



ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA,  
METODOLOGÍAS E INTERDISCIPLINARIEDAD:  
DE LAS TEORÍA A LAS PRÁCTICAS  
ACADÉMICAS Y PROFESIONALES

Oriol Romaní, Cristina Larrea,  
José Fernandez (Coordinadora/es)

2

# **LA EXPERIENCIA DE LOS PADECIMIENTOS REUMÁTICOS EN UN GRUPO DE AUTOAYUDA EN LA CIUDAD DE BARCELONA: DESAFÍOS Y DILEMAS EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

ROSA MARÍA OSORIO CARRANZA

CIESAS-México

En este trabajo me interesa poner de relieve algunas reflexiones que emergen de la diversidad y complejidad de los problemas y temas abordados en el campo de investigación de las enfermedades crónicas y de qué manera esta creciente área de estudio requiere el desarrollo de nuevas y mayores destrezas teóricas y metodológicas como parte del trabajo del antropólogo. Ante esta situación, se plantean dos estrategias posibles y deseables, que no necesariamente son excluyentes entre sí. Por un lado, la búsqueda de trabajo en equipo interdisciplinario, que enriquezca los marcos explicativos desde múltiples perspectivas de análisis y por otro lado, la formación intensiva y especializada del investigador, que le permitan adiestrarse y/o actualizarse en nuevas líneas y que le posibiliten profundizar o al menos aproximarse a la variedad de enfoques, técnicas y resultados de investigaciones desarrolladas por colegas antropólogos y de otras disciplinas. Entre ambas estrategias, aparece toda una gama de posibilidades de investigación, que surgen de las condiciones y posibilidades reales y no ideales, del trabajo profesional del antropólogo.

Me interesa discutir esta problemática a la luz de una investigación específica que actualmente desarrollo de manera individual y que consiste en el análisis de la significación subjetiva y las consecuencias sociales de la cronicidad, a través de la reconstrucción de la experiencia del padecimiento, en un grupo de personas afectadas por enfermedades reumáticas, que participan en un grupo de autoayuda de la ciudad de Barcelona.

En este sentido, he organizado la comunicación en dos partes. En primer término, se exponen de manera global algunos aspectos referidos a la investigación propiamente dicha, para dar cuenta de los interrogantes, objetivos diseño metodológico planteado y algunos resultados parciales, señalando ciertas dificultades teórico-metodológicas con las que me he encontrado, que ponen en evidencia la necesidad de nuevos y permanentes aprendizajes tanto teóricos como técnicos. En la parte final, se proponen algunas reflexiones personales sobre los dilemas y desafíos que representa el estudio de las enfermedades crónicas y que a partir de esta y otras experiencias de investigación que he desarrollado o que conozco como antropóloga en México, enfatizan la necesidad de repensar los alcances y limitaciones tanto del trabajo individual y colectivo, como del manejo de un enfoque especializado o interdisciplinario.

## **1. LA CRONICIDAD COMO PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La investigación se propone analizar la problemática de la cronicidad entendiendo por ella el proceso sociocultural y subjetivo que se construye a partir de que un sujeto se encuentra en la situación de convivir cotidianamente, de manera prolongada o permanente con un daño, enfermedad, disfunción o discapacidad definida como “crónica” (Rosa María Osorio, 2007). Esta doble dimensión sociocultural y subjetiva de la cronicidad se condensa a través de la experiencia del padecimiento, donde es posible identificar y analizar los ejes estructurantes de la vida del enfermo crónico, reorganizada no sólo respecto de su estado de salud física o mental, sino en otros aspectos tales como el estilo de vida, la identidad del sujeto, su situación laboral, sus relaciones sociales, por mencionar algunos (Eduardo Menéndez, 1998). En función de su larga duración y su carácter relativamente permanente, el sujeto crónicamente enfermo y también su familia aprenden a convivir con el padecimiento y sus consecuencias. El enfermo crónico experimenta y aprende a reconocer un conjunto de huellas subjetivas y objetivas que el padecimiento ha ido inscribiendo en su vida. La cronicidad en este sentido, iría moldeando en la biografía del sujeto, las formas en que el padecer es asumido, interpretado y experimentado en las dimensiones de la

propia corporalidad, de sus actividades o sus relaciones sociales (Mary Jo Delvecchio-Good, et al, 1992).

La investigación se organizó en torno a varios aspectos que se hallan estrechamente interrelacionados, pero que para fines analíticos y expositivos, se estructuraron en cuatro ejes principales, la experiencia del padecimiento y biografía del sujeto, la trayectoria del padecimiento y sus itinerarios, las consecuencias derivadas y la relación del cuerpo con la enfermedad. A continuación se desarrolla brevemente cada uno de estos ejes:

### **1.1. Biografía y experiencia del padecimiento**

En primer término, se analizó la manera en que la biografía del enfermo reumático es reconstruida e interpretada a partir de los ejes estructurantes de la experiencia de su padecimiento, identificando las principales huellas que éste ha ido dejando a lo largo de su vida, reconfigurando su estilo de vida y resignificando el pasado, presente y futuro de su condición (Arthur Kleinman, 1988).

### **1.2. La trayectoria del padecimiento: itinerarios diagnósticos y terapéuticos**

Se planteó la recuperación de la trayectoria del padecimiento de acuerdo a la definición de Anselm Strauss, et al, que se refiere “no sólo al despliegue fisiológico de la enfermedad de una persona enferma, sino también a la organización total del trabajo hecho en el curso de ésta, además del impacto en aquellos implicados con este trabajo y su organización” (Strauss, et al, 1984: 64). Se utilizó como estrategia metodológica la reconstrucción de los itinerarios diagnósticos y terapéuticos recorridos y la evaluación de los mismos por parte del afectado. El itinerario diagnóstico se estableció desde los inicios de la sintomatología asociada, el proceso de búsqueda de diagnóstico definitivo, las dificultades encontradas en términos de precisión, retraso u oportunidad diagnóstica. Asimismo se indagó sobre la significación que tuvo el diagnóstico y pronóstico emitidos, y cuales fueron las reacciones que produjo esta información.

Por su parte, el itinerario terapéutico se refiere a la secuencia de recursos en la atención, cuidado y autoayuda que se han utilizado, los actores sociales que han participado y las decisiones y acciones instrumentadas para estos fines (Osorio, 2006). Se incluye una evaluación de la relación médico-paciente, de las terapéuticas utilizadas y una valoración que hace de su eficacia, ineficacia y/o iatrogenia asociadas, así como la adherencia a la prescripción médica (Rosario Otegui, 1998). Dentro de la trayectoria del padecimiento podemos identificar también los factores socioeconómicos que han limitado o favorecido la gestión de la enfermedad reumática, así como el papel que juega la red de apoyo familiar y el grupo de autoayuda al que pertenecen los entrevistados.

### **1.3. Principales consecuencias del padecimiento**

Una de las partes medulares de la investigación se centra en la identificación y análisis de las principales consecuencias que los sujetos afectados por estas enfermedades reumáticas reconocieron haber tenido en cuatro esferas fundamentales de su vida, las cuales se reflejan en sus condiciones de salud física, en sus relaciones dentro del ámbito familiar y social; en el plano psicológico-afectivo y en la esfera económico laboral (Gareth Williams, 1993).

Las consecuencias en la salud física se identificaron a partir de las afectaciones, discapacidades, disfunciones o limitaciones físicas derivadas de su padecimiento reumático crónico, con particular énfasis en las dificultades de movilidad, discapacidad y experiencia del dolor crónico que se asocia a las enfermedades reumáticas (Del Vecchio-Good, 1992; M.J. Devillard, et al., 1991).

Las consecuencias en sus relaciones en el ámbito familiar y social se abordaron en términos de las repercusiones percibidas en sus vínculos y actividades sociales, los cambios en su estilo de vida y si la persona afectada ha registrado una modificación positiva o negativa en las actitudes de quienes le rodean, así como el impacto de su padecimiento en la dinámica y organización familiar, los recursos de apoyo emocional o instrumental con que cuenta, así como el

reconocimiento de dificultades y conflictos derivados de esta situación (Susan Gregory, 2005).

Por su parte, las consecuencias en el plano afectivo-psicológico se lograron recuperar -si bien a un nivel relativamente superficial-, identificando los problemas derivados en términos de su adaptación, cambio o continuidad de la propia identidad, las repercusiones explícitas sobre su autoestima, en las representaciones de su autoimagen y en la mirada que de sí mismo reconoce en los otros (Erving Goffman, 1970). También nos adentramos un poco a la esfera de las emociones que el enfermo puede tener en el nivel más subjetivo, como pueden ser los sentimientos de sensaciones de tristeza, aislamiento, abandono, estoicismo o desesperanza, alegría, tranquilidad optimismo o pesimismo, incluyendo la referencia a determinados procesos de aceptación/negación, adaptación, duelo, o autorregulación, en las distintas etapas de su padecimiento (Robert Murphy, 1998).

Por último, las consecuencias económico-laborales se analizaron en función del impacto del padecimiento reumático en la vida laboral del sujeto; sus limitaciones o dificultades para llevar a cabo su trabajo; situaciones de bajas laborales, incapacidades médicas o despidos, etapas de desempleo o reinserción laboral derivados de su enfermedad y, a raíz de ello, la reorganización de la dinámica de vida personal y en la economía familiar, si quien enferma desempeña un rol de proveedor económico o no, sobre todo tomando en cuenta que las enfermedades reumáticas constituyen la primera causa de baja laboral en el contexto estudiado. (Devillard, 1991; Otegui, 1998).

#### **1.4. Cuerpo y enfermedad**

El último eje que se abordó, fue la dimensión de la corporalidad en el sentido de recuperar las representaciones, sensaciones y apropiaciones emocionales respecto del propio cuerpo que los sujetos construyen como producto del padecimiento reumático. Cuáles eran las representaciones respecto de su cuerpo percibido como vehículo, interlocutor, productor y/o víctima de la enfermedad, es decir, recuperando al cuerpo como mediador entre el sujeto y su padecer.

Donde éste se corporeiza, se realiza corporalmente (Thomas Csordas, 1994), en un proceso de diálogo donde el enfermo aprende a monitorear permanentemente su cuerpo, en búsqueda e interpretación de sus síntomas.

## 2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en un grupo de quince personas afectadas por algún tipo de enfermedad reumática, tales como artrosis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, esclerodermia, fibromialgia y lupus eritematoso. Se entrevistaron a diez mujeres y cinco hombres, con edades entre los 30 y los 70 años, aunque la mitad se hallaba cercana a los 50 años. Es decir, en su mayoría eran adultos jóvenes o maduros, pero con una larga experiencia del padecimiento, puesto que la mitad tenía entre quince y veinticinco años de padecer la enfermedad, cinco informantes tenían más de treinta años de sufrirla y los tres restantes la habían padecido por cerca de diez años. Su edad y la duración del padecimiento, definitivamente marcaron de manera especial su experiencia, ya que ha significado que la enfermedad irrumpió en sus vidas a una edad relativamente joven, en plena etapa productiva y alteró drásticamente su situación laboral, o bien, -como sucedió a las cuatro mujeres más jóvenes que entrevistamos-, modificó sus proyectos de maternidad o su relación de pareja.

Se realizaron dos estancias de campo (noviembre, 2005 y octubre, 2006) y las entrevistas a profundidad se llevaron a cabo en las instalaciones de la Lliga Reumatologica Catalana, que fue la asociación de enfermos a través de la cual contactamos a los informantes<sup>1</sup>. Todos ellos participaban como socios y voluntarios de la Lliga o bien eran miembros de algún grupo de autoayuda de los varios que operan. También se entrevistó a dos trabajadoras sociales y dos psicólogas que han trabajado con esta asociación. A la gran mayoría

---

1 Gracias a los buenos oficios de mi amigo y colega catalán, el Dr. Josep Canals, especialista en grupos de autoayuda, fue posible establecer el contacto y apertura con la asociación. A él en lo personal, a la Lliga Reumatológica Catalana, -como me autorizaron a identificarla-, y todos a mis informantes socios de la Lliga, -cuya identidad se preservará anónima-, deseo expresar mi más profundo agradecimiento y reconocimiento por su colaboración y generosidad al permitirme realizar mi trabajo.

de los informantes se les entrevistó por lo menos en dos ocasiones (dos horas de duración de cada entrevista), siendo el tiempo promedio dedicado a cada uno de los informantes, de casi cinco horas de entrevista.

En este sentido, me interesa señalar un aspecto que considero de gran importancia desde el punto de vista metodológico, que fue la fortuna de contar con un gran disposición de mis informantes para narrar su experiencia del padecimiento a una antropóloga mexicana, una “foreigner” en un amplio sentido, extranjera y extraña, que después de múltiples periodos de residencia en Catalunya, consideró que por fin había logrado adquirir cierta competencia cultural para desarrollar una investigación en este contexto. Sin embargo, aunque el tema de ciertos códigos culturales, -según yo- los podía manejar con cierta soltura, en el trabajo de campo surgieron aspectos que desconocía y me costó mucho lograr comprender, como por ejemplo, el complejo proceso para tramitar las pensiones por discapacidad, las bajas laborales, los certificados de disminución, debido al entramado de regulaciones e instancias administrativas por las que hay que pasar y que para los entrevistados significaban un recorrido prolongado y difícil y para mí, comprender su estructura y funcionamiento, también.

Otro aspecto sobresaliente tiene que ver con la selección de la muestra, en términos del perfil de los informantes, que como he mencionado, tienen cierta experiencia de participación –en algunos casos, reconocidos militantes- en grupos de autoayuda, y por tanto han tenido tiempo y espacio para reflexionar colectivamente sobre los problemas derivados de su padecer. La situación de pertenecer a un grupo de autoayuda, favoreció el poder hablar con mayor soltura sobre su padecimiento, puesto que han tenido ocasión de presentarse a sí mismos como enfermos reumáticos ante la mirada de los otros. Sin embargo, ello también los ha llevado a desarrollar una reconstrucción de su biografía quizás más reflexiva, donde el padecimiento adquiere un papel central o muy relevante en su propia identidad, no sólo por la experiencia en sí misma, sino porque una de las estrategias encontradas para hacerle frente, ha sido justamente la participación activa en el grupo de autoayuda, ya sea porque las actividades que ahí se impulsan satisfacen cierto tipo de necesidades sociales en su nuevo estilo de vida derivado de la enfermedad, o bien porque algunos de



ellos han encontrado en el asociacionismo una de las formas de reconstruir su vida, reivindicando su propia identidad como sujeto afectado, un tipo de ganancia secundaria o sentido positivo del padecer, que se expresa en una actitud “comprometida” de apoyo colectivo y lucha personal contra la enfermedad. Por esta razón, su experiencia del padecimiento será tamizada por su forma de participación en el grupo, y es de suponer que sería distinta en aquellos enfermos reumáticos que no han recurrido o no han tenido la experiencia de participar en algún grupo de autoayuda.

### **3. EL ITINERARIO DIAGNÓSTICO**

En este apartado me interesa ilustrar de manera muy acotada, una parte de los resultados de investigación, referidos a la reconstrucción del itinerario diagnóstico, que como ya se mencionó, se define como la secuencia de interpretaciones profesionales o populares respecto de la identificación de la enfermedad que aqueja, e incluye todos los diagnósticos tentativos o provisionales emitidos hasta el establecimiento del diagnóstico correcto o definitivo, respecto de la enfermedad que aqueja al sujeto, y paralelamente se halla concatenado al proceso a través del cual se identifican los primeros síntomas, se busca su explicación causal y se instrumenta cierto tipo de atención terapéutica, (Osorio, 2007). Si bien el itinerario diagnóstico se identifica como una etapa inicial en la trayectoria del padecimiento, su duración suele ser variable en el tiempo, ya que puede prolongarse a través de varios diagnósticos provisorios, incompletos o erróneos, tratamientos destinados a paliar determinados síntomas, pero no siempre se recibe la terapéutica idónea.

Su principal importancia, radica en que al llegar al punto de recibir este diagnóstico definitivo, se opera un punto de inflexión de la manera como el sujeto se aproxima a la naturaleza de su enfermedad, puede por fin, nombrarlo. En algunos casos, no se toma conciencia plena de su significado, pero en otros, se reconoce el etiquetamiento como crónico o “vitalicio”, y puede proceder a actuar en consecuencia, modificando en parte su estilo de vida, o elaborando cierta reflexión sobre su condición presente o futura, o replanteándose incluso algunos aspectos de su identidad. Algunos autores han

analizado el papel del diagnóstico y el padecimiento en términos de disrupción biográfica, o la existencia de una desacreditación del self. (Michael Bury, 1982; Kathy Charmaz, 1984).

En nuestra investigación, el itinerario diagnóstico aparece como un proceso más o menos largo, que se ha quedado fijado con relativa nitidez en la memoria de los entrevistados. Algunos de los primeros síntomas identificados fueron la aparición de dolor o inflamación recurrentes en algunas articulaciones u otras zonas del cuerpo, que se hicieron cada vez más frecuentes e intensas. La explicación causal (tanto por el enfermo como por los médicos consultados) fue asociada a determinada actividad realizada, a cierta postura inadecuada, o simplemente se le consideró como de naturaleza “inexplicable”.

Se mantuvo esta sintomatología durante largo tiempo, en el cual no se sabía a ciencia cierta cuál era la enfermedad que lo aquejaba, se emitieron diagnósticos equívocos o difusos y se administraron tratamientos –básicamente anti–inflamatorios o analgésicos–, que eran simplemente paliativos.

El periodo de incertidumbre diagnóstica es típico de las enfermedades reumáticas, en el sentido de que se lleva cierto tiempo emitir el diagnóstico, y también debido a que el itinerario terapéutico muchas veces pasa por el médico de primer nivel, y cuando se acude al especialista, generalmente se llega con el médico traumatólogo, siendo éste quien en el mejor de los casos y por experiencias previas con sus pacientes, lleva a cabo la derivación hacia el reumatólogo, quien puede establecer el diagnóstico definitivo.

Entre nuestro informantes, llama la atención, la manera en que se repetía la misma estructura sintomatología difusa, diagnósticos inexactos y al cabo de un tiempo y de otros tantos diagnósticos, al aplicar alguna prueba con cierto grado de especificidad (p. ej. identificación de factor reumatoide en sangre, estudios de imagen), o bien al presentar un brote muy agresivo, es posible establecer el diagnóstico definitivo. El momento en que se recibió este diagnóstico se planteó como un punto de inflexión en la trayectoria del padecimiento, aunque fue asumido de diversas maneras por nuestros entrevistados, en una gama de respuestas que van desde la ignorancia (o negación) de la trascendencia de la información, hasta el presagio

de un porvenir bastante pesimista. Los adjetivos usados por el médico para calificar su condición, tales como ‘crónica’, ‘progresiva’, ‘incurable’, ‘irremediable’, ‘degenerativa’ ‘de causa desconocida’ aparecían en la memoria de mis entrevistados, como adjetivos cuyo significado no fue del todo comprendido en ese momento, sino sólo con el paso del tiempo.

Por un lado, hay una visión inmediatista de las consecuencias del diagnóstico, ya que ante la emergencia de los síntomas y cierto malestar físico difuso, se tiene la expectativa de que al reconocer de qué se trata, se aplicarán ciertas medidas terapéuticas (incluida la cirugía) y con ella cesaran los problemas y se recobrará la salud, se quitará el dolor, se recuperará la movilidad, se volverán a realizar las actividades normales. No se percibe claramente lo que puede significar en su vida.. Por otro lado, el modo en que el médico le dice el diagnóstico y sobre todo el pronóstico que visualiza para el paciente, es fundamental para el impacto de la información. La contundencia de la noticia dependerá de la alarma o la relativa minimización del daño, con la que hable el médico y de la información con que cuenta el paciente.

Un elemento a destacar como constante es que a partir del diagnóstico ya es posible nombrar, conocer y actuar sobre la enfermedad, que hasta ese momento había aparecido como una entidad desconocida o errática. En algunos casos se representa como un alivio, en otros con una sorpresa y en algunos más casi como si fuera una sentencia; en todos supone el inicio de un camino incierto y largo, que les acompañará por el resto de sus vidas.

#### **4. DESAFÍOS Y DILEMAS EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

A partir de lo expuesto, podemos decir que el estudio del proceso de cronicidad, requiere de un enfoque integral y multidisciplinario en el que concurren propuestas teórico metodológicas complementarias. Conviene recordar que la investigación sobre las enfermedades crónicas tiene una larga historia, y constituye un amplia área del conocimiento socioantropológico y epidemiológico, principalmente en

la producción anglosajona y con un auge más reciente en la producción de lengua castellana, tanto en España, como en Latinoamérica. En este sentido, para quienes nos hemos adentrado hace relativamente poco tiempo en el estudio de esta área, constituye un importante pero ineludible desafío el lograr capacitarse en varias de estas aproximaciones y requiere de un esfuerzo de aprendizaje permanente, por el constante “descubrimiento” de investigaciones sobre enfermedades crónicas, que se han hecho desde múltiples perspectivas, autores y contextos de estudio. En este sentido, podemos encontrar trabajos donde las enfermedades crónicas se han recuperado como problema de investigación a nivel general, analizando los procesos vinculados a la cronicidad, recuperando elementos que son comunes a varios tipos de padecimientos, o bien, investigaciones que se han enfocado al estudio de algún padecimiento crónico específico, donde tenemos una gran veta de trabajos sobre la diabetes, cáncer, sida, hipertensión, fibromialgia, artritis, padecimientos mentales, por citar sólo algunos. Al mismo tiempo, encontramos un conjunto de trabajos que si bien abordan otro tipo de problemáticas o discusiones, la unidad de análisis han sido las enfermedades crónicas, más como un objeto que se utiliza para ilustrar ciertas teorías, metodologías o procesos. Son estudios sobre temas o subdisciplinas tales como: antropología del cuerpo, dolor y experiencia del padecimiento, antropología de las emociones, identidad del sujeto y estigma, discapacidad y discriminación, estudios sobre procesos de envejecimiento, enfermos terminales y procesos de muerte, ética y enfermedad, trayectorias de atención y construcción del padecimiento, estilo de vida y construcción del riesgo, entre otros tantos.

Por otro lado, identificamos un conjunto de investigaciones que se centran en la estructura institucional que atiende a los enfermos crónicos, la organización de los servicios sanitarios, sistemas de pensiones por enfermedad o discapacidad, grupos de autoayuda y asociacionismo, redes sociales. Finalmente en el campo sanitario, desde enfoques que se centran en lo biomédico, genético, epidemiológico, o biotecnológico hay una gran producción sobre sus determinantes y distribución, formas terapéuticas o avances en el control de los padecimientos crónicos.

Como puede observarse, existen muchas y variadas líneas de estudio desde donde podemos recuperar esta problemática. Evidentemente el investigador debe acotar su problema de investigación, y seleccionar las más idóneas a su campo de estudio, pero indudablemente la riqueza de los aportes que se han encontrado, sugieren siempre nuevas ideas que no se pueden desestimar pero que en ocasiones resultan inabarcables para un solo investigador.

El dilema que se presenta entonces es tomar la opción de continuar el trabajo individual, intentando recuperar un enfoque multidisciplinario para lo cual se necesita formarse con un amplio rango de competencias teóricas posibles, contando con interlocutores que nos ayuden a repensar la problemática desde otros encuadres, estableciendo un diálogo multidisciplinario, por ejemplo en foros académicos o en círculos de estudio, seminarios de discusión con colegas que tengan intereses afines, o bien, optar por el trabajo de investigación colectivo dentro de un equipo interdisciplinario, donde cada cual aporte la mirada propia de su especialidad, dialogue y se logre construir realmente un trabajo en la interdisciplina, que reproduzca e integre en sus análisis, la densa complejidad de lo real. En mi caso he optado, por costumbre o necesidad, pero también por una convicción de factibilidad, -quizás podría llamarsele un “optimismo omnipotente”- por desarrollar el trabajo individual, con un enfoque multidisciplinario, dialógico con otras disciplinas. Obvio es decir que la decisión conlleva sus riesgos y limitaciones. Sin embargo, pienso que la posibilidad de trabajo colectivo interdisciplinario que puede resultar muy atractiva y enriquecedora, puede tener mayores dificultades en su realización y aunque pudiera tener mayores alcances, también mayores son sus riesgos.

Es necesario reconocer que existe una tendencia creciente en sectores académicos, -y esto lo señalo para México- que reivindica la necesidad de la interdisciplinariedad dentro la investigación social en los procesos de salud/enfermedad/atención, y pugna por una aparente o real necesidad de vincularse con otros profesionales. Sin embargo, dicha tendencia aparece influenciada por diversos factores, entre los que destacan la superposición teórica, metodológica y empírica de múltiples campos profesionales y/o disciplinas (antropología, sociología, psicología social, trabajo social, medicina, salud pública,

epidemiología, entre las principales), que históricamente han tenido intereses convergentes y cuya difusión se ha visto favorecida por las tecnologías de la comunicación actuales, por lo que es más fácil conocer lo que otros colegas están realizando. Otro aspecto tiene que ver con un conjunto de políticas institucionales que impulsan la investigación multi, trans o interdisciplinaria (según se le quiera denominar) y la formación de redes académicas a nivel nacional e internacional como parte de ciertas líneas directrices que moldean o privilegian ciertas formas investigar y/o enfocar la aplicación de los resultados de las investigaciones. Un tercer aspecto tienen que ver la creciente diversificación de temas y problemas que se van incluyendo como materia de estudio de la Antropología Médica, favoreciendo la reflexión teórica o los abordajes etnográficos, y las investigaciones aplicadas que se vinculen con los sectores social y productivo.

Sin embargo, antes de reivindicarlo per se, convendría hacer una reflexión sobre estas tendencias y reconocer lo que en la práctica profesional, realmente se está haciendo cuando se alude al desarrollo de un investigación interdisciplinaria o multidisciplinaria, que en ocasiones –y por experiencias que conozco– no necesariamente son tales, sino tan sólo realizan una división social del trabajo académico entre varios colegas, con el riesgo de producir una fragmentación no sólo del proceso de investigación, sino también de las interpretaciones propuestas respecto de la realidad analizada, y donde el resultado de la investigación es la suma de las partes, deformando así los objetivos propuesto, y sin lograr establecer las miradas múltiples, los puentes y canales de comunicación previstos. Desafortunadamente, cada vez se observa más frecuentemente que, en aras de ciertos criterios de productividad académica, obtención de financiamientos y/o como estrategia de supervivencia profesional, se instrumenta cierto estilo de trabajo autodenominado “interdisciplinario”, que está marcado por un pragmatismo investigativo que, en realidad lo que prioriza es facilitar y acelerar la producción en el trabajo, utilizando el enfoque interdisciplinario más como justificación que como realidad. En casos extremos se puede incluso generar un efecto perverso, propiciando lo que podría llamarse una producción maquiladora de la investigación. Algunos rasgos de esta situación se observan, por ejemplo, en la conjugación indiscriminada de metodologías de tipo cualitativo y

cuantitativo, que a final de cuentas son una mezcla difusa de poco rigor, resultados de etnografías rápidas que se presentan como si fueran de larga duración, una tendencia a la reducción del trabajo de campo y a la superficialidad en el análisis, y en cierta forma, una pérdida de la identidad disciplinaria o lo que podríamos llamar la “expertise” respecto de ciertos problemas de investigación. Esta situación obviamente no es privativa del trabajo colectivo, pero creo que hay ciertas condiciones institucionales y profesionales que así lo impulsan.

Desde mi punto de vista, las orientaciones hacia el trabajo individual o colectivo no necesariamente suponen la exclusión o inclusión, respectivamente, de un enfoque multidisciplinar. Quizás el planteamiento de tal disyuntiva sea ficticio, porque en la práctica existe una gama amplia de posibilidades que no deberían considerarse como positivas o negativas en sí mismas, sino que se deben evaluar a la luz de sus alcances, limitaciones y resultados concretos, analizando sus aportes teóricos y metodologías.

En ambos casos, el antropólogo requiere del desarrollo de nuevas y mejores competencias teóricas, metodológicas y técnicas. Resulta indispensable construir puentes de comunicación con otros colegas y/o disciplinas sociales y biomédicas, -particularmente con los profesionales sanitarios- tanto si hace investigación básica o aplicada, para abordar la complejidad de los procesos de salud/enfermedad/atención.

## **BIBLIOGRAFÍA**

BURY, Michael. (1982) “Chronic Illness as biographical disruption”. *Sociology Of Health And Illness*. Vol. 4, No. 2, July.

CHARMAZ, Kathy. (1983) “Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill”, en *Sociology Of Health And Illness*. Vol. 5, No. 2.

CSORDAS, Thomas. (ed.) (1994). *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge University Press. Cambridge, UK.

DEVILLARD, M.J., R. OTEGUI y P. GARCÍA. (1991). *La voz callada. Aproximación antropológico social al enfermo de artritis reumatoide*. Comunidad de Madrid. Madrid.

DEL VECCHIO-GOOD, M.J., P.E. BRODWIN, B. GOOD, A. KLEINMAN. (1992). *Pain as a Human Experience: An Anthropological Perspective*. University of California Press, Berkeley.

GREGORY, Susan. (2005) "Living with chronic illness in the family setting", *Sociology Of Health & Illness* Vol. 27 No. 3, pp. 372-392.

GOFFMAN, Erving. (1970) *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu. Buenos Aires.

KLEINMAN, Arthur. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Books. New York.

MURPHY, Robert F. "The Damage Self". (1998) en Peter J. BROWN, *Understanding and Applying Medical Anthropology*. Mayfield Publishing Company. USA. pp. 322-333.

MENÉNDEZ, E. L. (1998) "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", en *Estudios Sociológicos*. Enero-Abril, Separata.

OSORIO, Rosa María. (2007) *La trayectoria del padecimiento crónico en un grupo de enfermos reumáticos. Reflexiones y apuntes de investigación*. CIESAS. México.

- (2006) *Viviendo a través de la cronicidad. Significación subjetiva y consecuencias sociales de los padecimientos crónicos*. CIESAS, México.

OTEGUI, Rosario. (1998) "El enfermo crónico y sus representaciones sobre la asistencia médica", en *JANO*, 808. pp. 62-71.

STRAUSS Anselm, J. CORBIN, S. FAGERHAUGH, B. G. GLASER, D. MAINES, B. SUCZEK. (1984) *Chronic Illness and the Quality of Life*. The C.V. Mosby Company. Toronto.

WILLIAMS Gareth. (1993) "Chronic illness and the pursuit of virtue in everyday life" en Alan RADLEY (ed.). *Worlds of Illness. Biographical and cultural Perspectives on Health and disease*. Routledge. London, New York.