



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias sociales
Departamento de Psicología

La no adherencia en adolescentes con enfermedad crónica: una comprensión psicoanalítica del problema a propósito de una experiencia situada en el Hospital San Juan de Dios.

Memoria para optar al título de psicólogo.

Autor:

Eyki Amaro Muñoz Zurita

Profesor guía:

Danilo Sanhueza

Profesor patrocinante:

Esteban Radiszcz

Santiago, diciembre del 2018

Índice

1. Resumen	2
2. Introducción	3
3. El problema de la adherencia en la enfermedad crónica	13
4. La no adherencia en el adolescente con enfermedad crónica	26
a. Estado de la cuestión	26
b. Abordajes propuestos en las investigaciones	31
c. Estudios en Chile	33
d. El dispositivo sobre la adherencia.....	35
5. Una comprensión psicoanalítica del problema	37
a. Para una lectura posible desde el psicoanálisis	37
b. La adolescencia	42
c. La enfermedad crónica	51
d. El adolescente con enfermedad crónica y la no adherencia	54
6. Conclusiones	64
7. Referencias	69

Resumen

La presente memoria propone la comprensión de la problemática de la no adherencia al tratamiento en adolescentes que padecen una enfermedad crónica, especialmente en diabetes tipo I, a partir de la sistematización de una experiencia de práctica profesional en la Unidad de Adolescencia del Hospital San Juan de Dios. En primer lugar, se realiza una lectura situada en el contexto hospitalario, a propósito del abordaje del saber médico y los dispositivos de control desplegados en torno del problema de la adherencia. En segundo lugar, se realiza un diálogo entre las comprensiones psicoanalíticas de la adolescencia y del trabajo sobre la enfermedad crónica, con énfasis en los conceptos de identificación y de duelo. Para ello, se incorporan materiales rescatados de la propia experiencia de práctica en el hospital. De este modo se busca dar cuenta del problema, tanto desde un punto de vista clínico como situado en un contexto de atención clínica en una institución de salud pública.

Palabras Claves: Adolescencia, Enfermedad crónica, No adherencia al tratamiento, Medicina y psicoanálisis, Psicoanálisis situado.

Introducción

La presente Memoria surge como respuesta a los desafíos enfrentados como parte de mi práctica profesional en psicología clínica, realizada para optar al título de psicólogo por la Universidad de Chile, en el año 2017. Dicha práctica fue efectuada en el Hospital San Juan de Dios, institución pública ubicada en la comuna de Santiago Centro, el cual es parte del Servicio de Salud Metropolitana Occidente del Ministerio de Salud.

Fui integrado como parte de la Unidad de Adolescencia, que a su vez es parte del Departamento de Pediatría del hospital. Como tal, tuve la posibilidad de participar en las actividades y reuniones propias de los funcionarios que trabajan en el ámbito de la pediatría dentro de la institución. Mi labor como practicante consistió en participar periódica y activamente en dichas reuniones, así como también brindar atención psicológica a pacientes en el Centro Diagnóstico y Terapéutico (CDT) de Pediatría, además de participar en supervisiones clínicas desde un enfoque psicoanalítico. Como parte de la Unidad de Adolescencia, los pacientes atendidos tuvieron todos entre 10 y 19 años, y fueron derivados tanto desde otras unidades del hospital (Nutrición, Reumatología, Neuropsiquiatría, etc.), como directamente después de un control de salud médico dentro de la Unidad de Adolescencia.

En este contexto, tuve la oportunidad de atender diversos casos de adolescentes, en situaciones particulares y disímiles. Cada uno de ellos supuso un desafío en mi experiencia como psicoanalista en formación. Sin embargo, hubo algunos de ellos que me interrogaron de manera particular, y constituyeron un problema no solo para mí, sino también para otros profesionales del hospital. Fueron los casos de adolescentes que padecían una enfermedad crónica y que, por algún periodo de tiempo, presentaron una resistencia al tratamiento que su enfermedad requería. Eran pacientes con diferentes historiales: algunos fueron diagnosticados en la infancia, otros en plena adolescencia; unos frecuentaban hospitalizaciones, otros apenas fueron ingresados un par de veces. En su mayoría, requerían un

control periódico con especialistas del hospital y sostener un tratamiento a largo plazo para su enfermedad.

Estos adolescentes llegaban a la Unidad de Adolescencia para recibir atención. Eran derivados desde diversas unidades del hospital, a veces inmediatamente después del alta médica (luego de un episodio de descompensación y hospitalización), a veces desde otras especialidades donde fueron atendidos previamente (por medio de nutricionistas, pediatras, reumatólogos, etc.). El primero en recibir al paciente era el médico pediatra de la unidad, quien efectuaba un control de salud general al tiempo que indagaba problemáticas susceptibles de terapia psicológica, entre otras cosas. Cuando se estimaba que un adolescente no estaba adhiriendo al tratamiento que su enfermedad crónica requería, se recomendaba asistir a sesiones de atención psicológica, cuestión con la que los adultos responsables del adolescente solían estar de acuerdo. De esta manera, en la derivación parecía asumirse indirectamente que la no adherencia al tratamiento constituía un motivo de consulta suficiente para iniciar una terapia psicológica, lo que se traducía en una demanda implícita al psicólogo, a través de la cual se esperaba que, en el curso de una terapia, el paciente regularizara el tratamiento dispuesto para su caso.

Esta derivación solía llevar asociada la etiqueta de “no adherencia al tratamiento” sobre el adolescente, lo que resultaba coherente con un abordaje de orden médico-institucional, el cual buscaba la sistematización del problema mediante una mirada positiva, basada, según Foucault, en la obediencia incondicionada al contenido de la experiencia (lo visible), y en la fundación y constitución de la experiencia mediante la posibilidad de una codificación del conocimiento (lo medible) (Foucault, 2001). Sin embargo, en el origen de esta derivación a terapia psicológica, se vislumbraba también un límite para el abordaje médico-institucional del problema, una dificultad que enfrentaban los profesionales de la salud del hospital al trabajar con adolescentes, debido a que la no adherencia ya no parecía responder a una causalidad descifrable por el saber médico —como

por ejemplo, la educación en la correcta administración del tratamiento apropiado— sino que respondía a dimensiones plenamente subjetivas de cada adolescente.

La dimensión subjetiva resulta ser el límite frecuente de abordajes como el médico-institucional. Dado que la medicina, como forma de conocimiento, toca al ser del hombre como objeto del saber positivo, la individualidad tendrá como destino tomar siempre una figura en la objetividad que la oculta y que la niega (Foucault, 2001), tanto en el proceso investigativo como en los resultados de la investigación. La medicina actual se sustenta así en la pureza de una mirada libre de efectos subjetivos, y se inscribe en un orden de purificaciones psicológicas y epistemológicas. Sin embargo, esta mirada se ha constituido históricamente, como “la consecuencia de una reorganización sintáctica de la enfermedad, en la cual los límites de lo visible y de lo invisible siguen un nuevo trazo” (Foucault, 2001, p.273). La mirada médica, lejos de su afán de verdad, resulta ser una mirada histórica, que tiene sus bases en el nuevo espacio visible del cuerpo y en la posibilidad de su sistematización como conocimiento (Foucault, 2001). Una mirada que tiene como una de sus consecuencias, una obnubilación de las coordenadas subjetivas de la investigación.

En mi experiencia dentro de la Unidad de Adolescencia, esta situación resultó ser especialmente frecuente para casos de adolescentes con diabetes tipo I, pero también se presentaba en casos de artritis idiopática juvenil, lupus o incluso en casos de trasplantes de órganos, entre otros. Esta no adherencia al tratamiento en adolescentes es reconocida como usual, tanto por investigaciones (Fotheringham y Sawyer, 1995; Alvin, Tournemire, Anjot y Vuillemin, 2003; Suris, Michaud y Viner, 2004; Stachow, Kiera, Tiedjen y Petermann, 2009), como por parte de los profesionales del hospital donde ejercí mi práctica, al punto de que se asume a la adolescencia como una etapa difícil para el tratamiento de una enfermedad crónica.

Este escenario me presentó un desafío en mi labor como psicólogo de la Unidad de Adolescencia, y como psicoanalista en formación. En mi experiencia como practicante, fui confrontado con un problema clínico frecuente dentro de la

unidad, con ribetes de una complejidad particular. La comprensión teórico-clínica y el trabajo con los casos de no adherencia en adolescentes fue un reto, por cómo se insertó dicha problemática en el espacio médico-institucional y en la familia de cada sujeto, por las demandas que ello supuso, por ser mi primer acercamiento al trabajo clínico y por la ausencia de referentes teóricos específicos para estos casos desde el psicoanálisis. Con el paso del tiempo, fueron decantando elementos que me permitieron realizar una lectura del problema, y un abordaje teórico-clínico de los casos. Esta comprensión fue posible gracias a una larga reflexión, situada en mi experiencia práctica, en torno al cómo se inserta el problema de la no adherencia en adolescentes con enfermedad crónica en los discursos, saberes y prácticas que tienen lugar en el espacio médico-institucional, y al cómo abordar el trabajo con dichos sujetos en el marco de una clínica de la adolescencia desde un enfoque psicoanalítico. Estas reflexiones motivan y dan cuerpo al presente trabajo.

El objetivo principal de esta memoria será comprender el problema de la no adherencia al tratamiento de adolescentes con enfermedad crónica desde una clínica psicoanalítica situada, a partir de mi experiencia de práctica profesional en la Unidad de Adolescencia del Hospital San Juan de Dios. Para lograr esto, será necesario situar el problema de la no adherencia al tratamiento en adolescentes crónicos, un problema poco indagado desde la psicología y el psicoanálisis que, sin embargo, ha sido documentado frecuentemente desde la investigación en medicina y salud pública. En esta línea, resultará también necesario situar las problemáticas de la adherencia desde las particularidades de mi experiencia como practicante en la institución, remitiendo a la noción foucaultiana de dispositivo, como una red de elementos y relaciones de poder que se legitiman en relación con el saber médico. Luego, será necesario abrir una lectura posible desde el psicoanálisis sobre el problema de la no adherencia, una perspectiva que buscará rescatar al sujeto en medio de una problemática que ha sido principalmente abordada, en el contexto médico, desde la configuración de dispositivos de control y desde una constante objetivación.

Para establecer una propuesta desde el psicoanálisis, el recorrido a realizar será el mismo que el contexto de mi práctica en el hospital me insto a llevar, en su singular interpelación: en primer lugar, situaré una comprensión psicoanalítica de la adolescencia, motivada por el trabajo realizado en la Unidad de Adolescencia del Hospital San Juan de Dios. En segundo lugar, articularé una comprensión de las implicancias que tienen para un sujeto la asunción de una enfermedad orgánica, motivado por el trabajo frecuente con adolescentes con enfermedad crónica dentro del hospital. Luego de ello, será necesario identificar la relación entre las conceptualizaciones de la adolescencia y de la enfermedad crónica desde el psicoanálisis, la cual se encontrará en torno a los conceptos de identificación y trabajo de duelo. La articulación de estos conceptos se realizará en contrapunto con mi experiencia como practicante dentro del Hospital San Juan de Dios, en una lectura del caso de un adolescente con enfermedad crónica atendido durante mi práctica. Dicha articulación permitirá dilucidar implicancias para la no adherencia al tratamiento, tanto del contexto médico y sus dispositivos de control, como de la interrelación en el sujeto de los procesos psíquicos que implica la adolescencia y la enfermedad crónica. Finalmente, concluiré con los rendimientos que dicha articulación otorga a la comprensión de la no adherencia en el adolescente, como una lectura alternativa y crítica frente a la investigación académica y al abordaje médico-institucional sobre el tema.

El marco metodológico general para el desarrollo de los objetivos mencionados será el de la sistematización de experiencias. Dicha metodología, enmarcada dentro de las investigaciones de tipo participativa, fue iniciada por colectivos comprometidos con la educación popular en América Latina, teniendo su origen a principios de la década de los 80 (Verger, 2007). En dicho contexto, esta metodología permitió “superar algunas debilidades o limitaciones que se habían hecho patentes a raíz de la tecnificación y la cooptación de los procesos de educación popular” (Verger, 2007, p.627), además de “devolver un cierto estatus a los profesionales de la intervención social y desarrollar una tarea más comprometida con la transformación de la realidad” (Verger, 2007, p.627). De este modo, la sistematización de experiencias permitió a los investigadores volver a cuestionar y

criticar el saber establecido, al validar su propia experiencia como forma de producción de nuevos conocimientos, surgidos de la práctica misma. Por esta misma cercanía con la práctica, sumado a que el proceso de investigación en la sistematización de experiencias exige “una indagación auto reflexiva que tiene por objetivo incidir en la racionalidad de sus prácticas y comprenderlas en el contexto que éstas tienen lugar” (Verger, 2007, p.628), esta metodología ofrece una alternativa a la escisión entre la investigación académica y el ejercicio profesional, integrando en un proceso crítico y reflexivo la producción de saber con las praxis situadas.

La sistematización de experiencias se ha definido como “la reconstrucción y reflexión analítica sobre una experiencia mediante la cual se interpreta lo sucedido para comprenderlo” (Barnechea y Morgan, 2010, p.103). De este modo, el objeto de estudio de esta metodología es la experiencia, la cual hace referencia a la “dimensión del mundo de la acción, del obrar humano” (Barnechea y Morgan, 2010, p.100). La experiencia, para la investigación en el marco de la sistematización de experiencias, se define en relación con un determinado proyecto, con una acción implicada en una práctica estratégica, es decir, a “intervenciones intencionadas, con objetivos de transformación de la realidad” (Barnechea y Morgan, 2010, p.100). De este modo los proyectos pueden definirse como “apuestas o hipótesis de acción, que expresan lo que se espera lograr, al poner en juego determinadas estrategias y recursos” (Barnechea y Morgan, 2010, p.100). Estas apuestas, entonces, parten siempre de la base de un determinado conocimiento, que busca una lectura de la realidad y la formulación de objetivos para operar en ella (Barnechea y Morgan, 2010).

La experiencia se define, en definitiva, como “lo que sucede realmente en la ejecución del proyecto” (Barnechea y Morgan, 2010, p.100), de modo que “lo que sucede cuando se ejecuta... no coincide con lo previsto originalmente” (Barnechea y Morgan, 2010, p.100). La sistematización de experiencias reconoce que el conocimiento teórico con el que se cuenta, explícita o implícitamente, para una determinada situación, no puede dar cuenta de cada experiencia en la que se pone

a prueba, debido a que estas son “procesos vitales en permanente movimiento, que combinan dimensiones objetivas y subjetivas: las condiciones del contexto, las acciones de las personas que en ellas intervienen, las percepciones, sensaciones, emociones e interpretaciones de cada actor...” (Barnechea y Morgan, 2010, p.100). Esta complejidad impone nuevos desafíos al investigador que busca en la práctica la confirmación de la teoría, pues se producen cambios situados en el contexto de una situación particular, los cuales “expresan descubrimientos que van emergiendo en la práctica” (Barnechea y Morgan, 2010, p.101). Estos descubrimientos se van traduciendo en nuevos conocimientos, situados en la práctica misma, generados para responder a las exigencias que impone la experiencia. Sin embargo, “las demandas de la acción muchas veces impiden a los actores percibir claramente la manera en que los cambios en la práctica son consecuencia de los saberes que van adquiriendo” (Barnechea y Morgan, 2010, p.101), de modo que “al responder a problemas que exigen enfrentamiento rápido e inmediato, estos procesos no siempre son conscientes; por tanto, no dan lugar a un conocimiento ordenado, fundamentado y transmisible” (Barnechea y Morgan, 2010, p.101).

Como una respuesta posible, en la sistematización de experiencias se pretende poner atención a estos nuevos conocimientos. Se busca entonces “explicitar, organizar y, por tanto, hacer comunicables, los saberes adquiridos en la experiencia, convirtiéndolos, por consiguiente, en conocimientos producto de una reflexión crítica sobre la práctica” (Barnechea y Morgan, 2010, p.101).

A la base de la sistematización de experiencias, se han establecido algunos principios epistemológicos regentes, de los cuales dos resultan fundamentales: En primer lugar, la unidad entre sujeto y objeto de conocimiento (Verger, 2007; Barnechea y Morgan, 2010) supone que quienes producen conocimientos sobre una práctica determinada son, al mismo tiempo, actores de esta, con lo que se cuestiona la pretendida objetividad de la investigación. En segundo lugar, el conocimiento localizado y orientado a la práctica (Verger, 2007), refiere a que la validez de esta metodología recae en su grado de acierto a la hora de orientar una nueva práctica y afrontar nuevas situaciones, y que el conocimiento producido es

en esencia, situado. De esto último se deslinda también una unidad entre quien sabe y quien actúa, de modo que el conocimiento teórico resulta inseparable de la práctica, de la cual es tributaria.

Por otro lado, una perspectiva fundamental para el desarrollo de una sistematización de experiencia, así como de las metodologías participativas en general, es la de la reflexibilidad del investigador. Se ha señalado que “quien sistematiza, debe percibirse como ser actuante, entender los motivos de la acción y al mismo tiempo, entenderse a sí mismo y a otros dentro de ella” (Barnechea y Morgan, 2010, p.103). Esto implica asumir a la base de la producción del conocimiento, una dialéctica inseparable entre el investigador y los participantes: “ambos realizan actos comprensivos y reflexivos, es decir, interpretan su vida cotidiana, reflexionan sobre ella y la transmiten” (Ruiz, 2016, p.43). Esto no implica necesariamente hacer de la investigación una “introspección exageradamente auto centrada, que termine excluyendo la posibilidad de encuentro con la alteridad” (Ruiz, 2016, p.43), sino más bien realizar un retorno sobre sí mismo a partir de la experiencia en terreno.

¿Por qué la elección de la sistematización de experiencia como marco metodológico para la presente memoria? En primer lugar, porque se adecúa a la naturaleza del objeto de estudio y al contexto de la investigación realizada, pues se trabajó sobre la experiencia situada que dejó mi práctica clínica en la Unidad de Adolescencia del Hospital San Juan de Dios. Por ello, tanto la práctica como la reflexión sobre el problema de la no adherencia en adolescentes fueron inseparables del contexto del hospital y del lugar que en él ocupé como miembro de la unidad.

La sistematización de experiencias permite también reflexionar a partir de la práctica misma como núcleo de toda experiencia. Mi lugar como practicante en la Unidad de Adolescencia resulta adecuado en este sentido, pues retrata la centralidad de la acción como puntapié inicial para la reflexión. Haber ocupado el lugar de practicante, de quien actúa su formación teórica como psicólogo, resultó

ser la condición esencial de la problematización realizada sobre el propio trabajo y el contexto institucional de la no adherencia en adolescentes. En esta misma línea, esta metodología se relaciona también con la práctica psicoanalítica: Al trabajar necesariamente sobre la transferencia como eje contingente de la clínica (Freud, 1912), el ejercicio del psicoanálisis supone siempre una forma particular de sistematización de la experiencia en relación con la práctica, atendiendo fundamentalmente a la dimensión inconsciente que se repite y actualiza en la dinámica transferencial de cada caso.

Por estos motivos, el material sobre el cual se trabajará en la presente memoria busca la documentación de la experiencia de práctica en el hospital, a partir de la cual se reflexionó sobre el trabajo con la no adherencia de adolescentes con enfermedad crónica. Para dar cuenta de las problemáticas clínicas, se utilizará la revisión de viñetas de casos clínicos, registrados a propósito de las sesiones con un caso representativo del problema de la no adherencia en la adolescencia. Un caso se ha definido dentro de la investigación cualitativa como una entidad que “tiene un funcionamiento específico; es un sistema integrado” (Kröll, 2013, p.233), el cual sirve como material para investigaciones desde diversas perspectivas. En esta oportunidad, la revisión de casos será usado desde un punto de vista instrumental, en donde este “aspira a ser un medio de descubrimiento y desarrollo de proposiciones... de carácter más general que el caso mismo” (Kröll, 2013, p.236)

Por otro lado, para dar cuenta de los discursos y prácticas médico-institucionales relacionadas al problema, se utilizarán notas de campo registradas en el transcurso de mi práctica profesional. La realización de notas de campo, como producción de material para la investigación, tiene su origen en la antropología y en la investigación participativa, en donde corresponde a “registrar toda la información relevante después de cada observación” (Serrano, 2013, p.106). En esta oportunidad, el registro de notas de campo hace referencia a reuniones, seminarios y conversaciones en las que participé como miembro de la Unidad de Adolescencia del Hospital San Juan de Dios.

Finalmente, la sistematización de esta experiencia en particular cobra relevancia por las mismas vicisitudes que enfrenté en mi práctica: las dificultades para encontrar referentes teóricos u otras experiencias documentadas acerca del trabajo con la no adherencia en adolescentes con enfermedad crónica desde el psicoanálisis, y en el contexto de una institución hospitalaria, hace valiosa la sistematización de mi experiencia en el Hospital San Juan de Dios.

De este modo, la sistematización de mi experiencia no solo aporta una reflexión comprensiva acerca del problema de la no adherencia en adolescentes con enfermedad crónica (lo que constituye un campo de problemáticas no resueltas), sino también aporta antecedentes para futuras experiencias de trabajo clínico con dicha problemática en las instituciones de salud pública. Así mismo, la presente sistematización permite visibilizar una problemática situada en la práctica clínica, que ha sido poco abordada en las investigaciones, y en particular desde el psicoanálisis. Aquello exige una apuesta desde el punto de vista metodológico, a propósito de la integración de diversas herramientas metodológicas, para dar cuenta de la particularidad del problema de investigación.

Por otro lado, la sistematización de mi experiencia constituye también una apertura para la investigación desde el psicoanálisis en el contexto de trabajo en las instituciones públicas. En el marco de un psicoanálisis situado en el escenario hospitalario, el presente trabajo también aporta una reflexión sobre la relación entre medicina y psicoanálisis, y sobre la no adherencia en adolescentes como uno de los tantos puntos de intersección entre ambas disciplinas, con sus encuentros y discontinuidades.

El problema de la adherencia en la enfermedad crónica

La enfermedad crónica se ha constituido como un problema de interés desde el punto de vista de la medicina. Este interés se ha incrementado debido al envejecimiento de la población y a los estilos de vida actuales que privilegian el sedentarismo y la mala alimentación, provocando un aumento epidemiológico, principalmente en relación con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (WHO, 2017). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la enfermedad crónica, tomando las palabras de Thomas Timmreck (1982), cómo:

Las enfermedades con una o varias de las siguientes características: son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un período largo de supervisión, observación o atención. (Citado en WHO, 2004, p.4)

En esta definición, si se lee con atención, ya se plantean algunas exigencias particulares situadas en la relación entre el sujeto y su enfermedad, y en la relación entre el personal médico y el paciente afectado. Por un lado, debido a la cronicidad de la enfermedad, se expresa necesario el aprendizaje de un saber práctico asociado al cuerpo enfermo, saber cuyo portavoz sería, por excelencia, el médico. Además, se plantea la necesidad de una constante supervisión y de un adiestramiento al paciente, de la cual se hacen parte los miembros del servicio de salud pertinente. El resultado es una interpelación al paciente a asumir cierta autonomía en la administración de su cuerpo, cuyo parámetro es el saber médico expresado por el personal de asistencia sanitaria.

No resulta extraña la inclusión de aspectos relativos al tratamiento en la definición de la enfermedad crónica, dado que uno de los problemas más frecuentes asociados a ella es la no adherencia al tratamiento que requiere. En las investigaciones sobre el tema existen diferencias terminológicas dependiendo del idioma, pudiendo considerarse el término “compilance” y “adherence” cómo los más

usuales en inglés, así como el de “observance” en francés, siendo el más común, tanto en inglés, en francés y en español, el de adherencia terapéutica (Bouteyre & Loue, 2012). Resultan de interés los matices que sugiere cada termino en relación con su idioma: el inglés “compliance” puede traducirse al español como “conformidad” en el sentido del cumplimiento, lo que expresa cercanías con los conceptos de sumisión y de obediencia; el francés “observance”, puede traducirse como observancia, lo cual nuevamente sugiere el cumplimiento de una norma, aunque resuena también su cercanía con el francés “observer”, lo que sugiere como matiz la observación requerida para la fiscalización de dicho cumplimiento.

En una reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS se ha planteado una primera definición de la adherencia, la cual se expresa como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” (WHO, 2001, p.7). En esta definición, y en la problemática de la adherencia al tratamiento en general, es posible identificar una lógica subyacente en la relación entre el personal de asistencia médica y el enfermo crónico. Pareciera existir, a la base, una cierta relación de sometimiento con respecto al paciente, sustentado en la legitimidad del saber médico, del cual son portavoces los miembros del equipo de asistencia de salud. Dicho saber es una de las tantas formas históricas de comprender la medicina clínica, la cual se sustenta en una lógica positiva de observación, y en una sistematización mediante un lenguaje especializado (Foucault, 2001). El valor de verdad de esta modalidad de saber, opera tanto en la literatura académica sobre el problema de la adherencia, como en los pasillos del hospital. La conceptualización foucaultiana de dispositivo resulta precisa para entender la operatividad de este discurso médico sobre el problema de la adherencia.

En una entrevista, Foucault (1985) sistematiza su comprensión teórica del dispositivo sobre la base de tres características: En primer lugar, lo sitúa como “un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen, los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho

como a lo no dicho” (Foucault, 1985, p.128). En segundo lugar, lo sitúa como una red en la cual los elementos se relacionan de maneras variadas, habiendo “como un juego, de los cambios de posición, de las modificaciones de funciones que pueden, estas, también ser muy diferentes” (Foucault, 1985, p.129). Finalmente, lo sitúa como una formación que, “en un momento histórico dado, tuvo como función mayor la de responder a una urgencia” (Foucault, 1985, p.129), por lo que, en esencia, el dispositivo tiene “una posición estratégica dominante” (Foucault, 1985, p.129). Esta última característica implica también que existe en el dispositivo “una cierta manipulación de relaciones de fuerza (...) se halla pues siempre inscrito en un juego de poder, pero también siempre ligado a uno de los bornes del saber, que nacen de él, pero así mismo, lo condicionan” (Foucault, 1985, p.130).

El concepto de dispositivo se aplica bastante bien a la lectura del problema de la adherencia. En la misma definición de la OMS se vislumbra, como la medida de la adherencia, el grado de obediencia a las órdenes del médico, el cual ocupa dicho lugar debido a la legitimidad que le otorga su formación académica en relación con una modalidad de saber particular, asociado al cuidado de la enfermedad. Tal como lo señala Foucault (2001):

Para que la experiencia clínica fuera posible como forma de conocimiento, ha sido menester toda una reorganización del campo hospitalario. una definición nueva del estatuto del enfermo en la sociedad y la instauración de una cierta relación entre la asistencia y la experiencia, el auxilio y el saber; Ha sido también menester abrir el lenguaje a todo un dominio nuevo; el de una correlación perpetua y objetivamente fundada de lo visible y de lo enunciable. (p.275)

Esta reorganización de la clínica médica, fundada en una nueva forma de entender la enfermedad, “en la cual los límites de lo visible y de lo invisible siguen un nuevo trazo” (Foucault, 2001, p.274), legitima todo un modo de operar, de planificar y de administrar la salud de los pacientes. El dispositivo en este caso toma sus raíces del saber médico legitimado, constituyéndose en una red de elementos heterogéneos e interrelacionados, entre los cuales podemos contar el discurso subyacente de la literatura académica, el del personal hospitalario y las prácticas

asociadas a ambos. Dicha red posee la funcionalidad estratégica de sostener una determinada relación de poder, la que en este caso se tiende entre el personal del hospital y el paciente con enfermedad crónica. La relación de sometimiento, expresada en la definición de la OMS para la adherencia, es capaz de mostrarnos, de manera transparente, la lógica del dispositivo a la base.

En los años posteriores, la OMS ha querido problematizar el alcance de la definición inicial de la adherencia (“el grado en el que el paciente sigue las instrucciones médicas”). Se ha señalado que el término “médico” es insuficiente para dar abasto con la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, además que el “seguir instrucciones” implicaría que el paciente sería más bien pasivo ante el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento (WHO, 2004). De esta manera, desde la OMS se hace hincapié en que la adherencia terapéutica de cualquier orden se refleja en comportamientos de varios tipos, como por ejemplo buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento, el autocuidado del asma o la diabetes, etc. (WHO, 2004). Además, la calidad de la relación profesional-paciente se ha identificado como un determinante importante de la adherencia terapéutica, siendo esta más efectiva cuando se exploran medios terapéuticos alternativos, se negocia el régimen, se trata la adherencia terapéutica y se planifica el seguimiento en conjunto (WHO, 2004).

En definitiva, la OMS ha optado por definir la adherencia al tratamiento prolongado como “el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (WHO, 2004, p.3). Cabe preguntarse qué ha implicado este cambio de definición para lo planteado en los párrafos anteriores. Sumado a que se amplían los comportamientos contemplados dentro de la adherencia, y a que se diversifican los operadores del servicio de salud implicados en la asistencia del enfermo, se

empieza a valorar una posición activa del paciente en relación con la planificación conjunta de su tratamiento con el prestador de servicio sanitario.

Esta modificación en la administración del control se puede poner en relación con las transformaciones contemporáneas del saber y las instituciones médicas a propósito de los conceptos foucaultianos de gubernamentalidad y biopoder. El primero hace referencia a una forma de ejercicio del poder que difiere de lo que Foucault describió como la soberanía. En contraposición con el poder del soberano, que se ejerce directamente sobre el súbdito a propósito de un determinado territorio, el gobierno se relaciona con una cierta administración del complejo constituido por la acción de los sujetos (Foucault, 2006). De este modo, gobernar no solo incluye “las formas instituidas y legítimas de sujeción económica o política, sino también modos de acción, más o menos pensados y calculados, destinados a actuar sobre las posibilidades de acción de otros individuos. Gobernar, en este sentido, es estructurar el posible campo de acción de los otros” (Foucault, 2001, p.15). El poder gubernamental se define así a partir de una suerte de continuidad que atraviesa toda la sociedad, en una interrelación constante entre un gobierno de sí mismo y un gobierno de los otros (Foucault, 2006). En definitiva, el poder gubernamental ya no busca imponer una ley a los hombres para conseguir su obediencia, sino disponer de sus vidas en vistas de una maximización de sus posibilidades.

Por otro lado, el biopoder es descrito por Foucault como un tipo de poder “que procura controlar la serie de acontecimientos riesgosos que pueden producirse en una masa viviente; una tecnología que procura controlar (y eventualmente modificar) su probabilidad o, en todo caso, compensar sus efectos” (Foucault, 2000, p.225). El biopoder es el control sobre la vida en su totalidad, el cual no es dirigido directamente a la particularidad, a cada individuo, sino que se orienta hacia una multiplicidad de individuos a la vez, a “una masa global, afectada por procesos de conjunto que son propios de la vida, como el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad, etcétera.” (Foucault, 2000, p.220). Dicho poder constituye una forma de control que busca en la vida de los sujetos la potencialidad de una cierta eficiencia, lo que se expresa en la máxima de “hacer vivir y dejar morir”.

Ambos conceptos sugieren nuevas formas contemporáneas de relaciones de poder y de dispositivos de control, más allá del modo soberano y disciplinar, apuntando a la autonomía de los sujetos en el gobierno de sí mismos. Las formas de sujeción ya no se corresponden solamente con un control sobre los cuerpos bajo la lógica del sometimiento, sino que se suma a ello la necesidad de administración de la acción de los sujetos y de la promoción de su auto agenciamiento. De este modo, resulta necesario que los sujetos adquieran la capacidad de someterse a dispositivos de control bajo su propia voluntad, en favor de una maximización de su eficiencia, pues control ya no se ejerce directamente sobre la individualidad, sino sobre la población. En este marco, bajo la lógica del biopoder, los dispositivos de control pasan a tomar una forma distintiva en donde lo que se busca evitar es el riesgo, concebido como “un efecto de la correlación de datos abstractos o factores que hacen más o menos probable la materialización de comportamientos indeseables” (Castel, 1968, p.229). La autonomía en la prevención del riesgo es precisamente lo que se promueve en la nueva definición de la adherencia en la enfermedad crónica, como una forma de control del comportamiento del paciente en donde el sujeto debe evitar el riesgo y asumir como un interés propio lo que el prestador de asistencia sanitaria le recomienda en el marco de un dispositivo de control asociado al saber médico. El hacer vivir cobra legitimidad en favor del control de la población y de la maximización de la productividad del individuo.

Volviendo a una descripción del problema de la no adherencia, cabe destacar que varios estudios se han propuesto medir la adherencia terapéutica de pacientes que padecen enfermedades crónicas, obteniendo tasas de no adherencia que, aproximadamente, varían de un 4% a un 92%. (Haynes, McDonald, Garg y Montague, 2002; Horne, Weinman, Barber, Elliot, Morgan y Cribb, 2005). Aun asumiendo la cantidad de factores que influyen en el problema de la no adherencia, como el tipo de enfermedad, y su consecuente tratamiento, o las características particulares del paciente y del servicio de salud, las tasas informadas resultan muy disímiles. Una posible razón para esta diferencia se relaciona “con las discrepancias

en la definición y medición de la adherencia entre los estudios” (Horne et al, 2005, p. 24). Al respecto, se pueden identificar al menos dos formas de medición distintas: entre directas/objetivas (dirigida a medir la cantidad de dosis al día y su posología), e indirectas/subjetivas (dirigidas a preguntar personalmente al paciente sobre su adherencia) (Bouteyre y Loue, 2012). Cada cual tiene sus variables y sus resultados particulares, provocando una disyuntiva que no se ha logrado resolver: por un lado, se reconoce que los métodos directos resultan muy intrusivos para el adolescente; por otro, los métodos indirectos dificultarían la objetividad de los resultados (Bouteyre y Loue, 2012). En conclusión, pareciera que esta dificultad en la medición de la adherencia da cuenta del carácter plenamente subjetivo del problema, debido a que se presenta en cada sujeto de manera particular, siendo un desfiladero su sistematización objetiva.

Aun teniendo en cuenta la variabilidad de las mediciones presente en las investigaciones y la consecuente dificultad para las investigaciones de sistematizar el problema, la baja adherencia con los tratamientos prescritos sigue siendo muy común: “Típicamente, las tasas de adherencia para los medicamentos recetados, es de aproximadamente un 50%” (Haynes et al., 2002, p.2), por lo que el problema persiste, e incluso empeora cuando se trata de países en desarrollo, debido a “la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud” (WHO, 2004, p.7).

Se han intentado establecer factores predictivos para prevenir la baja adherencia en la población general, sin mucho éxito. La OMS ha señalado que los factores que influyen en la adherencia son muchos: “aunque algunos de estos factores se relacionan con el paciente, también influyen notoriamente las características de la enfermedad y su tratamiento y los atributos del sistema de asistencia sanitaria y la prestación de servicios” (WHO, 2004, p.10). Por esta multicausalidad, en definitiva, la OMS concluye que “no existe factor (es decir, rasgo) estable alguno que prediga de manera fiable la adherencia terapéutica” (WHO, 2004, p.4). A pesar de ello, en las investigaciones se suelen nombrar algunos factores que insisten en cuanto a su influencia en la adherencia, como lo

son el tipo de tratamiento, la relación entre quién es cuidado y el cuidador, y los factores asociados con el paciente y su ambiente, como el entorno familiar, el nivel de conocimiento de la enfermedad y la edad (Bouteyre y Loue, 2012).

Aunque estos factores no tienen la cualidad de ser predictivos, se reconoce que los problemas de adherencia terapéutica son generales, y se observan “siempre que se requiere auto administrar el tratamiento, independientemente del tipo y la gravedad de la enfermedad y de la accesibilidad a los recursos de salud” (WHO, 2004, p.10). Además, se ha reconocido que “los problemas de adherencia terapéutica han sido en general pasados por alto por aquellos a quienes les incumbe la salud y, como resultado, han recibido escasa intervención directa y sistemática” (WHO, 2004, p.10). En definitiva, los problemas relacionados a la adherencia terapéutica constituyen un campo en donde hace falta mayor investigación.

La edad del paciente pareciera ser un factor que participa considerablemente en la adherencia terapéutica en enfermedad crónica. Si bien la OMS ha señalado que es un factor que influye de manera irregular (WHO, 2004), hay estudios que señalan que los niños y adolescentes adhieren menos que los adultos al tratamiento (Blackwell, 1973; Steward y Caranasos, 1989; Kahana, Drotar y Frazier, 2008), además que los adolescentes adhieren menos que los niños (Litt y Cuskey, 1980; Grecca, 1990; Bouteyre y Loue, 2012). A pesar de que la adherencia depende de muchos factores, como el tipo de enfermedad y el tipo de tratamiento, pareciera ser transversal que los adolescentes tienen más dificultades en la adherencia terapéutica que otros grupos etarios, siendo esto una preocupación presente en la investigación académica de las últimas décadas (Fotheringham y Sawyer, 1995; Alvin, Tournemire, Anjot y Vuillemin, 2003; Stachow, Kiera, Tiedjen y Petermann, 2009). Finalmente, se asume que la adolescencia es un periodo en la vida que es crucial para el cuidado de una enfermedad crónica (Bouteyre y Loue, 2012), lo que puede deberse a que es en este periodo donde los adolescentes sitúan la forma en que se comportan con la medicación y las medidas médicas generales (Michaud, Suris y Vines, 2004).

En el contexto de mi práctica profesional, la adolescencia aparecía en el discurso institucional como una etapa difícil para el tratamiento de una enfermedad crónica. En una reunión clínica del departamento de pediatría, a propósito de una presentación sobre niños y adolescentes con necesidades especiales en atención de salud (NANEAS), se señala:

“La OMS define la enfermedad crónica como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. También ha alertado sobre que la no adherencia al tratamiento de dichas enfermedades es un problema que se exacerba en la adolescencia. Eso sumado a las conductas de riesgo presentes en los adolescentes, plantean la posibilidad de deterioro del estado de salud en pacientes crónicos. De hecho, los adolescentes con enfermedad crónica aumentan de tres a cuatro veces más las conductas de riesgo que los adolescentes sin enfermedad”

Por este motivo, era frecuente que, tanto a los practicantes como a los psicólogos de la Unidad de Adolescencia, les derivaran adolescentes con enfermedades crónicas que presentaban algún tipo de dificultad con la adherencia. En las fichas clínicas solía aparecer la “no adherencia al tratamiento” como problemática a tratar, y en las reuniones en general se sostenía la necesidad de que los pacientes adhirieran prontamente a su tratamiento. Para el personal del hospital, la no adherencia en adolescentes resultaba preocupante, de modo que intentaban corregir la conducta de los pacientes, tratando de educarlos en los cuidados que cada enfermedad requería. Un paciente con diabetes tipo I, en el curso de una sesión de terapia psicológica, señalaba:

“El médico una vez me dijo que tenía dos opciones, si me cuidaba iba a estar bien, si no me cuidaba iba a estar mal y me podía morir... me dijo que tenía que decidir entre esas dos, entonces decidí que era mejor cuidar mi salud, aunque me aburra”

Dicho paciente, a pesar de tener clara la necesidad de su tratamiento, era hospitalizado cada cierto tiempo por cetoacidosis diabética, una descompensación frecuente en la diabetes. La posición del personal del hospital, expresada en el discurso del paciente, refleja las relaciones de poder sostenidas por la legitimidad

del saber médico, y como estas exigen del adolescente un auto agenciamiento de la conducta. Existía, junto a ello, un discurso médico sostenido en varios lugares del hospital, a propósito de la adolescencia como etapa del desarrollo, que resultaba paradójico en relación con esta exigencia de autonomía. En un seminario sobre drogas dirigido a los internos del hospital, se señaló lo siguiente sobre el consumo de marihuana:

“Está comprobado científicamente que su consumo mata neuronas, por estudios de neuroimagen, que muestran lesiones en la corteza prefrontal, lo cual provoca alteraciones de la memoria y el aprendizaje. Esto es peligroso porque sabemos que en la adolescencia se producen la poda sináptica y la mielinización progresiva, además que se termina de desarrollar la corteza prefrontal, relacionado con la actividad racional y la toma de decisiones. Con esto además puede disminuir el CI y bajar el rendimiento académico.”

Es posible notificar cómo el saber médico se permea en el imaginario sobre la adolescencia del hospital, marcando desde lo biológico-visible, problemáticas que más bien parecen ser prioritariamente subjetivas. De este mismo punto de vista se concibe también la adicción en adolescentes, cuando en una presentación de caso clínico, un médico señaló:

“El riesgo de consumo de marihuana, en particular en la adolescencia, se debe a que el cerebro aún se encuentra en desarrollo, en específico, la corteza prefrontal, asociada al límite racional, se encuentra en formación. Es posible que se genere un circuito de motivación/recompensa con más riesgo de quedarse pegado”.

Esta visión de la adolescencia, atravesada por un desarrollo racional apenas incipiente, decanta en una infantilización del adolescente que resulta frecuente en los discursos del hospital. Se desliza una concepción del sujeto adolescente caracterizada por una incompletud desde el punto de vista cognitivo, por estar a medio camino para llegar a ser adulto, por ser siempre quien adolece de algo, a quien algo le falta. Paradójicamente, se le demanda al adolescente que sea responsable como un adulto, lo que se expresa en el carácter peyorativo de la infantilización. En un seminario para internos de medicina, un médico contó la

siguiente anécdota, sucedida en el séptimo piso del edificio del hospital, correspondiente a pediatría:

“¿Les contaron lo que paso con una paciente aquí en el séptimo? una adolescente que estaba hospitalizada, que decía que le dolía aquí, que después le dolía otra cosa. La hospitalizaron tres veces y le hicieron los exámenes: no tenía nada. El becado me dijo así, que no tenía nada, así como una niña malcriada”.

Todas estas cuestiones terminan por respaldarse en la legitimidad que tiene el saber médico dentro del hospital. Todo lo científico, todo lo visible, todo lo que puede sistematizarse y replicarse mediante el registro y la experimentación, se toman como la justificación del dispositivo médico, red que sostiene las relaciones de poder dentro del hospital. Lo problemático de esto se revela cuando, al validar las prácticas en el saber supuestamente objetivo, libre de subjetividad, se obnubilan problemáticas eminentemente subjetivas. En suma, pareciera ser que cuando el saber médico se enfrenta precisamente con el límite subjetivo de su propio saber, apela más directamente a su poder, lo que se expresa en la importancia dada a la responsabilidad de los adolescentes en la obediencia que implica la adhesión al tratamiento. En definitiva, la subjetividad se sepulta y se le fuerza a caer en categorizaciones objetivas, lo que se refleja en los discursos del hospital, cuando, por ejemplo, en un seminario sobre trastornos de conducta alimentaria, un médico señaló lo siguiente:

“También hay una alta comorbilidad para los Trastornos de la conducta alimentaria: la más alta es en los casos con depresión... sabemos que un cerebro mal nutrido produce depresión...”

O cuando en una presentación de caso sobre un paciente con enuresis, uno de los psicólogos me interrumpió y señaló:

“Pero ¿has indagado si ha tomado medicamentos? porque está archicomprobado que la enuresis es un problema orgánico, y por eso hay medicamentos específicos que se recetan para estos casos”.

O también cuando en una reunión multienfoque sobre depresión, un becado de medicina señaló:

“Hay estudios que demuestran que para la depresión hay un funcionamiento cerebral distinto, si por eso existen antidepresivos que actúan a nivel de neurotransmisores”.

Y también cuando, en una reunión sobre las etapas del desarrollo adolescente, sostuve el siguiente diálogo:

- YO: Siempre es bueno tener cuidado en traspasar estas guías clasificatorias a la clínica y al trabajo como psicólogos, porque no permiten un ejercicio más comprensivo de las problemáticas que, en general, tienen aspectos subjetivos, históricos, bien importantes. Centrarse mucho en los diagnósticos en base a etapas esperables del desarrollo no permite ver que con ello se normaliza la conducta...
- PS: Si, entiendo, pero es super importante considerar la normalidad al enfrentarse a los casos, por ejemplo, si un niño no camina a los 3 o cuatro años, o tiene problemas de lenguaje a los 6, ¿no te parece que no es normal?
- YO: Considero que tiene mucho que ver con la cultura que impone conductas esperables a cierta edad... puede haber diferencias incluso orgánicas, pero depende de la cultura si eso se va a ver cómo una dificultad, o incluso como una ventaja.
- PS: No, no... es que no es así, hay cosas evidentes que son esperables para el desarrollo, eso está estudiado y por eso existen estas clasificaciones...

Se evidencia la pretensión universalista del saber médico, que busca la generalización del conocimiento en función de lo visible y lo medible, y que opaca la singularidad propia de la dimensión subjetiva. Es también por esto que, al enfrentarse al adolescente con enfermedad crónica y a sus problemas de adherencia al tratamiento, el personal del hospital suele hacer referencia a abordajes en donde predomina lo visible y lo medible, recurriendo a paradigmas cognitivos y de psicología positiva. En una presentación sobre aspectos psicológicos de la enfermedad crónica en adolescentes, un psicólogo que trabajaba

desde la psicología positiva, se refería a la importancia de medir conceptos como la autoeficacia, referido a la confianza en sí mismo y en la capacidad para lograr objetivos. Dicho psicólogo señaló, en plena reunión del departamento de pediatría, lo siguiente:

“Lo que se recomienda entonces para estos casos es una psicoterapia que tenga como objetivos la preparación psicológica para enfrentar situaciones estresantes y evitar la no adherencia. La psicoterapia debe también permitir el esclarecimiento de las necesidades y la adaptación a las actividades diarias”.

También, en una reunión clínica sobre adolescentes con enfermedad crónica, un becado de medicina señaló:

“Aquí, en el punto 7, se señala que es necesario un apoyo psicológico enfocado en abordar las repercusiones de la enfermedad crónica y prevenir puntos críticos en el manejo como es la falta de adherencia al tratamiento y controles”.

Lo que estos discursos que rondan el hospital reflejan, es que se asume a la psicoterapia como un medio por el cual, de manera prioritaria, se debe prevenir el riesgo para potenciar la adherencia de los pacientes. Dicho de otro modo, se supone que el operar de la clínica psicológica debe orientarse por los mismos principios que caracterizan a la clínica médica. Tal pretensión es una consecuencia del saber médico legitimado en los espacios hospitalarios, articulado detrás de toda una lógica de dispositivos de control asociados al servicio de salud. Control que pareciera estar presente, de manera particularmente acentuada, en la atención de adolescentes con enfermedades crónicas, debido a la concepción que el mismo saber supone de la adolescencia: una etapa en donde el desarrollo cognitivo no estaría consolidado definitivamente, donde el sujeto adolescente se encuentra en falta. Como se verá a continuación, estas modalidades de saber no solo se reflejan en los discursos del hospital, sino que también se reflejan en las investigaciones académicas sobre el problema de la no adherencia en adolescentes con enfermedades crónicas.

La no adherencia en el adolescente con enfermedad crónica

Estado de la cuestión

Aproximadamente 1 de cada 10 adolescentes padecen una enfermedad crónica, si se considera un amplio espectro de afecciones (Suris, Michaud y Viner, 2004). Es un problema preocupante y creciente que tiene uno de sus nudos problemáticos en la adherencia terapéutica. A pesar de la abundancia de registros sobre el problema de la adherencia en adolescentes con enfermedades crónicas, es difícil encontrar investigaciones que aborden el problema de manera comprensiva. Esto hace aún más complejo el abordaje clínico de los adolescentes que no adhieren al tratamiento, al menos desde la psicología.

La OMS ha sugerido lecturas del problema de la adherencia en enfermedad crónica, que no se concentran específicamente en la población adolescente. Ha propuesto que “la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores” (WHO, 2004, p.27), entre los cuales se cuentan: a) factores socioeconómicos, b) factores relacionados con el tratamiento, c) factores relacionados con el paciente, d) factores relacionados con la enfermedad, y finalmente, e) factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria (WHO, 2004).

Dentro de los llamados “factores socioeconómicos”, se hace referencia a la edad como un factor social determinante para una buena adherencia. Se señala que, por un lado, “la adherencia de los lactantes y los niños pequeños a los regímenes recomendados de tratamiento en gran parte es determinada por la capacidad del padre/el tutor para comprender y seguir con el tratamiento recomendado” (WHO, 2004, p.28), dada la dependencia a los cuidadores de los niños durante la primera infancia. Es por esto que la OMS pone el acento en “la responsabilidad familiar compartida de las tareas de tratamiento y el refuerzo

continuo... (además de) las técnicas comportamentales diseñadas para ayudar a los niños, como la fijación de metas, el dar sugerencias y las recompensas o señales” (WHO, 2004, p.29), como factores importantes para lograr una buena adherencia en la población pediátrica.

Por este mismo acento puesto en la responsabilidad del cuidador, la OMS expresa que existiría una especie de progresión entre el paso de esta responsabilidad hacia el niño que crece: “a medida que la edad aumenta, los niños tienen la capacidad cognoscitiva para llevar a cabo las tareas de tratamiento” (WHO, 2004, p.28), esto debido a que “los niños en edad escolar se ocupan de tareas vinculadas con el desarrollo, aprenden a regular su propio comportamiento y a controlar el mundo que los rodea.” (WHO, 2004, p.28). Además, se señala que, con el paso del tiempo, “a medida que los niños ingresan en la escuela, pasan menos tiempo en el hogar con sus padres y son cada vez más influidos por sus compañeros y el ambiente social” (WHO, 2004, p.28). Es la antesala de la adolescencia.

Sobre los adolescentes señalan que: “si bien son capaces de mayor autonomía para seguir las recomendaciones terapéuticas, luchan con la autoestima, la imagen corporal, la definición de funciones sociales y los asuntos vinculados con los compañeros” (WHO, 2004, p.29). Esta visión dual del problema en la adolescencia, que contrapone la autonomía adquirida progresivamente con la imagen del adolescente en conflicto o incompleto, parece central para la comprensión de la OMS. Además, se pone el acento en la rebeldía usual del adolescente cómo un obstáculo para la adherencia: “la adherencia deficiente en los adolescentes puede reflejar la rebelión contra el control del régimen de sus vidas.” (WHO, 2004, p.29).

Es por esta visión paradójica que la OMS opta por una salida conciliadora del problema: “tanto el compromiso sostenido de los padres cuanto el minimizar el conflicto entre los adolescentes y sus padres son valiosos para promover la adherencia a los regímenes de tratamiento” (WHO, 2004, p.29). A este apaciguamiento del conflicto se le suma a que la promoción de “una sociedad entre

el progenitor y el adolescente es de considerable importancia para promover la adherencia al tratamiento en este grupo de edad” (WHO, 2004, p.29). Comprometer a los padres, minimizar el conflicto y promover un acuerdo en la relación siempre conflictiva entre el padre y el adolescente, son los aspectos centrales para el abordaje propuesto. Soluciones que, sin embargo, no ofrecen un desmarque de los criterios normativos a la base del saber médico.

Además, la OMS señala el valor de la información entregada a los adolescentes para su autocuidado: “las campañas educativas que se centran en las actitudes de los adolescentes hacia su enfermedad y su manejo, en vez de hacerlo predominantemente en la adquisición de conocimiento, pueden ser beneficiosas” (WHO, 2004, p.29). Este abordaje del problema rescata en mayor medida la autonomía del adolescente, aunque desde una perspectiva educativa. Esto resulta paradójico, pues dicha autonomía en el autocuidado se sitúa dentro de los márgenes de la relación de poder que el marco educativo supone siempre, donde quien enseña es quien sabe lo que significa tratar la enfermedad.

Dentro de la investigación académica es posible encontrar otros aportes para la comprensión de la no adherencia en el adolescente. Varios estudios ponen el acento en los cambios biológicos de la pubertad y cómo la enfermedad crónica y su tratamiento afectan la autoimagen corporal del adolescente (McNicholas, 2012; Bouteyre y Loue, 2012; Suris et al., 2004). Por un lado, se señala que el adolescente con enfermedad crónica muchas veces debe medicarse en público, lo que dificulta la adaptación en el entorno social (Suris et al., 2004). Además, los adolescentes tendrían más preocupación por los efectos secundarios del tratamiento, como el aumento de peso, acné o fatiga (McNicholas, 2012). Por otro lado, se puede encontrar que la aceptación de un cuerpo enfermo se suma a la del cuerpo púber, acarreado un doble proceso de asimilación, sobre todo cuando la enfermedad se diagnostica en plena adolescencia. (Bouteyre y Loue, 2012). Finalmente, el tratamiento por enfermedad crónica podría afectar la imagen corporal y el desarrollo del sentido sexual (Suris et al., 2004). El despertar sexual que supone un cuerpo como una fuente de placer, se traba debido a que la enfermedad conlleva un cuerpo

que causa sufrimiento y límites (Bouteyre y Loue, 2012). Por todos estos factores, la adherencia se vería interrumpida.

En estrecha relación con lo anterior, se señala que la identidad, la autoimagen y el desarrollo del ego se ven afectados por enfermedades crónicas de forma genérica (Suris et al., 2004). En consecuencia, se ha planteado que la depresión es un problema frecuente en adolescentes con enfermedades crónicas, debido a que las restricciones que impone la enfermedad son opuestas a las del desarrollo de la adolescencia, en cuanto al desarrollo corporal y sexual (Bouteyre y Loue, 2012). Uno de los principales efectos que tendría la depresión en el adolescente con enfermedad crónica es precisamente una disminución en la adherencia al tratamiento, a causa de la baja motivación, la falta de apoyo social y la disminución de la atención, los sentimientos de desesperación y el pesimismo que alterarían la percepción de los beneficios en relación con las limitaciones del tratamiento (Bouteyre & Loue, 2012).

Otra posible lectura destaca a las llamadas estrategias de afrontamiento como influyentes en la adherencia terapéutica del adolescente. Estas estrategias se refieren a todos los esfuerzos cognitivos y conductuales para controlar, reducir y tolerar las demandas internas o externas que amenazan con sobrepasar los recursos de un individuo (Bouteyre y Loue, 2012). Incluso se ha planteado que, a la base de la depresión clásica del adolescente crónico, estarían las estrategias de afrontamiento basadas en lo emocional, en contraposición con las estrategias basadas en la resolución de problemas que permitirían encontrar soluciones y promover el autocontrol de la enfermedad (Bouteyre y Loue, 2012). Esta perspectiva, basada en elementos cognitivos y conductuales, es usual en las investigaciones (Kahana et al., 2008; Suris et al., 2004; McNicholas, 2012). Se ha señalado que los adolescentes pueden tener dificultades para seguir el tratamiento indicado por el profesional, debido a un pensamiento abstracto poco desarrollado, lo que se traduce en una pobre capacidad para planificar y prepararse para situaciones difíciles, además de una inmadura capacidad para imaginar consecuencias a futuro (Suris et al., 2004). En la misma línea, se ha señalado que

el desconocimiento de la enfermedad, y la poca comprensión del tratamiento del adolescente influirían en una mala adherencia fomentando creencias y percepciones erróneas sobre la enfermedad (McNicholas, 2012; Bouteyre y Loue, 2012; Suris, et al., 2004). Vuelve a aparecer el sujeto adolescente como incompleto.

Un elemento ligado a lo anterior es lo que respecta a la relación del adolescente con sus padres. Se ha señalado que la enfermedad crónica aumenta la dependencia y la infantilización (Suris et al., 2004). El manejo de una enfermedad crónica y las restricciones al estilo de vida inherentes a muchas condiciones discapacitantes, aumentan la dependencia a los cuidadores en un momento en que debería disminuir. Además, se ha planteado que los mismos cuidadores tienden a sobreproteger al adolescente con enfermedad crónica, siendo este un funcionamiento familiar usual (Suris et al., 2004). En suma, se ha destacado que un entorno familiar donde se privilegia el apoyo y la estabilidad, la ausencia de conflictos, la buena comunicación y una perspectiva positiva de la enfermedad y su tratamiento, puede promover la adherencia del adolescente. Por el contrario, el percibir a los padres como invasivos, o la supervisión en relación con las tomas de medicamentos, reduciría la adherencia (Bouteyre y Loue, 2012).

En contraposición con las investigaciones hasta aquí citadas, hay otras en donde es posible encontrar propuestas desde concepciones y enfoques más psicodinámicos. Una lectura interesante desde este marco para comprender la dinámica de la no-adherencia es considerarla en el marco de la reactivación de una experiencia de abandono. En esta lógica, la enfermedad sería una oportunidad para poner a prueba el amor y la atención que los adultos brindan al adolescente. El tratamiento de la enfermedad se convierte en un modo de negociación que les permite comprobar que no serán abandonados. Los adolescentes también evaluarían, a través de la falta de adherencia al tratamiento, la resistencia de los profesionales responsables de su tratamiento, cuya reacción es crucial en el seguimiento de la atención médica (Bouteyre y Loue, 2012).

Otra lectura señalada en este marco propone la no-adherencia como una posibilidad de reafirmar el control sobre el cuerpo. En estrecha relación con algunos actos suicidas, este gesto implicaría una acción sin mentalización, usual en la adolescencia, que le ofrecería al adolescente la oportunidad de recuperar el control de su cuerpo enfermo, como una forma de reafirmar su existencia, estableciendo una distancia de los padres y, en particular, de las prohibiciones que plantean (Bouteyre y Loue, 2012).

Por último, es posible comprender la no-adherencia al tratamiento como una conducta de riesgo (Bouteyre y Loue, 2012; Suris et al., 2004). Esta se definiría como un compromiso deliberado y repetitivo con un comportamiento peligroso, que se vería influenciado por cuatro factores psicológicos: a) factores individuales relacionados con la personalidad y el temperamento (búsqueda de sensaciones), b) factores emocionales y psicopatológicos (alexitimia), c) factores de evaluación (subestimación del riesgo), y d) factores relacionados a las estrategias de afrontamiento. Dos tipos de adolescentes son más propensos a presentar comportamientos de riesgo: aquellos que recurren a la actuación para aliviar una tensión psicológica insoportable y aquellos que prefieren evitar ciertas situaciones angustiantes (Bouteyre y Loue, 2012).

Abordajes propuestos en las investigaciones

En las investigaciones académicas es posible encontrar varias propuestas para el abordaje de la no adherencia al tratamiento en el adolescente. En primer lugar, podemos situar las intervenciones centradas en el paciente, en donde los enfoques del tipo conductual-cognitivo son la regla. Dentro de ellas se recomienda utilizar con adolescentes intervenciones del tipo cognitivo socrático, que consistiría en aceptar las diferencias de opinión, aceptar errores de juicio y alentar la expresión de ambivalencia (McNicholas, 2012). Aquí también se recomienda abordar con el adolescente las creencias, prioridades y capacidades sobre la propia enfermedad (McNicholas, 2012), trabajando sobre el conocimiento de la enfermedad y la comprensión de su tratamiento (Bouteyre y Loue, 2012). En la misma línea se ha

propuesto discutir el diagnóstico y el tratamiento directamente con el adolescente, de manera de hacerlo responsable, adecuando la información a la capacidad cognitiva de su edad (Michaud et al., 2004). Una revisión ha señalado que las terapias conductuales y las intervenciones multicomponentes, que combinan tratamientos físicos y técnicas cognitivo-conductuales de psicoterapia, son las más efectivas para mejorar los índices de adherencia, al menos en el corto plazo (Kahana et al., 2008). Sin embargo, el mismo estudio considera que estas intervenciones sólo producirían un efecto importante al corto plazo, disminuyendo su eficacia en la medida en que no se sostenga en el tiempo (Kahana et al., 2008). A esto se suma la falta de consistencia y uniformidad en la medición y en el informe de resultados de las intervenciones (Kahana et al., 2008).

Otro tipo de intervención son los que se enfocan en el entorno del adolescente. Por un lado, se señala el valor de la organización en equipo entre los padres y el adolescente con enfermedad crónica, formando una alianza (Suris et al., 2004). Por otro lado, se ha resaltado la importancia y la utilidad de fomentar todas las formas de socialización en el adolescente, dado que el contacto con pares le brinda un apoyo que le permite liberarse de sus padres y adultos en general. Además, se resalta que es en la interacción con pares en que se intercambian ideas y sentimientos claves en la formación de la identidad (Suris et al., 2004). En esta misma línea se valora el incentivar a transparentar la enfermedad con los pares, para así evitar situaciones difíciles y promover la integración de la enfermedad y su tratamiento (Michaud et al.). Este tipo de intervenciones, más en la línea de lo psicosocial, ha demostrado tener efectos positivos, pero son pocos los estudios específicos que lo abordan, por lo que no se podría ser conclusivos con su eficacia (Kahana et al., 2008).

Finalmente, podemos ubicar intervenciones enfocadas en el setting y la relación profesional-paciente. Se señala que la adherencia mejora cuando se establece una alianza entre el profesional y el paciente, negociando los plazos del tratamiento y tomando en cuenta los objetivos y plazos del paciente. (Suris et al., 2004). Se recomienda también mantener a los mismos profesionales a cargo de los

mismos adolescentes a lo largo del tiempo y evaluar la adherencia regularmente, de una manera no amenazante, verificando la presencia de efectos secundarios, simplificando el régimen terapéutico si es necesario. (Michaud et al., 2004). Además, se propone que la intervención no debe ser correctiva ni castigadora, y que el profesional debe asumir que el incumplimiento no significa desconfianza en el médico ni en el equipo de atención, ni equivale a rechazo por parte del adolescente. Si la actitud del profesional es menos de enojo o decepción que de agradecimiento por la confianza, se puede reducir la desconfianza y aumentar la adherencia al tratamiento (Michaud et al., 2004). Lamentablemente, el entorno y la calidad de la relación profesional-paciente como una forma de mejorar la adherencia a un régimen terapéutico, ha sido el tópico más descuidado en las investigaciones (Michaud et al., 2004), por lo que tampoco es posible concluir demasiado.

Estudios en Chile

En Chile, el problema de la no adherencia en adolescentes ha sido incipientemente estudiado. Destaca la preponderancia de estudios sobre adolescentes con diabetes tipo I (Ortiz, 2004; Ortiz y Ortiz, 2005; Ortiz, 2008; Araneda, 2009; Zúñiga, Inzunza, Ovalle y Ventura, 2009). La perspectiva con la que se aborda la no adherencia en estos estudios es prácticamente la misma que es posible encontrar en las investigaciones académicas más influyentes. En ellas se pone el acento en las dificultades cognitivas que tendría el adolescente, relacionadas con “un pensamiento concreto en la toma de decisiones” (Araneda, 2009, p.565), y en una visión del adolescente en conflicto e infantilizado, del cual son características esenciales “el ser más impulsivos y menos reflexivos en la toma de decisiones, inseguros y ambivalentes de sí mismos, e inmaduros emocionalmente” (Pacheco y Aránguiz, 2011, p.73). Se desligan de ello propuestas adaptativas, en donde resulta “necesario desarrollar un proceso de adaptación a la enfermedad crónica, el que tendrá como uno de sus resultados, una determinada calidad de vida” (Avenidaño y barra, 2008, p.166). Es interesante como se intenta relacionar la adherencia con conceptos de alcance puramente cognitivo, como lo es la autoeficacia, la cual “permite la adquisición de conocimientos acerca de uno

mismo y el mundo externo, el desarrollo de competencias y, por esta vía, la adquisición del sentido de eficacia personal” (Avendaño y barra, 2008, p.166). Dichos conceptos reflejan el intento de objetivar problemáticas fundamentalmente subjetivas, con el fin de ser medidas durante las investigaciones. Un ejemplo de ello es un estudio que mide la autoeficacia por medio de una “Escala de Autoeficacia Generalizada” (Avendaño y barra, 2008, p.168), el cual busca correlacionar dicha variable con la calidad de vida, concepto igualmente medido por medio del “Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud para Niños y Jóvenes KIDSCREEN-27” (Avendaño y barra, 2008, p.168). Bajo esta misma lógica, otro estudio chileno busca relacionar estadísticamente un aumento de las conductas de riesgo en adolescentes con el padecimiento de una enfermedad crónica, por medio de un cuestionario (Funes y Gaete, 2016).

En general, las investigaciones nacionales ponen el acento en las mismas coordenadas ya vistas en cuanto a la intervención en la no adherencia de adolescentes. Por un lado, se resalta la intervención centrada en el paciente, en donde se plantea la necesidad de “la educación terapéutica (...) destinada a enseñar una serie de procedimientos” (Araneda, 2009, p.561), o la necesidad de la aplicación de “programas de automanejo de la enfermedad crónica” (Avendaño, y Barra, 2008, p.171). Por otro, se enfatiza la importancia del entorno familiar y de pares en la contención del adolescente con enfermedad crónica (Araneda, 2009; Pacheco y Aranguiz, 2011). Finalmente, se pone el acento en la relación médico paciente como factor influyente en una buena adherencia, en donde se destaca la importancia de los acuerdos en las decisiones relacionadas al tratamiento del adolescente, y una posición participativa de este (Araneda, 2009; Pacheco y Aranguiz, 2011). Otro punto interesante es la relación que se establece entre depresión y no adherencia en el adolescente, en donde se la explica por las “características propias de la enfermedad (anhedonia, alteración de la memoria, sentimientos de desesperanza), y por el significado que le da el paciente a su trastorno” (Pacheco y Aránguiz, 2011, p.72). Por otro lado, incluso se ha intentado asociar la depresión con características de la enfermedad crónica misma, como es el caso de la diabetes, en donde la depresión se asociaría a un “aumento de

actividad simpática y una respuesta alterada a estresores ambientales, y al incremento plasmático de catecolaminas, con la con siguiente desregulación metabólica” (Zúñiga, et al., 2009, p.469). Esto último refleja nuevamente lo permeada que esta la mirada médica en la comprensión de la problemática de la adherencia en adolescentes.

El dispositivo sobre la adherencia

Como hemos visto hasta aquí, tanto en las investigaciones sobre la no adherencia de adolescentes con enfermedades crónicas, como en los discursos que rondan en el hospital, se distingue toda una red de elementos articulados sobre el problema, constituidos bajo la forma de un dispositivo, que determina además una línea comprensiva hegemónica de la adolescencia y de la no adherencia. Por un lado, se destacan los cambios biológicos de la pubertad en una visión del adolescente conflictuado desde varios frentes. Sumado a esto, se apunta a una dificultad propia del adolescente en la planificación de su tratamiento, debido a un desarrollo cognitivo que obstruye la adquisición de autonomía. Por otro lado, se destaca la importancia del adiestramiento del adolescente por medio de un autocuidado eficaz, y la necesidad de promover acuerdos entre el adolescente y su entorno familiar para sostener dicho adiestramiento. Finalmente, se espera del adolescente que sea autónomo con respecto al tratamiento de su enfermedad, apuntando al riesgo que implica desobedecer las instrucciones médicas.

En cada una de estas cuestiones puede verse permeada una visión médica del problema, articulada en relación con lo visible y lo medible, y como esa visión se legitima en una posición de autoridad del médico y de la familia. Se puede encontrar aquí la lógica del dispositivo foucaultiano, que entrelaza tanto un saber particular sobre el cuerpo y la enfermedad, con una serie de elementos discursivos y no discursivos que permiten una determinada lógica de control sobre el sujeto que no adhiere. En la autonomía que se espera del adolescente, se vislumbran también las formas contemporáneas de control articuladas en torno al biopoder y la gubernamentalidad, las cuales resultan paradójicas con la misma concepción que

se tiene del adolescente desde el saber médico: como un sujeto incompleto, a medio camino para ser adulto. Estos elementos se articulan en las relaciones de poder establecidas entre el personal de salud del hospital y el adolescente que no adhiere al tratamiento, en donde se recurre a comprensiones cognitivistas del problema, y en donde las formas de intervención adoptan una forma educativa-correctiva que bordea cuestiones como la adaptación, el adiestramiento, la capacidad cognitiva, la racionalidad y, sobre todo, la responsabilidad, siendo éstas las claves para una posible mejora en la no adherencia. A pesar de que, paradójicamente, las investigaciones han llegado a apuntar que estas intervenciones educativa-correctivas resultan problemáticas para la promoción de la adherencia en adolescentes, no se ha profundizado demasiado en una comprensión de dicha dificultad, ni en otras posibles propuestas.

Una comprensión psicoanalítica del problema

Para una lectura posible desde el psicoanálisis

Como se ha señalado, el devenir histórico del saber médico ha decantado en una nueva visibilidad para el cuerpo y la enfermedad, constituyéndose en toda una nueva forma de legitimación del saber por medio de lo visible y lo medible (Foucault, 2001). Cuestión que podemos situar incluso en la lógica cartesiana, donde Descartes buscaba “descartar lo oscuro y confuso en tanto son los términos opuestos a lo claro y distinto” (Uzorskis, 2002, p.22), lo que terminó por provocar y condicionar “un cambio en la forma de mirar y en la de pensar al mundo y sus objetos” (Uzorskis, 2002, p.22). Es posible percatarse de lo influyente de esta lógica en los discursos hasta aquí expuestos, de manera que, no pudiendo encontrar una mejor forma de dar abasto con el problema de la no adherencia en adolescentes, se reducen las explicaciones a dinámicas fácilmente observables y universalizables, o incluso a las lógicas del desarrollo neurológico y a sus consecuencias en el desarrollo cognitivo. La necesidad de validación positiva del saber, que se permea en todos los discursos del hospital, incluso en los de orden más psicológico, deja como resultado una objetivación insistente de las problemáticas que surgen en el espacio hospitalario, y como residuo un exilio de las coordenadas subjetivas del problema, “la eliminación de un aspecto del objeto, el referido a lo pasional, a lo emocional” (Uzorskis, 2002, p.22). Esta misma comprensión es la que decanta en una perspectiva paradójica del problema de la no adherencia en la adolescencia, en donde se espera del adolescente responsabilidad y autonomía como categorías de orden cognitivo, al tiempo de que se le concibe como sujeto en conflicto, incompleto y en falta en referencia al adulto responsable. La exclusión de lo subjetivo en la comprensión del problema es la que finalmente determina las dificultades con la que se enfrentan estos abordajes, pues no logran apuntar a las coordenadas subjetivas de la no adherencia en cada adolescente.

Esta disyuntiva de la ciencia médica moderna es la que lleva a Eidelsztein a señalar que “la ciencia moderna forcluye al sujeto” (Eidelsztein, 2008, p.14), es

decir, que deja fuera de sus coordenadas de investigación las problemáticas subjetivas, con el fin de purificar el conocimiento resultante. La medicina moderna, dentro del conjunto de ciencias de la modernidad, resulta no solo ser tributaria de esto, sino que también su lógica está a la base y es influyente en todas las ramificaciones de la ciencia. Tal como lo señala Foucault: “puede comprenderse la importancia de la medicina en la constitución de las ciencias del hombre: importancia que no es sólo metodológica, sino ontológica, en la medida en que toca al ser del hombre como objeto de saber positivo” (2001, p.277).

Pero Eidelsztein intenta ir más allá: asumiendo primero que “cada cultura implica una modalidad de operar con el saber, que produce cambios en el efecto sujeto correspondiente como en las formas de responder frente a él” (Eidelsztein, 2008, p.16), señala que lo verdaderamente particular y relevante de la ciencia moderna, de su época y cultura, es que “la sociedad científica (la cultura que opera con el saber mediante una forma científica), tiene por correlato un efecto sujeto que le es antinómico” (Eidelsztein, 2008, p.16). Dicho de otro modo, lo que la ciencia propone al sujeto en un sentido, el sujeto que la misma ciencia produce como efecto lo realiza en sentido contrario. El sujeto pareciera escaparse a la pretensión científica de objetivación y universalización, lo que se expresa también en la paradójica comprensión del saber médico sobre la no adherencia en el adolescente: entre la búsqueda de autonomía y responsabilidad, y el adolescente en conflicto que se escapa a dicha búsqueda.

Sobre esto es posible sostener que el psicoanálisis existe en nuestra cultura como efecto de la presencia de la ciencia. Lacan lo ha expresado así en uno de sus seminarios:

La ciencia, en la que estamos atrapados todos, que forma el contexto de la acción de todos en esta época en que vivimos, y de la que tampoco puede librarse el psicoanalista ya que también forma parte de sus condiciones. (2010b, p.239)

Aquello queda en evidencia cuando se considera que, en su nacimiento, el interés psicoanalítico surgió para Freud del problema médico de la histeria (Freud, 1983a; Freud, 1983b; Freud, 1986), proponiendo una forma de rescatar la historia subjetiva que la mirada médica excluía. Uzorskis (2002) lo expresa de manera sintética:

Las parálisis o cegueras histéricas permitían observar una sintomatología muy florida que dejaba consternados a los neurólogos porque no existía el elemento causal que explicara científicamente lo que se manifestaba clínicamente. Una de las reacciones que primero tuvieron los médicos, impotentes y furibundos, fue la de acusarlas de mentirosas. La alusión a *hysterîcus* remitía al útero y Charcot, en comentarios de pasillos, le confiaba a Freud su sospecha sobre el origen de estos males en la *cosa sexual*. Sin embargo, nadie se animaba a investigar por ese lado escuchando la subjetividad de esas pacientes (...) Así se le presenta a Freud la oportunidad de escuchar lo *oscuro y confuso*, no cuantificable, inconmensurable. (p.57)

De este modo, no solo es imposible pensar el psicoanálisis sin considerar como condición de su nacimiento a la ciencia, sino que además el psicoanálisis trabaja justamente con aquello que la ciencia deja fuera: “ese objeto caído, ese objeto oscuro del deseo singular de cada sujeto es lo que toma el psicoanálisis como su objeto” (Uzorskis, 2002, p.57). Eidelsztein (2010) plantea precisamente que “el psicoanálisis opera con el sujeto efecto de la presencia del discurso de la ciencia” (p.17). Tal es, entonces, la relación entre ciencia y psicoanálisis:

¿Cuál es, desde la perspectiva del psicoanálisis, la maniobra fundamental de la ciencia respecto del saber? Que forcluye la verdad. ¿Cuál es la maniobra freudiana que caracteriza al psicoanálisis respecto al campo del saber así establecido por la ciencia? Que restituye la función de la verdad en el campo del saber científico. (Eidelsztein, 2010, p.19)

Esta forclusión de la verdad expresa, en otras palabras, “que la ciencia erradica la función de la verdad particular o subjetiva de sus explicaciones” (Eidelsztein, 2010, p.25), de manera que no es posible para la ciencia que una verdad subjetiva sea la justificación de un enunciado científico. A esto apuntan todas las maniobras de la ciencia que intentan dejar fuera toda perspectiva subjetiva de la

investigación científica. En definitiva, la ciencia “no permite que la verdad subjetiva del científico cumpla papel alguno en sus argumentaciones o teorías” (Eidelsztein, 2010, p.25).

En consecuencia, la ciencia intenta suturar a un sujeto efecto de su misma operación, que se resiste a ser objetivado. Eidelsztein señala que “este efecto sujeto, dado que es antinómico a la ciencia, justamente por ser dividido, es atacado en su división mediante un intento de sutura, a través de la lógica y la psicología” (Eidelsztein, 2010, p.32). El discurso científico de la medicina, e incluso el de la psicología permeada por la mirada médica, expresa el intento de suturar esta hiancia, por medio de una modalidad de saber que expulsa la verdad subjetiva. Esta modalidad discursiva, que sutura al sujeto mediante la objetivación y la universalización, es la que decanta en comprensiones cognitivistas del problema de la no adherencia, y es la que concibe al adolescente como sujeto incompleto, en falta con respecto a los propios criterios cognitivos. El personal de salud médico, como portavoz de este discurso, se posiciona en una relación de poder en donde el saber médico legitimado es garantía para la obediencia del adolescente a sus instrucciones sobre el tratamiento. De este modo, el discurso científico de la medicina se articula a la red de elementos del dispositivo que opera en el abordaje médico institucional de la no adherencia.

El psicoanálisis, como respuesta al discurso científico, restituye la función de la verdad subjetiva en el campo del saber con el acento que pone en la operatividad de un saber no sabido, inconsciente, historizado y subjetivo. Cuando Freud señala, en una de sus cartas a Fliess, que “en lo inconsciente no existe un signo de realidad, de suerte que no se puede distinguir la verdad de la ficción investida con afecto” (Freud, 1950, p.301), expresa también que para el psicoanálisis la verdad para el sujeto no es distinguible de sus propios márgenes subjetivos, de manera que la fantasía tiene la misma capacidad de ser operativa sobre el sujeto que lo que él mismo concibe como realidad. En una línea similar, Eidelsztein señala que “no hay verdad de la verdad” (Eidelsztein, 2010, p.42) para el psicoanálisis, de modo que no existe la posibilidad de encontrar garantías en un orden simbólico: “el sujeto tal

como lo concibe el psicoanálisis y sobre el que practica, no tiene por correlato un orden simbólico completo, al sujeto dividido le corresponde un orden signifiante incompleto” (Eidelsztein, 2010, p.34). En definitiva, a falta de una verdad universal, la cuestión “se trata de una verdad particular” (Eidelsztein, 2010, p.43).

Esta función de lo particular que caracteriza al psicoanálisis, y que se constituye como su respuesta al discurso de la ciencia moderna, hace de la conceptualización del cuerpo uno de los núcleos de la divergencia entre medicina y psicoanálisis. En esta línea, Lacan (1985) señala:

Ese cuerpo no se caracteriza simplemente por la dimensión de la extensión: un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo. La dimensión del goce está completamente excluida por lo que he llamado la relación epistemo-somática. Pues la ciencia no es incapaz de saber lo que puede, pero ella, no más que el sujeto que engendra no puede saber lo que quiere. (p.92)

En la cita anterior, se sitúa una diferencia en la concepción del cuerpo desde el saber médico con respecto al psicoanálisis. Por un lado, se lo concibe como órgano, medible y registrable, como diría Lacan: “un cuerpo enteramente fotografiado, radiografiado, calibrado, diagramatizado y posible de condicionar” (Lacan, 1985, p.92). Por otro lado, se concibe como cuerpo de goce, lo que implica precisamente la dimensión subjetiva en la relación con el cuerpo. El sujeto no se relaciona con él de manera directa, como si de un órgano se tratase, sino que entre él y su cuerpo media por entero la palabra, de modo que ya no se trata simplemente de la satisfacción de necesidades corporales, sino de deseo. Lacan intenta introducir las implicancias que tiene para el sujeto esta introducción del lenguaje, al “evocar la idea de una topología del sujeto” (Lacan, 1985, p.96): el goce, originalmente del cuerpo, se sitúa como inalcanzable por medio de la palabra, queda fuera de su registro, pero a su vez traza el camino por el cual transitará el deseo, que vendría a ser “el punto de compromiso, la escala de la dimensión del goce” (Lacan, 1985, p.95). Este deseo, dice Lacan (1985), “es un punto fantasmático... donde interviene el registro imaginario, que hace que el deseo esté suspendido a algo cuya realización no es por su naturaleza verdaderamente exigible” (p. 96), lo

cual nos revela el carácter inmaterial del deseo. De esta manera, la experiencia del cuerpo queda evacuada para el sujeto, siendo mediada insistentemente por el lenguaje, pues es de hecho su introducción la que lo engendra como tal. En definitiva, ya no se tratará de necesidad biológica, sino de deseo, de satisfacción inconsciente. Esto es lo que permite comprender la no adherencia más allá de una desobediencia del adolescente a la orden del médico, en relación con sus dificultades cognitivas: permite comprenderla como una realización subjetiva, en la posibilidad de ese acto en relación con una satisfacción inconsciente. En este marco, resulta además necesario considerar al sujeto en su particularidad histórica, pues son esas coordenadas las que marcan en el sujeto la relación con su cuerpo y su deseo: “lo que sucede en el organismo viviente se acompaña, inevitablemente, con diversas maneras de vivenciarlo y de connotarlo de acuerdo con la historia personal de cada sujeto” (Uzorskis, 2002, p.109).

Esta divergencia entre medicina y psicoanálisis, articulada en torno a la noción de goce y de cuerpo, abre un campo de exploración para problemas situados en la intersección entre ambas disciplinas. Considerar la posibilidad de la no adherencia como realización subjetiva, y con ello destacar la importancia de la historia subjetiva como rescate de lo particular, abre la posibilidad de una lectura desde el psicoanálisis en torno a la problemática de la no adherencia en la adolescencia, una lectura alternativa y una salida a los abordajes presentes en las investigaciones académicas.

La adolescencia

Desde el psicoanálisis, es posible situar la adolescencia como un momento del sujeto más que una etapa del desarrollo del individuo, en vías de considerarla como un pasaje que implica muchas más cosas que solo un cambio físico asociado a la pubertad y sus consecuencias en el psiquismo. Ya Freud, en sus tres ensayos sobre teoría sexual (1905) se encontraba con la rápida asimilación de los procesos de la adolescencia a efectos del desarrollo biológico que, sin embargo, no llegaban a buen puerto:

El análisis de las perversiones y psiconeurosis nos ha permitido inteligir que esta excitación sexual no es brindada sólo por las partes llamadas genésicas, sino por todos los órganos del cuerpo. Así llegamos a la representación de un quantum de libido a cuya subrogación psíquica llamamos libido yoica. (Freud, 1905, p.198)

Con sus investigaciones sobre la sexualidad y la teoría de la libido, se le revelaba a Freud que las vicisitudes de las experiencias sexuales en el sujeto seguían un curso divergente al dictado por las partes genésicas, relacionándose más bien con procesos subjetivos, en un juego entre libido yoica y de objeto que, en plena adolescencia, terminaba por decantar en el primado genital y en el hallazgo del objeto (Freud, 1905). La interrelación entre la asunción de la biología en la pubertad, y las metamorfosis psíquicas de la adolescencia aparece como una disyuntiva central para este momento del sujeto. A pesar de este apunte, y así como también sucede para el psicoanálisis de niños, en Freud no es posible encontrar un desarrollo más pormenorizado sobre la adolescencia y sus implicancias en el sujeto.

Otros autores han profundizado en aportes para la comprensión psicoanalítica de la adolescencia. Se ha comprendido como un “tránsito hacia la adultez (García Vázquez, 2010, p.90), y que “el adolescente representa el pasaje de un “ya no del todo niño” a un “todavía no un verdadero adulto”” (Lauru, 2005, p.38). Este pasaje deja siempre a entrever una especie de limbo, que se sostiene en función de una necesaria “salida definitiva de la novela familiar” (Casas de Pereda, 2010, p.29). Dicho de otro modo, lo que caracterizaría a la adolescencia “es un movimiento de reapropiación, de subjetivación, que permite el encuentro, la exogamia. Salir del endo-grupo familiar hacia el afuera...” (García Vázquez, 2010, p.90).

Movimiento de reapropiación que, yendo más en profundidad, podemos situar en la reactualización de “múltiples procesos simultáneos” (Lauru, 2005, p.15), los cuales tienen relación con momentos fundadores del sujeto: “el adolescente se ve confrontado...puesto que de nuevo debe - y precisamente a posteriori - cumplir una serie de operaciones fundadoras cuya efectivización infantil se pone

nuevamente a la orden del día” (Rassial, 1999, p.37). De esta manera se desprende la necesidad de poner atención en el punto de referencia infantil del que se sostiene el pasaje adolescente, con sus conflictos, sus problemáticas originarias y su historia particular; sobre esto, se superpone un segundo tiempo, un resurgimiento, a modo de reminiscencia, que remece “todo este proceso que es el armado estructural de la infancia” (García Vázquez, 2010, p.92). Es por ello que, desde una perspectiva dinámica-estructural, “se vuelven a hacer presentes todos los elementos de la constitución subjetiva que implican la organización narcisista y pulsional del sujeto” (Casas de Pereda, 2010, p.27).

¿Cuáles son estos procesos que se nos indican como reactualizándose en la adolescencia? Se nos da una pista en la organización narcisista del sujeto, cuestión que Freud aborda como una etapa en la que el propio yo ocupa el lugar del objeto de amor, en relación a la pregnancia de su propia imagen (Freud, 1914). Lacan retoma esto en su conceptualización sobre el Estadio del Espejo (2009a), en donde hace referencia a la experiencia de un niño que, a los 6 meses de edad aproximadamente, es capaz de reconocer su propio cuerpo en la imagen de un espejo. Lacan entiende esta experiencia especular como “una identificación en el sentido pleno que el análisis da a este término, a saber: la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen” (Lacan, 2009a, p.100). La asunción de esta imagen contrasta con la realidad sensitiva del niño experimentada desde su nacimiento. La experiencia de un cuerpo fragmentado domina los primeros momentos de la vida del bebé, debido a una falta de maduración motriz. Al momento de identificarse a una imagen, la discordancia entre el desarrollo motriz y el óptico determinará una anticipación del bebé a su propio cuerpo, con la posibilidad de su unificación imaginaria: “el sujeto se adelanta en un espejismo a la maduración de su poder” (Lacan, 2009a, p.100).

Pero esta identificación está lejos de ser un proceso exclusivamente imaginario: intervienen también, e incluso como fundamento, una articulación en un registro simbólico estructural. La asunción de la imagen propia del cuerpo “simboliza la permanencia mental del yo al mismo tiempo que prefigura su destinación

alienante” (Lacan, 2009a, p.101), alienación que tiene como lugar el deseo materno. Es quien haya tomado el lugar de madre quien señala al niño el significante que es como completud, y no hace sino señalar su propio deseo, que el niño aprehenderá en una disyuntiva fundamental: ser o no ser el falo imaginario, ser o no ser lo que la madre desea. De esta manera el yo como instancia es resultado de una primera identificación, un proceso simbólico-imaginario que instala al sujeto en un lugar en el mundo, bajo el alero del deseo materno. Esta llamada identificación primaria se edifica como “la matriz simbólica en la que el yo se precipita en una forma primordial” (Lacan, 2009a, p.100). Matriz, porque entonces el yo solo será una forma, la imagen de una Gestalt, la cual asumirá nuevas identificaciones, nuevos significantes en el futuro.

Otro proceso infantil fundamental en la estructuración subjetiva, que pone en relación el deseo del sujeto con la cultura, y marca la relación del sujeto con la ley, es lo que Freud (1923) sistematizó como el Complejo de Edipo, y que Lacan (2010a) retomó en la Metáfora del Nombre del Padre. Este último autor hace una lectura del Complejo de Edipo en tres tiempos lógicos, en donde de lo que se trata en definitiva es del deseo de la madre: el primer tiempo se corresponde con el Estadio del Espejo, en donde “para gustarle a la madre, basta y es suficiente con ser el falo” (Lacan, 2010a, p. 198). El sujeto se identifica en espejo con lo que es el objeto del deseo de la madre. En un segundo tiempo “en el plano imaginario, el padre interviene realmente como privador de la madre” (Lacan, 2010a, p.198). Tal privación consiste para la madre el no poder completarse con el falo que el niño representa, y para el niño el no poder identificarse con dicho falo. Se introduce entonces la ley y la castración, ya no de forma velada, sino siendo el padre quien la soporta de manera mediada por la madre, “que es quien lo establece como quien dicta la ley” (Lacan, 2010a, p.200). Finalmente, el tercer tiempo, marca la salida del Complejo de Edipo. El padre aquí interviene “como el que tiene el falo y no como el que lo es, y por eso puede producirse el giro que reinstaura la instancia del falo como objeto deseado por la madre y no ya solamente como objeto del que el padre puede privar” (Lacan, 2010a, p.199). Es una vuelta a la dialéctica que positiviza el tiempo anterior, localizando la problemática de la castración en el tener, y abriendo

la posibilidad simbólica de la metáfora. Este tiempo posibilita también “la identificación que puede producirse con la instancia paterna” (Lacan, 2010a, p.200), la cual, según Freud, tiene el carácter de ser secundaria a la primera del narcisismo, e instaura además lo que luego será el superyó (Freud, 1923). De esta manera, la metáfora del Nombre del Padre resulta ser lo que “sustituye el lugar primeramente simbolizado por la operación de la ausencia de la madre por ese Nombre” (Lacan, 2009b, p.533), es decir, aquello que simboliza y hace metáfora del lugar simbólico del deseo de la madre, dando paso a la posibilidad de la simbolización en articulación con la ley.

Ambos procesos, Complejo de Edipo y Estadio del Espejo, se ponen en juego en función del pasaje adolescente. En primer término, “la simbolización o resimbolización de los objetos reaviva, incluso reactualiza la fase del espejo” (Lauru, 2005, p.40), poniéndose nuevamente el juego del narcisismo, la “relación con el propio cuerpo y posibilidad de desear y ser deseado por otro (García Vázquez, 2010 p.89). Es posible señalar, de hecho, que “el repliegue narcisístico caracteriza la posición central de la adolescencia” (Lauru, 2005, p.37), en donde quedan suspendidas las referencias del Otro. Por ello, también “vuelven a ponerse en jaque las identificaciones primarias, la constitución del propio yo...” (García Vázquez, 2010, p.92).

Otros autores han señalado, en esta misma línea, que el adolescente “debe apropiarse de los objetos que se han desprendido - desprendido del otro - y, más específicamente, la mirada y la voz” (Lauru, 2005, p.40). Estos elementos remiten nuevamente al Estadio del Espejo, en donde estos “objetos parciales... atribuidos a la madre en lugar de y en el lugar del falo, le habían dado seguridad a su existencia” (Rassial, 1999, pp.38). De esta manera el adolescente debe reapropiarse de las coordenadas de su nueva imagen, abriendo un espacio de exploración identitaria. De alguna manera, este proceso se moviliza por la premura que propone el nuevo cuerpo de la pubertad, de modo que el adolescente se ve interpelado en “la apropiación de su cuerpo de adulto y del ejercicio de su sexualidad (García Vázquez, 2010, p.89). Esta interpelación, no hay que olvidarlo, proviene igualmente

del otro, que devuelve al adolescente la imagen de su cuerpo cada vez más adulto, y lo interpela a comportarse como tal.

En segundo término, y superpuesto al primero, existe en la adolescencia una reactualización estructural del Complejo de Edipo y de la metáfora del Nombre del Padre. Rassial señala que, en este tiempo, el adolescente “probará la eficacia del Nombre del Padre más allá de la metáfora paterna... una validación de la operación infantil de inscripción o de forclusión del Nombre del Padre.” (Rassial, 1999, pp.38). El adolescente debe volver a “posicionarse en relación con la instancia paterna” (Lauru, 2005, p.39), para efectuarla fuera del espacio familiar. Esto se pone también en relación con la sexualización: el adolescente debe también reelaborar y decantar definitivamente “su posición en la sexuación” (Lauru, 2005, p.19), que se pone en juego con “el enfrentamiento con el otro en su característica sexuada, el enfrentamiento con el significante fálico. Es allí donde radica la falla de la simbolización” (Lauru, 2005, p.38).

Estos posicionamientos producen en el adolescente “una desorganización, por cierto, temporaria, pero inquietante de la estructura simbólica” (Lauru, 2005, p.42), lo cual se expresa en una relación al Otro marcada por la falla, el desencuentro. Se ha señalado que la adolescencia es precisamente “el tiempo en que el Otro... falla” (Lauru, 2005, p.34), y que el adolescente “es como una pantalla gigante donde se dibujan con estridencia los efectos ominosos de un Otro simbólico fallante” (Casas de Pereda, p.30). De algún modo, esto provoca una pérdida de referencia en este momento del sujeto, de manera que “las distinciones entre placer y displacer, bueno y malo, bien y mal, han perdido todo su valor” (Rassial, 1999, pp.37). Esto deja al sujeto en un estado que dificulta el deseo, le quita su sustento. Es por ello que, en la clínica del adolescente, el “afecto dominante... en la cura no es la angustia, si no la depresión” (Rassial, 1999, pp.41).

Este Otro que falla, y la consecuente desorientación simbólica, se pone en relación con que, durante la adolescencia, el padre y la familia “pierden su valor por una descalificación” (Rassial, 1999, pp.39). El adolescente pierde sus

identificaciones familiares y queda a la deriva hasta que pueda encontrar otro lugar de identificación, fuera de lo familiar, poniendo así a prueba la eficacia del Nombre del Padre. Mientras tanto, el adolescente permanecerá en una relación conflictiva con la ley y sus garantes, lo que se expresará en una constante rebeldía: “El adolescente experimenta una apetencia particular por la transgresión... que debe tomarse como un intento de salir del universo del discurso, de escapar a la empresa de la castración y, al mismo tiempo, de recuperar el eje central de lo deseable” (Lauru, 2005, p.20). Esto último resulta de importancia, pues esta transgresión tiende a llegar siempre, de algún modo u otro, a un nuevo lugar, un nuevo punto de referencia, una nueva ley ante la cual el sujeto se dirigirá. Por ello, Rassial señala que el adolescente “está en avería en relación a la Ley, que, de forma paralela a su carácter represivo, asegura la esperanza del goce y la posibilidad del deseo” (Rassial, 1999, pp.37). Una nueva ley puede abrir los caminos futuros, de lo contrario, existe la posibilidad de morir simbólicamente y de deprimir.

Los elementos teóricos hasta aquí expuestos, que constituyen el abanico de reorganizaciones del sujeto que se llevan a cabo en la adolescencia, se articulan en torno a las vicisitudes de la identificación. Varios autores han señalado que la adolescencia es, fundamentalmente y en esencia, un tiempo de reestructuración de las distintas formas de identificación del sujeto (Casas de Pereda, 2010; Lauru, 2005; Uriarte, 2010), cuestión que entreteje la identificación primaria del Estadio del Espejo y la identificación secundaria del Complejo de Edipo. De este modo, la adolescencia viene a constituirse como “un proceso de elaboración progresiva entre las identificaciones primarias que conforman al yo ideal, y las identificaciones secundarias que confluyen en el ideal del yo” (Uriarte, 2010, p.97). En esta misma línea, “se recrea la dolorosa disyuntiva entre perder la omnipotencia (yo ideal), y sostener ideales (ideal del yo)” (Casas de Pereda, 2010, p.32).

Como clave de lectura, propongo que la lógica de esta reestructuración de identificaciones obedece a un proceso asimilable a lo que Freud comprendió como el trabajo de duelo. Este último se define como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la

libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1917, p.241). Es interesante cómo Freud sitúa como posibles pérdidas, abstracciones como los ideales. Ello permite articular el duelo no solo a la pérdida del objeto, sino también una pérdida en relación con las identificaciones del yo. Las dificultades en el discernimiento de las vicisitudes entre la elección de objeto y la identificación permite pensarlas como entidades enteramente vinculadas, de modo que resulta “imposible distinguir entre investidura de objeto e identificación” (Freud, 1923, p.31). Puede decirse en términos generales que “la identificación es la etapa previa de la elección de objeto” (Freud, 1917, p.247), aunque esta sentencia está lejos de ser una premisa para Freud (por las particularidades de la identificación primaria). En definitiva, es posible señalar que para Freud el “yo es una sedimentación de las investiduras de objeto resignadas” (Freud, 1923, p.31), las cuales se instauran por medio de una “erección de objeto en el yo” (Freud, 1923, p.31), lo cual describe el mecanismo de identificación. La concepción del yo como conjunto de identificaciones sucesivas aparece también para Lacan, en donde el yo aparece como una matriz, una primera identificación en donde se asentarán las identificaciones venideras (Lacan, 2009a). En consecuencia, es posible pensar que el yo, como conjunto de identificaciones, es susceptible de trabajos como los que supone el duelo para el sujeto.

El trabajo de duelo para Freud consiste en algunas etapas más o menos definidas: primero, “el examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más” (Freud, 1917, p.242), lo que mueve al sujeto a quitar toda la libido de sus enlaces con ese objeto. A ese trabajo, dice Freud, “se opone una comprensible renuencia” (1917, p.242), pues el sujeto “no abandona de buen grado una posición libidinal” (Freud, p.242). Esta renuencia marca la dificultad del trabajo de duelo, su extensión temporal, y una característica sobreinvestidura que precede a la liquidación de la libido: “cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en que la libido se anudaba al objeto son clausurados, sobreinvertidos y en ellos se consume el desasimiento de la libido” (Freud, 1917, p.243). En su curso habitual, el duelo normal vence “la pérdida del objeto y mientras persiste absorbe de igual modo todas las energías del yo” (Freud, 1917, p.252). Freud es insistente en el hecho de que “se necesita tiempo para ejecutar detalle por detalle la orden que

dimana del examen de realidad”. Finalmente, en la conclusión del trabajo de duelo, “el yo ha liberado su libido del objeto perdido” (Freud, 1917, p.250), lo que permite que pueda ahora apuntar la libido en otros lugares, superando la inhibición que produjo la sobreinvertidura de la pérdida.

Este paradigma que propone el duelo resulta útil para comprender las vicisitudes de la identificación en la adolescencia. Para el adolescente “el duelo de las identificaciones de la infancia representa el primer tiempo lógico” (Lauru, 2005, p.41) lo cual marca el inicio del pasaje. En el mejor de los casos, este “duelo de las identificaciones infantiles tiene que ceder el paso a identificaciones características de la asunción de una identificación fálica” (Lauru, 2005, p.44), es decir, que el sujeto se posicione con respecto a la instancia paterna, ahora en el plano social, más allá del padre y de la familia. Este proceso, sin embargo, dista de ser de fácil resolución, y en general el adolescente “oscila entre... dos polos, duelo y nuevo espejo identificatorio” (Lauru, 2005, p.41). Este ir y venir entre duelo e identificación, entre la familia y lo social, resulta en extremo característico de la adolescencia. Esto marca, por un lado, que en el adolescente “las identificaciones son de una labilidad extrema (Lauru, 2005, p.41); por otro, que el sujeto adolescente siempre “deja ver una apariencia de regresión” (Lauru, 2005, p.40), casi en paralelo con su exploración de nuevas identificaciones.

Finalmente, este ir y venir entre las identificaciones del adolescente se refleja también en una particular alternancia entre agresividad y ánimo depresivo. La transgresión, como muestra inherente a la separación del ordenamiento simbólico familiar, nos recuerda también que “la agresividad es inherente a la separación del objeto” (Casas de Pereda, 2010, p.32), y que por medio de ella es posible el desasimiento de la autoridad de los padres. El odio en esta etapa es característico en relación con las figuras de autoridad, subrogados de la función paterna para el adolescente, pues “permite desuponer, por un tiempo, el saber en el otro” (Casas de Pereda, 2010, p.35), abriendo la posibilidad de un nuevo discurso, de nuevas identificaciones. Sin embargo, para el adolescente es difícil la reactualización de las identificaciones de la infancia, de modo que, sin una vuelta dialéctica, la agresividad

puede aislar, dejar sin lugar simbólico, sin referencia a una ley que de sentido. Por ello en el adolescente, “tras lo que muy a menudo se califica como malestar existencial, se ocultan connotaciones depresivas” (Lauru, 2005, p.41). La metáfora paterna, como articulación de la ley, le otorga al sujeto la posibilidad de un anclaje simbólico al lugar del Otro que revierta el sentido de la existencia: “El padre, pero del mismo modo los padres, encarnan imaginariamente a ese gran Otro al que se dirige el sentido de existencia del sujeto” (Rassial, 1999, pp.39). Sin embargo, este proceso requiere tiempo, y el adolescente que pierde sus identificaciones familiares queda a la deriva hasta que pueda encontrar otro lugar de identificación, fuera de lo familiar. Esta deriva suscita momentos en donde la consistencia del Otro falla, momentos en donde el ánimo depresivo aparece frecuentemente.

La enfermedad crónica

¿Cómo concebir lo que implica la enfermedad crónica para el sujeto desde el psicoanálisis? Existen varios desarrollos desde la psicósomática que responden a esta pregunta (Alexander, 1987; Marty, 1992; McDougall, 1996; Chiozza, 2008) incluso categorizando por enfermedad, aunque en general, son desarrollos que van en la línea de encontrar una causalidad psíquica a la enfermedad orgánica. ¿Qué pasa en esos casos donde no nos podemos aventurar a establecer una causalidad, donde la enfermedad crónica aparece como un evento, de difícil asimilación para el sujeto? Considero que, para enfrentar estos casos, es necesario ante todo escuchar al sujeto, en su historia particular, en sus síntomas, sin someterlo a priori a una explicación causal de su problema, sino más bien considerarlo en sus vicisitudes estructurales e históricas.

Freud señalaba en su Introducción del narcisismo que “la persona afligida por un dolor orgánico... resigna su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relacionen con su sufrimiento” (Freud, 1914, p. 79). En definitiva, el sujeto demuestra que la enfermedad orgánica, su dolor o su representación, capta su interés, recibe cierta investidura. Freud considera esto para expresar la idea misma del narcisismo como un momento de anclaje de la libido sobre el yo. Esta cuestión

guarda cierta relación con lo que el mismo Freud escribió en Duelo y melancolía (1917), en donde se señala como parte del duelo una sobreinversión, de modo que el trabajo sobre la pérdida atrae, mientras persiste, todas las energías del yo.

Según Pedinelli (1994), los enfermos de enfermedad orgánica viven en dos planos (plano de la enfermedad y plano del sujeto): la cuestión concreta es entonces de saber cómo “vivir con ella” (el dolor, la enfermedad, la discapacidad) y cómo no “vivir por ella”, o no vivir contra ella (Pedinelli, 1994). Esta cuestión trae nuevamente a la discusión sobre el proceso que supone la enfermedad orgánica, la concepción freudiana de un trabajo de retrotramiento de las inversiones. Pedinelli también instala, en su dicotomía, un cierto proceso que el sujeto debe llevar a cabo, un trabajo.

Hay entonces, para el sujeto con enfermedad crónica, un periodo de reordenamiento de las inversiones del yo, en el que la enfermedad orgánica toma relevancia. Pedinelli señala que la experiencia clínica de sujetos con una enfermedad somática grave muestra que el descubrimiento de la enfermedad es seguido por un periodo de incertidumbre, de “un conjunto de reordenamientos que van en el sentido de una redistribución de inversiones” (1994, Pedinelli, p.16). Estas inversiones se juegan también a propósito del propio cuerpo, pues este “está sobre todo considerado en su representación, su dimensión simbólica e imaginaria” (Johnston, Drieu y Flambard, 2014, p.76). Por ello, la dimensión corporal se remece con la asunción de una enfermedad crónica.

Entonces, es posible señalar que asumir una enfermedad crónica supone un proceso de asimilación psíquica autónoma, un trabajo que el sujeto debe llevar a cabo para asumir la enfermedad dentro de su historia, un trabajo de coordenadas simbólicas e imaginarias. Una asimilación que debe ser considerada en el contexto de una historia de la enfermedad, lo cual se expresa con nitidez en casos de enfermedades diagnosticadas tempranamente. Aubert Godard lo expresa con claridad cuando habla de la transmisión identitaria de enfermedades genéticas: “la integración por parte del sujeto de su anomalía, de su enfermedad, que no ataca su

identidad básica, aunque se transmite, pasa primero por la calidad del "primer vistazo" materno y la calidad identificatoria que conlleva" (Aubert Godard, 2005, p.32). La enfermedad viene a introducirse en una dinámica especular con la familia, en donde el cuerpo y la identidad pasan a jugarse en relación con la enfermedad, desde un punto de vista simbólico-imaginario. Aubert Godard señala que "esta mirada libidinal, que designa y califica el ser del bebé, puede trascender lo que tiene o no tiene, a favor del reconocimiento completo" (Aubert Godard, 2005, p.32), de modo que las salidas a estas encrucijadas identitarias pueden ser muy distintas, dependiendo del lugar simbólico en el que haya quedado el sujeto, y de las vicisitudes de su historia particular.

El abordaje del proceso de reorganización de investiduras, de movilización simbólica e imaginaria, es posible para el psicoanálisis por medio del discurso del sujeto. Según Pedinelli, este trabajo de la enfermedad es "reconocible a partir de un "texto de la enfermedad", es decir, a partir de lo que los sujetos dicen de su enfermedad, o de lo que ellos dan a leer a los otros" (1994, p.16). En esta línea es posible señalar que cuando "la enfermedad orgánica sobreviene en la experiencia del sujeto, constituyen un evento desgraciado... el sujeto hablará de ella, se quejará de ella" (Abarzúa, 2012). Es importante notar que este discurso, esta queja del sujeto es distinta del fenómeno orgánico, y es también distinta de la causa del fenómeno orgánico: tiene que ver con cómo el sujeto elabora psíquicamente la enfermedad. Esta elaboración, aunque pueda ser analizada a partir del dolor que el sujeto experimenta (a partir de la señal elemental de la enfermedad orgánica), también puede ser pensada a partir de cómo se conceptualiza el cuerpo enfermo, de la necesidad de control que requiere, de cómo y en qué circunstancias el discurso del médico (su diagnóstico), es entregado al sujeto y que implicancias tiene esto para su experiencia. En definitiva, tiene que ver con cómo se representa la enfermedad, cómo se asimila algo que, finalmente, es forzado a tomar parte en el yo ("yo tengo" tal o cual enfermedad; "yo tengo que" asumir tal o cual tratamiento).

El adolescente con enfermedad crónica y la no adherencia

Como hemos visto hasta ahora, los problemas que se suscitan en las identificaciones del sujeto están presentes tanto en el pasaje adolescente como en el trabajo de asimilación que implica una enfermedad crónica. Lo que propongo explorar en adelante es la interrelación de ambos procesos psíquicos, en búsqueda de una comprensión de la no adherencia en adolescentes con enfermedad crónica.

Y el punto de vista que propongo para mirar esta llamada reorganización de las identificaciones en la adolescencia es por medio de lo que se ha conceptualizado como trabajo de duelo, es decir, el proceso psíquico que se suscita por una pérdida. Para el adolescente, el duelo es el primer tiempo lógico, el cual se echa a andar cuando su lugar en la familia deja de ser el infantil. Podríamos pensar que este puntapié lo generan las resonancias que tiene en los otros los evidentes cambios puberales, o bien que, a determinada edad, se espera del niño que asuma las responsabilidades adolescentes. Sea como sea, no hay que perder de vista que este cambio no se suscita lisa y llanamente por un cambio hormonal o un incipiente desarrollo neuronal (de hecho, es posible encontrar en la clínica sujetos que, teniendo edad y estando en plena pubertad, no presentan signos de un pasaje adolescente), sino que siempre pasa por el lugar simbólico que debe y llega a ocupar el ahora adolescente. Lugar que implica abandonar las identificaciones infantiles, motivando necesariamente un duelo.

¿Por qué se asume tan frecuente, casi inherente, que un adolescente que padece una enfermedad crónica presente episodios de no adherencia al tratamiento? Con lo recorrido hasta acá es posible señalar que los procesos psíquicos involucrados en la asimilación de una enfermedad crónica tienen más de alguna semejanza con los que se suscitan durante la adolescencia. En primer lugar, vimos la necesaria reorganización de identificaciones que requiere el yo para asumir una enfermedad crónica, lo que resuena en el pasaje adolescente. También vimos que asumir la enfermedad como propia, necesita de un proceso de duelo para el yo, en donde se abandona el cuerpo sano de antaño, y el lugar simbólico que él pudiera

sostener en relación con la familia, cuestiones igualmente semejantes al pasaje adolescente. Finalmente, tanto la adolescencia como la enfermedad crónica implican una cierta reorganización de relación con el cuerpo.

A modo de síntesis es posible sostener que ambos procesos, adolescencia y apropiación de la enfermedad, necesitan o se desarrollan por medio de un trabajo de duelo: duelo de las identificaciones que conforman el yo, que requieren de una reorganización y que tiene consecuencias en la relación con el cuerpo. Podemos decir que, en casos de adolescentes con enfermedad crónica, se trata de un duelo conjunto, un doble duelo que complejiza las vicisitudes que atravesaran las identificaciones del sujeto adolescente. Claramente, no todo es semejanza, y hay que considerar que el pasaje adolescente implica una reorganización mucho más profunda en las identificaciones del sujeto, cuestión que, como vimos, hace resonar procesos fundantes de la subjetividad como lo son el Estadio del Espejo y el Edipo. Sin embargo, no hay que desconocer que, por las similitudes que conllevan, ambos procesos se entrelazan y se interfieren mutuamente al nivel de la reorganización de las identificaciones, y el duelo que dicha reorganización requiere. Dicha interferencia es la que genera, entre otras cosas, efectos en la adherencia del adolescente que padece una enfermedad crónica.

En el contexto de mi practica pude percatarme de que, si bien esta interferencia se presenta de distintas formas, dependiendo de cada subjetividad, siempre está presente, aunque ella no genere como consecuencia dificultades en la adherencia terapéutica. En otras palabras, esta interrelación parece ser la que estructura la relación del sujeto adolescente con su propia enfermedad crónica. Una de las formas de esta interrelación, que tuve la posibilidad de atender en mi práctica, y que generó dificultades en la adherencia al tratamiento, se presentó en un caso donde la enfermedad se diagnosticó en la infancia del sujeto. Un paciente diagnosticado con diabetes tipo I me contó en sesión:

- YO: ¿Te acuerdas de cuando te enteraste de que tenías diabetes?
- PA: Sí, tenía 5 años. Estaban mi mamá y mi abuela con el doctor. Me habían hecho unos exámenes, yo estaba tratando de escuchar.

Las recuerdo a ellas llorando. Mi papa se desmayó cuando se enteró... lo llamaron por teléfono. Ahí me hospitalizaron, después llegaron todos en mi familia, todos preocupados.

- YO: ¿Y cuál fue tu reacción al enterarte de que tenías diabetes?
- PA: Yo recuerdo que no me preocupó mucho al principio. Era más niño, dije “ah, ya bueno”. No fue difícil controlarme entonces. Me preocupaban más mis papás y mi familia.
- YO: Lo hacías por ellos...
- PA: Sí, o era más fácil porque ellos estaban pendientes.
- YO: Recordaba que al principio tu motivación para venir acá era “para dejarlos tranquilos”.
- PA: (risas) Sí.

Dicho paciente había presentado dos episodios de hospitalización a causa de cetoacidosis diabética, una descompensación provocada por el desajuste en la administración de insulina. Es interesante notar como la diabetes se inserta en la dinámica familiar, desde su diagnóstico, en la demanda de los padres, quienes se preocupan por la hospitalización del pequeño paciente, lo que se repite en la motivación para asistir a sesiones. A lo largo de las sesiones, el paciente se va interesando en el espacio, y me cuenta los detalles de su tratamiento, desde la infancia hasta la actualidad:

- PA: Mis papás me empezaron a dar la responsabilidad de a poco... al principio ellos llevaban la cuenta de lo que comía, de las inyecciones... de todo.
- YO: ¿Tu no intervenías?
- PA: Igual trataba de ayudar, trataba de inyectarme solo.
- YO: Y cuando ya tuviste que empezar a hacerlo solo, ¿cómo fue?
- PA: Fue difícil...mis papas fueron dejándome de a poco...Estuve hospitalizado varias veces, me costaba llevar el control.
- YO: ¿Cuándo fue la primera vez que caíste hospitalizado ya grande?
- PA: Como cuando iba en séptimo básico más o menos.
- YO: ¿Y cómo fue?, ¿cómo te sentiste?
- PA: Se me olvido inyectarme, comí de más... me acuerdo que me sentí culpable, por no hacerlo bien... mis papas se preocuparon mucho.

Dos cosas me parecen interesantes de esta última viñeta: en primer lugar, el cómo se relata la adquisición de independencia con respecto al tratamiento de la diabetes, la cual se superpone al inicio de la adolescencia, y en segundo lugar, cómo vuelve a repetirse la imagen de los padres preocupados a propósito de las recaídas y hospitalizaciones. Ambos expresan el trabajo de reelaboración del lugar simbólico de la enfermedad, y como entra a jugar en las relaciones con la familia. En la infancia, el control de la enfermedad mediante la inyección de la insulina significó una correspondencia con el otro familiar, en donde cuidarse aparece como identificación al lugar del deseo de los padres, y en donde el sujeto se va situando en una dependencia respecto de ellos, en una posición más pasiva respecto de su cuerpo que se vuelve objeto de los manejos de los padres, los cuales también encuentran en ello el lugar de su satisfacción. Curiosamente, en el discurso del paciente aparece cómo el personal médico encaja como portavoz de esta demanda, cuando dice: “Los médicos me decían que tenía dos caminos: o cuidarme y estar bien o no cuidarme, estar pésimo y morirme... por eso trataba de cuidarme...”. El lugar que llegó a tomar la enfermedad en las identificaciones del sujeto durante su infancia, y en la relación con su propio cuerpo, se anclan en la relación que sostiene con los otros, en tanto ellos se preocupan por su salud. Aquello se adecúa por entero a las lógicas de control que se sostienen por el personal del hospital, quienes no solo manipulan el cuerpo del adolescente, sino que le indican y esperan de él un determinado comportamiento respecto de su adherencia al tratamiento.

Resulta de interés que es precisamente la relación con la preocupación de los padres y de los médicos lo que empieza a cuestionarse cuando el paciente entra en la adolescencia. En muchas ocasiones señala la molestia que le provoca que los padres “estén encima” y lo cansado que lo tiene que “lo manden”, tanto en la casa, como en el colegio y en el hospital. También cuenta lo aburrido que le resulta estar encerrado en la casa, cuando el padre no le da permiso para salir o cuando lo castiga. Esta problemática termina por dejarle, en sus palabras, una sensación de ahogo, que lo lleva a una serie de actos que preocupan a los padres. En esa preocupación, el paciente reconoce el ahogo, pero también una sensación de seguridad: “es agradable sentir que se preocupan de uno”. Esta dualidad en relación

con la preocupación expresa nítidamente el ir y venir adolescente, entre la familia y lo social, cuestión inherente a la renuencia que el trabajo de duelo conlleva, en este caso, por abandonar la posición infantil en la familia.

En este escenario, la enfermedad crónica y su tratamiento se insertan como motivo de preocupación para los padres, los cuales de hecho señalan como demanda al espacio clínico, la diabetes como tema a tratar. En suma, la enfermedad y su tratamiento también se instalan como motivo de preocupación del personal del hospital, quienes esperaban del adolescente la responsabilidad necesaria para la adherencia al tratamiento. La preocupación sobre el adolescente, la mirada del otro pendiente sobre sus actos, su cuerpo disputado entre los médicos y sus padres es lo que va marcando la sensación subjetiva de ahogo que se presenta en este caso. El temor de ambos círculos, la no adherencia, resuena aquí como una salida de las coordenadas de la preocupación y la invasión del otro. En este caso, los episodios relacionados a dificultades en la adherencia suceden en momentos en donde el paciente se siente ahogado, vacío y solo. Son momentos en donde asumir el tratamiento, seguir estudiando, salir con amigos, etcétera, pierde sentido:

- YO: ¿Ha habido algún momento en el que te haya aburrido inyectarte?
- PA: Sí, hace dos años más o menos.
- YO: ¿Y por qué te aburrió?... ¿por el dolor?
- PA: No, eso es lo de menos en realidad...con la costumbre ya ni se siente...
- YO: ¿Entonces qué fue?
- PA: Me molestaba tener que llevar el control de todo lo que hago, a veces me dan ganas de no hacer nada, me aburre... me gustaría dejar de controlarme tanto, olvidarme...
- YO: Que piensas de todo esto, de tener que tratarte tanto
- PA: Que soy el único... en mi familia nadie tiene, no sé por qué me dio... igual la diabetes no es algo común a esta edad.
- YO: ¿Y recuerdas como te sentías en la época en la que te hospitalizaron por última vez?
- PA: Estaba mal igual, no salía de la casa, jugaba play todo el día... no tenía ganas de nada, menos de tratarme.

En la viñeta anterior, aparece el discurso sujeto en relación con su propia enfermedad y como ha enfrentado su tratamiento. Resulta interesante situar, en primer lugar, como dicho discurso se desmarca de la dimensión del dolor, elemento desde el cual se articula un supuesto médico respecto del origen de la no adherencia, en donde se destaca la dimensión biológico-física del cuerpo. La introducción de la pregunta por el dolor en la sesión refleja mi propia respuesta a la demanda médico-institucional, en donde me veo interpelado a preocuparme por el paciente al modo médico. Esta es una de las tantas escenas en donde se refleja la reproducción del dispositivo médico sobre la adherencia, y como ella se permea a todos los espacios del hospital.

Por otro lado, cuando el paciente se cuestiona ser el único de la familia que tiene diabetes, aparece lo que Aubert Godard exploró sobre la importancia de la genealogía en la historia subjetiva de la enfermedad. Resulta interesante el cómo se van jugando las identificaciones adquiridas en la familia en relación con la enfermedad. La adolescencia parece remecer los puntos de referencia que habían dado seguridad en el tratamiento. El duelo de identificaciones incluye aquí a la enfermedad, por cómo llegó a instalarse en la dinámica familiar: ahora es el adolescente quien debe preocuparse de su salud sufriendo el tratamiento las consecuencias de esto. Se ve también como el trabajo que implica el asumir la enfermedad, solapada con las reorganizaciones de las identificaciones en la adolescencia, atrae las investiduras del yo, provocando una inhibición en la que se resigna el interés por el mundo.

También resulta necesario reconocer que la posibilidad de la no adherencia vuelve a poner en escena la preocupación de los padres, lo cual puede constituirse como un elemento regresivo, una vuelta a la posición infantil en la que se requiere la asistencia y el cuidado de la familia. Poumeyrol & Chagnon se refieren a esta problemática cuando señalan que en el adolescente con enfermedad crónica “se repite o se prolonga... una fantasía de unidad narcisista primaria, especialmente cuando la enfermedad ocurre en la edad más joven del sujeto” (Poumeyrol & Chagnon, 2009, p.69). Esta prolongación de la fantasía primaria, además de sugerir

efectos en la experiencia del cuerpo del adolescente, vuelve a traer la preocupación familiar en la correspondencia especular, y sitúa al adolescente en una dificultad para desasirse de los padres, sobre todo cuando la enfermedad crónica ha requerido desde la infancia cuidados específicos sobre el cuerpo que el niño no pudiera adquirir. Este escenario hace frecuente una dependencia acentuada del adolescente con respecto a su familia, y provoca también que, al momento de tener que responsabilizarse por su tratamiento, sean frecuentes los episodios de no adherencia. Esta dificultad hay que situarla en relación con la misma dependencia y a la preocupación de los padres: no adherir es separarse de las coordenadas familiares, separarse de las demandas familiares y, en añadidura, de las demandas del personal del hospital. La no adherencia así aparece, no como desobediencia, sino como realización subjetiva, implicando tanto el lugar simbólico en la relación al otro como la relación con el propio cuerpo.

Para el adolescente, el cuerpo es de por sí un espacio de conflicto, un lugar donde se expresan los cambios de imagen propios de una reactualización en las identificaciones: “el cuerpo cambiante, alcanzado o diferente, amenaza la base narcisista por esta insuficiencia entre el nuevo cuerpo físico y el cuerpo psíquico” (Johnston et al., 2014, p.75). Por esto, no es extraña la intervención en él con piercings, tatuajes o incluso con cortes autoinflingidos, como una forma de reclamar ese cuerpo perdido de las identificaciones familiares, ahora fuera de la mirada restrictiva de los padres. Podemos establecer que ambos procesos, “la adolescencia y la enfermedad crónica, cuestionan la conexión entre el cuerpo y el ego” (Johnston et al., 2014, p.75). Para el adolescente con enfermedad crónica, cuando la afección requiere tratamientos invasivos sobre el cuerpo como lo son, en este caso, las inyecciones, en él también se juegan la apropiación subjetiva de su propio cuerpo y la reorganización de sus identificaciones en relación con el tratamiento. Para un adolescente que padece una enfermedad crónica no siempre es fácil ver en el tratamiento una posibilidad de reclamar su cuerpo, pues por lo general son los médicos los que indican la forma en el que éste debe ser manipulado, a modo de adiestramiento sobre el cuerpo, además de que, cuando la enfermedad se diagnostica en la infancia, el tratamiento se instala en las

identificaciones familiares que muchas veces comienzan a abandonarse durante la adolescencia. El cuerpo del sujeto en la familia pasa a ser lugar del goce de los padres, ante lo que el adolescente se opone con pudor, vergüenza, o con rechazo a hablar sobre la propia intimidad. En estos casos incluso la no adherencia puede situarse como una manera de independizar el cuerpo de la autoridad de los padres. Esta posibilidad, que muchas veces constituye un riesgo desde el punto de vista del dispositivo que opera en relación con la no adherencia, es una respuesta subjetiva en relación con los procesos que implica la adolescencia y la asimilación de la enfermedad.

La necesidad de separación del adolescente respecto de la autoridad de los padres puede ir incluso a la par con una regresión a la posición infantil ocupada en el pasado. En el caso del paciente mencionado, la no adherencia se reconoció también como un regreso a ocupar el lugar de la preocupación de los padres, cuestión que se repitió en una serie de actos que escaparon a los episodios de no adherencia. Esto revela los rendimientos del concepto de goce como lectura del problema de la adherencia: esta puede implicar una satisfacción inconsciente, que puede resultar contradictoria para los padres y para el personal médico, pero que se constituye como una realización subjetiva que ha de ser escuchada para ser comprendida. En esta última línea, también hay que retener que el lugar que ocupe el tratamiento de la enfermedad y las posibles dificultades en la adherencia depende en demasía de la historia subjetiva del adolescente, de las identificaciones infantiles relacionadas, de la relación del sujeto con su cuerpo en relación con el otro, y de los lugares de llegada que se van configurando en la adolescencia.

Como se señaló anteriormente, el duelo característico de la adolescencia suscita, además de una alternancia entre corte con los padres y regresión, una alternancia en términos de agresividad y ánimo depresivo. En este caso, durante la adolescencia del sujeto, empezaron a aparecer conflictos reiterados con la familia, en especial con el padre. En estas discusiones, siempre apareció algo del orden de la búsqueda de independencia del paciente con respecto a la autoridad que su padre pretendía sobre él:

- PA: Antes yo le daba la razón a él en todo, no sé por qué, a veces sin importar por qué estaba discutiendo. Pero después entendí que él también se equivoca.
- YO: Puede ser que tu papá en realidad sienta nostalgia por el Martín que le daba la razón en todo.
- PA: Si, en verdad siento que a él le molesta que no le dé la razón como antes. Le gustaría que fuera así, pero le afecta que no.

En este caso, la agresividad como inherente a la separación, y como una forma de desasirse de la autoridad de los padres, también se presentó en el colegio y en el hospital, instituciones en donde abundan los subrogados del padre. Por esto el adolescente se muestra molesto por el reto de los médicos y de los profesores, bajando las notas y la adherencia al tratamiento. Se ve como la agresividad se instala también en la relación profesional-paciente, en donde una posición adiestrada suele resultar poco efectiva si consideramos la oposición a la autoridad que el adolescente suele presentar. Esta relación, sumada a la historia del adolescente en articulación con la enfermedad, puede tener diversas consecuencias para la adherencia dependiendo del caso.

Por otro lado, el ánimo depresivo también se puede presentar si la separación no tiene como correlato un nuevo lugar de articulación de la ley para el sujeto. Esto va en la línea de lo que el trabajo de duelo supone antes de completarse: una inhibición, una pérdida del interés por el mundo y la dificultad de investir nuevos objetos. La vida puede perder sentido para el adolescente si, habiéndose separado de los padres, no encuentra un lugar en donde articular nuevas identificaciones. En este caso, hubo un momento al comienzo de su adolescencia del sujeto, en donde refirió haberse sentido sin ánimo, sin ganas salir de casa y sin muchos amigos. Un momento que coincidió con las hospitalizaciones por sus dificultades en la adherencia. A propósito del tratamiento, también apareció el desánimo y el aburrimiento, por las dificultades que existieron en darle un lugar simbólico a la enfermedad, fuera de las coordenadas familiares en donde la preocupación de los padres era el núcleo. Dificultades que también se acentuaron por no encontrar semejantes en donde poder articular alguna identificación. En relación al duelo, esto se puede relacionar con que la libido que estaba ligada con el objeto perdido, no se

puede volver a ligar a causa de la falta de objetos susceptibles de ser investidos. Entonces, el ánimo depresivo puede terminar por afectar la adherencia al tratamiento, por el poco sentido que puede adquirir para el sujeto el tratamiento de la enfermedad.

Conclusiones

El recorrido hecho en la presente memoria ha buscado la exploración de una problemática situada en el contexto de mi práctica profesional en el Hospital San Juan de Dios, y ha pretendido una comprensión psicoanalítica de la no adherencia en adolescentes con enfermedades crónicas, un problema frecuente en servicios de salud médicos. La investigación académica que ha resultado hegemónica para el abordaje de esta problemática no ha resultado ser demasiado comprensiva, tendiendo a afirmar la adopción de un enfoque de adiestramiento sobre el adolescente con respecto a su tratamiento, y privilegiando perspectivas de psicoterapias cognitivo-conductuales (las cuales solo sostienen su eficacia al corto plazo), herederas de una ciencia médica en el terreno de la psicología. El saber médico sobre el cuerpo, legitimado en el espacio del hospital por un dispositivo en el que participan tanto elementos discursivos como no discursivos, tiene además como consecuencia histórica una forclusión de la verdad subjetiva, en función de una pretendida objetivación del conocimiento, a través del énfasis de lo visible y lo registrable. En el marco del dispositivo articulado en torno a la adherencia, se valora la autonomía del adolescente con respecto a su tratamiento, como una forma solapada de sometimiento, característica de los dispositivos de control contemporáneos asociados a los desarrollos foucaultianos de la gubernamentalidad y el biopoder. El dispositivo médico, al forcluir la dimensión subjetiva, no logra apuntar a las raíces inconscientes e históricas que se juegan en la no adherencia para el sujeto, reduciendo el problema a una cuestión de desobediencia o falta de autonomía, en relación con el desarrollo cognitivo de la adolescencia. Para el caso revisado, el lugar que llegó a tomar la enfermedad en las identificaciones del sujeto durante su infancia, y en la relación con su propio cuerpo, se anclaba en la relación que sostenía con los otros, en tanto ellos se preocupaban por su salud. Aquello se adecuaba por entero a las lógicas de control que se sostenían por el personal del hospital, quienes no solo manipulaban el cuerpo del adolescente, sino que le indican y esperaban de él un determinado comportamiento respecto de su adherencia al tratamiento. Rescatar la subjetividad en el abordaje de esta problemática es una

cuestión que propongo como central en esta investigación de la no adherencia en adolescentes, y es el aporte que, considero, puede abrir el psicoanálisis en este caso.

La exploración realizada a propósito de las lecturas psicoanalíticas de la adolescencia y de la enfermedad crónica, para comprender las vicisitudes de la no adherencia en adolescentes con enfermedad crónica, ha permitido encontrar puntos comunes entre ambos procesos: los duelos identificatorios de la adolescencia, que reavivan el Estadio del Espejo y el Complejo de Edipo como momentos fundantes de la subjetividad, se interrelacionan y se superponen con los duelos que implica la asunción de una enfermedad crónica para un sujeto. Las identificaciones del yo y los procesos de duelo son los conceptos psicoanalíticos fundamentales que sirven para una articulación entre el pasaje adolescente y la enfermedad crónica, como una forma de comprender el trabajo de duelo conjunto en la que se implica una reactualización de las identificaciones y de la relación al propio cuerpo. Este doble trabajo de duelo se caracteriza también por la dimensión temporal que implica el duelo en sí mismo, en un trabajo de desasimiento de la libido que se lleva a cabo pieza por pieza.

La no adherencia al tratamiento en la adolescencia parece insertarse en el centro de esta interrelación de duelos, entre la agresividad (como una forma de separación del otro familiar) y el ánimo depresivo (como una dificultad en la identificación fuera de las coordenadas familiares) que el pasaje adolescente suscita por la reactualización de las identificaciones infantiles. Estas cuestiones, propias del pasaje adolescente, terminan por influir en el lugar que tomara la enfermedad como identificación y la consecuente posibilidad de algún tipo de no adherencia al tratamiento. De este modo, podemos comprender la no adherencia al tratamiento como una respuesta a las conflictivas que suponen los trabajos de duelo de la adolescencia y de la enfermedad crónica, una respuesta al otro médico y familiar, situada en relación con las identificaciones del sujeto y con su propio cuerpo.

Sin embargo, las formas de esta interrelación son de por sí complejas, y dependen de la historia y de las coordenadas subjetivas de la enfermedad crónica, de la posición del sujeto en las identificaciones familiares que se ponen en juego en la adolescencia, y de cómo ello se articula en la identificación con la enfermedad y su tratamiento. Hay que considerar, por ejemplo, que un diagnóstico realizado en plena adolescencia suscita un proceso de duelo que no tiene un fondo infantil sobre el cual iniciar un cuestionamiento. Otra coordenada interesante es la que se puede producir cuando el adolescente comparte su enfermedad con otros miembros de la familia, en una genealogía. En estos casos puede haber todo un abanico de posibilidades identificatorias en donde el adolescente se tome en ese ir y venir entre separación de los padres y regresión, y entre agresividad y depresión.

Por ello resulta de suma importancia la escucha del sujeto y su discurso: la escucha de la historia de la enfermedad, del momento del diagnóstico, de las primeras recaídas, de la historia familiar y como entra la enfermedad en ella, de las posibles tramas genealógicas que configuren lugares de identificación, etc. En definitiva, resulta de importancia el distinguir, a partir del discurso del paciente y de su historia, el lugar simbólico que la enfermedad crónica ha tomado para el sujeto: la no adherencia adquirirá distintos lugares para el sujeto dependiendo del lugar que tome la enfermedad en su historia y en su familia.

Sin embargo, hay algunos lineamientos que parecen importantes para la clínica con adolescentes que no adhieren al tratamiento, sea como sea que se dé la interrelación entre adolescencia y enfermedad crónica. En primer lugar, resulta necesario evitar reproducir el lugar de autoridad, sobre todo en relación con el tratamiento de la enfermedad, lo cual puede resultar difícil en un contexto de salud médico. El dispositivo de control articulado en torno de la adherencia provoca que, en el trabajo dentro de un hospital, sea difícil desmarcarse de las lógicas de sometimiento y adiestramiento que el saber médico impone sobre la práctica. Son de hecho los miembros del personal de salud quienes suelen adoptar una postura educativa correctiva frente a la no adherencia, reflejada también en la investigación académica, la cual funciona en tanto se logre un adiestramiento del paciente con

relación a su tratamiento, a la manipulación de su cuerpo. Dicho lugar no permite el dialogo, pues se queda atrapado como un subrogado de la autoridad de la cual el adolescente precisamente busca desasirse, poniéndose en juego la agresividad que expusimos en el desarrollo de la presente memoria.

Por otro lado, el ánimo depresivo como posibilidad, por la dificultad para el adolescente de constituirse nuevas identificaciones, provoca consecuentemente dificultades en el anclaje del deseo, como reverso de la ley. Cuando el adolescente se encuentra a medio camino entre el desasimiento de los padres y la independencia, suele quedar a la deriva en lo que se refiere a las identificaciones, con la consecuente posibilidad de un pasaje al acto, una caída de la escena. También ronda la posibilidad de una salida melancólica al proceso de duelo, en donde la identificación con el objeto perdido produce “una rebaja en el sentimiento de si, que se exterioriza en autoreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo” (Freud 1917, p.242). Resulta muy necesario tener en cuenta en el trabajo con adolescentes, el proceso psíquico que el duelo conlleva para el sujeto, en sus tiempos, implicancias subjetivas y sus posibles salidas. A causa de esto, el trabajo con estos casos puede no ser, en principio, sobre el análisis del fantasma, en el sentido lacaniano, sino que podría ser necesario “un trabajo previo sobre la cualidad del otro, el que permite, en un segundo tiempo, que el fantasma sea el eje de la cura” (Rassial, 1999, p.41). Resulta a veces necesario que el adolescente se articule en referencia a otro, en un anclaje a su propio deseo, antes de ser posible un análisis propiamente tal. Para el caso que nos convoca, resulta interesante notar que el ánimo depresivo puede anclarse en una dificultad en la asunción de la enfermedad y su tratamiento, provocando momentos de no adherencia. En estos casos, es fundamental abrir la posibilidad de escucha al adolescente, antes que someterlo a las lógicas del dispositivo articuladas en torno a la adherencia.

Finalmente, no quiero dejar de poner acento en la importancia de un abordaje que privilegie la escucha a la subjetividad del paciente en la clínica, no solo en la problemática particular de la no adherencia de adolescentes con enfermedades

crónicas, sino como una perspectiva que deje abierta la posibilidad de una investigación en los problemas clínicos en general. El dispositivo articulado en torno a la adherencia, y la objetividad en el abordaje de problemáticas psicológicas y subjetivas, como la que la mirada médica propicia a propósito de lo visible y lo medible, invisibiliza una dimensión fundamental para la comprensión de problemáticas como la de la no adherencia en adolescentes, en donde lo que se juega guarda íntima relación con la historia subjetiva de cada paciente, con respecto a su familia, su enfermedad y su tratamiento. Esta misma singularidad, es la que mueve a reflexionar sobre esta misma investigación, la cual es igualmente singular, situada en el contexto de mi propia experiencia de formación, y situada en mi práctica profesional en el Hospital San Juan de Dios. Se busca con ello no cerrar la discusión sobre el tema, sino abrir lineamientos de investigación e intervención que sean igualmente provechosos para la experiencia práctica con adolescentes con dificultades en su adherencia terapéutica, en los contextos de salud médicos.

Referencias

- Abarzúa, M., (Octubre, 2012). La enfermedad y la demanda de trabajo psíquico, Ponencia presentada en 1er Coloquio de Psicoanálisis y Medicina: “El sujeto frente a la enfermedad”, Santiago, Chile.
- Alexander, F. (1987). *Psychosomatic medicine: its principles and applications*. New York: Norton
- Alvin, P., De Tournemire, R., Anjot, M. N., & Vuillemin, L. (2003). Maladie chronique à l'adolescence: dix questions pertinentes. *Archives de pédiatrie*, 10(4), 360-366.
- Araneda, M. (2009) Adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1, durante la Adolescencia. Una perspectiva psicológica. *Revista Chilena de Pediatría*, 80 (6), 560-569
- Aubert Godard, A. (2005). Filiation en question: maladies génétiques, identités incertaines, filiations perturbées. *Dialogue*, 2 (168), 25-44.
- Avendaño, M., Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*, 26 (2), 165-172.
- Barnechea, M., & Morgan, M. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Revista Tendencias & Retos*, (15), 97-107.
- Blackwell, B. (1973). Patient compliance. *New England Journal of Medicine*, 289(5), 249-252.
- Bouteyre, E., & Loue, B. (2012). L'adhésion thérapeutique chez l'adolescent atteint de maladie chronique: état de la question. *Archives de pédiatrie*, 19(7), 747-754.

- Casas de Pereda, M. (2010). Adolescencia. En S. Flechner (Ed.), *Psicoanálisis y adolescencia: dos temporalidades que se interpelan* (pp. 19-44). Buenos Aires: Psicolibro.
- Castel, R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. En F. Álvarez–Uría y J. Varela (Ed.), *Materiales de Sociología Crítica*. (pp. 219 - 243). Madrid, España: Las Ediciones de La Piqueta.
- Chiozza, L. (2008). *Obras completas, Tomo 1: Psicoanálisis de los trastornos hepáticos: acerca del psiquismo fetal y la relación entre idea y materia*. Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.
- Eidelsztein, A. (2008). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan* (vol. 1). Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Fotheringham, M. J., & Sawyer, M. G. (1995). Adherence to recommended medical regimens in childhood and adolescence. *Journal of paediatrics and child health*, 31(2), 72-78.
- Foucault, M. (1985). El juego de Michel Foucault. En F. Alvarez-Uría y J. Varela (Ed.), *Saber y verdad* (pp. 127-162). Madrid, España: Las Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista mexicana de sociología*, 50(3), 3-20.
- Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad: Curso en el collège de France: 1975-1976*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población: Curso en el collège de France: 1977-1978*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

- Freud, S. (1893a). Estudios sobre la histeria. En S. Freud (1992). *Obras completas, Volumen II* (pp. 1 – 309). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1893b). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. En S. Freud (1992), *Obras completas, Volumen III* (pp. 25 – 40). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1896). La etiología de la histeria. En S. Freud (1992), *Obras completas, Volumen III* (pp. 185 – 218). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En S. Freud (1992), *Obras completas, Volumen VII* (pp. 109–222). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En S. Freud (1992), *Obras completas, Volumen XII* (pp. 93–105). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En S. Freud (1992), *Obras completas, Volumen XIV* (pp. 65–98). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En S. Freud (1992), *Obras completas, Volumen XIV* (pp. 235–256). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En S. Freud (1992), *Obras completas, Volumen XIX* (pp. 1–59). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1950). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. En S. Freud (1992), *Obras completas, Volumen I* (pp. 211–322). Buenos Aires: Amorrortu.
- Funes, F., Gaete, V. (2016). Conductas de riesgo en adolescentes con patología crónica compleja bajo control en un policlínico de un hospital pediátrico de Santiago. *Revista Médica de Chile*, 144, 734-742.

- García Vázquez, S. (2010). Adolescencia, violencia y subjetivación. En S. Flechner (Ed.), *Psicoanálisis y adolescencia: dos temporalidades que se interpelan* (pp. 85-94). Buenos Aires: Psicolibro.
- Greca, A. M. L. (1990). Issues in adherence with pediatric regimens. *Journal of Pediatric Psychology*, 15(4), 423-436.
- Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A. X., & Montague, P. (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD000011-CD000011.
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., Morgan, M., & Cribb, A. (2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. London: NCCSDO, 2005, 40-6. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/lan_Kellar/publication/271443859_Concordance_Adherence_and_Compliance_in_Medicine_Taking/links/54cfdb790cf298d65665b4d4.pdf
- Johnston, G., Drieu, D., Flambard, C. (2014). L'image du corps chez l'adolescente porteuse de maladie chronique. L'exemple de la mucoviscidose. *Psychosomatique relationnelle*, 2 (3), 73-93.
- Kahana, S., Drotar, D., & Frazier, T. (2008). Meta-analysis of psychological interventions to promote adherence to treatment in pediatric chronic health conditions. *Journal of pediatric psychology*, 33(6), 590-611.
- Kröll, H. (2013). El método de los estudios de caso. En Tarrés M. (Ed.), *Observar, escuchar y comprender: Sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 231-264). FLACSO-México. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/j.ctt16f8cd1.12>
- Lacan, J. (1985). Psicoanálisis y medicina. En J. Lacan (1985), *Intervenciones y textos* (pp. 86-99). Buenos Aires: Manantial.

- Lacan, J. (2009a). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan, *Escritos 1* (pp. 99-106). México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2009b). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En J. Lacan, *Escritos 2* (pp. 509-558). México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2010a). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 5: las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2010b). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lauru, D. (2005). *La locura adolescente. Psicoanálisis de una edad en crisis*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Litt, I. F., & Cuskey, W. R. (1980). Compliance with medical regimens during adolescence. *Pediatric Clinics of North America*, 27(1), 3-15.
- Marty, P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- McDougall, J. (1996). *Teatros del cuerpo*. Madrid, España: Julian Yebenes S. A.
- McNicholas, F. (2012). To adhere or not, and what we can do to help. *European child & adolescent psychiatry*, 21(12), 657-663.
- Michaud, P. A., Suris, J. C., & Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare provision. *Archives of disease in childhood*, 89(10), 943-949.
- Ortiz, Manuel, y Ortiz, Eugenia. (2005). Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Revista médica de Chile*, 133(3), 307-313. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000300006>.

- Ortiz, Manuel. (2008). Estabilidad de la Adherencia al Tratamiento en una Muestra de Adolescentes Diabéticos Tipo 1. *Terapia psicológica*, 26(1), 71-80. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100006>.
- Ortiz, Manuel. (2004). Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Adolescentes Diabéticos Tipo 1. *Psykhé*, 13(1), 21-31. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282004000100002>.
- Pacheco, B., Aránguiz, C. (2011). Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49 (1), 69-78.
- Pedinelli, J, (1994), l'hypothèse d'un "travail de la maladie. Cliniques méditerranéennes, (41), 169-189.
- Poumeyrol, S., Chagnon, J. (2009). Maladie et corps libidinal à l'adolescence, *Psychologie clinique et projective*, 1(15), 67-101.
- Rassial, J. (1999). *El pasaje adolescente. De la familia al vínculo social*. Barcelona, España: Serbal.
- Ruiz, S. (2016). La subjetividad del investigador en terreno: Sistematización de una experiencia reflexiva de inmersión etnográfica. *Psicoperspectivas*, 15(1), 42-52.
- Serrano, R. (2013). La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados. En Tarrés M. (Ed.), *Observar, escuchar y comprender: Sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 93 124). FLACSO-México. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/j.ctt16f8cd1.7>
- Stachow, R., Kiera, S., Tiedjen, U., y Petermann, F. (2009). Chronisch kranke Jugendliche. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157(11), 1141-1146.

- Stewart, R. B., y Caranasos, G. J. (1989). Medication compliance in the elderly. *The Medical Clinics of North America*, 73(6), 1551-1563.
- Suris, J. C., Michaud, P. A., y Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Archives of disease in childhood*, 89(10), 938-942.
- Uriarte, C. (2010). La resignificación de las identificaciones en la adolescencia. En S. Flechner (Ed.), *Psicoanálisis y adolescencia: dos temporalidades que se interpelan* (pp. 95-104). Buenos Aires: Psicolibro.
- Uzorskis, B. (2002). Clínica de la subjetividad den el territorio médico. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Verger, A. (2007). Sistematizando experiencias: análisis y recreación de la acción colectiva desde la educación popular. *Revista de educación (Madrid)*, 343, 623-645.
- World Health Organization. (2001). *Adherence Project: Toward Policies for Action*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherencerep.pdf>
- World Health Organization. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/41182/adherencia-largo-plazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2017). *Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34520/978950380239_7_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zúñiga, F., Inzunza, C., Ovalle, C., Ventura, T. (2009). Diabetes Mellitus tipo 1 y psiquiatría infanto-juvenil. *Revista Chilena de Pediatría*, 80 (5), 467-474.