantes de la Adherencia

La adherencia es el resultado de una compleja interacción de múltiples variables, categorizadas típicamente por la OMS en cinco dimensiones interrelacionadas. Estas dimensiones subrayan que la no adherencia es rara vez atribuible a una sola causa. La primera dimensión es la relacionada con el **equipo de atención médica y el sistema de salud**. Esto incluye la calidad de la comunicación entre el profesional y el paciente, la accesibilidad de los servicios (distancia, horarios, costos), la continuidad de la atención, y la formación del personal sanitario en técnicas de entrevista motivacional y apoyo al paciente. Un sistema de salud fragmentado, la falta de

tiempo en la consulta o un profesional que no brinda explicaciones claras sobre la enfermedad y el tratamiento contribuyen significativamente a la falta de adherencia.

La segunda dimensión se centra en los **factores socioeconómicos**. Estos incluyen el nivel educativo y de alfabetización en salud del paciente, el costo de la medicación y las consultas, la falta de apoyo social o familiar, y las condiciones de vida. La pobreza y la falta de acceso a recursos básicos pueden crear barreras insuperables, independientemente de la voluntad del paciente. Por ejemplo, seguir una dieta específica o almacenar ciertos medicamentos en condiciones adecuadas puede ser imposible en entornos de bajos recursos. La tercera dimensión abarca los **factores relacionados con la enfermedad**, como la gravedad de la condición, la presencia de comorbilidades (enfermedades concurrentes), y la ausencia de síntomas perceptibles (particularmente relevante en enfermedades asintomáticas como la hipertensión), lo que reduce la percepción de necesidad del tratamiento a largo plazo, ya que el paciente no siente un beneficio inmediato al tomar la medicación.

La cuarta dimensión incluye los **factores relacionados con el tratamiento**. La complejidad del régimen (número de píldoras, frecuencia de dosis, vías de administración), la duración del tratamiento, y la presencia de efectos secundarios desagradables o incapacitantes son barreras mayores. Cuanto más complejo sea el esquema terapéutico, mayor es la probabilidad de que ocurra una falta de adherencia, lo que impulsa la necesidad de simplificar las pautas. Finalmente, la quinta dimensión se refiere a los **factores del paciente**, incluyendo sus conocimientos y creencias sobre la enfermedad, sus expectativas sobre el tratamiento, la autoeficacia percibida, la presencia de trastornos mentales (como la depresión, que afecta la motivación), y el miedo a los efectos adversos. Las creencias culturales o religiosas también pueden entrar en conflicto con las indicaciones médicas, constituyendo una barrera significativa que debe ser abordada con sensibilidad cultural y respeto.

4. Modelos Teóricos Explicativos

Para comprender y predecir la adherencia, se han desarrollado varios modelos teóricos provenientes de la psicología social y de la salud. Uno de los más influyentes es el **Modelo de Creencias de Salud (MCS)**. Este modelo postula que la conducta de salud de un individuo depende de sus percepciones sobre la amenaza de la enfermedad (susceptibilidad y gravedad percibidas) y de la evaluación de la eficacia del comportamiento recomendado (beneficios percibidos) frente a las barreras (costos percibidos). Si un paciente no percibe la enfermedad como grave o cree que el tratamiento es ineficaz o demasiado costoso (en términos de tiempo, dinero o efectos secundarios), es probable que la adherencia sea baja, independientemente de la prescripción médica.

Otro marco teórico relevante es la **Teoría de la Acción Razonada (TAR)** y su extensión, la Teoría

del Comportamiento Planificado (TCP). Estas teorías sugieren que la adherencia está mediada por la intención conductual del individuo, la cual, a su vez, está determinada por la actitud hacia la conducta (si la ve favorable o desfavorablemente), la norma subjetiva (la percepción de si personas importantes aprueban o desaprueban la conducta) y, en el caso de la TCP, el **control conductual percibido** (la percepción de la facilidad o dificultad para realizar la conducta). Este último elemento es particularmente útil para explicar la adherencia a tratamientos complejos, donde la autoeficacia, o la confianza del paciente en su capacidad para llevar a cabo el plan, juega un papel central en la toma de decisiones.

Más recientemente, la investigación se ha centrado en modelos que integran el contexto temporal y emocional, como el **Modelo de Necesidad/Preocupación (Necessity/Concerns Model)**. Este modelo propone que la adherencia a la medicación es el resultado de un balance entre la percepción del paciente sobre la necesidad de la medicación para controlar su enfermedad y sus preocupaciones sobre los posibles efectos adversos o la dependencia. Una alta necesidad percibida, junto con bajas preocupaciones, predice una alta adherencia. Finalmente, los modelos de etapas de cambio, como el [Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente](#), son útiles para entender que la adherencia es un proceso que evoluciona a través de fases (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento), lo que requiere intervenciones personalizadas según la etapa en que se encuentre el paciente, reconociendo que la motivación no es constante.

5. Medición y Evaluación de la Adherencia

La medición precisa de la adherencia es uno de los mayores desafíos metodológicos en la investigación clínica y la práctica médica. No existe un estándar de oro único, y cada método presenta ventajas y limitaciones. Los métodos pueden clasificarse generalmente en directos e indirectos. Los métodos **indirectos** son los más comunes y accesibles, e incluyen la autoevaluación o el autorreporte (cuestionarios y entrevistas), el recuento de píldoras restantes en los envases, la revisión de registros de dispensación en farmacias, y la evaluación clínica por parte del médico tratante. Aunque son fáciles de implementar, los métodos indirectos son propensos a sesgos, notablemente el **sesgo de deseabilidad social**, donde los pacientes tienden a sobreestimar su adherencia real para complacer al profesional de la salud.

Los métodos **directos**, aunque más objetivos, son a menudo invasivos o costosos. Estos incluyen la medición de los niveles del fármaco o sus metabolitos en fluidos biológicos (sangre u orina), o la observación directa de la toma del medicamento (aunque esta última es inviable para tratamientos a largo plazo). Un avance significativo ha sido el uso de **dispositivos electrónicos de monitoreo (MEMS)**, que registran la fecha y hora exacta en que se abre el envase de la medicación. Si bien estos dispositivos proporcionan datos temporales precisos, solo miden la apertura del envase y no garantizan que el paciente haya ingerido la dosis, ni que lo haya hecho correctamente. La

combinación de varios métodos (un enfoque multimodal) se considera la estrategia más robusta para obtener una estimación fiable de la adherencia en entornos de investigación.

La interpretación de los resultados de la medición debe ser cautelosa. Generalmente, se considera que una adherencia es óptima cuando se supera el 80% de las dosis prescritas, especialmente en el caso de medicamentos para el VIH, donde el umbral de efectividad puede ser aún mayor (95%). Sin embargo, este umbral es arbitrario y varía según la enfermedad y el fármaco. Lo más importante no es solo el porcentaje de dosis tomadas, sino el patrón de la falta de adherencia (por ejemplo, si la falta de adherencia es sistemática o esporádica) y la **persistencia** a lo largo del tiempo, ya que una interrupción prolongada es mucho más perjudicial que la omisión ocasional de una dosis. La evaluación de la adherencia debe ser continua y formar parte integral de cada consulta de seguimiento.

6. Significado e Impacto

El impacto de la adherencia inadecuada en la salud pública y la economía global es inmenso. La OMS ha calificado la falta de adherencia como "un problema mundial de proporciones alarmantes" en su informe de 2003. En el ámbito clínico, la baja adherencia es la causa principal del fracaso terapéutico, la progresión de la enfermedad y el desarrollo de complicaciones evitables. En enfermedades como la diabetes tipo 2, la falta de seguimiento dietético y farmacológico lleva a tasas elevadas de amputaciones, insuficiencia renal y ceguera, reduciendo drásticamente la esperanza y calidad de vida del paciente. En el caso de las infecciones, la adherencia insuficiente a los regímenes antibióticos o antirretrovirales contribuye directamente a la emergencia de **resistencia a los medicamentos**, una de las mayores amenazas de salud pública del siglo XXI.

Desde una perspectiva económica, la falta de adherencia genera costos sanitarios astronómicos. Se estima que en países desarrollados, los costos asociados a la no adherencia (incluyendo hospitalizaciones, visitas a urgencias y tratamientos de complicaciones) superan con creces los costos de la medicación no tomada. Al mejorar la adherencia, los sistemas de salud pueden lograr una reducción significativa en la morbilidad y la mortalidad, optimizando la inversión en tratamientos y recursos humanos. Por lo tanto, las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia no son solo una cuestión de ética médica y bienestar individual, sino una estrategia indispensable de eficiencia económica y gestión de la salud poblacional a largo plazo.

El significado de la adherencia va más allá de la simple toma de píldoras; es un indicador clave de la calidad de la relación terapéutica y de la efectividad de la atención centrada en el paciente. Una alta adherencia refleja una comunicación exitosa, un régimen de tratamiento adaptado a la vida del paciente, y un empoderamiento del individuo para gestionar su propia salud. El esfuerzo por mejorar la adherencia ha impulsado innovaciones en la atención farmacéutica, el desarrollo de terapias más sencillas (por ejemplo, combinaciones de dosis fijas) y la integración de tecnologías

digitales (aplicaciones móviles, recordatorios electrónicos) en el manejo de enfermedades crónicas, redefiniendo la práctica clínica moderna hacia un enfoque más holístico y colaborativo.

7. Desafíos y Críticas

A pesar de su aceptación generalizada, el concepto de adherencia y su estudio enfrentan varios desafíos metodológicos y éticos. La principal crítica metodológica radica en la **dificultad de la medición**. Como se mencionó, todos los métodos de medición indirecta son imperfectos y susceptibles de sesgo, mientras que los métodos directos son limitados en su aplicabilidad clínica diaria. Esta falta de una métrica perfecta complica la comparación de resultados entre estudios y la evaluación rigurosa de la efectividad de las intervenciones diseñadas para mejorarla. Además, la definición del umbral óptimo (por ejemplo, el 80%) sigue siendo un tema de debate, ya que la relación dosis-respuesta puede variar drásticamente entre individuos y patologías, haciendo que un umbral fijo sea insuficiente para garantizar resultados clínicos.

Desde una perspectiva ética y sociológica, el enfoque excesivo en la adherencia puede, paradójicamente, reintroducir una forma sutil de **culpabilización del paciente**. Si bien el término "adherencia" busca ser más colaborativo que "cumplimiento", si los resultados del tratamiento son negativos, el foco de la culpa puede seguir recayendo en el paciente por su supuesta falta de voluntad o capacidad para seguir las instrucciones. Los críticos argumentan que una verdadera aproximación centrada en el paciente debe abordar las barreras estructurales (acceso, pobreza, discriminación, y la calidad de la comunicación médica) antes de centrarse en las fallas conductuales individuales. El desafío es mantener el foco en las barreras sistémicas y la responsabilidad compartida del sistema de salud, y no solo en la conducta del individuo.

Finalmente, un área de debate se centra en la **sobremedicalización** y la polifarmacia. A medida que las directrices clínicas promueven tratamientos cada vez más complejos y la prevención primaria mediante el uso de múltiples medicamentos, la carga de adherencia impuesta al paciente aumenta exponencialmente. Los estudios demuestran que la introducción de cada nuevo medicamento en un régimen eleva la probabilidad de no adherencia. Esto plantea una crítica al propio sistema de atención médica: ¿es la falta de adherencia un fallo del paciente, o una respuesta racional a un régimen terapéutico que es intrínsecamente insostenible o excesivamente gravoso para la vida cotidiana? Abordar la adherencia requiere, por lo tanto, no solo educar al paciente, sino también simplificar los regímenes y promover la desprescripción cuando sea apropiado, buscando un equilibrio entre la evidencia clínica y la capacidad de gestión del paciente.

8. Lecturas Adicionales

[Adherence to long-term therapies: evidence for action \(WHO, 2003\)](#)

[Adherencia Terapéutica \(Wikipedia en español\)](#)

[Modelo de Creencias de Salud \(Wikipedia en español\)](#)

[Psicología de la Salud \(Wikipedia en español\)](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM