

LA ADHERENCIA FARMACOTERAPÉUTICA: DE LA OBEDIENCIA AL CONOCIMIENTO, LA ÉTICA Y LA CULTURA

L'adherència farmacoterapèutica: de l'obediència al coneixement, l'ètica i la cultura

Drug therapy adherence: from obedience to knowledge, ethics, and culture

**Francisco
Martínez-Granados**

pacomartinezgranados@gmail.com

RESUM

L'adherència terapèutica als fàrmacs continua exercint-se en els sistemes sanitaris des del dogma i el paternalisme degenerant en ocasions en el càstig, la coacció o la por i relegant al pacient a posicionar-se en termes d'obediència o desobediència. Una actualització del paradigma teòric en salut afavoriria una aproximació multicultural a la gestió del dissens que suposa la falta d'adherència als tractaments farmacològics. Les pràctiques antropològiques i artístiques permetrien l'exploració dels significats en la lluita que subjeuen als processos en salut. La conflictivitat, lluny de ser una instància de risc per a la desobediència, constitueix un fenomen generador de coneixement i cultura que pot incorporar-se a les pràctiques sanitàries, amb la finalitat de gestionar una forma ètica de la salut de les comunitats. En el present article s'introdueixen recursos conceptuals i propostes teòriques que s'han de preguntar per a desbloquejar situacions frustrades en les que ens veiem implicats quotidianament, deshabitant un espai regit per l'obediència i el dogma, i situant-nos al món dels selvàtics dels significats com a camí per a salvaguardar l'ètica en les teràpies farmacològiques. Els estudis del camp de la salut que han abordat las causes possibles darrere d'aquesta considerable falta de adherència per part de la població, las situen a l'esfera de la "subjectivitat" dels consumidors i usuaris. Alguns autors mencionen la "experiència farmacoterapèutica", definida com la suma de tots els esdeveniments i vivències associades a la medicació al llarg de la vida, com el factor més determinant sobre la conducta de prendre medicaments crònicament. Altres mencionen el "sistema de creences i valors" cap als medicaments com el major determinant sobre la "actitud" de consumir-los. Aquestes troballes albiren un determinisme "cultural" cap a la conducta de prendre medicaments crònics, ubicant les estratègies d'intervenció sobre l'adherència en el si d'allò sociocultural. Al mateix temps les intervencions han de ser ètiques i respectuoses si aspiren a ser terapèutiques.

PARAULES CLAU: compliment i adherència al tractament; antropologia cultural; art; ètica; participació del pacient.

ABSTRACT

The therapeutic adherence to drugs continues to be exercised by the health systems with dogma and paternalism, degenerating sometimes into punishment, coercion or fear and relegating the patient to position themselves in terms of obedience or disobedience. An update of the theoretical paradigm in health would favor a multicultural approach to the management of dissent that implies a lack of adherence to pharmacological treatments. Anthropological and artistic practices would allow the exploration of the conflicting meanings that underlie health processes. Conflict, far from being an instance of risk for disobedience, is a phenomenon that generates knowledge and culture that can be incorporated into health practices, in order to manage the health of communities in an ethical way. In this article, conceptual resources and theoretical proposals are introduced that may serve to unlock frustrated situations in which we are involved daily, excluding ourselves from a space governed by obedience and dogma, and placing us in a jungled world of meanings and knowledge as a way of saving an ethical use of drug therapies. Health studies that have addressed the possible causes behind this lack of adherence by the population, place them in the sphere of the "subjectivity" of consumers and users. Some authors mention the "pharmacotherapeutic experience", defined as the sum of all the events and experiences associated with medication throughout life, as the most determining factor on the behavior of taking medications chronically. Others mention the "belief and value system" towards drugs as the major determinant of the "attitude" to consume them. These findings suggest a "cultural" determinism towards the behavior of taking chronic medications, which places the intervention strategies on adherence within the socio-cultural sphere. At the same time, interventions must be ethical and respectful if they aspire to be therapeutic.

KEY WORDS: Medication Adherence; Anthropology, Cultural; Art; Community Participation; Ethics.

RESUMEN

La adherencia terapéutica a los fármacos continúa ejerciéndose en los sistemas sanitarios desde el dogma y el paternalismo degenerando en ocasiones en el castigo, la coacción o el miedo y relegando al paciente a posicionarse en términos de obediencia o desobediencia. Una actualización del paradigma teórico en salud favorecería una aproximación multicultural a la gestión del disenso que supone la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos. Las prácticas antropológicas y artísticas permitirían la exploración de los significados en pugna que subyacen a los procesos en salud. La conflictividad, lejos de ser una instancia de riesgo para la desobediencia, constituye un fenómeno generador de conocimiento y cultura que puede ser incorporado a las prácticas sanitarias, con el fin de gestionar de una forma ética la salud de las comunidades. En el presente artículo se introducen recursos conceptuales y propuestas teóricas que quizás sirvan para desbloquear situaciones frustradas en las que nos vemos implicados cotidianamente, deshabitando un espacio regido por la obediencia y el dogma, y situándonos en el mundo selvático de los significados y el conocimiento como camino para salvaguardar la ética en las terapias farmacológicas. Los estudios del campo de la salud que han abordado las causas posibles detrás de esta considerable falta de adherencia por parte de la población, las sitúan en la esfera de la "subjectividad" de los consumidores y usuarios. Algunos autores mencionan la "experiencia farmacoterapéutica", definida como la suma de todos los eventos y vivencias asociadas a la medicación a lo largo de la vida, como el factor más determinante sobre la conducta de tomar medicamentos crónicamente. Otros mencionan el "sistema de creencias y valores" hacia los medicamentos como el mayor determinante sobre la "actitud" de consumirlos. Estos hallazgos vislumbran un determinismo "cultural" hacia la conducta de tomar medicamentos crónicos, lo cual sitúa las estrategias de intervención sobre adherencia en el seno de lo sociocultural. Al mismo tiempo las intervenciones deben ser éticas y respetuosas si aspiran a ser terapéuticas.

PALABRAS CLAVE: Cumplimiento y Adherencia al tratamiento; Antropología cultural; Arte; Ética; Participación del paciente.

Amarillo es una joven de 25 años que ha sufrido bullying severo en el colegio durante toda su escolarización. Esto le ha generado un trauma que pasa por mucha suspicacia a determinadas personas que ella cree que le quieren hacer daño. Presenta un diagnóstico en esquizofrenia paranoide y se mantiene medicada con risperidona, en Depot y por vía oral. Entre ambos antipsicóticos la dosis total excede la dosis máxima establecida por las Agencias Reguladoras y Ministerio de Sanidad. Amarillo presenta acatisia exacerbada, ansiedad, temblor, menstruación irregular, hepatitis (transaminasas elevadas 3 veces su valor normal), aumento de peso con hiperlipidemia, sequedad de boca, visión borrosa y un deterioro cognitivo que, según sus palabras, "hace que las tareas me cuesten diez veces más hacerlas por lo que pierdo el interés en ellas y las dejo". Todo esto fue evaluado como síntomas probablemente relacionados con la medicación. Esto, con el tiempo, ha generado una dinámica sedentaria, le ha dañado considerablemente la autoestima y se encuentra desmoralizada y desmotivada. Tras estos síntomas se le prescribe un antidepresivo que tolera muy mal, exacerbándole el temblor, la ansiedad y el insomnio. Tres semanas después su psiquiatra accede a que Amarillo deje de tomarlo. Cuando Amarillo manifiesta a su psiquiatra que está preocupada por su hepatitis y por los efectos metabólicos de la medicación y le pregunta si se podría bajar la dosis para ver si ceden, su psiquiatra le contesta "¿tú para qué quieres saber?", "tú no pienses, la psiquiatra soy yo, o ¿vas a estudiar tu ahora medicina?". Amarillo no quiere tomar medicación, dice que le gustaría probar un tiempo sin ella a ver qué pasa. Cuando le pregunto que cuál es la motivación que tiene para seguir tomándola a pesar de su rechazo interior, me contesta que la toma porque su familia y su psiquiatra la obligan a ello.

Azul es un hombre de unos cuarenta años, padre de dos hijos, que experimenta delirios y alucinaciones auditivas. Es diagnosticado de esquizofrenia y se inicia tratamiento crónico con antipsicóticos orales. Azul manifiesta una conflictividad importante hacia la toma de medicación, siente que no se tiene al él mismo, y ya en una fase estable, cree que podría llevar su vida sin tomar los fármacos. Propone una retirada, pero su psiquiatra no accede a ello. Azul acaba dejando la medicación por su cuenta y sin asesoramiento técnico ni acompañamiento, lo cual hace que tenga una recaída psicótica (posiblemente por un síndrome de abstinencia tras la interrupción brusca del tratamiento). Sin embargo, en la Unidad de Salud Mental le refuerzan el mensaje de que si recae es una prueba de que necesita la medicación, pero Azul persiste en su reivindicación y se embarca en un activismo en contra de la medicación, abandonando de nuevo el tratamiento por su cuenta. Azul sufrió un par de recaídas cuyo manejo fue siempre el ingreso involuntario y el tratamiento antipsicótico empleando medidas muy coercitivas. En alguna ocasión intentó escaparse de la Unidad de Agudos, pero las fuerzas de seguridad del hospital y el personal sanitario lo evitaron tras su bloqueo físico y administración forzosa de tranquilizantes. Todo esto no hacía más que reforzar el rechazo al tratamiento psiquiátrico. Azul terminaba dejando la medicación por su cuenta, sin asesoramiento en lo que hacía. En uno de estos brotes la guardia civil le llevó a la Unidad de Salud Mental de Agudos, de nuevo de forma involuntaria. En la puerta de urgencias le inyectan paliperidona depot y más tarde, dado que la sintomatología no cede (lo cual es lógico dado que un depot no está diseñado para el manejo de crisis agudas), Azul manifiesta un gran sufrimiento psíquico y pide él mismo un antipsicótico oral que le haga efecto rápido. Le proporcionan una dosis terapéutica por vía oral del mismo antipsicótico depot que le habían pinchado en urgencias (paliperidona) y solicita una esterilla para hacer yoga, ya que esto siempre le ha calmado mucho. El psiquiatra del hospital procede a ambas peticiones. A la media hora, una enfermera encuentra a Azul muerto en su habitación.

Las intervenciones médicas constituyen ya la tercera causa de muerte en algunas sociedades avanzadas tecnológicamente como la nuestra (Makary, 2016:2139). Por otra parte, los estudios que analizan el grado de adherencia entre la población diagnosticada de enfermedades crónicas sitúan la falta de adherencia al tratamiento prescrito en torno a un 50-60% (Osterberg y Blaschke, 2005:487-97). Cifras equivalentes son descritas entre la población con diagnósticos psiquiátricos (Zygmunt et al, 2002:1653-64 y McIntosh, 2006). Por lo tanto, tal y como enuncia el propio Institute of Medicine en uno de sus informes (Institute of Medicine, 2001), entre los resultados que los sistemas de salud occidentales deberían proporcionar a la población que atiende, y los que realmente proporcionan, “hay un abismo”.

Los estudios del campo de la salud que han abordado las causas posibles detrás de esta considerable “falta de adherencia o falta de cumplimiento” por parte de la población, las sitúan en la esfera de la “subjetividad” de los consumidores y usuarios (Sibitz et al, 2005:107-12; Strand et al, 2004; Tranulis et al, 2011). Estos y otros autores mencionan la “experiencia farmacoterapéutica” (de índole fenomenológica y definida como la suma de todos los eventos y vivencias asociadas a la medicación a lo largo de la vida) como el factor más determinante sobre la conducta de tomar medicamentos crónicamente (Fischel et al, 2013; Hellewell et al, 2002; Wouters et al, 2014). Otros mencionan el “sistema de creencias y valores” hacia los medicamentos como el mayor determinante sobre la “actitud” de consumirlos (Gatti et al, 2009; Sajatovic et al, 2009; Kikkert et al, 2005; Fenton et al, 1997; Day et al, 2005). Estos hallazgos vislumbran un preponderante determinismo “cultural” hacia la conducta de tomar medicación.

A. EL “PROBLEMA DE LA ADHERENCIA” COMO UN PROCESO MULTICULTURAL DE “SIGNIFICADOS EN PUGNA”

La conceptualización postmoderna de la cultura elaborada desde el campo de la antropología puede, por tanto, arrojar cierta luz sobre la visión del “problema” de la falta de adherencia a los tratamientos psiquiátricos como fenómeno intrínsecamente cultural y, por tanto, susceptible de ser abordado bajo el prisma heurístico y ético de lo “multicultural” aplicado a la salud.

Una de las connotaciones del concepto de cultura que pueden resultar fructíferas al problema de la falta de adherencia, es la aportada por el antropólogo Clifford Geertz (2003) quien la conceptualiza como un “magma denso de *significados*” que pueden ser *interpretados* siguiendo un método y un rigor proporcionados por el estudio etnográfico. Otra de las connotaciones clave es la proporcionada por autores como Víctor Turner (2020) y la Escuela de Manchester (Velasco HM, 2010), para quienes la cultura es sinónimo de pugna, de significados en conflicto, por lo que la cultura sería, ante todo, un proceso de refundación continua de símbolos y significados en lucha, cuyo núcleo en fisión y fusión cultural, necesita ser descrito, interpretado y comprendido. Una última connotación que rescatar proviene del

antropólogo Stuart Hall, para quien el locus privilegiado donde tiene lugar esta pugna semiótica es precisamente el configurado por espacios y “prácticas significantes” en las que puedan darse los intercambios dialógicos, simbólicos y, ante todo, significantes, que todo proceso multicultural necesita, es decir, un diálogo y unas prácticas que sean productoras de sentidos (Hall, 1997).

Según esta perspectiva, la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos responde a un conflicto insertado en un proceso cultural. Se trata, por tanto, de un disenso, un “no estar de acuerdo”, o un “no verle sentido”, en definitiva, un choque cultural, es decir, un crisol de “significados en pugna”. Resolver este conflicto de manera ética, implica un proceso que se inicia con la *comprensión profunda* del otro, es decir, del “paciente”, de lo que simboliza para él la medicación y la salud, de los significados que le otorga. Y esta fase de descubrimiento cultural del otro no puede hacerse bajo la lupa dogmática del juicio moral o epistemológico. Es decir que el problema de la falta de adherencia sólo podría ser abordado bajo un principio de triple relativismo metodológico, epistemológico y ético, siguiendo a Michael Brown en su actualización del relativismo cultural (2008:363-83). Un relativismo que se iniciaría con la *epojé* de los escépticos helenistas “suspender el juicio”, al menos, hasta que no se haya producido la comprensión profunda del problema en la totalidad de su contexto. Comprensión a la que podemos llegar analizando datos. Sólo que el análisis es cualitativo, y los datos no son números, sino narrativas que contienen dichas “unidades de significado”. Estas “unidades semánticas” serían a la cultura, lo que los ácidos nucleicos son al ADN, es decir, las unidades constituyentes de lo multicultural. Esta perspectiva legitima epistemológicamente que las narrativas aportadas por los usuarios de los sistemas de salud sean analizadas y procesadas desde una aproximación semiótica, al igual que actualmente se hace con los parámetros biomédicos o con las pruebas psicométricas.

Roberto Campos, define la interculturalidad aplicada a la salud como “la práctica y el proceso relacional que se establece entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sea satisfactorio para las dos partes” (2004:129-151).

B. LA “FALTA DE ADHERENCIA” COMO UN CONFLICTO ONTOLÓGICAMENTE ÉTICO

Sin embargo, la certeza fenomenológica de los usuarios y consumidores carece actualmente de vigencia epistémica: para el sistema sanitario y para la sociedad, lo que las personas sienten con su medicación no forma parte de un régimen de verdad, y por lo tanto no tiene un valor para el conocimiento. El criterio de verdad, la *episteme*, está del lado de estudios clínicos “científicos”. La perspectiva intercultural o la conceptualización del problema de la falta de adherencia como un fenómeno cultural en conflicto, y que precisa por tanto de recursos y

prácticas culturales y comunitarias en trabajo intersectorial, es anulada y suplantada por un presupuesto régimen de verdad, que sólo puede ser intervenido con tecnología sanitaria, en una dimensión estrictamente biológica y de una manera, con frecuencia, coercitiva (Beviá et al, 2017) que no precisa de la comprensión profunda de ningún conflicto. No hay conflicto, sino un universal donde sólo cabe un consenso totalizante. Fuera no queda nadie. Los “desobedientes” quedan excluidos a su suerte fuera del sistema de salud.

Dejando de lado el problema epistemológico que esta conceptualización representa, y vislumbrando el problema de la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos como un conflicto ontológicamente ético, sería oportuno rescatar un argumento clave que debemos a Max Weber: “la ciencia no puede establecer los fines morales últimos de la conducta. Hay que saber *distinguir* entre el deber científico de búsqueda de la verdad y el deber práctico de elegir y adherirse a los ideales que dirigen nuestra acción, dan sentido a nuestra vida y configuran la dignidad de nuestra persona” (Muguerza et al, 2016). Para Weber hemos trazado un “mundo desencantado” ya que para hacer posible el conocimiento científico hemos modificado la definición del ser, excluyendo de él precisamente la dimensión de valor.

La aplicación de este mensaje de Weber al tema que nos trata es que la comunidad médica de corte biologicista no podría establecer por sí sola los principios morales que rijan la conducta con respecto a la salud de las comunidades. Lo cual no quiere decir que haya que obviar el conocimiento que se pueda extraer de los ensayos clínicos farmacológicos. Quiere decir, en la línea de Max Weber, que estos estudios pueden ser necesarios (cuando realmente tienen calidad científica), pero no ser suficientes para dirigir la conducta de las comunidades, ya que la acción debe fundamentarse, además, en premisas éticas, que son las que en última instancia proporcionan un sentido a nuestra existencia.

Para Wittgenstein la ética es, de hecho, la investigación sobre lo valioso, o sobre lo que realmente importa o sobre el significado de vivir, o de aquello que hace que la vida merezca la pena ser vivida. Su “Conferencia sobre Ética” la terminaba con estas palabras: “La ética, en la medida en que surge del deseo de decir algo sobre el sentido último de la vida, sobre lo absolutamente bueno, lo absolutamente valioso, no puede ser una ciencia. Lo que dice la ética no añade nada, en ningún sentido a nuestro conocimiento. Pero es un testimonio de una tendencia del espíritu humano que yo personalmente no puedo sino respetar profundamente y que por nada del mundo ridiculizaría” (Moore et al, 2002).

El léxico académico del mundo sanitario se ha referido durante décadas al fenómeno de la falta de adherencia como “problemas de cumplimiento farmacoterapéutico”, lo que evidencia una conceptualización del problema en términos de obediencia, sembrando la posibilidad de recurrir a intervenciones de castigo y coerción para gestionar las situaciones de desobediencia o “no cumplimiento” con la “orden médica”, como todavía hoy se nombra burocráticamente a la prescripción facultativa.

Sin embargo, en una perspectiva intercultural y ética sobre el problema de la adherencia a los tratamientos psiquiátricos, se hablaría, como hemos venido argumentando, de un “conflicto cultural” que acaba en *disenso*. La gestión de este disenso por parte del sistema sanitario acaba con cierta frecuencia en prácticas coacción, abuso de poder y empleo de la violencia como reconoce la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2010).

En última instancia y más allá del resultado en salud que decidamos medir, la gestión violenta de un disenso constituye un fracaso ético. Y no somos conscientes de lo que un fracaso ético supone. Si la ética trata de ofrecernos un sentido en la vida, trata de valores y trata de dignidad humana, ¿se puede tener una vida sin estos elementos? ¿se puede vivir humanamente sin esta dimensión?

C. LA EXTIRPACIÓN DEL SENTIDO ÉTICO: DEL SER HUMANO COMO NATURALEZA, AL SER HUMANO COMO PRODUCTO TECNIFICADO

Aristóteles distinguió la región del ente en dos clases. Aquellos “entes que son por *physis*” y aquellos “entes que son por *techné*”. Los primeros (los entes que son por *physis*) son los seres vivos; son “por *physis*” quiere decir que son “por naturaleza”. Naturaleza, para los griegos presocráticos y para el propio Aristóteles quiere decir “el ser” del ente, un “salir a la luz desde lo oculto”, un “brotar”, un “surgir”. Quiere decir aquello que posee el “principio de su propio movimiento”, es decir, el principio de su “llegar a ser”. Todas estas facultades constituyen la esencia de los seres vivos. Quiere decir que un ser vivo lo es, en la medida en que “se arranca”, “surge”, “se mueve” según su propio principio interno de movimiento, de resurgimiento, aquello que contiene en sí mismo, su “llegar a ser” en potencia. Al otro lado de la región del ente quedan los “entes que son por *techné*”. Para Aristóteles es “lo producido”, lo “trabajado”, “un lecho, una copa”. Aquellos entes que no carecen del principio de su propio movimiento. Para Felipe Martínez Marzoa, el “ser” de la copa o del “lecho”, es decir, el principio rector de su “llegar a ser” pertenece al “conocimiento técnico”, y en última instancia, a quien posee dicho conocimiento (Martínez Marzoa, 2010). En qué medida los pacientes médicos se parecen a los “entes por naturaleza”, es decir, a la definición de seres vivos, y en qué medida son productos tecnificados es algo a pensar en cada uno de nuestros contextos.

La definición de los seres vivos que acabamos de exponer coincide majestuosamente bien con teorías biológicas-cognoscitivas contemporáneas, como el concepto de «autopoyesis» de Maturana y Varela (1998), cuando establecen que lo esencialmente definitorio del reino del ser vivo es la capacidad biológica de “auto-producción” que acontece en la célula y en el organismo biológico.

Se trata, en última instancia, del “principio de su propio movimiento” o el mismo “llegar a ser” del que hablaba Aristóteles. Se podría argumentar que estos autores se refieren al ser vivo como “ser vivo biológico” y que por tanto un paciente continúa siendo ser vivo, aunque el conocimiento médico y terapéutico introduzca otras fuerzas, otros “principios de movimiento” a nivel psicológico con terapias y a nivel biológico con fármacos. Podría argumentarse que estas intervenciones no violan el núcleo vital psico-biológico que sigue perteneciendo al ser vivo del paciente, porque esto es algo que nunca podría ser enajenado. Sin embargo, teniendo en cuenta que además de biología, somos “cultura” y también somos “hechos sociales” como enunció Durkheim, podría establecerse una clara conexión entre nuestra región sociocultural y nuestra región biológica. Esta conexión está bien establecida empíricamente por los datos de la investigación en promoción de la salud o en salud comunitaria. La OMS, en su informe “Los hechos probados” publica toda la evidencia acumulada sobre cómo los determinantes sociales y las formas de vida sedentarias, operan *de facto* sobre nuestros cuerpos biológicos hasta deformarlos en la enfermedad. Por tanto, está bien establecido científicamente que la cultura o la sociedad operan, determinan, conforman, modifican nuestros códigos genéticos, nuestros marcadores tumorales, nuestras cifras tensionales, nuestra experiencia psicótica, nuestro malestar, nuestra abulia, nuestros cuerpos.

Por tanto, la pregunta acerca de si los pacientes forman parte del reino de los seres vivos o son productos tecnificados (ciborgs de la tecno-sanidad), sigue siendo vigente, sobre todo si no es clausurada en ninguna de las dos regiones, sino que sirve para adquirir conciencia de un “hasta cuando” del proceder sanitario, es decir, con el objetivo de establecer unos límites, un “hasta aquí podemos llegar” y un “desde aquí solo puede haber naturaleza ajena”.

En los casos con los que hemos iniciado el presente artículo, las personas presentan un conflicto manifiesto que, en esencia, podemos considerar como un conflicto ético. En Amarillo y Azul se resuelven empleando la coacción, en detrimento de su vida “por naturaleza” y que es al mismo tiempo “por su ética”, es decir, extirpando estos elementos constitutivos de su ser para transmutarlas en entes “*en cuanto technés*”, esto es sin capacidad para regir sus vidas. En ocasiones, como el caso de Azul, en su devenir “ciborg” la región tecnificada acaba con la región-naturaleza hasta el aniquilamiento total del ente.

¿Qué es vida y en qué consiste vivir? ¿Por qué acabamos configurando situaciones en las que la toma de medicación pasa necesariamente por extirpar esta dimensión ética, intrínseca del ser? ¿Por qué, si supuestamente nuestro objetivo como sanitarios es proveer salud, acabamos fijándonos solamente en marcadores bio-médicos que nada nos dicen de cómo va la vida humana? La salud entendida como recurso para el ente en cuanto a “ser”, es decir, la salud entendida como recurso para el ente en cuanto “ser vivo” frente a la salud entendida como la consecución de objetivos biomédicos-psicométricos. En este último supuesto, la vida queda instrumentalizada hacia la consecución de salud como objetivo: esa es la cuestión.

La premisa que el presente artículo trata de defender es: no podemos hablar de salud sin proteger y potenciar la dimensión ética de las personas. Y bien, ¿cómo podemos en nuestra producción sanitaria restaurar esta dimensión? También se podría formular de este modo: ¿cómo hacer para que nuestras intervenciones acompañen y proporcionen sentido, valores, y dignidad?, o de este otro: ¿cómo gestionar de forma ética un disenso?

D. EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA Y LA MULTICULTURALIDAD

Robert Veatch, del Instituto Kennedy de Ética, arrancó el siglo argumentando por qué la comunidad médica y sanitaria debía de desistir en intentar beneficiar a “sus” pacientes (2000:701-21). Según Veatch, el principio hipocrático vigente y hegemónico en el que se ha basado la práctica médica a lo largo de su historia puede sintetizarse en el slogan “el médico debe siempre hacer lo que es mejor para su paciente”. Lo que subyace a este principio es una moralidad paternalista en el que el paciente tiene los atributos de “pasivo”, “sufriente crónico”, “ignorante” e “incapaz” de tomar decisiones por sí mismo. Veatch defiende que es *de facto* imposible que un médico pueda saber qué es lo mejor para su paciente, habida cuenta de todos los factores involucrados en el conocimiento de qué es lo mejor para una persona: sus valores, preferencias, principios, ideología, sus significados culturales, así como sus inclinaciones personales. Además, el bienestar total de una persona puede no coincidir con su bienestar en cuando a “ausencia de síntomas” o incluso “ausencia de enfermedad”, es decir, una cosa es el bienestar global a la que una persona puede aspirar según su propia cosmovisión y otra muy diferente es el bienestar entendido desde el paradigma biomédico. La coincidencia entre ambos bienestares es del todo fortuita.

Por otra parte, es igualmente posible que cualquier persona no sepa qué es lo mejor para sí misma en una determinada circunstancia sobre todo en una etapa de vulnerabilidad o crisis. Ahora bien, esto no implica que deba ser censurada de su propio proceso vital, y que haya figuras que deban paternalistamente “hacerse cargo” de la situación. Los esfuerzos del entorno deben favorecer que el individuo en crisis vaya encontrando las personas y los recursos que necesita para ir tomando sus decisiones. Es del todo natural que el proceso se de en el seno de una comunidad y que sea un proceso *esencialmente colectivo*. Pero estas personas y recursos no tienen por qué provenir ni siquiera del “mundo de la terapia” donde bajo un proceso terapéutico puede subyacer un proceso de generación de capital. Aquí de nuevo, la composibilidad entre las figuras sanitarias-terapéuticas y el sujeto en crisis es algo accidental y no esencial a las inescrutables reglas de la composibilidad entre personas y planteamientos. Es, por otra parte, algo procesual y no un umbral sin retorno. Por lo que los planteamientos terapéuticos deberían guardarse mucho de no ser “cronificantes” como suele ser la tendencia en los tratamientos “tempranos”. Puede haber idas y venidas, puede haber búsqueda y contradicciones, y se trata precisamente de que esa persona no cierre este proceso de búsqueda de sí mismo en una única opción terapéutica que censure, cierre, sentencie su proceso en un umbral sin retorno. La persona en crisis es la única que puede

guiar este proceso. Sólo ella tiene el conocimiento (o puede llegar a tener el conocimiento) sobre su “bienestar”. Este proceso de búsqueda puede ser dialógico, colectivo, comunitario en un sentido abierto y no restringido al mundo sanitario-terapéutico. Esto, por supuesto, puede implicar ponerse en manos de un médico o un terapeuta en quien confía, si lo hace conscientemente (habiendo elaborado y asumido sus implicaciones). O puede ser que no. El proceso, en cualquier caso, le pertenece.

Veamos el origen del modelo ideal de autonomía, no como la única figura moral a perseguir, sino con la intención de aprehender sus implicaciones éticas, sobre todo en la relación entre el concepto de “autonomía”, y el concepto de “dignidad humana”. Kant propuso que el ser humano es fundamentalmente un sujeto moral (2017) que está dotado de voluntad y, por tanto, de capacidad de elección y que en eso radica su libertad y su dignidad humanas. Este sujeto moral capaz de dictarse a sí mismo leyes morales, debe actuar con conciencia y con independencia de instancias coercitivas: con autonomía con respecto a imposiciones externas como el poder del Estado o de códigos morales culturalmente construidos; con autonomía con respecto a máximas socio-históricamente condicionadas; y con autonomía con respecto a inclinaciones internas como las pasiones o los intereses. Kant pensaba que la cuestión no radicaba en ser felices, sino en ser dignos de serlo. La dignidad fundamentaba una vida de libertad, y para eso, el sujeto tenía su conciencia, su razón práctica, su voluntad, para construir acciones libres de coacciones internas y externas. Este sujeto moral de Kant inaugura una mayoría de edad en la Historia con la premisa “ten el valor de servirte de tu propio entendimiento”. Sea utópico o no, sea factible o no, y más allá de que la Ilustración haya o no servido para prevenir el horror en la Historia, sigue vigente el principio de autonomía como principio esencialmente ético, y esto quizás pueda intuirse más fácil en su perspectiva inversa: cuando no se respeta este principio, se hiere algo esencial en la dignidad del hombre y la mujer. Autonomía, ética y dignidad humanas son sustancias com-possibles, como lo son autonomía y colectividad, autonomía y comunidad, autonomía y cultura, en un sentido abierto, amplio y sobre todo autónomo con respecto a procesos generadores de capital.

E. LA INSTRUMENTALIZACIÓN DE LA SALUD, EL “CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO” Y EL SENTIDO ÉTICO DEL DIÁLOGO

Max Weber dimensionó el anteriormente referido sujeto moral kantiano en la esfera de un politeísmo axiológico o de “diversidad de valores”. Postulaba que el mundo es un surtidor de valores, y al final cada uno, en su fuero interno, elige sus ángeles y sus demonios, refiriéndose a que cada individuo, debe hacer una elección consciente y responsable de los valores que decide acoger. En la línea ética de Kant, ningún agente exterior tiene el poder suficiente para inocular este material axiológico que sólo puede germinarse en la conciencia de cada uno.

Estos valores, los nacidos de nuestro interior, serán los que rijan nuestra acción y orienten nuestra existencia.

Por otra parte, la Escuela de Frankfurt ofreció lo que se conoce como un “giro lingüístico” a la filosofía, según la cual, lo que importa del lenguaje, es su dimensión pragmática y comunicativa, sin la cual caeríamos en una burda “falacia abstractiva”. Es decir, lo que importa es que hablamos para poder entendernos, y comunicarnos. El lenguaje es un medio para que se produzca la comunicación. No usar el lenguaje con ese fin es construir una entelequia abstracta y es perderse, de nuevo, de las comunidades humanas. En su ensayo “*Conocimiento e interés*”, Habermas (1981) pone de manifiesto dos tipos de racionalidad. Una racionalidad “técnico-estratégica” y una racionalidad “valorativa”.

La técnico-estratégica es aquella que se preocupa por escoger los medios idóneos para alcanzar un fin previamente estipulado sin pronunciarse sobre el valor de tal fin. Se trata de una racionalidad por tanto instrumental cuyo interés responde al control de un mundo objetivado y orientada al éxito que sería la consecución de estos objetivos o fines. Pero en ningún momento hay una preocupación o un debate por *el valor de estos fines*. Es decir, se trata del tipo de racionalidad que aplicamos en nuestra práctica sanitaria donde empleamos la medicación para unos fines que damos por válidos pero cuyo valor real desconocemos. Por ejemplo, administramos antihipertensivos con el fin de reducir la tensión arterial, antidepresivos para reducir unos puntos la escala de Hamilton, las estatinas para reducir el colesterol, pero ¿dónde está el debate público acerca del valor real de estos marcadores? Como algunos autores han puesto de manifiesto recientemente, estamos ante la idolatría de las variables subrogadas (Yudkin et al, 2011) y aplicamos esta lógica de manera sistemática sin darnos cuenta de que el fin de esta cadena de fines, es la salud global, y que en muchas ocasiones es precisamente lo que se pone en riesgo: la salud (el fin), por la consecución de los medios (objetivos biomédicos) lo cual nos sitúa en la esfera de lo absurdo.

Habermas nos señala una alternativa: frente a una racionalidad técnico-estratégica, él aboga por una “racionalidad valorativa”. Según sus palabras “aquella racionalidad que nos permite sopesar los fines últimos perseguidos en el marco de un politeísmo axiológico”. Politeísmo axiológico quiere decir diversidad en valores. Es decir, de nuevo, el multiculturalismo. Cada cual tiene unos valores distintos, unos principios, unos ideales y un sentido de la vida que son diferentes. El interés en este caso ya no es del control de un mundo objetivado (un paciente cuantificado en variables biomédicas) sino el de la comprensión intersubjetiva (un ser con derecho a hablar, escuchar, pensar y decidir).

En su ensayo “*Ética del discurso*” de 1985, Habermas parte de la interacción comunicativa para señalar que en el caso en el que se planteen en ella conflictos acerca de la verdad de nuestras creencias o la corrección de nuestras convicciones morales, tales conflictos no tienen por qué desembocar en el enfrentamiento, la manipulación o la violencia, sino que pueden ser resueltos discursivamente, en la medida en que la racionalidad comunicativa se traslade de la

acción al discurso, donde las pretensiones de validez sobre la verdad y corrección de unas y otras puedan ser sometidas a argumentación. Esto puede desencadenar en un consenso acerca de los puntos en litigio, siempre que los que participen en la misma se ajusten a las condiciones de la “situación ideal del habla”, que es aquella en la que los afectados gozasen de una posición simétrica para defender argumentativamente sus puntos de vista e intereses, de forma que el consenso no se deba a ningún tipo de coacción o control sino a la fuerza del mejor argumento (Muguerza, 2018).

Por tanto, ante la situación de no adherencia al tratamiento farmacológico, vista como un conflicto ético, cabe una alternativa a la coacción y sus instrumentos: iniciar un proceso dialógico donde, como indica Habermas, se pueda someter a la fuerza del mejor argumento nuestros valores, creencias y convicciones morales. Pero para eso, puntualiza este autor, es necesario que los participantes gocen de una *posición simétrica de poder y respeto*. Que haya un reconocimiento recíproco entre sujetos libres. Esta sería una praxis sanitaria ajustada a una racionalidad valorativa orientada no a la consecución de objetivos biomédicos y subrogados ya preestablecidos, sino a la comprensión intersubjetiva del otro y a la toma de decisiones compartidas.

F. CUANDO EL DISENSO ES MÁS ÉTICO Y EPISTÉMICO QUE EL CONSENSO

De lo anterior se extrae otra conclusión: un disenso respetuoso en un conflicto es más ético que un consenso con coacción. Extremadamente más ético. Autores muy respetados desde foros por la paz, como Gandhi, Luther King, Henry David Thoreau, Max Weber o en nuestro país Javier Muguerza han postulado con diferentes términos la misma idea: siempre nos queda la posibilidad de negarnos (Muguerza, 2018).

H.D. Thoreau empleó el término de “desobediencia civil” al plantear la cuestión de si era ético que él con parte de sus impuestos financiara guerras con las que no estaba de acuerdo. Gandhi fue un ávido lector de Thoreau. Javier Muguerza reformula uno de los principios kantianos por su principio de la disidencia: “para impedir que cada ser humano sea tratado como un medio, más que como un fin, bastará con que cada uno de nosotros decida *decir “no”* ante cualquier inclinación propia o cualquier incitación ajena a atentar contra nuestra dignidad humana”.

Weber dijo al pueblo alemán “el Estado -nazi- con todo el poder de sus aparatos de propaganda tampoco tiene fuerza para imponer sus convicciones ni siquiera en el fuero interno de los soldados que luchan en el frente”. Efectivamente se puede vislumbrar la catástrofe humana que hubiera podido evitarse en el siglo XX si los ciudadanos se hubieran negado, es decir, hubieran practicado el disenso, que es lo mismo que decir, si los ciudadanos hubieran

practicado el consenso con sus propias convicciones morales. El disenso podría haber salvado a una humanidad entera.

En este sentido, autores como Ranciere (2005) o Mieke Bal (2011) ven precisamente en la “cultura del consenso” una forma de dictadura sofisticada en las sociedades modernas. Según estos autores, la sociedad es por definición plural y lo político quiere decir, en esencia, conflictividad. Para Ranciere, la cultura del consenso representa la supresión de toda ética.

Una situación de adherencia total y sin resistencias a la medicación, en un contexto en el que las decisiones clínicas las tome el clínico de forma unilateral reflejaría la supresión de toda vida ética-comunitaria hacia una sociedad sumida en una dictadura a-salutogénica y apolítica, esto es, una sociedad paralizada políticamente con respecto a los determinantes socioculturales de su propia salud.

Fijémonos en la definición de consenso por parte de Ranciere: “modo de estructuración simbólica de la comunidad que evacua el corazón mismo de la comunidad política, es decir, *el disenso*”. El consenso como objetivo vendría representado por esa “lucha contra la falta de adherencia” de los sistemas de salud que se concreta en prácticas como la medicalización forzosa, el uso de formas farmacéuticas de liberación prolongada, o la amenaza clínica y el abandono de todo aquel que no esté de acuerdo en tragarse el régimen representacional impuesto. Por tanto, el consenso como objetivo supone la desactivación política de las comunidades, la reducción del espectro de diversidad cultural y axiológica a una única luz monocromática (un sentido, un pueblo) donde no es posible que nadie esté fuera de él, porque el que está fuera es un excluido, un enfermo o un loco, y a estos les podremos proporcionar socorro, auxilio o ayuda humanitaria, pero no una voz (Ranciere, 2005). Por tanto, hablar de “lucha contra la adherencia terapéutica” puede resultar peligroso si con ello perseguimos el consenso sin importar los medios.

La gestión del disenso pasaría por concebir al otro como un *adversario*, alguien que propone un diálogo problematizador con respecto al discurso hegemónico, y que precisamente por eso, brinda la oportunidad de que dicho discurso no caiga en el dogmatismo, sino que sea fructífero desde el punto de vista del conocimiento y la cultura. El adversario contribuye a un verdadero avance epistémico. Los pacientes-adversarios son catalizadores de conocimiento, de preguntas, abren nuevas líneas de investigación y proponen, por tanto, un camino epistémico. No verlos así es verlos como *enemigos*. Los enemigos, al contrario que los adversarios, son elementos entorpecedores en un camino yermo por el dogma, o un camino de poder, o de estatus sociocultural, pero no un camino de *episteme*. Al enemigo, al contrario que al adversario, se le somete, puesto que obstaculiza un interés personal. Entre estos dos supuestos, los pacientes que disienten deben ser vistos como adversarios y no como enemigos, en un camino epistémico, científico y cultural.

G. LAS PRÁCTICAS SIGNIFICANTES Y DIALÓGICAS COMO RECURSO PARA LA GESTIÓN ÉTICA DE LA FALTA DE ADHERENCIA

La conceptualización multicultural y ética del problema de la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos nos permite explorar nuevas prácticas artísticas, antropológicas y comunitarias para su gestión.

Detrás de la falta de adherencia puede haber significados y experiencias que choquen con el discurso médico hegemónico. Por tanto, antes que diseñar cualquier estrategia de intervención sobre el problema de la falta de adherencia, deberíamos explorar la naturaleza del conflicto, de manera que logremos describirlo y comunicarlo en toda su riqueza semiótica. Una vez lograda esta descripción y comprensión profunda del fenómeno, podremos intervenir adecuadamente.

Las experiencias, significados y sentidos que las personas atribuyen a su medicación pueden ser descubiertos a partir de los sistemas de representación de las comunidades, esto es, pueden ser expresados y comunicados a través de prácticas artísticas contemporáneas como la fotografía, la música, el teatro, la narración, el video-arte, el cine o el arte de acción, por poner algunos ejemplos. Esto ofrecería a las comunidades la oportunidad de concienciarse de su propio sistema de representación con respecto a la medicación que consumen, es decir, de cuál es la jerarquía simbólica que rige su conducta de adherencia. A partir de ahí, podrían activarse propedéuticamente con respecto a sus propios discursos, para después activarse políticamente en la construcción de su propia salud.

Sin embargo, en la actualidad, ¿qué espacios encuentran las comunidades para producir significados propios con respecto a la medicación que consumen? Estos espacios y procesos son escasos o inexistentes porque en realidad, las comunidades de pacientes están relegadas a consumir (a “tragar”) no sólo pastillas, sino, el sentido detrás de las mismas. No solo tragan comprimidos, también significados. Se tragan el discurso biologicista de que las deben tomar porque tienen un desequilibrio bioquímico en sus sistemas de neurotransmisión. Estos significados y sentidos que tragan no han sido co-elaborados con las comunidades, sino que han sido pre-fabricados y “listos-para-su-uso”. Y, ¿dónde se fabrica actualmente los significados y narrativas con respecto a la medicación? En los medios de comunicación de masas, en Netflix, en los congresos de medicina, en las facultades de ciencias de la salud, en las revistas, en blogs, etc, etc, etc. Pero, el problema no viene porque en estos espacios se fabriquen significados.

El problema puede venir de dos aspectos:

- El significado que tienen las cosas (los medicamentos en este caso) no puede ser fijado, porque la naturaleza del significado es cambiante, relativa, carente de verdad. Sin embargo, los poderes tratan de otorgar un carácter de verdad científica a elementos que sólo pueden ser interpretados semióticamente, y con ello -con ayuda de la palabra “ciencia”- el significado es impreso, lo dinámico se hace fijo, se dogmatiza algo que por naturaleza no es susceptible de ser dogma, sino de hermenéutica.
- La legitimidad de los significados la otorgan las comunidades. Pero las comunidades no participan activamente en la elaboración cultural de los mismos. Las comunidades están desactivadas políticamente como agentes significantes. Por lo tanto, la legitimidad queda dominada por los mismos poderes productores de sentidos.

La solución pasa por activar espacios y procesos políticos donde las propias comunidades puedan hacer emerger, pensar críticamente y co-elaborar, significados propios a partir de sus experiencias con los tratamientos farmacológicos. Los profesionales de la salud podremos fomentar estos espacios, de manera que podamos catalizarlos, y así participar en ellos.

Sea cual sea la técnica de “práctica significativa” que se decida implementar (foto-voz, teatro del oprimido, itinerarios participativos por barrios, creación colectiva de murales...) el proceso debería contener los siguientes elementos:

- Una práctica artística (fotografía, video-arte, cine, pintura, arte de acción, teatro...) que sea capaz de hacer emerger el sistema representacional (imágenes, sonidos y narrativas) inscrito en la comunidad con respecto a la medicación. Esto permite una concienciación y enunciación del conflicto.
- Un proceso pedagógico de diálogo en el que los significados y conocimientos representados en las prácticas artísticas circulen, interaccionen, y finalmente refunden, a través del diálogo y el pensamiento crítico colectivo, el régimen representacional respecto al tratamiento farmacológico inicialmente inscrito en la comunidad.
- Un proceso de comunicación semiótica que puede encuadrarse dentro del concepto de “arte para lo político”, según el cual, los receptores (agentes políticos, comunidad médica científica, funcionarios del Estado, profesionales de la salud, periodistas, industria, ciudadanía, etc.) entren en comunicación y diálogo con los temas y categorías que forman parte del discurso comunitario.
- Un proceso de activación política en el que las comunidades promueven la salud en sus barrios y entornos cotidianos, una vez se presentan como agentes pensantes y éticos, con capacidad no sólo de elaborar un discurso propio, sino también de construirse en una dimensión biológica, cultural y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAL M. (2011). *Of what one cannot speak. Doris Salcedo's political art*. The University of Chicago Press.
- BEVIÁ FERRER B, BONO DEL TRIGO A. (2017). *Coerción y Salud Mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (20): 254.
- BROWN MF. (2008). "Cultural relativism 2.0". *Current Anthropology*, 49 (3): 363-83.
- CAMPOS R. (2004). "Experiencias sobre salud intercultural en América Latina", en FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (Coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala/Bolhispania/ UCLM pp.129-151.
- DAY JC, BENTALL RP, RANDALL F. et al. (2005). "Attitudes Toward Antipsychotic Medication: The Impact of Clinical Variables and Relationships with Health Professionals". *Archives of General Psychiatry*, 62(7): 717.
- FENTON WS, BLYLER CR, HEINSEN RK. (1997) "Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings". *Schizophrenia Bulletin*, 23 (4): 637-51.
- FISCHEL T, KRIVOVY A, KOTLAROV M, ZEMISHLANY Z, LOEBSTEIN O, JACOBY H. (2013). "The interaction of subjective experience and attitudes towards specific antipsychotic-related adverse effects in schizophrenia patients". *European Psychiatry*, 28 (6): 340-3.
- GATTI ME, JACOBSON KL, GAZMARARIAN JA, SCHMOTZER B, KRIPALANI S. (2009). "Relationships between beliefs about medications and adherence". *American Journal of Health System Pharmacist*, 66 (7): 657-64.
- GEERTZ C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- HABERMAS J. (1981). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
- HALL S. (1997). *Representation. Cultural Representation and Signifying Practices*. London: SAGE Publications.
- HELLEWELL JSE. (2002). "Patients Subjective Experiences of Antipsychotics: Clinical Relevance". *CNS Drugs*, 16 (7): 457-71.
- INSTITUTE OF MEDICINE. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274>
- KANT, I (2017). *Fundamentación para una metafísica de las costumbres*. Madrid: Alianza Editorial.
- KIKKERT MJ, SCHENE AH, KOETER MWJ, ROBSON D et al. (2005). "Medication Adherence in Schizophrenia: Exploring Patients', Carers' and Professionals' Views". *Schizophrenia Bulletin*. 32 (4): 786-94.
- MAKARY MA, DANIEL M. (2016). "Medical error—the third leading cause of death in the US". *BMJ*, 3 (353): i2139.
- MARTINEZ MARZOA F. (2010). *Historia de la filosofía*. Madrid: Ediciones Akal (I).
- MATURANA H, VARELA F. (1998). *De máquinas y seres vivos. Autopoiesis: la organización de lo vivo* (Quinta edición). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- McINTOSH A, CONLON L, LAWRIE S, STANFIELD A. (2006). "Tratamiento de cumplimiento para la esquizofrenia". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3: CD003442.

- MOORE GE, GÓMEZ SÁNCHEZ. (2002). *Doce textos fundamentales de la ética en el siglo XX*. Madrid: Alianza Editorial.
- MUGUERZA J, GÓMEZ C. (2016). *La aventura de la moralidad (paradigmas, fronteras y problemas de la ética)*. Madrid: Alianza Editorial.
- OSTERBERG L, BLASCHKE T. (2005). "Adherence to Medication ". *The New England Journal of Medicine*, 353: 487-497.
- RANCIERE J. (2005). *El viaje ético de la estética y la política*. Santiago de Chile: Ediciones Palinodia (Colección Contrapunto).
- SAJATOVIC M, IGNACIO RV, WEST JA, CASSIDY KA, SAFAVI R, et al. (2009). Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Compr Psychiatry*, 50 (2): 100-107.
- SIBITZ I, KATSCHNIG H, GOESSLER R, UNGER A, AMERING M. (2005). "Pharmacophilia and Pharmacophobia: Determinants of Patients' Attitudes towards Antipsychotic Medication". *Pharmacopsychiatry*, 38 (3): 107-112.
- STRAND L, CIPOLLE B, MORLEY P. (2004). *Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide* (Second Edition). Varias: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- TRANULIS C, GOFF D, HENDERSON DC, FREUDENREICH O. (2001). "Becoming Adherent to Antipsychotics: A Qualitative Study of Treatment- Experienced Schizophrenia Patients". *Psychiatric Services (Washington D.C.)*, 62 (8): 888-92.
- TURNER V. (2020). *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual ndembu*. Madrid: Siglo XXI España.
- VELASCO HM et al. (2010). *Lecturas de antropología social y cultural. La cultura y las culturas*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- VEATCH RM. (2000). "Doctor Does Not Know Best: Why in the New Century Physicians Must Stop Trying to Benefit Patients". *The Journal of Medicine and Philosophy*, 25 (6): 701-21.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2010). "Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS para el Empoderamiento del usuario de Salud Mental" [En línea]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Empoderamientosaludmental.pdf> [Consulta, 21.04.2021]
- WOUTERS H, BOUVY M, VAN GEFFEN K et al. (2014). "Antidepressants in primary care: patients experiences, perceptions, self-efficacy beliefs, and nonadherence". *Patient Prefer Adherence*, 8: 179-190.
- YUDKIN J, LIPSKA K, MONTORI V. (2011). "The idolatry of the subrogate". *British Medical Journal*, 28 (343): 7995.
- ZYGMUNT A, OLFSON M, BOYER CA, MECHANIC D. (2002). "Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia". *American Journal of Psychiatry*, 159 (10): 1653-1664.

* * *