

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: UNA MIRADA PSICOSOCIAL

Irama Cardozo Quintana

Instituto de Psicología
Universidad Central de Venezuela

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la adherencia al tratamiento desde una perspectiva psicosocial. Se presenta una breve revisión del concepto de salud así como de la adherencia al tratamiento y se describe el modelo de creencias en salud que plantea los factores implicados en la ejecución de conductas saludables. Posteriormente, se analiza la adherencia al tratamiento como producto de la relación humana, un comportamiento individual que se explica en tanto está influenciado por los otros actores que junto al individuo construyen el significado de la adherencia en un contexto particular. Así mismo, se observa la adherencia como muestra de las representaciones dominantes acerca del autocuidado y la salud, generada a partir de una relación en la que los otros tienen impacto sobre el individuo y viceversa. Se concluye que para lograr cambios en la adherencia al tratamiento es necesario hacer una reconstrucción de su significado para la sociedad.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, perspectiva psicosocial, construcción social, salud.

ABSTRACT

TREATMENT ADHERENCE: A PSYCHOSOCIAL VIEW

The present study aims to analyze adherence to treatment from a psychosocial perspective. We present a brief review of the concept of health as well as adherence to treatment and describe the model of beliefs in health that poses the factors involved in healthy behaviors. Subsequently, the treatment adherence is analyzed as a product of the human relationship, an individual behavior that is explained as it is influenced by the other actors that together with the individual build the meaning of adherence in a particular context. Likewise, the adherence as a sample of the dominant representations about self-care and health is observed as generated from a relationship in which the others have an impact on the individual and vice versa. It is concluded that to achieve changes in adherence to treatment it is necessary to reconstruct its meaning for society.

Key words: treatment adherence, psychosocial perspective, social construction, health.

RÉSUMÉ

ADHÉRENCE AU TRAITEMENT: UN REGARD PSYCHOSOCIAL

Cette étude vise à analyser l'adhérence au traitement d'un point de vue psychosocial. On présente une brève révision du concept de santé et d'adhérence au traitement et on décrit le modèle de croyances en santé qui pose les facteurs liés à des comportements salutaires. Ensuite, on analyse l'adhérence au traitement comme un produit de la relation humaine, un comportement individuel qui s'explique car il est influencé par les autres acteurs qui avec l'individu construisent la signification de l'adhérence dans un contexte particulier. Par ailleurs, on observe l'adhérence comme une démonstration des représentations dominantes sur le soin de soi-même et la santé, générée à partir d'une relation dans laquelle les autres ont un impact sur l'individu et vice-versa. On conclut que pour avoir des changements dans l'adhérence au traitement il est nécessaire de faire une reconstruction de sa signification pour la société.

Mots-clé: adhérence au traitement, point de vue psychosocial, construction sociale, santé.

RESUMO

ADERÊNCIA AO TRATAMENTO: UMA MIRADA PSICOSSOCIAL

O presente trabalho tem como objetivo analisar a aderência ao tratamento desde uma perspectiva psicossocial. Apresenta-se uma breve revisão do conceito de saúde bem como da aderência ao tratamento e descreve-se o modelo de crenças em saúde que propõe os fatores implicados na execução de condutas saudáveis. Posteriormente, analisa-se a aderência ao tratamento como produto da relação humana, um comportamento individual que se explica em tanto está influenciado pelos outros atores que junto ao indivíduo constroem o significado da aderência em um contexto particular. Assim mesmo, se observa a aderência como mostra das representações dominantes a respeito do autocuidado e a saúde, gerada a partir de uma relação na que os outros têm impacto sobre o indivíduo e vice-versa. Conclui-se que para conseguir mudanças na aderência ao tratamento é necessário fazer uma reconstrução de seu significado para a sociedade.

Palavras-chave: aderência ao tratamento, perspectiva psicossocial, construção social, saúde.

La salud ha sido analizada desde distintos puntos de vista. La organización mundial de la salud en 1948 rompió con viejos patrones que la concebían como un estado de ausencia de enfermedad física, presentando una definición más holística que pretendía integrar todos los aspectos de la persona como ser biopsicosocial, definiéndola así como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades” (Cardozo y Rondón, 2014, p.1083). En este sentido, conforme a esta definición, todo aquel estado que implique la pérdida de equilibrio en cualquiera de esos aspectos, denotaría ausencia de salud.

Haciendo énfasis en el impacto de la pérdida de la salud en el desenvolvimiento social de la persona, Talcott Parsons en 1950 señaló que la enfermedad “es cualquier desviación o disminución de la capacidad para cumplir roles y tareas para los cuales ha sido socializado” (López, Chapela, Hernández, Cerda y Outón, 2011, p.56), con lo cual la salud sería la capacidad para cumplir tales roles. Es interesante esta definición porque concibe la salud y la enfermedad según el impacto que generan en la posibilidad de desenvolvimiento en sociedad, resaltando la importancia que tiene para el ser humano como ser social, su capacidad para desarrollar actividades en su entorno.

En este sentido, una persona en tanto observa que una condición le dificulta su desenvolvimiento, podría considerar que está enfermo o no. Las que padecen enfermedades crónicas, por ejemplo, por ser de larga duración y progresión lenta, a pesar de ser las principales causas de muerte en el mundo, generalmente en los primeros años de evolución no se ven impedidas para llevar a cabo sus actividades cotidianas (OMS, 2017), por lo que, al no ver reducidas sus capacidades para responder a las demandas del entorno, puede seguir desempeñándose como si nada ocurriera y no asumir la necesidad de realizar los cambios comportamentales necesarios para detenerlas o reducir su impacto, es decir, debido a la ausencia de síntomas incapacitantes el individuo no discrimina que requiere adherirse al tratamiento farmacológico o hacer cambios en los hábitos de vida para lograr estar bien en el futuro.

El término adherencia al tratamiento alude a una serie de comportamientos que implican la aceptación del plan de tratamiento, la puesta en práctica de las indicaciones médicas, la evitación de comportamientos de riesgo y la práctica de conductas saludables. Involucra el saber qué hacer, cómo y cuándo hacerlo, para lo cual es necesario el desarrollo de destrezas que permitan lograr ese ob-

jetivo. Siendo así, el paciente tiene un rol activo y voluntario en el seguimiento de las conductas que lo pueden llevar a obtener el resultado terapéutico deseado (Martín & Grau, 2004).

Existen modelos explicativos de las conductas de salud y específicamente hay planteamientos acerca de los factores implicados en la adherencia al tratamiento. En cuanto al primer aspecto, se puede mencionar el modelo de creencias en salud, desde el cual se plantea que las creencias de un individuo pueden orientar su comportamiento hacia un mayor o menor riesgo de enfermar, indicando que los factores implicados en la toma de decisiones acerca de ejecutar o no conductas saludables son: a) *Susceptibilidad percibida*, que es la percepción subjetiva en cuanto al riesgo de contraer o no una enfermedad; b) *Severidad percibida*, creencias sobre la gravedad de contraer la enfermedad y sobre las consecuencias físicas y sociales que esto puede generar c) *Barreras percibidas*, creencias sobre el costo/beneficio de una acción determinada en cuanto a la salud d) *Beneficios percibidos*, creencias sobre la efectividad de los comportamientos para el cuidado de la salud o el afrontamiento de la enfermedad que tiene capacidad de ejecutar; e) *Señales para la acción*, estímulos que se requieren para que se suscite el proceso de toma de decisiones, entre los que se encuentran estímulos internos como los síntomas físicos y externos como los mensajes ofrecidos por los medios de comunicación masivos (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003; Moreno y Gil, 2003). Tales creencias se van construyendo a lo largo de la historia de la persona en el marco del contexto social en el que se desenvuelve.

Los comportamientos protectores de la salud se ejecutan para prevenir la instauración de una patología, sin embargo, los comportamientos de adherencia al tratamiento, aunque tienen lugar cuando ya se ha instaurado una patología e incluyen acciones específicas para tratarla, podrían analizarse a la luz de este modelo, pues por una parte, se observaría si la persona percibe riesgo o no de tener mayores complicaciones de la enfermedad y las consecuencias que esta situación puede acarrearle y por otra, se evaluaría cuál es el beneficio que según la persona puede generarle la conducta de protección de salud o de adherencia, así como las claves para la acción, aunque en ciertas enfermedades que suelen ser asintomáticas como la diabetes mellitus, por ejemplo, para lograr la adherencia sería necesario anclarse en otras señales que no tengan que ver con la sintomatología percibida por el paciente, pues de lo contrario, la probabilidad de lograr la adherencia sería muy baja.

En lo que refiere a los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, se plantea que algunos son: a) relación médico – paciente, que implica la empatía, la buena comunicación de la información acerca del problema y de las conductas a realizar, la capacidad del médico para aclarar dudas y comprender lo que el paciente vive en relación con la enfermedad y su manejo; b) el paciente y su entorno: creencias acerca de las causas de la enfermedad, el manejo emocional ante las situaciones, el apoyo social, la capacidad cognoscitiva del paciente; c) la enfermedad, porque por ejemplo, en las enfermedades crónicas por su larga evolución, el paciente tiende a incumplir y d) el tratamiento, al cual si es sencillo y corto, probablemente el paciente se adherirá más que si es largo y complejo, por lo que en el caso de las enfermedades crónicas es probable encontrar menor adherencia debido a la complejidad de los tratamientos y a su permanencia en el tiempo (Peralta y Carbajal, 2008).

Los aspectos mencionados anteriormente aunque consideran el apoyo social y otros aspectos externos al paciente, tienen un énfasis individual, sin embargo, dado que la adherencia al tratamiento es un conjunto de comportamientos que pueden estar influenciados por factores externos en una relación bidireccional entorno – persona, este proceso puede ser estudiado desde una perspectiva psicosocial.

Martín Baró (1983, p. 10) plantea que la psicología social estudia la actuación de los individuos o grupos en cuanto referida o influenciada por otros individuos o grupos, es decir conforme a la influencia interpersonal. En este sentido, la adherencia al tratamiento sería comprendida como un producto de la relación humana, es decir, un comportamiento individual que puede explicarse en tanto está influenciado por el otro, y ese otro es la familia, el personal médico, los medios de comunicación, los productores de alimentos y todos aquellos que de una u otra manera pueden facilitar u obstaculizar la adherencia. Analizar este comportamiento desde esta perspectiva requeriría traspasar la barrera del consultorio médico donde se establece la relación médico – paciente, del hogar donde se establecen redes familiares de apoyo social y de los entornos cercanos a la persona, para alcanzar otros espacios de interacción directa: vallas, anaquelles; espacios de esparcimiento y medios de comunicación masivos.

De acuerdo con el planteamiento del autor, cabe formular algunas preguntas en relación con la adherencia al tratamiento como fenómeno a estudiar desde una perspectiva psicosocial. ¿Cómo una persona puede convertirse en

alguien que se adhiere al tratamiento? ¿Cuál es el significado social de la adherencia? ¿Qué efectos transitorios o permanentes produce la adherencia en los grupos sociales? ¿Cuál es la reacción de las personas cuando se ven en la necesidad de adherirse al tratamiento y cómo reaccionan cuando alguien que está en sus núcleos tiene que adherirse? (Martín, 1983).

En aras de dar una breve respuesta a estas interrogantes, habría que considerar que una persona se convierte en alguien que se adhiere al tratamiento tras tener una o más experiencias con las conductas particulares implicadas en la adherencia, así como con los patrones culturales que se ajustan o no a tales conductas y que se han ido construyendo paulatinamente en el contexto en que se desenvuelve la persona.

Por otra parte, en relación con el significado social de la adherencia, en primer lugar, en el marco de la interacción con los otros actores implicados, se va construyendo una serie de significados en cuanto a lo que ella es y representa para los individuos de ese grupo determinado. Por otra parte, esa representación de la adherencia tiene un impacto en los grupos sociales en tanto se van generando nuevos patrones de conducta que inciden en los del grupo, así como nuevas demandas de productos y conductas para satisfacer las necesidades particulares de quien debe adherirse, lo cual genera una reacción de acogida o rechazo por parte del grupo de acuerdo con las características de los comportamientos que caracterizan la adherencia. Por ejemplo, hasta hace algunos años no se daba importancia a la presencia de gluten en los productos alimenticios, pero tras los estudios que se han realizado en cuanto a la alimentación de los niños con trastornos del espectro autista (Sánchez-Raya, Martínez-Gual, Moriana, Luque y Alós, 2015), los celíacos (Almagro, Bacigalupe, Ruiz, González y Martínez, 2016) así como personas sensibles al gluten aun no siendo celíacos (Navarro y Araya, 2015), no sólo estos pacientes han tenido que conocer estos productos y dar importancia a ese componente, sino que la sociedad ha tenido que responder a esa demanda ofreciendo productos sin gluten y los grupos sociales han tenido que abrirse a conocer y comprender la necesidad de consumir estos productos, así como a la respuesta a la necesidad, que es la producción y distribución de los mismos. En ciertos eventos masivos se puede observar que hay una oferta de menú para celíacos, lo cual es muestra del impacto que ha tenido esta necesidad en la sociedad y en los grupos.

Otro autor que da especial relevancia al impacto de la interacción en la construcción de la realidad es Hebert Blumer quien postuló el interaccionismo simbólico, propuesta cuyas premisas son a) las conductas de las personas se dan conforme a los significados que tales acciones tienen para ellos b) el significado de las situaciones y acciones deriva de la interacción con otros actores del entorno social c) los significados se transforman en el marco de otras interacciones (Blumer, 1969; Salazar-Maya y Hoyos-Duque, 2017). Conforme a este modelo, la adherencia al tratamiento sería un comportamiento o grupo de comportamientos, que tiene un significado particular para cada individuo, significado que ha sido construido en interacción con otros de su entorno y que en la medida en que se dan interacciones con otras personas y en otros ambientes, se va modificando.

En el ámbito de la atención clínica, cuando se atienden personas con alguna enfermedad crónica, su discurso respecto a sus comportamientos de alimentación deja ver sus creencias y costumbres al respecto, las cuales responden a su cultura, a lo que se hace en su región o a lo que han hecho siempre en su familia, es decir, que esas costumbres personales no son aisladas, sino que constituyen construcciones sociales en tanto la persona ha ido incorporando a lo largo de su vida formas de comportarse de su grupo social de referencia y por supuesto, también ha ido dando sus aportes a esas construcciones y dando sentido a los distintos comportamientos en el marco de sus interacciones con los otros, porque las relaciones son bidireccionales y aunque las costumbres a veces son difíciles de modificar, en la medida en que la persona va interactuando con “el otro”, es decir, con el personal de salud, con otros pacientes que tienen la misma condición, con literatura especializada, entre otros actores que constituyen el grupo “otros”, la persona va incorporando nueva información y va construyendo nuevos significados respecto a la misma conducta.

Es importante considerar que los cambios comportamentales necesarios para ajustarse a las indicaciones médicas pueden traer como consecuencia la reducción de las interacciones sociales, debido a que las actividades de encuentro familiar o amistoso suelen estar caracterizadas por el consumo de *snaks*, alcohol, frituras, tortas, entre otros productos que contrarían lo que está considerado un hábito de vida saludable. Si la participación en este tipo de interacciones se mantiene, la persona requiere desplegar una serie de conductas para lograr la adherencia (Camacho, Lucero, Agazzi, Fernández y Ferreira, 2013), por ejemplo, debe ser asertivo (Maidana *et al.*, 2016) para poder expresar con serenidad su

necesidad de consumir cierto tipo de alimento o su necesidad y decisión de no hacerlo. Así mismo, debe tener autocontrol (Cervera, 2017) para poder manejar su comportamiento pese a estar expuesto a los estímulos que invitan a realizar la conducta de riesgo.

Además de ser asertivo y tener autocontrol, la persona debe hacer una valoración de su ser, de su cuerpo y de su salud, pues de acuerdo con el significado que dé a estos aspectos, será su disposición para aplicar la asertividad y el autocontrol para la protección de su salud. En este sentido, Arlés y Sastre (2015) señalan que las ciencias se han ocupado de analizar el cuerpo como entidad física susceptible de enfermar y de adquirir ciertas habilidades, aspecto en el que existen importantes avances, pero actualmente se tiende a tener una visión más holística del cuerpo como “un concepto que se construye como resultado de unas formas de pensar culturalmente” (p.77), es decir, dando relevancia a los aspectos culturales y sociales involucrados en la construcción simbólica del cuerpo como entidad de comunicación, de interacción, de estética y como “plano físico de la existencia humana” (p.77).

En la sociedad se construye la valoración y relevancia que le damos al cuerpo: a su salud, a su belleza, a su importancia para el desenvolvimiento social lo que implicaría nuestra postura, gestos y modales. La educación, la familia y la tecnología, confluyen y se acomodan a la cultura particular para construir una valoración del cuerpo, y tanto los hábitos de vida saludable como la adherencia al tratamiento, no escapan a esa valoración que la persona hace de su cuerpo, por tanto se espera que una persona que de relevancia a la salud de su cuerpo esté más motivada para adquirir los comportamientos necesarios para conservar esa salud, mientras que una persona que dé más relevancia a lo estético, podría tener mayor tendencia a adquirir aquellas conductas que favorecerán el mantenimiento de la figura que desea exponer ante los otros, más allá de si esto se traduce o no en una conducta saludable.

El patrón esperado y el énfasis que puede hacer la persona en uno u otro aspecto, proviene de la sociedad, del contexto que influye en ese énfasis (Gil, 2013). Es así como en los últimos años del siglo XX se dio una gran importancia a la figura del cuerpo muy delgada y en relación con esto, paulatinamente se fue incrementando la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria, específicamente la anorexia y la bulimia. Independientemente de que éstos trastornos atentan contra la salud, fueron reforzados de alguna manera cuando

se consideraba que mientras más delgada estuviera la persona, más bella y estilizada era, aun llegando a tener un aspecto de calavera (Marín y Bedoya, 2009). Algo similar ocurre con las enfermedades crónicas no trasmisibles como la hipertensión y la diabetes mellitus, que son las principales causas de muerte en el mundo y en Latinoamérica. A pesar de que el impacto negativo de la comida “chatarra”, las gaseosas y las golosinas es considerado, a la vez es subestimado. Se exalta el sabor de estos productos, el placer que genera su consumo, se asocia su consumo con la vida social activa, la alegría y el entretenimiento. Estos son algunos aspectos que denotan la relevancia que se le da al placer otorgado al cuerpo en detrimento de su salud.

Filósofos contemporáneos han dado importancia al análisis del cuerpo. Arlés y Sastre (2015) resaltan las propuestas de Merleau-Ponty (1996), quien da especial relevancia a la percepción y al esquema corpóreo como una construcción producto de la lectura de los datos sensibles tanto del cuerpo propio como de otros; Emmanuel Mounier (1997), quien resalta que el cuerpo es el medio de expresión de su esencia, la existencia encarnada que es consciente en comunicación y alteridad; y Michel Foucault (2006), para quien la persona se construye en relación e incluye en su propuesta unas prácticas dirigidas al cuidado propio, por lo que el cuerpo sería entendido como el “sujeto en tanto objeto de cuidado... sujeto de prácticas corporales que hace conciencia de sí en razón de esta existencia corpórea ante la presencia de otros, en relación; es decir en un contexto relacional.” (Sastre, 2015, p.85). En ese orden de ideas, aceptar, comprender el cuerpo propio en relación con la otredad, implicaría un reconocimiento y una valoración de sí mismo, sabiendo que incorporarse en una relación con el otro tiene que ver con la forma como se inserta la persona en el contexto, sin perder su esencia y sin desconocer sus propias necesidades; por lo que se espera que, reconociendo el cuerpo propio, la persona tome el control de su conducta para protegerse.

En ese sentido, cuidar la salud, adherirse al tratamiento indicado por el médico, implicaría reconocer el propio cuerpo con sus características y condiciones y, a partir de esa conciencia de lo propio, iniciar una relación con el mundo exterior que se integre con el propio, poniendo el límite en aquello que pueda agredir o dañar el propio ser e incorporando aquello que requiere para mantenerse bien, en homeostasis. El cuerpo, visto más allá de lo físico, como medio de contacto con la realidad exterior e interior, invita a ser conocido, cuidado y protegido para reducir los riesgos de deteriorarlo y perderlo, pero toman-

do en cuenta que, el ser humano busca generalmente la satisfacción inmediata, el cuerpo muchas veces es satisfecho con el consumo de aquello que se desea aunque sea nocivo, porque la persona no hace un reconocimiento del propio cuerpo y de su necesidad sino que busca la satisfacción del deseo inmediato sin evaluar el perjuicio que a posteriori pueda causarle.

La preferencia por satisfacción inmediata en comparación con satisfacción demorada aunque sea más poderosa, ha sido estudiada por distintos analistas del autocontrol como lo reportan distintos autores (Monsalve, Cruz, Jaramillo y Sánchez, 2009; Palacios, Ávila, Juárez y Miranda, 2011; Sosa, 2013; Suñer, Cruz, Cepeda y Sanjuán, 2008). Las personas tienden a elegir aquello que representa un placer inmediato aunque derive en un daño demorado o aunque no tomarlo represente un placer o bienestar demorado. Un paciente con enfermedad crónica como la diabetes, puede elegir consumir un dulce tres leches o una aderezada parrilla por el placer que eso genera, sin considerar que esa acción derivaría en el incremento de su nivel de glicemia y colesterol, así como que evitar consumirlo se traduciría en que permanezca sano sin crisis de hiperglicemia y por ende, sin riesgo de complicaciones.

En definitiva, el autocontrol también es una **construcción social**, es un comportamiento que establece el sujeto a partir de sus interacciones con otros. En el caso de la alimentación, en primer lugar estaría el proceso de dar significado a aquello que se puede comer o no y que por ello se debe practicar el autocontrol ante ese algo, aspecto que tiene que ver con los patrones culturales respecto a la alimentación y que van dando pauta a la persona acerca de elegir una conducta y no otra y en segundo lugar, el proceso de mantenimiento de tales comportamientos según las contingencias ambientales, es decir, según la interacción con el entorno inmediato.

En una sociedad como la venezolana en la que la arepa con relleno salado es el plato principal del desayuno, es difícil que una persona seleccione para desayunar un pan con mermelada; a diferencia de una persona de otro país donde este último sea el plato característico para desayunar, por tanto, si el médico recomienda que se eliminen los dulces en las comidas, será más difícil para quien está acostumbrado a desayunar mermelada eliminar este producto de su dieta, que para quien no lo tiene como principal opción. Quien deba hacer un cambio radical en sus patrones, deberá incorporar el nuevo, aprendiendo a esperar el resultado demorado que es el mantenimiento de sus niveles de glicemia entre los

parámetros normales, eligiendo negarse a la satisfacción inmediata de consumir el alimento que desea y aprendiendo también a manejar con los otros de su entorno, las situaciones en las que deba elegir una opción y no la otra.

Para el manejo de las situaciones incómodas que pueden presentarse en el contexto social de referencia debido a la necesidad de adherirse a un tratamiento particular, es necesario acudir a la asertividad, mencionada en líneas anteriores, la cual puede ser definida como la capacidad que tiene la persona para expresar las opiniones, ideas, sentimientos, necesidades y desacuerdos propios en situaciones interpersonales que permite mantener autoreforzos respetando los derechos propios y ajenos, sin exhibir conductas agresivas hacia los demás (Casas-Anguera et al., 2014; De Lira, Álvarez, Casique, Muñoz y Mendoza, 2016). Este comportamiento es inevitablemente referido a otros, pues además de que se construye y mantiene en el marco de las interacciones, responde a los patrones sociales del contexto y la época particular, aunque en su definición se mantenga vigente. El valor que se le da a la honestidad y a la sinceridad derivan de una experiencia propia en un contexto, con características y normas que favorecen o no que se den esos comportamientos. Es así como en algunos pueblos indígenas, negarse al consumo de una bebida al llegar al lugar es una ofensa y aunque la persona tenga el repertorio de ser asertivo, debe hacer ajustes para adaptarse a la situación sin vulnerarse a sí mismo ni desencajar en el grupo.

En medio de las interacciones cuando una persona presenta una patología, se generan nuevas normas de convivencia o relación (Martín, 1983) con la persona que presenta la condición de salud particular por la que tiene asignado un tratamiento, por ejemplo, en algunas familias cuando se le diagnostica diabetes a uno de los miembros, el grupo acuerda no celebrar el cumpleaños del paciente con tortas con alto contenido de azúcar, sino llevar una que tenga la menor cantidad posible, que esté preparada con un edulcorante o con algún producto que sí pueda ser consumido por la persona durante la celebración. En relación con esto, cabe preguntar ¿hay diferencia en la adherencia cuando la persona está sola y cuando está en grupo? Esto forma parte de la importancia de estudiar la adherencia desde una perspectiva psicosocial, porque no se analiza el comportamiento aislado sino que, aunque la persona sea entrenada para incorporar los conocimientos necesarios para tener una conducta distinta, es necesario analizar el contexto en el que se desenvuelve, su cultura, su idiosincrasia, incluyendo los actores sociales como los medios de comunicación masivos, las políticas de estado que favorecen la ejecución de las conductas saludables, entre otros factores.

En relación con lo anterior, es importante resaltar que un elemento fundamental en lo que refiere a la adherencia al tratamiento es la cultura. La Real Academia Española (2017) la define como “conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial en una época, grupo social, etc”. En este sentido la cultura incluiría **¿cómo** se suele comer en la región?, **¿cuáles** son los horarios de comida y los grupos de alimentos que se consumen en cada horario?, aspectos que dan pauta a los individuos acerca de cómo hacer estas cosas. Un ejemplo es la comida navideña en Venezuela, que es un plato cuyas características se ajustan poco a lo que debe consumir una persona con diabetes, pues contiene varios tipos de carbohidratos tanto en los platos fuertes como en la bebida y postre y el horario de consumo es a la media noche en medio de la espera del nuevo año. Generalmente para las personas venezolanas no es fácil plantearse otra comida para la navidad y fin de año, por lo que una persona con esta condición, tiene que organizarse para compartir con la familia y disfrutar el plato navideño sin olvidar las indicaciones médicas, pero al mismo tiempo el grupo debe adaptarse a este cambio de rutina.

Otro elemento fundamental es el impacto de los medios de comunicación masivos, que forman parte de ese otro que también influye en la conducta de las personas. La Organización Panamericana de la Salud (2013), advierte que en el análisis de las causas de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y la hipertensión, hay que considerar a todos los actores que influyen “en las preferencias, las decisiones de compra de alimentos y el comportamiento alimentario” (p.72), entre los que se encuentran los medios de comunicación social. Enfatiza el papel importante de tales medios en la promoción de la salud, aportando en la formación de los individuos, familias y comunidades y para impactar en las políticas públicas dirigidas a la salud (Coe, 1998). En ese sentido, una persona que elige determinado alimento y que da un valor alto al mantenimiento de la salud, va construyendo esos esquemas en la medida que interactúa con distintos actores y medios de su contexto que le proporcionan información acerca de los beneficios y costos de consumir determinados productos o realizar determinadas actividades.

En todo este proceso de construcción social de la salud y de la importancia de la adherencia al tratamiento, no pueden quedar a un lado los factores socioeconómicos. Específicamente, es necesario considerar la pobreza y lo que ella implica: bajo nivel de instrucción, dificultad para el acceso a las instituciones de salud, así como a los medicamentos y alimentos necesarios para la adherencia

(Martín, Grau y Espinosa, 2014; Ramos, 2015). Una persona con bajo nivel de instrucción no solo tenderá a tener dificultad para comprender la información que suministra el personal de salud, sobre todo si el tratamiento indicado es complejo, sino que probablemente tendrá más pensamientos validados culturalmente a lo largo del tiempo, pero que no favorecen la adherencia como por ejemplo: “de algo se va a morir uno” con lo cual, independientemente de la conducta que se despliegue se espera un mismo final, y derivado de ello, no se discrimina la necesidad e importancia de adherirse al tratamiento. Por otra parte, una persona con bajo poder adquisitivo, probablemente se verá en la necesidad de priorizar necesidades básicas y dejar soslayada la compra de productos que requiere para adherirse a la indicación médica.

La pobreza y sus implicaciones no son ajenas a los procesos sociales y políticos que se desarrollan en las distintas regiones, por tanto, se relacionan con lo que llamaba Martín Baró el trauma psicosocial, que no es más que un trauma que se mantiene en la relación del individuo con la sociedad y que es producto de la historia particular de los pueblos (Brinkmann, 2006). Aunque el énfasis se ha hecho en el impacto de ese trauma sobre la salud mental, si se considera a la persona como un ser bio-psico-social, la enfermedad física no escaparía de ese análisis y la forma como el individuo aborda dicha enfermedad también estaría implicada.

Con base en esta propuesta, podría inferirse que un sujeto que se desenvuelve en una sociedad que ha tenido que sobreponerse al impacto de distintos hechos sociales que la han golpeado dejando pobreza, desempleo, analfabetismo, entre otros daños sociales, además de ser vulnerable ante ciertas afecciones asociadas al estrés y a la depresión; posiblemente manejará su condición de salud conforme a lo que se ha ido construyendo en esa sociedad particular de acuerdo con las situaciones que ha tenido que vivir, que, en medio de un contexto tan vulnerado, seguramente dicho manejo no podrá ser totalmente ajustado a lo prescrito por el médico.

Por otra parte, si se consideran las crisis sociales como factores que podrían influir negativamente en la adherencia a los tratamientos y que la conducta de “no adherencia”, es decir, la realización de conductas no cónsonas con lo indicado por el médico, implica una mayor vulnerabilidad para la presentación de complicaciones y por ende a la muerte en el caso de ciertas patologías, ¿podría considerarse una forma de suicidio? Sería arriesgado hacer esta afirmación,

debido a que la realización de conductas no saludables (consumo de alimentos hipercalóricos, falta de ejercicio, ingesta de alcohol, consumo de cigarrillo), tienen un fin de obtener un placer inmediato, a diferencia del suicidio que tiene como fin la eliminación propia, sin embargo, es válido rescatar algunas ideas expresadas por Durkheim en 1897, autor en cuya obra “El suicidio” aborda este hecho como fenómeno social (Durkheim, 1917; Palacio, 2010).

El autor indica que una de las formas de suicidio es el anómico que se da “cuando existe falta o dislocación de los valores sociales, que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida” (Durkheim, 1917; Palacio, 2010, p.6) y que se suscita en medio de crisis económicas o sociales importantes. En este sentido, aunque no adherirse a los tratamientos no se corresponda con una conducta efectivamente suicida, considerando que **ésta** se constituye como una forma de descuido de la propia salud independientemente del conocimiento que se tenga acerca del desenlace final que esa conducta pueda derivar, podría estar asociada con esa falta de significación de la vida que se construye en la relación con los otros dentro de un contexto social particular y que inculca unos valores específicos acerca de la vida, la salud y lo que significa bienestar.

En este sentido, cabe preguntarse ¿Qué ha determinado la sociedad como bienestar? ¿**Esto** se asocia con lo que se entiende como adherencia al tratamiento? ¿Cuáles son las necesidades que hemos construido como sociedad? En este contexto particular, ¿cubrir estas necesidades implica bienestar mas no precisamente autocuidado y adherencia? Faretta (2013), señala que las concepciones, modalidades de acción del individuo acerca de un aspecto particular, son significados construidos social y culturalmente en función de las experiencias que se dan en la interacción con formaciones socioculturales en un contexto histórico particular, lo que se denomina *dimensión constituyente de la subjetividad*. Desde este punto de vista que es cónsono con lo que se ha mencionado respecto a la forma de construcción de la realidad, la adherencia al tratamiento respondería a las representaciones dominantes acerca del bienestar, la salud, la enfermedad, el autocuidado y su importancia, por lo que si se desea construir una sociedad que se adhiera al tratamiento y que en general despliegue conductas saludables, hay que hacer una revisión y re-construcción de esos significados para que eso derive en nuevas concepciones y nuevas formas de hacer.

Finalmente, es importante destacar que la relación entre el individuo que debe adherirse al tratamiento y su entorno es bidireccional, pues su conducta tiene un impacto en la sociedad en tanto el individuo de alguna manera exige que ésta le ofrezca alternativas para lograr adherirse ¿existen los medicamentos?, ¿existen bebidas o alimentos ajustados a la necesidad del paciente que en algunos casos requiere como característica fundamental que no contenga azúcar, por ejemplo? El individuo o grupo de individuos con una condición que requiere cambios en los hábitos, empiezan a generar una necesidad, una demanda que requiere una respuesta, por tanto, sigue habiendo un factor crucial en el análisis de la adherencia: la influencia de unos sobre la conducta de los otros, un fenómeno que se construye en relación.

REFERENCIAS

- Almagro, J., Bacigalupe, G., Ruiz, M., González, J. y Martínez, A. (2016). Aspectos psicosociales de la enfermedad celíaca en España: una vida libre de gluten. *Revista de nutrición*, 29 (6), 755-764.
- Arlés, J. y Sastre, A. (2015). Concepciones del cuerpo en la filosofía francesa contemporánea. *Hallazgos – revista de investigaciones*, 1 (1), 75 - 102.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o protección en jóvenes universitarios. *Colombia médica*, 34 (4), 186-195.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Los Angeles/London: University of California Press. Berkeley.
- Camacho, L., Lucero, L., Agazzi, B., Fernández, A. y Ferreira, A. (2013). Adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1: un enfoque desde la perspectiva de los actores. *Enfermería*, 1 (3), 169-178.
- Cardozo, I. y Rondón, J. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 17 (3), 1079 – 1107.
- Casas-Anguera, E., Prat, G., Vilamala, S., Escandell, M. García-Franco, M., Martín, J. et al. (2014). Validación de la versión española del inventario de asertividad Gambrill y Richey en población con diagnóstico de esquizofrenia. *Anales de psicología*, 30 (2), 431-437.

- Cervera, A. (2017). Intervenciones educativas para promover la adhesión hipoglucemiante oral en adultos con diabetes tipo 2. *Revista de enfermería*, 11(2). Recuperado el 10 de octubre de 2017 de <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/706/dm2>
- Coe, G. (1998). Comunicación y promoción de la salud. *Chasqui*, 63, 26-29.
- De Lira, R., Álvarez, A., Casique, L. Muñoz, L. y Mendoza, M. (2016). Resiliencia, asertividad y consumo de alcohol en adolescentes. *Revista iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo*, 6 (12), 554-569.
- Faretta, F. (2013). Aportes desde la antropología de la subjetividad al estudio de los procesos de salud–enfermedad–atención. VIH–SIDA y (re)configuraciones subjetivas dentro del espacio médico institucional. VII Jornadas Santiago Wallace de investigación en antropología social. Sección de antropología social. Instituto de ciencias antropológicas. Facultad de filosofía y letras, UBA, Buenos Aires.
- Foucault, M. (2006). Historia de la sexualidad, III. El cuidado de sí (1era reimp). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Gil, P. (2013) La satisfacción corporal y su rol en las relaciones sociales. *Universitas psychological*, 12 (2), 547-558.
- López, S. Chapela, M. Hernández, G., Cerda, A. y Outón, M. (2011). En: S. Chapela y M. Contreras (Coords.) La salud en México (51-90). Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias. Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Maidana, G., Lugo, G., Vera, Z., Acosta, P., Morinigo, M., Isasi, D. y Mastroianni, P. (2016). Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 14 (1), 70-77.
- Marín, A. y Bedoya, M. (2009). Cuerpo vivido en la experiencia de mujeres con diagnóstico de anorexia o bulimia. *Iatreia*, 22 (3), 219-226.
- Martín–Baró, I. (1983). *Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica*. San Salvador: UCA Editores.
- Martín, L. y Grau, J. (2004) La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 14, 89-99.
- Martín, L., Grau, J. y Espinosa, A. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista cubana de salud pública*, 40 (2), 222-235.
- Merleau-Ponty, M. (1996). *Phenomenology of perception*. Delhi: Motilal Banarsidass publishers.

- Monsalve, G., Cruz, D., Jaramillo, M. y Sánchez, L. (2009). Efecto de la magnitud del reforzador y la demora sobre la distribución de las respuestas en una situación de elección. *Laberinto*, 9 (1), 10-14.
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista internacional de psicología y terapia psicológica*, 3 (1), 91-109.
- Mounier, E. (1997). Mounier en esprit. Madrid: Caparrós editores.
- Navarro, E. y Araya, M. (2015). Sensibilidad no celiaca al gluten. Una patología más que responde al gluten. *Revista médica de Chile*, 143 (5), 619-626.
- Organización Mundial de Salud (2017). Enfermedades crónicas. Recuperado el 10 de julio de 2017 de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.
- Organización Panamericana de la Salud (2013). Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019.
- Palacio, A. (2010). La comprensión clásica del suicidio. De Emile Durkheim a nuestros días. *Revista affectio societatis*, 7 (12), 1-12.
- Palacios, H., Ávila, R., Juárez, A. y Miranda, P. (2011). Parámetros temporales de la conducta de autocontrol en humanos. *International journal of psychological research*, 4 (1), 16-23.
- Peralta, M. y Carbajal, P. (2008). Adherencia a tratamiento. *Revista del centro dermatológico Pascua*, 17 (3), 84-88.
- Ramos, L. (2016). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista cubana de angiología y cirugía vascular*, 16 (2), 175-189.
- Real Academia Española. (2017). *Diccionario de la Real Academia Española*, recuperado de <http://dle.rae.es/>.
- Salazar–Maya, A. y Hoyos–Duque, T. (2017). En busca de la imagen corporal deseada después de la cirugía bariátrica. *Enfermería Universitaria*, 14 (1), 28-38.
- Sánchez-Raya, M., Martínez-Gual, E., Moriana, J., Luque, B. y Alós, F. (2015). La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). *Psicología educativa*, 21, 55-63.
- Sosa, R. (2013). El papel de los reforzadores secundarios en el autocontrol. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Guadalajara.
- Suñer, R. Cruz, V. Cepeda, M. y Sanjuán, E. (2008). La prevención de la enfermedad vascular cerebral aguda. *SEDENE*, 27, 5-11.