



CONSTRUYENDO
INTERSECCIONES:

APROXIMACIONES
TEÓRICAS Y APLICADAS
EN LAS RELACIONES ENTRE
LOS ÁMBITOS DEL PARENTESCO
Y LA ATENCIÓN A LA SALUD EN
CONTEXTO INTERCULTURAL

Anna Piella, Lucía Sanjuán
Hugo Valenzuela (Coordinador/as)

8

EL ROL DE CUIDADOR/A EN EL CASO DE LOS PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

MARÍA JESÚS SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).

PRESENTACIÓN

Esta comunicación recoge algunos de los resultados alcanzados durante la investigación realizada en una unidad psiquiátrica infanto-juvenil especializada en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Dicha investigación, de la que fue objeto mi tesis doctoral¹, es fruto del trabajo de campo realizado a lo largo de once meses de observación sistemática en el contexto de la unidad así como fuera de él, en otros ámbitos en los que pude seguir a los pacientes en su devenir cotidiano, como los paseos durante sus ingresos fuera del recinto hospitalario, allá donde compartían su tiempo con el grupo de pares o con sus familiares o durante el transcurso de los campamentos (en verano, nueve días, en invierno tres) que organiza una asociación de afectados².

¹ Quiero aprovechar estas líneas para expresar mi más sincero agradecimiento a mis directores de tesis Rosario Otegui y Fernando Villaamil por su sabia tutela y enorme paciencia para con este trabajo.

² Durante los once meses que duró el trabajo de campo dediqué cada jornada de lunes a viernes desde las 8.30 de la mañana a las 8.30 de la tarde a la observación dentro de la unidad entre los diferentes módulos de tratamiento según sus horarios y actividades; durante los fines de semana y algunas tardes acudí a sus domicilios y compartí tiempo con ellos fuera del ámbito hospitalario, en verano me fui de campamentos con una asociación de afectados que organiza este tipo de actividades con pacientes. Realicé en el contexto de la unidad 92 entrevistas a 32 pacientes y otras 20 entrevistas a 10 de estos pacientes fuera de la unidad. Tres eran chicos de 15, 17 y 18 años pertenecientes al grupo de terapia de varones (los siete chicos que lo componían estaban entre los 15 y los 18 años). Tres chicas de 12, 13 y 14 años pertenecientes al grupo de 8 chicas con anorexia de tipo restrictivo de entre 12 y 14 años. Cuatro chicas de 14, 15 y dos de 17 años, pertenecientes al grupo de terapia de pos alta I de Hospital de Día, compuesto por 10 integrantes entre 14 y 17 años. Ocho chicas, una de 15 años, otra de 16 años, 4 de ellas de 17 años y las otras dos de 18 años, todas ellas pertenecientes al grupo de 9 pacientes pos alta II de Hospital de Día. Seis chicas, una de 13, dos de ellas de 14, una de 15 y otras dos de 16 y 17 años ingresadas en Hospital de Día. Cuatro chicas, dos de ellas de 12 años, una de 15 y otra de 18 años

El proyecto inicial planteaba como objetivo general la realización de un estudio sobre los discursos y prácticas asociadas al trastorno de la anorexia nerviosa y ponerlo en relación con el importante incremento de su prevalencia en las últimas décadas en la sociedad española. De este modo pretendía presentar los diferentes discursos sobre el trastorno y las posibles conexiones entre ellos, planteando, especialmente, las posibles interconexiones entre el discurso biomédico y su incidencia en otros discursos como el de los afectados, el de sus familiares o el de los médicos prácticos.

INTRODUCCIÓN

Mi propuesta de partida defiende que todo padecimiento ha de considerarse siempre un proceso social y cultural, mediado simbólicamente y que mantiene implicaciones políticas, al tiempo que, en la línea de Eduardo Menéndez (1994), sostengo que todo proceso asistencial ha de analizarse en relación a los procesos estructurales que surgen como dispositivos culturales destinados a generar determinadas representaciones y prácticas, al mismo tiempo que son capaces de generar cierto saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos (Menéndez, 1994: 71). De manera que, además de analizar el proceso asistencial que deviene del sistema médico –centrado especialmente en la intervención de los clínicos–, mi objeto de estudio incluía asimismo el proceso terapéutico que surge a propósito del padecimiento, que se desarrolla fuera del ámbito hospitalario y en el que desempeñan un rol fundamental, como cuidadores no profesionales, los familiares de los pacientes.

Dicho proceso terapéutico no puede quedar desconectado, sin embargo, de la intervención de los clínicos anclada en el contexto hospitalario. A partir de la intervención de los clínicos podemos advertir cómo se va construyendo lo que configurará el modelo

ingresadas en la sala de hospitalización. Cuatro chicas, una de 17 y las demás de 18 años en el módulo de seguimiento, en el que la mayoría rondaban estas edades debido a la duración del tratamiento.

Así mismo, realicé 40 entrevistas a 18 de las madres y a 3 de los padres de estos 32 pacientes, 25 de ellas en sus respectivos domicilios y 15 en el contexto de la unidad.

explicativo del trastorno (Kleinman, et al 1978 y Kleinman, 1980) asociado al síntoma definido como “ideación anoréxica”

Frente a otros modelos, el modelo de la ideación presenta la ventaja de aparecer como definición aséptica y neutral que explica la aparición del trastorno sin señalar otras posibles causas que no sean los signos propios de la nosología del trastorno –considerando, por tanto, exclusivamente factores de carácter psicológicos-, en consonancia con las pretensiones de neutralidad ideológica del discurso biomédico. Todo lo cual se convierte en un asunto central en la intervención de los clínicos por cuanto, al soslayar cuestiones cercanas a los juicios morales (Douglas, 1992), disponen de mejores condiciones para conseguir la colaboración con el tratamiento de los pacientes y sus familiares, a sabiendas de que, sin ésta, difícilmente podría alcanzarse un resultado exitoso del proceso terapéutico

1. CONSEGUIR LA COLABORACIÓN DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES

Es importante destacar la relevancia que adquirirían los procesos transaccionales (Menéndez, 2003) a lo largo del proceso terapéutico por cuanto, como los propios clínicos reconocían, si no lograban conseguir una actitud colaboradora por parte del paciente y de sus familiares, todos sus esfuerzos a la hora de plantear su intervención sobre la sintomatología serían inútiles. Fuera de la sala psiquiátrica sus posibilidades para obligarles a ejecutar sus indicaciones eran limitadas y prácticamente nulas en caso de que el paciente se mostrase reticente a seguirlos. Una vez dados de alta y fuera de la sala de hospitalización, los clínicos sabían a ciencia cierta que buena parte del éxito de su intervención dependía de la disposición del paciente para mantener los “logros alcanzados” (el consabido incremento de peso, la extinción de las conductas purgativas o la práctica de ejercicio excesivo).

No solamente insistían en que pacientes y familiares se avinieran a considerar todas -reitero, todas³- las prácticas de los primeros como

³ Debido a las limitaciones en la extensión de las comunicaciones no me detendré mucho más en este punto, cuestión, de enorme interés -a mi modo de ver-, que ya abordé en profundidad a lo largo de mi tesis doctoral.

propias de la ideación, además, solían demandar que se avinieran a “confesar” cualquier indicio observable de la misma del que tuvieran conocimiento. Este acto del habla encontraba un lugar privilegiado en el ámbito de producción del discurso de la ideación en el contexto de las terapias para padres. Era en dicho contexto de interacción microgrupal donde se podía advertir con mayor nitidez el alcance de las implicaciones del rol de cuidadores de los familiares: poniendo reiteradamente en evidencia las importantes carencias y limitaciones del sistema asistencial que provee el modelo médico. De los cuidadores se demanda un tipo de atención especializada –para la que se requieren conocimientos que suelen adquirir mediante sus interacciones con los clínicos y con los familiares de otros pacientes tanto en el contexto formal de las terapias como fuera de éste en las charlas en la sala de espera- y una dedicación casi exclusiva, con frecuencia incompatible con cualquier otra actividad. De ahí que, tras comprobar que resultaba prácticamente imposible seguir las pautas del tratamiento, aquéllos que disponían de los recursos necesarios, se decantasen por contratar cuidadores que ejercieran esas labores de asistencia mientras que la mayoría terminaba por desistir en sus esfuerzos y poco a poco recortaban el nivel de exigencia en el seguimiento de las indicaciones clínicas⁴.

2. LA RELACIÓN PACIENTE/ FAMILIARES TRAS EL DIAGNÓSTICO

La mayoría de los pacientes de la Unidad vieron cómo, a lo largo del proceso de restricción y una vez que obtuvieron el etiquetado diagnóstico, se incrementaron las atenciones que le prodigaban sus familiares puesto que solían hacerles regalos, eximirles de las tareas escolares, etc. al tiempo que, al considerarles enfermos, se les imponían las obligaciones propias de tal rol. Entre otras, éstas incluían el estricto cumplimiento del plan de vida pautado por los clínicos, imponiendo la suspensión total de cualquier tipo de autonomía o

⁴ Trascurrido cierto tiempo tras el diagnóstico clínico, ésta parecía ser la pauta dominante en la mayoría de los casos observados, lo que, según recoge la bibliografía especializada, suele ser la tendencia generalizada en casos de pacientes con afecciones crónicas (Estroff, 1985 y Van Dongen, 2002).

capacidad de decisión, pues debían seguir un régimen de actividades en el que apenas cabía improvisación o cambios. Cada día debían mantener un horario rígido de ingestas, sin poder elegir otros alimentos que no fueran aquéllos que marca la dieta, consumirlos bajo la atenta vigilancia de sus familiares y en el ámbito doméstico e ingerirlos en un tiempo determinado y con un orden concreto. Así mismo tenían marcado el tiempo que podrían dedicar al estudio, salir con los amigos, hablar por teléfono, ver la televisión, dar un paseo o hacer ejercicio. Todo lo cual, bajo prescripción clínica, han de realizar bajo la estricta supervisión de sus familiares.

Bajo la perspectiva de los clínicos de la Unidad era fundamental que, al asumir el rol de paciente, ninguno de los chicos y chicas obtuviera a cambio algún tipo de “recompensa” o “ganancia” que pudiera dar lugar a que se resistieran a salir de la enfermedad. Se trataba de conseguir por tanto que la condición de enfermo no fuera nada deseable para ninguno de sus pacientes, al menos así lo entendían los clínicos. Habitualmente solían pedirles a sus padres y madres que cumplieran estrictamente lo pautado en el plan de vida, que no cediesen ante las demandas ni se mostrasen protectores, como tradicionalmente se entendería el desempeño del rol de cuidador.

En la práctica era frecuente descubrir que, efectivamente, la relación entre los pacientes y sus familiares se modificaba de manera importante una vez que a los primeros se les diagnosticaba el trastorno. Destacando en especial los esfuerzos de los segundos por evitar a toda costa discutir con los primeros o contrariarles, -cualquier tipo de crítica o comentario negativo pasaba a convertirse en tabú-, bajo el temor de la consabida rabieta o la amenaza de que estallasen en llanto y con la esperanza de que, al brindarles su apoyo de este modo, consiguieran encontrar las fuerzas para curarse.

Estas atenciones, sin embargo, tenían sus días contados en la mayoría de las ocasiones. Poco a poco, según los pacientes iban recuperando peso, sus familiares, cansados de tantas contemplaciones, iban mostrando una actitud menos protectora. Aún cuando el paciente no experimentase mejoría notable se podía apreciar que con transcurrir del tiempo iban decayendo los ánimos entre sus cuidadores que se mostraban mucho menos solícitos que al inicio del proceso

terapéutico, dando muestras de impaciencia por recuperar un “estado de normalidad” –en sus propias palabras. Hemos de considerar que el cuidado del enfermo suele representar una inversión de energía importante por parte de todos aquéllos que le rodean -instaurando un estado de excepcionalidad en las condiciones en las que se relacionan con éste. Así, el que sus esfuerzos no se vieran “recompensados” del modo esperado convertía dicha excepcionalidad en algo difícil de sobrellevar cotidianamente: surgiendo los consecuentes reproches hacia el paciente como sanción a su comportamiento.

El estado de excepcionalidad que impone la enfermedad es difícilmente sostenible por mucho tiempo: requiere que se modifiquen y renegocien ciertas condiciones en la relación entre el paciente y sus cuidadores. Como en los casos de otros padecimientos crónicos, al cabo de cierto tiempo, surge la “necesidad de normalizar” la situación de manera que dicha tensión se rebaje y se pueda abandonar, en cierta medida, la sensación de vivir en constante emergencia.

Esta normalización que implica asumir la condición de enfermo del paciente encuentra, sin embargo, todo tipo de obstáculos. Destacan, entre otros, las demandas de los clínicos para que no se normalice la situación. Consideraban de vital importancia el que tanto los pacientes como sus familiares no asumieran el trastorno como condición *sui géneris* entre los rasgos personales de los primeros ya que, bajo su punto de vista, curarse significaba rechazar la identidad anoréxica. Esta intervención de los clínicos en las relaciones entre los pacientes y sus allegados, así mismo solía fomentar el que, a menudo, tanto los primeros como los segundos demandasen de los clínicos consejos y pautas para relacionarse los unos con los otros o que, de hecho, solicitaran la intervención del clínico para mediar en la relación que mantenían entre sí⁵.

Algunos terapeutas de la Unidad, considerando que las relaciones familiares estaban estrechamente asociadas con la aparición y

⁵ Todo cual refuerza el sistema de control social por parte de los médicos (Conrad, 1992), en tanto alimenta las relaciones de dependencia y sometimiento a la autoridad del clínico por parte de los pacientes.

mantenimiento del trastorno, se mostraban dispuestos a proporcionar consejos cuando así se lo pedían los pacientes o sus familiares. Su actuación en este área, sin embargo, estaba muy limitada pues como solía recordarles con el frecuencia el Jefe del servicio a todos sus subordinados, su intervención como clínicos en el contexto de la asistencia sanitaria pública, debía centrarse en la aplicación del tratamiento que la Unidad financiaba, éste era el modelo cognitivo-conductual, y ningún otro: al mismo tiempo que debían concentrar su atención en la manifestación de los síntomas en el caso de cada paciente y en nadie más que el paciente, por lo que, al tratarse de una Unidad incluida en un hospital infanto-juvenil, sólo podía tratar a las adolescentes y no a sus familiares adultos.

Su intervención en el ámbito familiar, por tanto, debía reducirse a las indicaciones que acompañaban al plan de vida de cada paciente, obviando, por consiguiente, cómo el cumplimiento de dichas pautas médicas modificaban y afectaban de manera importante la convivencia doméstica o la forma de relacionarse de los miembros de la familia. Indicaciones por parte de los clínicos a los familiares como prohibirles que hicieran concesiones o que se mostrasen condescendientes con los pacientes parecía cumplirse en la mayoría de los casos pues, según los pacientes, al cabo de cierto tiempo en tratamiento, la atención que les habían dedicado sus familiares a lo largo del proceso de restricción se había ido reduciendo.

Asimismo la intervención de los clínicos opera resultados manifiestos en otros aspectos de la relación entre paciente y familiares. Muchos familiares de afectados explicaban como, antes de acudir a la unidad, habían considerado el trastorno un mero capricho de adolescentes – demasiado interesados en llamar la atención- que bien podría desaparecer con un par de bofetones “bien dados”. Cuando les tocó vivir el drama en casa la cosa cambió al descubrir que estas recetas para “comprender” y “arreglar” el problema servían de poco. Entonces empezaron a echar en falta respuestas y dio comienzo el desesperado periplo de especialista en especialista hasta acabar en la unidad. Allí, según sus propias palabras, no sólo encontraron a alguien que, por fin, les explicase qué le estaba pasando a su hijo/a, además, encontraron a

quienes supieron explicarles cómo tratar con ellos y manejar la situación en casa.

La intervención del clínico, además, instaura lo que hemos denominado “la lógica de la sospecha en el grupo de padres”. A lo largo del proceso terapéutico, los padres, madres y otros parientes que convivían con los pacientes se convertían en informantes privilegiados, adquiriendo los conocimientos necesarios para aprender a identificar y reconocer los síntomas de la enfermedad y poder, así, poner esta información a disposición de los terapeutas de la unidad. Esta disposición por parte de los familiares a convertirse en informantes privilegiados, sin embargo, no estaba exenta de conflicto, pues, al responder a las demandas de colaboración de los clínicos, estaban accediendo también a actuar como vigilantes y delatores de sus hijos poniendo en peligro el vínculo de confianza que pudiera existir. Ante esta situación, muchos de ellos, intentando cumplir con las indicaciones de los clínicos, se esforzaban en disimular su interés delante de sus hijos. De este modo intentaban negociar con los psicólogos las pautas en su interacción, mostrándose dispuestos a colaborar y mantener a su hijo bajo estricta observación, pero sin hacerlo abiertamente, procurando que no se dieran cuenta de ello e intentando, así, evitar el conflicto abierto.

Algunos clínicos no estaban de acuerdo con este tipo de propuestas asegurándoles que, si querían que sus hijos se curasen, primero debían hacer visibles los signos de la enfermedad, por lo que disimular delante de ellos aquellos signos que identificasen como síntomas sería “sintonizar” con la enfermedad y actuar en contra del tratamiento. Bajo el punto de vista de los clínicos de la unidad, su labor como padres era señalar lo desviado de las conductas de sus hijos para poder intervenir sobre ellas, por el contrario, racionalizarlas, es decir, buscarles motivos razonables, favorecería el que éstas se mantuvieran al aparecer como “normales”. Así se ponía de manifiesto el importante rol que los padres desempeñaban en el proceso de generar una subjetividad asociada al paciente anoréxico y por qué los clínicos insistían tanto en lograr su colaboración y disposición a seguir sus indicaciones como parte del proceso transaccional que se desarrollaba a lo largo del proceso de tratamiento.

Ahora bien, la condición de “enfermos” de los pacientes no siempre conducía a que fueron ellos los cuidadosos.

3. LOS PACIENTES COMO CUIDADORES/AS

Buena parte de los pacientes –especialmente las chicas- comenzaron mostrando un incipiente interés por todo lo relacionado con las tareas domésticas que, en el caso de aquéllas asociadas con la alimentación, no hizo sino aumentar conforme avanzaban en el proceso de restricción. Su creciente atención podría explicarse en buena medida por su interés en poder ejercer un mayor control en la preparación de los alimentos y asegurarse así, en cierta medida, que ésta fuera la que más se adecuase a su propósito de ingerir el mínimo aporte calórico. No todos los pacientes, sin embargo, habían tenido las mismas posibilidades de poder intervenir en dicho proceso. Esto había sido posible en muchos casos porque había coincidido con que las personas que solían dedicarse a estas tareas –en la mayoría de los casos, las mujeres de sus familias-, debido a diferentes circunstancias, habían tenido menor disponibilidad para llevarlas a cabo.

Así, aprovechando la ocasión, muchos pacientes se habían hecho un hueco en la cocina, pasando a tener cierto control, no sólo sobre su ingesta sino también sobre la del resto de la familia. Al tiempo este desempeño del rol de cuidadores, para muchos pacientes, había representado una enorme satisfacción –al dar buena cuenta de su capacidad para asumir responsabilidades y aliviar un tanto la sobrecarga de obligaciones de sus familiares-. A pocos en sus casas les había extrañado que las pacientes se ocuparan de estas tareas; en la mayoría de los casos la mayoría de ellas habían aprendido a realizarlas desde pequeñas. No sucedió lo mismo en el caso de los varones⁶, quienes solían encontrarse, según comentaron, con las protestas de sus madres poco convencidas de que se entrometieran en lo que consideraban sus asuntos. Muchos pacientes varones se quejaban de la escasa confianza que sus madres les concedían, por algún motivo

⁶ Estos aspectos relacionados con la variable género fueron desarrollados en profundidad en mi tesis doctoral: aquí apenas les dedicaré unas líneas pese a ser plenamente consciente de su relevancia en términos de los estudios de parentesco

innato, parecían pensar que ellos serían más torpes o menos cuidadosos que ellas o que sus hijas. Asunto que también salió a relucir en el contexto de las terapias: muchas de ellas, a tenor de sus palabras, parecían pensar que, por el hecho de ser varones, sus hijos estarían mucho menos capacitados que sus hijas para desempeñar roles como cuidadores.

En otras ocasiones, los pacientes ante las resistencias de sus madres para delegar las tareas culinarias, habían optado por intentar convencer a todos en su casa para que cambiaran la manera de cocinar los platos, argumentando, por ejemplo, que los alimentos sin grasa ni azúcar eran más sanos. Pocas, sin embargo, lo conseguían: sí que tuvimos noticia de algún caso en que lo lograron –como el de aquella chica que consiguió que toda la familia perdiera peso en menos de un mes, justificando su intervención en la dieta familiar como baluarte en defensa del estilo de vida saludable-. La mayoría ni siquiera lo intentaba, conformándose con reducir a hurtadillas la cantidad de alimento que ingerían.

4. MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA

La actuación de los clínicos en la práctica va más allá de la pretendidamente neutral intervención con sus pacientes, influyendo de manera determinante en la relación que éstos mantienen con otros, en especial, con las figuras de autoridad en el ámbito doméstico. Terapias como las que se ofrecen en la unidad se fundamentan en modelos familiares tradicionales en los que las obligaciones y derechos de cada uno de sus miembros están perfectamente definidos, llevan implícita una división tradicional del trabajo en el ámbito doméstico estrechamente conectada a modelos de género que no hacen más que reproducir el sistema de dominación patriarcal. Así, en tanto, el objetivo manifiesto del tratamiento es alcanzar una organización en la unidad familiar que provea de las bases necesarias para que el plan de vida pueda llevarse a cabo según lo previsto por los clínicos, requiere, que la entidad familiar disponga de una cierta estructura previa: en la que sus miembros conozcan sus roles y estén dispuestos a desempeñarlos. De este modo, desde un primer momento en el tratamiento destaca el rol de la madre como cuidadora en tanto, según

las indicaciones de los clínicos, debía ser ella quien se quedase con el paciente durante los primeros días del ingreso, quien compartiría la primera comida antes de darles el alta de la sala psiquiátrica y quien suele recibir las instrucciones para relacionarse con el paciente durante el ingreso. Todo lo cual facilita el que, a la vuelta del paciente a su casa, sea precisamente ella quien se ocupe del cuidado del paciente y, especialmente, de todo lo relacionado con la comida pues es quien mejor conoce las indicaciones de los clínicos y porque: el paciente tiene prohibido el acceso a la cocina, ha de comer y hacer el reposo acompañado siempre, ha de estar vigilado por alguien que controle el tiempo y ritmo de la ingesta, no puede tener acceso a su medicación, etc. Acaban, así, siendo, en su mayoría, las madres quienes han de asumir todas estas responsabilidades o al menos la mayor parte de ellas puesto que son ellas las más implicadas en el tratamiento a instancias de los clínicos.

Pese a que los clínicos de la Unidad solían defender que dichos efectos sobre las relaciones familiares eran contingencias derivadas de su intervención puesto que su tratamiento se dirigía a curar el trastorno del paciente del que se hacían cargo y no a resolver los problemas familiares, -en coherencia con lo propuesto por Menéndez (1985); la observación permitió comprobar cómo sus indicaciones en el plan de vida solían precipitar toda una serie de cambios que reestructuraban no solamente la vida del paciente, sino también la de aquellos con los que convivía. Así descubrimos cómo nada quedaba como antes tras la reorganización familiar que derivaba del tratamiento; todos debían cuadrar sus horarios para que siempre hubiese alguien en la casa tanto en la comida, desayuno, merienda y cena o simplemente para poder vigilar.

En alguna ocasión encontramos casos en los que había sido la madre la que había renunciado a su trabajo –modificando su jornada para reducirla o buscando otro menos exigente- para ocuparse en exclusiva de cuidar del paciente y vigilar de cerca el seguimiento de las indicaciones clínicas. Muchas de estas mujeres contaban que, tras hablarlo en casa, habían decidido que serían ellas quienes renunciarían a algo en sus vidas para poder dedicar más tiempo a sus hijos, puesto que era ella quien mejor conocía el modo de llevar a cabo el plan de

vida. Así, aunque sus parejas, a veces, también se ofrecieron a sacrificar algo de sus vidas en beneficio del cuidado de sus hijos, solían ser ellas las que finalmente lo hacían, tomando también en consideración que ellas solían ganar sueldos más bajos que sus maridos y que sus aspiraciones laborales no solían ser tan ambiciosas.

5. LA FAMILIA PSICOSOMÁTICA

Dicha configuración familiar, bajo el enfoque sistémico en psicología clínica, estaría en la base de aparición del trastorno. Según autores como Hilde Bruch, (1974), Salvador Minuchin et al (1978) o Mara Selvini-Palazolli (1974), este tipo de familias se caracterizan por mantener una apariencia de cohesión y conformidad a costa de evitar cualquier manifestación de conflicto o discrepancia a cambio de mantener la estabilidad y armonía familiar, en la que aparecen dificultades importantes para verbalizar experiencias emocionales y en la que el “síntoma” del hijo con anorexia somatiza el conflicto latente. Esta imagen familiar, es lo que autores como Minuchin relacionan con el “mito de armonía”. Según los clínicos, el haber sido educados en familias en las que no se expresa abiertamente ninguna emoción negativa -ni siquiera habría tenido consciencia de las mismas- explicaría el que muchos pacientes no manifiesten ninguna sensación o emoción de malestar o conflicto, de manera que, el único medio de expresión que habría encontrado sería la somatización del conflicto, que suponían estaba detrás de su trastorno.

En este sentido es importante señalar que los trabajos de los autores anteriores, bajo los cuales se definió el patrón psicosomático, se corresponden sobre todo con investigaciones realizadas entre familias de clase media y alta. Éste era el caso de “algunos” pacientes de la unidad, procedentes de familias con posiciones económicas más que acomodadas en los que, con frecuencia, destacaba, frente al resto de pacientes, el enorme control que ejercían sobre sus expresiones emocionales, lo que, en palabras de Pierre Bourdieu (1990), podríamos considerar propios de la distinción en términos de status socioeconómico frente a otras posiciones de clase. Esto, sin embargo, no aparecía axiomáticamente en todos los casos de pacientes con familias pudientes, sino especialmente entre aquellos en cuyas

familias se ensalzaban los valores de la unidad familiar y eran defensores acérrimos del modelo tradicional de familia nuclear; éstos además solían defender un tipo de ideología que hemos denominado “conservadora”. En otros casos de familias acomodadas que no se insertaban en este modelo de ideología no se repetían estos patrones de interacción familiar -mostrándose más dispuestos a expresar sus discrepancias con los otros- lo que he relacionado con los patrones adscritos al proceso de socialización primaria (Berger y Luckman, 1992). Tampoco en los casos en los que, aún defendiendo dichas bases ideológicas, provenían de familias de estatus social inferior y entre los que, quizás no aparecía de modo tan marcado la posibilidad de expresar desacuerdo pero no presentaban el manejo emocional de los primeros, mostrándose, con frecuencia, más lábiles a la hora de demostrar sus sentimientos, poniendo así de manifiesto las diferencias en términos de clase asociadas a los procesos de socialización afectiva.

6. CUMPLIR CON LAS INDICACIONES DEL PLAN DE VIDA

A lo largo de la observación pude constatar la disposición de la mayoría de los padres y madres a cumplir estrictamente con las indicaciones de los clínicos. Pese a sus buenas intenciones, esto no siempre era posible pues poner en práctica todo lo pautado representaba un enorme trabajo que requería la mayor parte de las veces dedicación completa. Todo lo cual solía demandar que descuidaran o directamente que tuvieran que abandonar otras obligaciones para ejercer su rol como cuidadores. Generalmente solían ser las madres las más dispuestas a desempeñar este rol sacrificando tiempo y energías para poder llevar a cabo todo lo que los clínicos les indicaban. Aunque los clínicos no solían pedirles explícitamente que fueran ellas las que se responsabilizaran de estas obligaciones, a lo largo de las sesiones de terapia en los grupos de padres y de sus interacciones en la consulta, comprobé cómo los clínicos daban por sentado que serían ellas las que mayor atención y esfuerzo podrían en dicho cumplimiento. Así mismo, en correspondencia con dichas expectativas, las madres solían asumir de manera “natural” dicho rol como cuidadoras: no solamente eran ellas las que mayoritariamente

acudían cada semana a la unidad (o cada día, cuando estaban ingresados), sino que, además, eran ellas las que solían mostrarse más responsables del bienestar de sus hijos. Esto no significaba que los padres de los pacientes se mostraran despreocupados, al menos no en su mayoría, pero las diferencias eran obvias: ellas consideraban que la alimentación y el cuidado de sus hijos eran lo prioritario en sus vidas, ellos entendían que su rol en la unidad familiar tenía otras obligaciones –éstas solían ser, sobre todo, el mantener económicamente a sus familias, sin tener en consideración que muchas de sus cónyuges también trabajaban fuera de casa-. Así mismo, pude comprobar cómo, al pautar las indicaciones del plan de vida, los clínicos no siempre tenían en cuenta las posibilidades de que en el caso de cada paciente pudieran realmente ser llevadas a la práctica. En algunos casos esto planteaba serias dificultades, sobre todo, cuando las chicas desempeñaban un rol como cuidadoras en el ámbito doméstico que, difícilmente, podría haber sido ocupado por otra persona. En aquéllos en los que las chicas siempre habían colaborado con las tareas domésticas, sobre todo para quienes esto se había convertido en una necesidad –debido a que la madre o algún miembro de la familia padecía alguna enfermedad incapacitante-, difícilmente podían seguirse las indicaciones de los clínicos al pie de la letra, lo que para éstos últimos representaba un obstáculo importante a la curación de la paciente y una evidencia manifiesta de la actitud de oposición de la familia a su intervención en el ámbito doméstico. Todo lo cual afectaba de manera importante al modo en que se relacionaban clínicos y familiares –lo que parecía ser una lucha de fuerzas por el control-, cuestionando, las más de las veces, la capacidad para ejercer como cuidadores de los segundos y su responsabilidad en el desarrollo exitoso del tratamiento, dejando abandonada y sin crítica la cuestión de las evidentes limitaciones del sistema asistencial. No significa esto que los clínicos no fueran conscientes de la situación familiar, sin embargo, pensaban que su obligación como terapeutas era insistir en que las indicaciones del tratamiento se llevara a cabo en la medida de lo posible. De manera que el esfuerzo de sus familiares en este sentido se dirigiera a intentar, por lo menos, seguir las indicaciones. No obviaban tampoco el sufrimiento que para los miembros de la familia representaba la

situación pero consideraban que como clínicos estaba fuera de su ámbito de actuación, debiendo concentrar sus esfuerzos en el tratamiento de los síntomas de sus pacientes. De manera que cuando la situación se agravaba, muchos psiquiatras les planteaban a los padres la posibilidad de que su hija ingresase en la sala psiquiátrica para poder, así, delegar la responsabilidad de su cuidado y encontrar algo de alivio.

BIBLIOGRAFÍA

BERGER, Peter, L. y LUCKMANN, Thomas (1999) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires. Amorrortu

BOURDIEU, Pierre (1990) *La distinción*. Madrid. Taurus.

BRUCH, Hilde (1978) *The golden cage: the enigma of anorexia nervosa*. New York. Random House

CONRAD, Peter (1992) "Medicalization and social control" en *Annual Review of Sociology*, (1992) Vol 18:209-232

DOUGLAS, Mary (1992) *Risk and blame*. Londres, New York. Routledge

ESTROFF, Sue, E. (1985) *Making crazy: an ethnography of psychiatric clients in an American Community*. Berkeley, University of California Press.

KLEINMAN, Arthur; EISENBERG, Leon y GOOD, Byron (1978) "Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research" en *Annals of Internal Medicine*. 88: 251-258

KLEINMAN, Arthur (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley, University of California Press

MENÉNDEZ, Eduardo L. (1985) "Modelo hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción en el sector salud" en *Cuadernos Médicos Sociales* N° 33. Rosario.

MENÉNDEZ, Eduardo L. (1994) "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?" en *Alteridades*, 1994, 4 (7): 71-83. Versión

electrónica disponible en: <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt7-8-menendez.pdf>

MENÉNDEZ, E. L. (2003) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” en *Ciencia y Saude colectiva* 8 (1): 185-207

MINUCHIN, Salvador, ROSMAN, Beth L. y BAKER, Loiuise (1978) *Psychosomatic families*. Cambridge University Press

SELVINI PALAZZOLI, Mara (1974) *From the intrasychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Londres. Chaucer-Human. Context Books

VAN DONGEN, Els (2002) *Walking stories. An oddnography of mad people's work with culture*. Rozenberg. Amsterdam.