

## HACIA LA DECONSTRUCCIÓN DEL TÉRMINO “ADHESIÓN AL TRATAMIENTO”. A PROPÓSITO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

ROBERTO C. FRENQUELLI\*

*Profesor Titular de Psicofisiología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario. Docente Responsable, “Práctica Médica y Campo Vincular”, Facultad de Ciencias Médicas, UNR*

### Resumen

Este trabajo presenta en forma sintética los desarrollos de una Tesis Doctoral sobre el problema de la adhesión al tratamiento de la Hipertensión Arterial, desde la perspectiva de la investigación cualitativa. Centrado en el concepto de “deconstrucción” de Jacques Derrida, basa su indagación en entrevistas a diferentes clases de médicos que usualmente atienden hipertensos; como también en el análisis de publicaciones y diversas intervenciones de expertos en distintos tipos de eventos científicos donde el tema ha sido tratado. Aislado diversas categorías de análisis, tales como las particularidades de la narrativa médica, las concepciones sobre creencias y afectos, las dificultades para hablar de las cifras tensionales o para enfrentar su propia condición de hipertenso, los criterios sobre educación, etc., demuestra serias dificultades en la población estudiada. Concluye que el mismo concepto de “adhesión” implica un serio obstáculo para el desarrollo del tratamiento. En tanto término de raigambre fisicalista, que oculta en su trama de significados diversas trabas del propio médico para llevar adelante su gestión como terapeuta. Propone la abolición del término, para pasar a hablar de “tratamiento” a secas, enfatizando la necesidad de considerar al psiquismo del propio médico, siempre extendido a los otros, como principal puntal de su gestión.

**Palabras clave:** tratamiento de la hipertensión; adhesión; deconstrucción

### DECONSTRUCTING THE TERM “ADHERENCE TO TREATMENT”. THE HYPERTENSION CASE.

#### Summary

*This paper summarizes a Doctoral Thesis on the problem of hypertension treatment adherence from a qualitative research standpoint. Based on Jacques Derrida's deconstruction, this paper examines the results of interviews with several specialists from different medical fields that generally treat hypertensive patients, reports published in the literature and experts' contributions and presentations at conferences. By breaking down the analysis in several categories, e.g. doctors' narratives and their ideas on knowledge and affectional states, their own difficulties to talk about blood pressure values or to accept their own hypertension, educational issues, etc., this paper reveals serious difficulties in the population studied. The author concludes that the word adherence, a physicalist term, represents in itself a serious obstacle to treatment, and proposes that such term should be abolished from medical language, since the term “treatment” involves the real aim and scope pursued. It is necessary to consider the physician's psyche and its extension upon others as a pillar of treatment.*

**Key words:** Hypertension treatment; adherence; deconstruction

---

\* Dirección postal: Paraguay 950, (2000) Rosario, SF. Correo electrónico: frenque@citynet.net.ar

## INTRODUCCIÓN

El concepto de “adhesión al tratamiento” no es nuevo. Lo que sí puede considerarse como tal es la emergencia del término dentro del lenguaje médico corriente. Tal vez fueron David Sackett y Brian Haynes, hace ya más de dos décadas, quienes inicialmente definieron lo que llamaron *compliance* como la extensión dentro de la cual el comportamiento de un paciente coincidía con el consejo médico que se le suministraba. El uso de *adherence*, fácilmente traducido al castellano como “adhesión”, fue tomado por la jerga profesional como sinónimo.

Indudablemente, el sentido común así lo indica, los médicos siempre hemos estado preocupados por la marcha de los tratamientos. Desde ya incluyendo la correcta administración de medicamentos, tanto en tiempo como en otras formas. Pero esto no era llamado “adhesión”, ni muchos menos “complacencia” como ha sucedido en algunos intentos de traducción, casi calcando el término *compliance*. Tal vez haya sido llamado “cumplimiento”, “observancia”, “acatamiento” o de cualquier otra manera. Inclusive algunas de ellas pudieron haber sido muy poco cuidadosas de las disquisiciones idiomáticas, de las traducciones. Pero casi todas, seguramente terminando en las usuales ceremonias de los “retos”, “admoniciones” u algún otro tipo de archisabidas escenas médicas que llegan hasta nuestros días. Siempre en coordinación con un rosario de promesas, justificaciones, bromas y, por qué no, hasta de enojos contra el médico, por parte del paciente. Escenas donde una cierta estructura se repite con leves variantes: un médico más o menos paternal, más o menos convincente, y un paciente más o menos huidizo y argumentador, más o menos rechazante o inclusive agresivo. Eterno problema, pues ya se sabe que la escena médica no es otra cosa que un encuentro entre personas. Y que todo encuentro implica, paradójicamente, un desencuentro. A poco que se ande.

Pero poco importa si se trata de un viejo o un nuevo tema. Lo cierto es que la suerte que corren los tratamientos médicos es un tema de gran alcance socio-epidemiológico. Fuente de genuino interés por todos aquellos interesados en la Medicina, desde los niveles político-sanitarios, organizacionales, de los distintos estamentos de la atención. Después de todo, aun haciendo nuestras las palabras del gran Ambrosio Paré, “Yo curé sus heridas, Dios lo sanó”, no deja de ser cierto que el *desideratum* de toda acción en salud es acercar algo de alivio al doliente, si es posible más y mejor. Y no hay dudas, sobre todo hoy en día, de que tenemos grandes y beneficiosos recursos para paliar tremendos problemas como la hipertensión arterial, la diabetes, la tuberculosis, el

SIDA, los cuadros mayores de la Psiquiatría, entre tantos otros. No sabemos bien cuál habrá sido la intención de Paré al pronunciar su aserto. Podemos imaginar que intentaba esquivar las piras de Inquisición, evitando confrontar desde su terrenal saber con los poderes divinos. Pero, de todos modos, sus palabras nos alcanzan todavía hoy una buena dosis de prudencia: nosotros, médicos de la época, munidos de las verdades siempre provisionales de la Ciencia, no sabemos demasiado bien qué hacemos cuando “curamos”. Es probable que hagamos muchas más cosas de las que creemos conocer. Y, mucho más probable aún, sin dudas casi, que hagamos muchas que no deberíamos hacer. La Historia de la Medicina nos lo muestra sin hesitar. ¿Qué dirán nuestros colegas dentro de cien años acerca de nuestros tratamientos anti infecciosos, de nuestras quimioterapias antineoplásicas? Es posible que lleguemos a ser vistos también como merecedores de las hogueras como en las épocas del citado fundador de la cirugía moderna.

La Medicina, como un aspecto operacional de las Ciencias Humanas, no puede ni debe renunciar a la eficiencia. A lo mejor, a lo deseable. Siempre dentro de los límites de una ética, el éxito de un tratamiento es una cuestión superior. A lo que debemos propender, generando todo tipo de intervenciones para facilitarlos. De allí la importancia de esta temática. Por otra parte, frecuentemente aludida en las reseñas, pero frecuentemente olvidada en las consideraciones teóricas, formativas.

## El caso particular de la Hipertensión Arterial

El caso de la hipertensión arterial resulta paradigmático. Es bien conocida la denominada “regla de las mitades”. Aproximadamente la mitad de los hipertensos conocerían de su padecimiento, sólo la mitad de los que se reconocerían como tales se tratarían, sólo la mitad de ellos alcanzarían las metas deseables. Más allá de la exactitud de las estadísticas disponibles, es cierto que pese al ingente desarrollo de los conocimientos sobre etiología, patogenia, fisiopatología y terapéutica, la hipertensión sigue siendo hoy una enfermedad insuficientemente tratada. Y, peor todavía, desconocida por muchos de aquellos que la portan. Desde la dificultad para reconocerla hasta la dificultad para tratarla, el problema de la “adhesión al tratamiento” se pasea orondo ante nuestros ojos. Todos los días.

Se delinea una gran disparidad entre lo que se conoce en cierto sentido, con una notoria y creciente acumulación, sobre todo últimamente en el campo de la farmacología, y lo que se conoce y se hace en adhesión. Basta como ejemplo el hecho de que durante el lapso

transcurrido entre 1995 y 2000, en dos revistas nacionales de gran alcance entre los clínicos y cardiólogos, no hubo ningún trabajo sobre el problema de la adhesión al tratamiento de la hipertensión. Extraña contradicción: un tema tan reconocido, tan necesitado, a la vez tan poco estudiado. Sobre todo en nuestro medio. Tanto en el pregrado como en el postgrado.

El presente trabajo tiene como eje una investigación que realicé, en el marco del denominado Doctorado de Consolidación Académica de la Universidad Nacional de Rosario, para la Tesis denominada "Conociendo al enemigo oculto. Un estudio cualitativo sobre el problema de la adhesión al tratamiento de hipertensión arterial".

### Reseña sobre la metodología empleada

El objetivo específico de la investigación se centró en los obstáculos en el propio médico para con el problema de la adhesión, tendiendo a la implementación de técnicas adecuadas a mejorar la misma, enfatizando en la convergencia disciplinar. En lo general el estudio buscó incursionar en el vasto campo de la Medicina, caracterizada como una práctica que navega entre la "razón de lo racional" y la "razón de lo irracional", fuertemente atravesada por las políticas de la globalización y el neoliberalismo, con su sesgo particular.

Las preguntas o tópicos de estudio fueron: ¿Qué cree el médico que es la adhesión al tratamiento? ¿Qué cree que cree su paciente y su familia? ¿Cómo se conduce en relación a esto frente a su paciente? ¿Podría mejorarla?

Se trabajó con entrevistas semiestructuradas a médicos que habitualmente atienden hipertensos divididos según el siguiente criterio: médicos clínicos que trabajan en barrios de la ciudad de Rosario; médicos clínicos que trabajan en instituciones universitarias o sanatoriales, con la especialización en Medicina Interna; médicos generalistas y de familia, con especialización en el tema, que trabajan en servicios municipales o provinciales de atención comunitaria; médicos especialistas en cardiología y en nefrología.

Grabadas en soporte magnético, todas fueron transcritas con la mayor exactitud, siguiendo los sistemas de notación desarrollados por los analistas de la conversación que toman en cuenta entonación, intensidad o volumen, acento, duración, pausas, enunciados cerrados, superposiciones, emisiones truncas, respiración, fenómenos extraverbales y dificultades varias. Fueron ordenadas por turnos para permitir la ulterior distinción de secuencias y tipo de intervenciones durante las conversaciones.

Los médicos entrevistados fueron invitados a recibir una copia de dichos diálogos, como también a tener nuevas instancias, ampliatorias, en el caso de que lo consideraran necesario o de algún interés personal. Solamente tres participantes solicitaron tales copias, pero no se produjeron hasta el momento de la redacción final, realizada a fines del año 2001, solicitudes de ningún otro tipo. A fines de proteger las identidades se utilizaron claves identificatorias.

También se revisaron numerosas entrevistas a pacientes hipertensos y no hipertensos (con familiares que padecen la enfermedad), provenientes mayoritariamente de la consulta del doctorando, de edad y estrato social diversos (comerciantes, profesionales, empleados, desocupados, obreros, jubilados, etc.). Una parte de estas fueron registradas en soporte magnético, las restantes se asentaron en los historiales clínicos habituales del consultorio. Las mismas fueron aplicadas de modo complementario a ciertos tramos de la investigación.

Las entrevistas se evaluaron según el criterio de saturación teórica, es decir que fueron detenidas cuando la información recogida y analizada resultó redundante, sin aportaciones distintas. Acorde a la "teoría emergente" se realizó un muestreo teórico. También fueron analizados dos libros escritos por especialistas reconocidos en hipertensión arterial dirigidos a la comunidad, en obras del tipo de "educación para la salud": *"Buenas noticias sobre hipertensión arterial"*, de T.G. Pickering (1996), editado en el 2000 en versión española y *"Manual del Paciente Hipertenso"*, de G. Fábregues (1997), editado por la Sociedad Argentina de Cardiología en el mismo año. Además, fueron tomados algunos tramos de exposiciones en cursos de hipertensión arterial, temarios de jornadas y congresos, etc.

Como parte de la conformación estado del arte, fue realizado un análisis bibliométrico de publicaciones sobre hipertensión en dos revistas científicas nacionales de gran reconocimiento: Medicina (Buenos Aires) y Revista de la Federación Argentina de Cardiología.

Luego de la presentación el trabajo ha sido continuado, habiéndose realizado un estudio de una sesión clínica prolongada sobre un caso de un paciente con hipertensión, realizándose un análisis de la conversación en conjunto con el de la dinámica de los pequeños grupos.

### Desarrollo de las categorías de análisis

"Entre las tareas necesarias de la teoría del conocimiento no sería la última la de reflexionar acerca de cómo se conoce realmente, en lugar de describir por ade-

lantado el rendimiento cognoscitivo de acuerdo con un modelo lógico o científico al que en verdad el conocimiento productivo no corresponde en absoluto”. Así se expresa Theodor W. Adorno, en “La lógica de las ciencias sociales”, de 1969. Fiel a esta idea, la investigación desarrollada, de corte cualitativo, inicia el análisis en coincidencia temporal con la recolección de los datos, en sus distintos momentos y lugares. A partir de allí se genera, relacionadamente, un proceso de categorización. El conocimiento productivo al que alude Adorno se busca mediante la inmersión en el contexto, en una operación de entradas y salidas constantes del investigador, que dejando el imaginario lugar de la objetividad, pasa a buscar el criterio de lo intersubjetivo, de lo vincular. Se puede entonces, inclusive, reformular las preguntas, que a modo de hipótesis, se habían pergeñado desde el inicio, quitándole a la indagación la rigidez de ciertos *a priori* equívocos. Las categorías de análisis emergen entonces como un texto a su vez incluido en otros, construidas en interacción, como un producto interactivo, lejos de la frialdad e ilusoria pretensión de una “asepsia” que no se compadece con la fervorosa agitación de la condición del hombre en sociedad. Esto es, en muy breves palabras, algo vinculado al espíritu de la investigación cualitativa, que no ha sido para nada ajena a las mejores tradiciones de la indagación médica. Como lo ha sido la contextualización de los observables en Hipócrates, la crítica de lo instituido en Paracelso, la consideración de lo socio-ambiental en Virchow o la concepción antropológica integral implícita en Freud. Verdaderos pilares del pensamiento de todos nosotros, que parecen quedar en un segundo plano tras el muchas veces engañoso lustre de la que hoy se ha dado en llamar “Medicina Basada en la Evidencia”.

### **La diferencia radical de las narrativas entre médico y paciente**

Las características de las narrativas de pacientes y médicos resultaron absolutamente opuestas. Puede decirse que se delinean dos tipos de “realidades mentales y mundos posibles” con cristalina pureza. Los pacientes traen en sus relatos un clima emocional singular, donde la tendencia a historiar es evidente. Si hay alguna certeza, ése es el lugar de lo experimentado en el suceder del vivir con los otros. Certeza que no alcanza a lo absoluto, es la certeza de lo “verosímil”, de algo en lo que se cree. El paciente, con mayor o menor grado de despliegue, invita a ingresar a una “novela”. Los médicos, en cambio, sin abandonar a veces importantes niveles de pasión, bregan constantemente por una certeza, pero que ahora es “verdad”, aquélla por la que reclama constantemente como objetiva y evidente. Ofrece también sus creencias,

pero bastante enmarañadas en una reducción de lo vital a lo que llama “ciencia”, con comillas; pues ya se sabe que la Ciencia, con mayúsculas, no prueba sino que solamente indaga.

### **El problema de la percepción de la hipertensión**

Es largamente sabido aquello de la hipertensión arterial como “enfermedad muda”, en gran medida de allí aquello de “enemigo oculto”. Es largamente sabido que las personas aquejadas de hipertensión tienen variadas dificultades para reconocer dicho estado.

En el estudio realizado, tanto pacientes como médicos encuentran dificultades para asumir los riesgos derivados de la hipertensión. Sobre ambos pesa un factor de índole cultural, entendiendo como cultura a un precipitado de representaciones sociales, dinámicamente construidas a lo largo del tiempo, que operan como un “fondo” de creencias con sus consabidas determinaciones. Aquello que “no se ve” no es casi tenido en cuenta. Es cierto que el paciente, independientemente de su nivel educativo, tiene tendencia a tapar sus percepciones. Es lo que tanto se ha trabajado en la escuela psicósomática con diferentes nombres, tales como “alexitimia” o “rigidez del carácter”. La configuración de la personalidad, con sus rasgos particulares, hace que no puedan leer sus estados tímicos, acceder a planos simbólicos que los pondrían más cerca de una actitud prudente y cuidadosa. Así el paciente no se haría cargo de promover sus cuidados, por ende de la adhesión.

Los médicos, sin embargo, si bien absolutamente alertas de los peligros que implica el descontrol de la enfermedad, tampoco dan muestras de poseer capacidad de acercarse a la problemática del paciente. Por ejemplo, al iniciar la conversación sobre el tema, los vocablos “medicamento” y su serie asociada, como “fármaco” u otros similares aparecen en los primeros párrafos. Parecen poseer una especie de “resorte mental” que se dispara ni bien aparecen consideraciones sobre tratamiento. Aunque después, también casi invariablemente, se mencione taxativamente a las modificaciones del estilo de vida. Cosa que huele a *cliché*. Los médicos, en sus relatos, no tienden a recoger lo histórico vivencial de las personas a su cuidado. Parecen, eso sí, muy identificados con el rol de quien debe imponer ciertas directivas, amparados en diversas reglas (*guidelines* o similares). Con toda justificación, claro está. Pero casi olvidando que el paciente piensa, siente, distinto.

En el fondo, como suele decirse, los extremos se tocan por las puntas: el médico tiene una idea de la enfermedad como proceso ahistórico, no contextual, reduccionista biológica, fuertemente ligado a la farma-

cológia. Hemos pensado que la estructura mental del médico tiende a la "alexitimización del alexitímico"; es decir, a favorecer en la interacción con su paciente los procesos de carácter disociativo, de negación y disociación. ¿Hace falta mucha información, hoy día, para que un hombre de más de cuarenta años, con sobrepeso ostensible, sedentario, que bebe algo más de la cuenta y corre de aquí para allá, sepa que puede tener algún problema cardiocirculatorio? ¿Por qué motivo una persona que sabe hacer las compras en un supermercado deja de tomar un remedio "porque no sabía"? Tanto las entrevistas como otras fuentes de datos indican que el concepto médico usual del par enfermedad-salud no favorece el desarrollo de la adhesión.

### La "cosificación" del concepto de Stress

En el trabajo realizado puede notarse que el vocablo *stress* asume, cual un imán, numerosas ideas que podrían remitir al malestar psíquico. El Stress, ahora con mayúsculas, una descripción en el plano fisiológico de todos los procesos vitales, aparece como una cosa en sí, "cosificado"; llevado a un nivel plano, achatado por lo concreto, como algo que con sólo nombrarlo sería suficiente. En los médicos entrevistados son frecuentes las expresiones, en relación a indicaciones a pacientes, del tipo de "reducir el nivel de stress", "bajar el stress", "parar con el stress". Se entiende que el uso de término, mucho más allá del error conceptual teórico que va implícito, habla de cierta incapacidad para hablar lisa y llanamente con el paciente, para desarrollar una relación empática, continente.

El Stress no parece un concepto como la sal o el sobrepeso. El Stress, una vez que se ha podido articular el plano que le es primitivamente propio con los procesos psíquicos superiores, no es otra cosa que la consecuencia inevitable del suceder del vivir. Y de esto último parece necesario ocuparse hablando de adhesión. Sin ambages o raros modismos.

### La cuestión de "la cifra"

El momento de la noticia es siempre traumático. La cifra, no solamente de la presión arterial anómala, de cualquier otro parámetro también, es siempre un habitante de los consultorios médicos.

*"No puede ser..., yo soy de 12/8, toda la vida..."; "Es raro...¿estará bien el aparato?... , perdone doctor"; "Mirá vos... nunca me pasó".*

Es una especie de testimonio sobre el cual se entretejen diagnósticos, pronósticos, terapéuticas. En fin, destinos. El número toma lugar relevante en la escena; impostergable, tarde o temprano, vendrá a ocupar irremisiblemente su espacio. A modo de un tirano que ha sacado su carta de ciudadanía en los terrenos ineludibles de la fisiología, la cifra es una palabra que viene a recubrir con cierto sentido las imágenes de complejos mecanismos neurohumorales que habitan nuestro interior.

*"Doctor, ¿cuánto tengo?" es la pregunta, casi ruego, que siempre se espera. Tanto por el paciente como por el médico. "¿Cómo ando hoy?"*

El "no puede ser..." tiene diferentes acepciones según diferentes momentos. Siempre desconocimiento, es en la emergencia de lo agudo, en el primer choque con esa realidad que se presenta como nueva, extraña. Momento traumático, es entendible, por ende esperable. Pero pasado este momento inicial, el "no puede ser" puede cobrar otro sentido: el "no es, no existe". Es el campo de un mecanismo usual en los humanos, muy frecuente en los consultorios médicos. Desde ya en diferentes tipos de casos, mucho en hipertensos. Mezcla de conocer y desconocer, de aceptación y rechazo, este estado puede entenderse desde el concepto freudiano de "escisión del yo": "no soy hipertenso", "sí soy hipertenso", al mismo tiempo, pero como en imaginarias provincias psíquicas separadas, independientes.

Veamos estos pasajes donde dos entrevistados nos informan sobre el tema. El primero, médico rural; el segundo, un joven internista.

*191- Eor: ¿Vos le decís la cifra?*

*192- MCREo1: Eh, hay, hay personas, este, que por más confianza que tengan con el médico, pareciera que el aparatito les da miedo, y si me da alta la primera vez, y la segunda me da normal o casi normal, este, no se la digo. Está bien.*

1 En adelante, la sigla Eor significa "entrevistador" y las iniciadas con la letra M "médico entrevistado", con su correspondiente clave de identificación (que incluye especialidad y ámbito de trabajo). El número que antecede a cada intervención es el correspondiente a las tomas de turno en el diálogo. La desgrabación respeta todas las emisiones registradas.

193- Eor: *¿Y si él te la pregunta?*

194- MCREo1: *(Silencio) Cuando, sí, eh, si está muy, muy alta, no se la digo, si está muy, muy alta no se la digo.*

186- Eor: *¿Vos le decís el valor de la presión al paciente?*

187- MCUEo9: *Sí. Eh... (hace una pausa breve)... generalmente, le tomo dos veces, o dos o tres veces, depende los valores que haya tomado...*

188- Eor: *Mmm.*

189- MCUEo9: *...manejando los tiempos.*

190- Eor: *¿Y, y...*

191- MCUEo9: *Si después lo...*

192- Eor: *...cómo hacés con esa información?*

193- MCUEo9: *(Hace una pausa) Generalmente, si está muy alta, le digo que está un poco alta la presión.*

194- Eor: *Así expresás, usás esa palabra...*

195- MCUEo9: *Ajá. Sí.*

Un momento difícil de la consulta. El momento de una cierta desilusión. De un cierto duelo. El médico es sensible a esto. No sólo porque debe intentar ciertas operaciones técnicas comunes para tratar de mejorar su diagnóstico (por ejemplo, ver si se trata de una hipertensión establecida, sostenida; analizar aspectos etiológicos y fisiopatológicos; valorar el nivel de severidad; las repercusiones sobre los distintos sistemas; otras perturbaciones metabólicas asociadas; si se trata de una "hipertensión de guardapolvo blanco", etc.), sino también porque debe comunicarle esto a su paciente. Este es el momento que algunos caracterizan como aquél que hace surgir lo que se entiende como cierto "paternalismo" médico. Lo que llevaría a no comunicar el valor exacto, eventualmente dando ciertos rodeos, comunicando valores menores ("está un poco alta...").

Cualquier médico sabe que los pacientes no son números. Menos ciertos valores ligados a diferentes parámetros fisiológicos. Sin embargo, es evidente que cierta desilusión sobreviene ante el quiebre de un ideal. Una concepción "numerológica" de la vida parece impregnar la escena atrapando las emociones. Es el momento en

que una epistemología muy acendrada en el pensamiento general, incluyendo el médico irrumpe: un modo de pensar que implica la primacía de número como dato. Esta errónea analogía, cristaliza el conjunto de relaciones, de pautas vinculares, propias de los hechos.

### Sobre los afectos

El análisis de los *corpus* obtenidos en las entrevistas a médicos muestra escasos vocablos donde se alude a cuestiones sobre afectos. De hecho, es sabido, lo emocional adquiere siempre muy rica expresión tanto en lo prosódico, la entonación, como la toma de turnos de la conversación, las superposiciones, etc. Por supuesto de mucho más valor semiológico, indicativo, que el valor semántico de las palabras. Todos estos elementos fueron atendidos en la tarea de análisis de datos. Pero recortando un aspecto, el de los términos utilizados, es evidente que los más usados sean el sustantivo "miedo" y el verbo "asustar", con sus series afines. El médico parece estar muy preocupado por "asustar" o, inversamente como aparece en lo implícito de su discurso, por ser "asustado".

La emergencia de lo afectivo en las entrevistas, más allá de las ataduras que pueden suponerse vinculadas a la modalidad semiestructurada, se dio –como era esperable– en relación al mismo contexto creado. Un médico entrevistando a otros médicos, hablando de lo que hacen o dejan de hacer, ingresando a sus consultorios. A sus vidas. Pero el hablar de emociones, sobre todo las de los otros, apareció siempre como un hecho "de lado", que discurría mansamente, ingenuamente diría, en el diálogo. Es así como parece interesante este tipo de análisis, en tanto emergencias frescas acerca de cómo se entienden ciertas experiencias en el consultorio cotidiano.

12- MCaEo6: *(...) Lo que se ha hecho en el sida por el pavor, el pavor que causó saber que el sida había entrado en la Argentina y que, eh, en pocos meses nos dimos cuenta que esa proyección que hacían para el futuro era verdad y que se iba a hacer peor, y ese pavor hizo que se bajen líneas de todos lados, como se han hecho para otras cosas, como no se hace para el alcoholismo, como no se hace para el alcoholismo, por ejemplo. Eh, si no se hace todo en conjunto, es decir, todos estamentos que son las entidades que tendrían que poder, eh, poder, tienen poder como para bajar líneas a través de los medios. (...) Campañas serias, que no asusten a la gente, que no asusten a la gente, que, que la responsabilicen...*

40- MCREo1: *Bueno, en el consultorio, tratar de que convencerlo de que la hipertensión no perdona, que, eh, los*

casos muy frecuentes quedan hemipléjicos, ¿no es cierto?, y por más, este, rehabilitación que haga siempre queda alguna secuela, y que, mmm, en el peor de los casos se muere, ¿no es cierto? Eh, en las personas jóvenes, ge, generalmente, no, no lo creen o no son, no se convencen; el viejo te dice “y, bué, yo soy viejo, si total me muero, me muero”. Pero lo que sí digo que la gente se asusta un poco cuando uno le dice que puede quedar hemipléjico.

(...)

42- MCREo1: Entonces, hacer hincapié en el consultorio de que, mirá, puede quedar, así hablándole vulgarmente, mirá puede quedar parálitico sino te cuidás. Este, eso infunde mucho más temor que decir, este, infunde más miedo que quede parálitico que, que morirse parecería, ¿no es cierto?

.....

130- MCBEO2: (...) Porque los pacientes que tienen más riesgos, aparentemente, son los que por miedo, bueno, no sé qué circunstancia, son los que menos adhesión tienen. (...)

.....

18- MCAEO10: ...me parece a mí. Uno es, eh, la edad, la edad es un determinante para mí que quiebra los, este, el, el tipo de adhesión. Generalmente, el hombre o la mujer, este, de edad más avanzada tiene mucha adhesión, una adhesión te diría que total. Supongo yo que por allí es porque tienen más miedos, este, internos a enfermedades y complicaciones. No así el enfermo joven...

(...)

40- MCAEO10: Hay muchas indicaciones de muchos médicos y le, y a todos les ponen miedo. (...)

(...)

.....

28- MNEo7: (...) Eh, yo no soy de, de asustar a la gente, me gusta informarla. Claro, hay veces que vos informándola sin darte cuenta lo estás asustando, por eso trato, no la primera entrevista, sino en la segunda o tercera cuando ya completo los estudios, voy conociendo al paciente, se siente más relajado conmigo, recién en esa en, en, entrevista en la cual estén dadas esas condiciones, de darle inf, información. Es, es curioso, yo lo veo, por ejemplo, a mi socio, da, da información, a lo mejor la misma que la mía,

pero la gente con él sale aterrizada, y conmigo no tanto, o sea, sale más, más tranquila.

(...)

34- MNEo7: (...) hay algunos pacientes me dicen “doctor después que hablé con su socio, quedé aterrizado, lloré tres días”. (...)

.....

223- MCEo9: (...) Entonces, uno lo revisó, lo sienta acá, tiene 20/14, entonces, bueno, trata de no asustarlo, y bueno, bueno, de revisar, eh, seguirlo interrogando, escribir la ficha, y vuelve a tomarle la presión. Generalmente, en vez de 20/14 tiene 18/12. (...)

(...)

225- MCEo9: (...) creo que es para no asustarlo. (...)

Más allá de las consideraciones sobre el miedo, una emoción que puede considerarse básica, al servicio de la supervivencia, estos párrafos parecen tener cierto aire propio de los cuentos infantiles. Susto, terror, pavor, ya sea como evidencia, ya sea como situación a evitar. Una casi exclusiva, monotemática, alusión a la categoría de los afectos. Reiteración que puede estar indicando cierta dificultad en el médico para la tramitación de la situación con su paciente.

Así es como en un caso, el médico ante un paciente que le juega una “carta mayor”, la muerte, termina diciéndole: “no digas esa macana, por favor...”.

55- Eor: (...) Eh, al principio, me contaste que por ahí los viejos son como un poco más dóciles, pero también ahora me decís que te dicen “bueno, si me muero, me muero”.

56- MCREo1: Sí, sí.

57- Eor: ¿Vos, vos qué hacés cuando te dicen esas cosas?

58- MCREo1: “Eh!, no digas esa macana, por favor...”

59- Eor: Ajá.

60- MCREo1: ...déjate de joder”; si tengo confianza, “dejáte de hinchar, cómo decís...”

61- Eor: Sí, sí.

62- MCREo1: ...decís eso, qué sé yo, por qué decís eso”.

En esta secuencia parece haber una reversión de la perspectiva. El paciente dice “bueno, si me muero, me muero”. Ha jugado otra carta. El médico parece quedar sin salida. O mejor dicho, con una muy conocida, sin otro valor argumentativo que el de poder obturar el diálogo. Le dice “...dejate de joder”.

Mal que nos pese, no sólo en el ámbito de la práctica médica, sino también en otros campos afines, parece cierto que muchas dificultades de procedimiento suelen recaer en el paciente como único causante. Los médicos, supuestos navegantes por los territorios del dolor y la muerte, parecemos tanto o más frágiles que nuestros pacientes. No se entienda que deberíamos transformarnos en superhombres, en invulnerables. Nada de eso. Pero sí parece necesario tener una cierta capacidad interna de contener las representaciones mentales con las que de continuo nos enfrentamos. “Esa macana...” es una omnipresencia en el acto médico.

### ¿Cree el médico que el paciente tiene creencias?

Todo encuentro humano supone una relación. Una relación intersubjetiva. La relación médico paciente no escapa a esta regla. Hemos visto cómo se delinean dos modos de pensar distintos en ambos actores de dicha escena.

La palabra de los médicos, más allá de ciertas diferencias de color, parece resumirse en algo común: es el paciente el que debe aprender, comprender, ser informado, ser hablado, ser conversado. En general hay un solo sentido, el que va hacia el paciente. A modo de proceso instructivo. No de perturbación de una legalidad diferente, inherente al propio paciente, con sus creencias, con su propia subjetividad. Todo parece basarse en el “entusiasmo” voluntarista por una cierta docencia, en un “estar convencido” de que las cosas deben hacerse de tal modo, so pena de “quedar frustrado”. La cuestión parece resumirse a la suposición, con cierto aire de suficiencia ingenua, de que con observar ciertas cuestiones el paciente “entenderá adhiriéndose”.

No es el caso de negar la loable intención de proveer al otro lo que se supone mejor, deseable en defensa de la salud. Inclusive lo que manifiestamente el mismo paciente dice venir a buscar del médico. Lo que se plantea es el modo cómo se visualiza esa operación.

Lo intersubjetivo parece sometido a la idea de que el otro, el paciente, deberá operar como mera plantilla de un cierto troquel. Que está “en las manos”, léase “en las ideas”, del médico. Idea de un proceso informacional no dialógico, donde las creencias de uno de los términos, el paciente, deben disolverse en las de otro, el médico.

En un texto que no se inscribe en un contexto. No habría dudas de que los médicos creen que sus pacientes tienen mentes; pero no parecen con aptitudes para “mentalizar sobre las mentes”. Desde esta postura es posible pensar que el acto médico, en no pocas situaciones, curse sobre ciertas bases “autísticas”, donde cada uno de los componentes de la relación, incluyendo las familias y las instituciones, vivan en sus respectivos mundos.

### El médico como hipertenso

Como era dable esperar muchos de los médicos varones estudiados tenían hipertensión. Veamos un diálogo prototípico.

149- Eor: *Bueno. Te haría, para ir terminando, una pregunta un poquito más personal. Eh, ¿vos tenés presión arterial elevada?*

150- M<sub>CaEo6</sub>: *Bueno, soy hipertenso yo.*

151- Eor: *Bien.*

152- M<sub>CaEo6</sub>: *Soy hipertenso.*

153- Eor: *¿Qué me podés contar de eso? ¿Cómo, cómo...*

154- M<sub>CaEo6</sub>: *Eh, tengo, a lo mejor, la suerte de que tomo los priles comunes y silvestres, eh, y que cuando me tomo la presión la tengo normal.*

155- Eor: *¿Quién, quién te atiende por la presión?*

156- M<sub>CaEo6</sub>: *Eh, ésa es la pregunta, eh, más hermosa que me han hecho en toda mi vida, que estaba esperando que alguna vez alguien me la haga para, para que me empuje a hacerme ver.*

157- Eor: *(Se ríe)*

“La pregunta más hermosa que me han hecho en toda mi vida, que estaba esperando...”. Esto dice un entrevistado. Que se reconoce hipertenso, con “la suerte de que tomo los priles comunes y silvestres, ...y que cuando me tomo la presión la tengo normal”. Este médico es su propio médico. Lo que es lo mismo que decir que no hay médico; pues sólo se es tal en presencia de otro que lo demande desde el plano simbólico. Uno puede imaginar una especial partición de la identidad, donde una parte de un mismo sujeto pueda llamarse a sí misma “médico”, frente a otra “no médico”. Tal vez

podría concedérsele cierta funcionalidad, por algunos momentos, acaso iniciales; como una especie de “parte médica de la personalidad”, que pueda pensarnos, a todos, médicos o no, en torno a nuestros padeceres. Ya se sabe: “de médico, de poeta, de loco, todos tenemos un poco”. Pero claro, esto es muy distinto, suena muy distinto a “no tener” médico. Una confusión entre el ser y el tener. “Ser” no es aquí “tener”. Tener supone un atributo logrado por la experiencia concreta. De ahí que se diga corrientemente “ver a un médico”. El “ver” alude a lo perceptivo en acción, a lo emocional que discurre en el lazo relacional. Como en todo lo humano, antes que nada. Los complejos emoción-acción, ligados a las imágenes, son los ladrillos, los componentes molares, elementales, de nuestra vida anímica. Sobre ellos se erige después el edificio esplendoroso del lenguaje, con su esfuerzo por nombrar. Tener un médico implica el pasaje de una experiencia emocional donde la necesidad del otro se va cristalizando en una lucha donde la ambivalencia no está ausente. Y donde el eje motivacional del apego está sumamente activo: la natural tendencia a la búsqueda de la protección, de la seguridad, de la confianza se desenvuelve en el juego de la díada paciente-médico. Encuentro que ingresa a un proceso habitualmente regido por nuestras mociones inconscientes.

### El médico como educador

288- MCBEo8: *...no querer darle todo, ¿no? Ir dándole de a poquito las cosas, ¿no?, ir administrándosela de a poco, bueno, hoy vamos a hablar de este, esta cosa que usted está haciendo, que está, como te digo, enseñarles a caminar, enseñarles a comer, enseñarles...*

“Dándole de a poquito las cosas...” “...de a poco...” “hoy vamos a hablar de...” “Enseñarles a caminar, enseñarles a comer, enseñarles...” La insistencia, notable, no debe extrañar. La idea del médico como educador tiene tan antiguos orígenes como la de la misma institución médica. Institución que viene a cristalizar un imaginario social con el que busca establecer un vigoroso círculo de tramitaciones autolegitimantes, en ida y vuelta. El médico como docente representa en ese imaginario un valor, al que todos deben aspirar, tanto sea el mismo médico como el paciente.

131- MCUEo9: *No, creo que, como cuando uno educa o lo han educado a uno, hay que insistir, insistir, digamos con que uno tenga una sola entrevista es...*

132- Eor: *Mmm.*

133- MCUEo9: *...abí el paciente no se engancha. Pero si uno logra engancharlo, eh, en cada visita volverle a insistir y volverle a repetir lo importante que es y lo que, lo que es lo no farmacológico, el gran peso que tiene, lo que es tratar de hacer algo de ejercicio, cuidarse en las comidas, eh...*

La concepción educativa aparece en el centro de esta trascendente cuestión. El entrevistado, que dicho sea de paso alude a su propia educación, está muy preocupado por “enganchar” a su paciente. El término que utiliza nos exime de mayores disquisiciones. Se trata de “pescarlo”, de “ganarlo” a sus ideas. Es cuestión de tiempo; claro, con una consulta sola tal vez no se pueda. Un feliz argumento, el de un proceso que requiere su tiempo para un desenvolvimiento paulatino, la adhesión al tratamiento, queda subsumido a un pensamiento de carácter directivo. Donde la acción médica operaría antes que nada como “instrucción” antes que como “perturbación”. Sobre el supuesto de que el paciente es algo así como un reservorio donde pueden incorporársele ciertos conocimientos, que irán a ocupar ciertos espacios de su estantería mental, antes que un ser autónomo a quien pueden ofrecérsele ciertas ideas con las que pueda jugar en pos de una combinatoria personal. El aprendizaje concebido como “instrucción” supone atender más a un círculo cognitivo exterior, rígido y limitante, que a una “perturbación” que tienda a nuevos horizontes, a un nuevo intento de significar el mundo, a una praxis emancipatoria. Que en el caso del hipertenso, como de cualquier paciente, como de cualquier otro hombre, tienda a un incremento de sus interrogaciones. Una emancipación de sus repeticiones autovalidadas.

97- MCUEo9: *...¿mmm?, porque uno más o menos conoce, o sea, cómo es ese paciente, entonces, bueno, uno se pone el desafío de tratar de encarrilarlo y de, de que él tome, eh, cambiarle el estilo, eh, de vida o, eh, educarlo en tomar la medicación, creo que inicialmente es un desafío.*

98- Eor: *Mmm.*

99- MCUEo9: *Después cuando uno ve que no lo logra (comienza a retirarse) se convierte en una pesadilla.*

100- Eor: *¿Una pesadilla? (Pregunta sonriéndose)*

101- MCUEo9: *Sí. Eh, y sí porque uno, eh, uno trata de educarlo en cada visita...*

La pesadilla es la del alma en pena que retorna. Retorna en el llamado problema de la adhesión al tratamiento. En tanto no parece posible desde este tipo de

educación. Que adquiere proporciones de disciplinamiento. Disciplinamiento que es antes que nada de tipo social. Y que el médico, en la absoluta ignorancia de su origen, colabora ingentemente a consolidar.

La formación médica corriente asienta sobre la heteronomía, en tanto la enfermedad es un producto ajeno a las determinaciones histórico sociales. Que debe ser erradicado, con una actitud “higienista” y disciplinar.

*95- MCUEo11: Es una de las cosas que hay que hacerle entender al paciente, que no tome la medicación en base a sus síntomas. Otra consulta frecuente “no, doctor, no la tomé”, “¿por qué?”, “y porque me sentía bien, no tenía presión”, “¿y cómo sabe usted que no tenía presión?”, “y porque no me dolía la...”*

El médico ha sufrido, y sufre, también por que le “han hecho entender”. De esta idea de “entender” como padecer una especie de troquelado mental que, aunque condenado al fracaso, no deja de ejercer sus efectos empobrecedores. Y por eso tal vez, dicho no sin cierta ironía, “identificado con el agresor”, termina por tratar de “hacerle entender al paciente”.

Este sesgo se refleja en el campo de la llamada Educación para la Salud, con su modalidad de intervención, tan vecinas a la propaganda. En su libro ya mencionado (“Buenas noticias sobre la hipertensión arterial”) Pickering, uno de los investigadores de mayor circulación internacional, dice a los pacientes hipertensos:

*“Para la mayoría de la gente con hipertensión ésta es una condición de por vida cuya causa todavía se desconoce, aunque se supone que tanto los factores hereditarios como el ambiente tienen alguna relación con la misma. Es que existen muchas cosas que uno puede hacer para mantener su presión sanguínea debidamente controlada y evitar sus consecuencias. El conocimiento es poder, y el propósito de este libro es indicar al lector qué es lo que necesita conocer, con el fin de manejarse adecuadamente con su hipertensión y lograr una vida prolongada y productiva”.*

*“El propósito de este libro es indicar...”*. A confesión de parte, relevo de prueba, nos dice la famosa expresión. Es que Pickering es sin dudas, lejos, uno de los referentes más conspicuos del pensamiento médico contemporáneo, digamos oficial, en hipertensión. Su idea, en este libro de divulgación publicado por Granica Salud, es “indicar”, a modo de señalar un camino. El camino de lo que el paciente “necesita conocer”, para “manejarse adecuadamente”.

De paso, alude a la fórmula de Auguste Comte, “conocer es poder”. Y nos trae, de un plumazo, el “pri-

mer mundo *shopping*” a la mano: uno va un domingo por estos grandes negocios, compra un libro, sin más trámite lee sobre el tema. Y listo. Una fabulosa, velocísima propuesta del conocimiento ligado al poder, a la visión pragmatista que ilusoriamente se nos ofrece.

*“En el pasado, la actitud de muchos médicos hacia sus pacientes era más bien paternalista. Si uno era un paciente con hipertensión, esto podía hacer que su médico fuese renuente a informarle cuál era en realidad su presión, y que simplemente le recetara algún medicamento y le indicara tomarlo. El paciente de hoy en día no es un mero consumidor de píldoras, sino un consumidor educado e informado”.*

Este afamado hipertensiólogo afirma aquello del modelo paternalista de la relación médico paciente atribuida a cierto pasado, tal vez de los primeros cincuenta o sesenta años del siglo pasado. Ahora el paciente no parece ser tratado paternalistamente, al menos por el médico. Ahora, “el padre”, parece ser el mercado. El paciente es un “consumidor”, “educado” e “informado”.

Si bien admite que la práctica médica ha experimentado grandes cambios, tal como ya deja entrever en lo antedicho, añade que las obras sociales y las prepagas obligan al médico a incrementar su productividad, lo que lo llevaría a no atender las dudas de los pacientes y a adoptar el clásico “Que pase el próximo, por favor”. Inmediatamente confiesa:

*“Mi razón para escribir este libro fue tratar de proveer respuestas a preguntas que mis pacientes frecuentemente me formulan sobre su presión sanguínea, pero que me encuentran demasiado ocupado como para contestarlas en detalle. No puedo ofrecer mejoras rápidas o curas mágicas, pero puedo suministrar un panorama equilibrado de los hechos”.*

Este informante, que bien puede ser tomado como clave, no duda en proclamar la cuestión del tiempo, que parece tomar como negativa. Sin embargo, él también se encuentra “demasiado ocupado”. Entonces ha escrito un libro, donde sus pacientes encontrarán respuestas “equilibradas”.

El texto, de 423 páginas, tiene veintisiete capítulos, un glosario y su índice, además del prólogo ya citado. Su escritura, si bien relativamente coloquial, no abandona nunca el modelo informativo clásico de los textos médicos. Su nivel es apropiado solamente para un médico, con descripciones bastante detalladas de aspectos fisiopatológicos, terapéuticos, etc. De ninguna manera podría ser tomado como un texto de divulgación. Lo que supone una seria dificultad para el lector medio, sin formación específica, sin contar el costo del ejemplar,

que rozaba a fines de 1999 los cuarenta pesos. Cuando éramos “primer mundo”... Las obras nacionales de este tipo siguen parecidos lineamientos.

### Hacia la deconstrucción de la “adhesión al tratamiento”

Hemos visto al principio algo sobre la palabra adhesión. Lo mismo que adherente o adherencia, resulta de índole fiscalista. Remiten fácilmente a “pegarse”, a “pegamento”; su sentido como enlace o unión es relativamente de poco uso coloquial. Tal vez la proclividad a seguir las grandes metrópolis nos lleve a su empleo. A mi criterio este término es casi un barbarismo. Creo que alguien al estilo de un Borges no dudaría en distinguirla como una palabra bastante “fea”, sobre todo por lo inadecuada. Es posible que en inglés *adherence* tenga otro sentido, más ligado a lealtad, devoción o apego, también a la condición de partidario. Para nosotros los médicos “adherencia” siempre nos acercó más a la idea de una brida postquirúrgica que a cualquier otra cosa. Y si nos detenemos otro poco en *compliance* veremos que el problema es aún mayor. Por eso casi nadie usa en nuestro idioma “complacencia”, un vocablo que nítidamente alude a rendirse en conformidad, en devoto acuerdo o satisfacción. Los médicos conocemos sobre la “*compliance* pulmonar”, juego de volúmenes y presión acordes en la física del aparato respiratorio. Lo mismo que “complacencia somática” (por *somatic compliance*), término de raigambre psicoanalítica, que señala en el caso de las conversiones histéricas un cierto enlace histórico, que favorece la elección inconsciente del órgano ligado al síntoma. Otros han preferido, para este caso, traducir *compliance* como facilitación, hablan de “facilitación somática”. No obstante, lejos de este tipo de problemas, hay quienes no se detienen en lo que consideran cuestiones menores y directamente usan el término en inglés: dicen “*compliance* al tratamiento”.

A esta altura será bueno abandonar estas intelecciones lingüísticas y tratar de acceder a alguna otra conclusión. Que como siempre, es recomendable que no sea otra cosa que una pauta absolutamente arbitraria. No porque la discusión carezca de rigor, si no porque la indagación exige siempre la reiteración. Concluir no debe ser nunca otra cosa que un punto donde se decide, transitoriamente, detener la intelección. Lo que resulta coherente con la idea de la deconstrucción en tanto ésta no es otra cosa que un repensar lo cotidiano, lo familiar.

De acuerdo a sus seguidores, cuando a finales de los años 60 Jacques Derrida empleó el término deconstrucción posiblemente ignoraba que dicha palabra terminaría identificando un quehacer filosófico, con tanto impacto no sólo en su dominio específico, sino también

en el análisis de las instituciones, como bien podría ser la Medicina en su sentido amplio. O en la política, el derecho, la arquitectura, la crítica literaria o la estética.

La deconstrucción del concepto de adhesión al tratamiento, mediante la labor realizada, busca desmontar una suerte de edificio construido, a fin de conocer cómo ha sido hecho, cuales son los ensambles y articulaciones entre sus elementos. Pero, fundamentalmente, se ha interesado en constatar los elementos ocultos en esa estructura tan familiar. Tratando de reconocer lo no familiar dentro de lo familiar.

Plantearemos que en el mismo término adhesión está la dificultad del tratamiento. Toda una paradoja. Es posible que algún desprevenido y no menos benevolente lector, habiendo llegado a esta altura del escrito, esté sumamente inquieto pensando en cuáles serían las negras motivaciones del autor. ¿Por qué tanto cuestionar tan legítima tendencia de los profesionales de la salud? Qué mejor que intentar favorecer procesos altamente positivos, tratando que nuestros pacientes “adhieran”? Por eso conviene tener muy en cuenta que deconstruir no es destruir. Deconstruir, casi irremediamente, lleva siempre a una nueva construcción. Que irremediamente sufrirá, en el mejor de los casos, un nuevo proceso del tipo que estamos tratando.

La visión de lo no familiar en lo familiar, de lo desconocido dentro de lo conocido, ejerce siempre un efecto de fuerte desagrado, atemorizante. Una vivencia siniestra. Como en los cuentos de Edgar Allan Poe. Los puntos anteriormente expuestos indican que el tratamiento corre el riesgo de plantearse como una exterioridad al paciente. Donde éste debe “adherirse a la adhesión”. Y así al tratamiento. Tal vez deberíamos volver a hablar de tratamiento a secas. Por que en el tratamiento, como cualquier otra fase de la labor médica es siempre necesaria una actitud relacional, una deriva conjunta. El tratamiento no debería pensarse como un derrotero pre-establecido, con un capitán arrojado y un grumete valeroso. No se trata de plantear una falsa simetría entre médico y paciente. Lo que debe ser simétrico no es el conocimiento de ciertas particularidades clínico patológicas, sino, justamente, la singularidad del modo de trato. Donde el médico esté en condiciones de poder reconocer las creencias, los sentimientos, las elecciones de los otros. Y de él mismo, claro está. Tratar a un paciente, mejor dicho tratarse con un paciente y su familia, supone ingresar a un derrotero que no tiene otra cosa que un norte ideal, donde la traza será tan única como se pueda. Sin “pegamentos” ni otras soluciones que no sean la tendencia a aumentar la capacidad de pensamiento. Propendiendo a un encuentro intersubjetivo, con una ética y una estética donde se busque desinstalar el autoritarismo, en pro de la autonomía del otro. Donde el criterio de educación pase

por acciones que intenten favorecer una y otra vez la autonomía de cada uno. Es tal vez por este camino que la propia Medicina contemporánea volverá a reencaminarse por mejores sendas, de las que a veces parece irremediablemente alejarse.

Los ecos de ciertas tendencias que abogan por lo Interdisciplinar parecen señalar que el médico podría disminuir sus responsabilidades en la llamada adhesión, rindiendo en favor de otros profesionales aspectos vinculados a la misma. Es posible que esta tendencia no marque nada más que lo ya conocido con las superespecializaciones y otras maneras de atomizar nuestra labor. ¿Llegaremos a tener "adhesólogos"...?

La Interdisciplina, mucho antes que aspectos operativos, de implementación, implica una concepción, una manera de pensar. Y esto, antes que nada, tiene que ver con nuestra formación. Todo tratamiento, sin ninguna otra adjetivación, involucraría la premisa fundamental de considerar el psiquismo del propio médico

como el elemento fundamental de dicha práctica. Psiquismo que, en toda su extensión, siempre implica el de los otros, es decir el del paciente y su familia, en el marco de las instituciones que lo incluyen. Psiquismo que no podrá olvidar sus determinaciones inconscientes, que de continuo demandan un necesario trabajo de develamiento, que aunque constante, conviene pensar que siempre será incompleto. Las vicisitudes de la adhesión no son otras que las del tratamiento mismo.

El espíritu de la deconstrucción, que como quedó dicho tiende a la desinstalación de lo negado o repudiado desde nuestro frágil discurso consciente, nos viene a demandar por el uso del concepto de adhesión. Para evitar ceder en las palabras antes de terminar cediendo en los hechos.

(Recibido: diciembre de 2004. Aceptado: marzo de 2005)

## BIBLIOGRAFÍA

- Abecasis I. *Biografía del hipertenso esencial*. Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, 1969.
- Abecasis I. *La salud psíquica de los médicos*, Rev Psiq Dinám Salud Mental, Instituto de Psicología y Psicopatología P. Pinel 2:6, 1986.
- Adorno TW, Popper KR, Dahrendorf R, Habermas J. *La lógica de las ciencias sociales*. Grijalbo; México, 1978.
- American Heart Association: *High blood pressure statistics*. www.americanheart.org, 2001.
- Bruner J. *Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Gedisa; Barcelona, 1987.
- Castiel LD, Conte Póvoa E. *Dr. Sackett & 'Mr. Sacketeer'...Encanto y desencanto en el reino de la "expertise" en Medicina Basada en Evidencia*. Cuadernos Médico Sociales (80):37-49, 2001.
- Castoriadis C. *La institución imaginaria de la sociedad, Vol 1: Marxismo y teoría revolucionaria*. Tusquets; Barcelona, 1983.
- Castoriadis C. *Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto*. Gedisa, Barcelona, 1988.
- Castoriadis C. *Poder, política, autonomía*. Archipiélago, 4; 1990.
- Dorato D, Allegretti R. *El trabajo médico en el contexto de la globalización*. Documento del Sindicato Médico de la República Argentina, 2000.
- Derrida J. *Deconstrucción y Pragmatismo*. Paidós; Buenos Aires, 1998.
- Enstrom I, Pennert K, Lindholm LH. *Durability of improvement achieved in a clinical trial. Is compliance an issue?* J Fam Practice 49:634-7, 2000.
- Fábregues G. *Manual del paciente hipertenso*. Sociedad Argentina de Cardiología; Buenos Aires, 1997.
- Ferrater Mora J. *Diccionario Filosófico*. Labor; Barcelona, 1994.
- Frenquelli R, Barroso V, Cavatorta R, y col. *Acerca de los 'mitos' en hipertensión arterial. Hacia la construcción de un nuevo paradigma en Medicina*. Actas del VII Congreso Interuniversitario Argentino de Medicina Interna. La Plata, 1997.
- Frenquelli R. *Conociendo al enemigo oculto. Un estudio cualitativo acerca del problema de la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario, 2001.
- Freud S. *Sobre la dinámica de la transferencia*. Obras Completas, Vol. XII. Amorrortu; Buenos Aires, 1980.
- Freud S. *Lo siniestro*. Obras Completas, Vol. XVII. Amorrortu; Buenos Aires, 1979.
- Freud, S. *La escisión del yo en el proceso defensivo*. Obras Completas, Vol. XXIII. Amorrortu; Buenos Aires, 1980.

- German PS. *Compliance and chronic disease*. Hypertension 11:56-60, 1988.
- Gumperz J. *Contextualization and understanding. Rethinking context. Language as an interactive phenomenon*. Cambridge University Press; Cambridge, 1993. Pp. 229-52.
- Laborit H. *L'Inhibition de l'action. Biologie, Physiologie, Psychologie, Sociologie*. Masson; París, 1981.
- Martínez Aménos A. *Estrategias para mejorar la observancia terapéutica en el hipertenso. Tratamiento de la hipertensión arterial. Estrategias e instrumentos*. Doyma; Barcelona, 1993.
- McLane C, Zyzanski SJ, Flocke SA. *Factors associated with medication noncompliance in rural hypertensive patients*. Am J Hypert 8:206-9, 1995.
- Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene I. *The multilevel compliance challenge: Recommendations for a call to action. A statement for healthcare professionals*. American Heart Association, 1996.
- Mykhalovskiy E, McCoy L, Bresalier M. *From compliance to medication practice. Exploring the health work of people living with HIV/AIDS*. En: "Vital Politics Conference". London School of Economics; Londres, 2003.
- Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics. *National Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES III, 1988-91)*. American Heart Association, 2001.
- Oxman C. *La entrevista de investigación en ciencias sociales*. Eudeba; Buenos Aires, 1998.
- Peretti C. *Deconstrucción*. En: "Diccionario de Herméutica" (A. Ortiz Osés y P. Lanceros, eds). Universidad de Deusto; Bilbao, 1998.
- Pickering TG. *Buenas noticias sobre hipertensión arterial*. Granica; Barcelona, 2000.
- Rosemberg WMC, Donald A. *Evidence based medicine: An approach to clinical problem solving*. Brit Med J 320:1122-6, 1995.
- Rudd P. *Clinicians and patients with hypertension: unsettled issues about compliance*. Am Heart J 130:572-9, 1995.
- Sackett DL, Haynes RD. *Compliance with therapeutic regimens*. The Johns Hopkins University Press; Baltimore, 1976.
- Salazar M, Carbajal H, Aizpurúa M, y col. *Prevención primaria de la hipertensión arterial. ¿Qué es lo más importante?* XVIII Congreso Nacional de Cardiología. Buenos Aires, 1999.
- National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. *The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*. Arch Intern Med 157:2413-46, 1997. Erratum en: Arch Intern Med 158:573, 1998.
- Weber MA, Radensky P. *Measurement of short-term, intermediate, and long-term outcome of treating hypertension*. Cardiology Clinics 14:131-42, 1996.
- Wigley M. *La deconstrucción del espacio. Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Paidós; Buenos Aires, 1994.
- World Health Organization. *WHO Cardiovascular Diseases: Programme, mission and activities*. Website: www.who.int, 2001.
- Williams G, Rodin G, Ryan R, y col. *Autonomous regulation and long term medication adherence in adult outpatients*. Health Psychology. American Psychological Association, 1998.

---

*A los veinte años, se cree resuelto el enigma del mundo; a los treinta se medita sobre él, y a los cuarenta se descubre que no tiene ninguna solución.*

AUGUST STRINDBERG