



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

EL PROCESO DE SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN EN EL CASO DE LOS PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

MARÍA JESÚS SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

Universidad Católica San Antonio de Murcia

PRESENTACIÓN

La comunicación abordará diversos aspectos del proceso de salud/enfermedad/atención de los pacientes que acuden a una unidad hospitalaria de reconocido prestigio en el ámbito nacional. Frente a la perspectiva individualista del discurso biomédico al referirse a la identidad anoréxica como constante que explicaría el mantenimiento del trastorno y su cronificación, la exposición se propone analizar el proceso de desarrollo de la subjetividad asociada al paciente anoréxico/a para mostrar cómo esta identificación varía en función de los contextos de interacción. Esta propuesta de investigación prevé descubrir claves importantes acerca de los factores que pudieran estar incidiendo en la “recuperación” de los afectados. Pretendo mostrar cómo a partir de los procesos transaccionales se “negocian”¹ constantemente los términos de interacción entre los diferentes actores y cómo esto podría incidir en que los afectado/as estuvieran más o menos dispuestos a renunciar a las prácticas asociadas al trastorno.

1. LA RUPTURA EPISTEMOLÓGICA

He procurado evitar, en lo posible, la denominación del proceso en términos de anorexia nerviosa, no solamente porque su origen etimológico –la falta de hambre- pocas veces tiene que ver con la realidad sino porque, además, ésta remite a la definición clínica del mismo en términos de diagnóstico -conjunto de signos identificados

¹ Empleo el término “negociar” a sabiendas de que la relación con el clínico nunca será de igual a igual ni tampoco la de lo/as pacientes (adolescentes) con sus mayores, por lo que no sería apropiado hablar de negociación como tal.

como síntomas-, conectando con el cuerpo de conocimientos y categorías de la biomedicina y presentando, por tanto, una práctica epistemológica asociada a la misma. De manera que aceptar esta denominación implicaría asumir la construcción sociocultural asociada al trastorno al definirlo como entidad específica dentro del cuerpo de conocimientos de la biomedicina y reproducir así mismo sus predicados en términos de asocialidad, ahistoricidad, aculturalismo, individualismo, pretendida neutralidad, exclusión del saber del paciente, etc. (Eduardo Menéndez, 1990: 83-118). Por el contrario, ya desde un primer momento en la investigación consideré que mi objeto de estudio se centraría en el análisis del proceso que conduce desde una desnutrición severa a su diagnóstico y resignificación en interacción con los clínicos, como fue el caso de todos los pacientes de la Unidad infanto-juvenil especializada en el tratamiento de este tipo de trastornos en la que realicé la investigación. Así, a falta de una denominación mejor, propongo hablar del “proceso de restricción” para referirme a aquél, a lo largo del cual, los pacientes de la Unidad habían desarrollado una serie de prácticas, la mayoría destinadas a adelgazar, y que llegaron a ocupar un lugar central en sus vidas, hasta el punto en el que toda actividad quedó destinada a un único fin, el de seguir bajando de peso y mantener un estricto plan de actividades cotidiano.

2. EL PROCESO DE ATENCIÓN

Esta investigación de la que fue objeto de mi tesis doctoral, incluyó un intenso trabajo de campo durante más de once meses, gracias al cual fue posible recopilar como material de campo una ingente cantidad de datos: al que, por razones de espacio y claridad en la exposición, sólo me referiré para hablar del proceso de tratamiento.

Bajo el enfoque de la antropología de la salud y la enfermedad, me propuse analizar el proceso de enfermar como proceso sociocultural en el que determinadas manifestaciones –como la pérdida de peso– pasan a ser definidas, etiquetadas y tratadas como signos de un padecimiento (Menéndez, 2003: 201-202).

El proceso de diagnóstico clínico plantea importantes consecuencias al redefinir los sentidos que adquieren las prácticas identificadas como síntomas y ponerlas en conexión con el modelo explicativo médico. Fruto de dicho proceso de interacción con los clínicos surge la ideación anoréxica como modelo explicativo (Kleinman et al, 1978 y Kleinman, 1980)² asociado al trastorno; en torno al cual se organizan una serie de intervenciones terapéuticas destinadas a modificar la motivación que guía las conductas asociadas al trastorno al tiempo que se proponen como objetivo último instaurar un determinado estilo de vida (aquel definido por la biomedicina como el saludable). Es preciso, por tanto, entender el proceso terapéutico, como aquél en el que van sucediéndose una serie de secuencias en las que se adoptan diferentes decisiones en relación a las formas de atención relacionadas con el carácter contextual en el que surge el “padecimiento” (Menéndez, 2003: 187). Todo lo cual tiene como consecuencia redefiniciones y modificaciones importantes de la subjetividad del afectado, entendiendo por ésta aquella percepción que el sujeto tiene de sí mismo y la que otros tuvieran de éste incluyendo su posición social en el campo de relaciones de poder (Veena Das y Kleinman, 2000: 1).

2.1. Las técnicas disciplinarias y los procesos transaccionales

La intervención de los clínicos de la Unidad preveía que los pacientes consiguieran definir un proyecto de sí mismos que no estuviera asociado a las conductas sintomáticas del trastorno. Un primer paso en su intervención era lograr que los pacientes aceptasen lo irracional de sus conductas y que “asumieran” su condición de enfermos y lo desviado de sus conductas (Mabel Gracia, 2002).

Estos planteamientos presentan importantes analogías con las técnicas disciplinarias a las que se refiere Michel Foucault (1989) y que operan

² Estos autores plantean que las redes semánticas del padecimiento están relacionadas a los sistemas de conocimiento médico a través de los denominados "*explanatory models of illness*" (modelos explicativos del padecimiento), que constituyen el conjunto de creencias que incluyen todos o algunos de estos cinco puntos: (a) la etiología, (b) el conjunto de síntomas, (c) la fisiopatología, (d) el curso de la enfermedad (en cuanto a severidad y tipo de rol del enfermo) y (e) el tratamiento.

como dispositivo de normalización y disciplinamiento de “cuerpos dóciles”, al fomentar que los pacientes se adhieran a la norma (el estado saludable) en correspondencia con los predicados de la biomedicina. Ahora bien, como defendía el pensador francés, dicha “normalidad” se trata de un ideal nunca alcanzable y en torno al cual, en la realidad, se aprecian diferentes grados de desviación. Apartándonos un tanto de la propuesta foucaultiana, hemos de tener en cuenta, además, cómo dicho proceso se desarrolla en virtud de las interacciones entre los diferentes actores implicados, de manera que hemos de atender de manera muy especial a los procesos transaccionales que permiten que, efectivamente, el proceso terapéutico alcance o no sus fines.

2.2. La ideación en el discurso clínico

En el proceso de tratamiento de los pacientes de la unidad ocupaba un lugar central aquel síntoma definido como ideación anoréxica, refiriéndose a la extrema preocupación por el peso que los clínicos atribuyen a los afectados. Bajo este término, los clínicos incluían todas aquellas emociones, ideas, sensaciones, etc., relacionadas con el cuerpo, el peso o la comida y que pudieran asociarse a cualquier de las conductas del paciente. La ideación anoréxica en la práctica queda asociada a todo lo relacionado con el paciente -definida como síntoma de la irracionalidad que motiva y guía su comportamiento- convirtiéndose así en un elemento fundamental en el modelo clínico explicativo del trastorno. De este modo, advertimos cómo, en la línea apuntada por Michael Taussig (1995), la práctica clínica reifica determinados signos –en nuestro caso las conductas– para intervenir sobre ellos como síntomas de la enfermedad.

2.3. Lo normal y lo patológico

El diagnóstico de anorexia no es simplemente un etiquetado que el clínico atribuye al paciente: se trata de un proceso transaccional, a lo largo del cual, clínico y paciente están constantemente “negociando” los términos de su interacción. Se precisa un entorno receptivo al entendimiento de dicho trastorno para que éste haya podido hacer su

aparición tal y como lo conocemos hoy. Sólo en función de la existencia de determinado episteme se hace posible que pueda surgir un discurso específico acerca del mismo y que nos resulte, en cierta medida, fácil hablar del trastorno y de los “síntomas” que lo definen. Asumiendo, así, que el proceso de tratamiento surge en función de determinado sistema cultural, en el contexto de interacción clínico y paciente y se refiere a un espectro de representaciones y prácticas que son producto de un conjunto de saberes que redefinen continuamente el sentido, significado y uso de la biomedicina, me propuse adoptar una perspectiva de análisis transaccional (Menéndez, 2003).

La ideación, al delimitar un conjunto de síntomas opera como dispositivo que permite hablar: generar un discurso acerca de las sensaciones de malestar u otras manifestaciones del padecimiento, lo que, de otro modo, podría ser apenas entendido como amalgama de dificultades “psicológicas” seguramente difícilmente discernibles. La ideación permite hablar de las veces que vomita, de los alimentos que rechaza, etc., elementos concretos sobre los que se justifica la intervención clínica.

Dicho proceso de “identificación” de los signos de la ideación, pese a que permite la comunicación entre clínico y paciente, elimina la posibilidad de advertir cualquier tipo de “etiología” que no sea individual así como los sentidos y significados que adoptan para el paciente sus prácticas y creencias y que están en el centro de la motivación de dichas prácticas asociadas al trastorno. Al tiempo, que definido como trastorno en base a la ideación, se contraponen salud y enfermedad, de manera que se percibe el proceso de restricción no como proceso de enfermar (Menéndez, 1990) en el que se analizan los factores y condicionantes que han intervenido en la aparición del padecimiento, sino como el desarrollo y aparición de la sintomatología que justifica el diagnóstico: el modelo médico hegemónico establece dos polos entre la normalidad bioquímica y la patología, esta segunda queda identificada como categoría nosográfica en términos de enfermedad, constituyéndose como anormalidad, definiéndose como categoría y estableciendo una competencia en monopolio para ciertos profesionales, los clínicos, en su tratamiento y manejo (Canguilhem, 1986).

Las pretensiones de los clínicos se dirigían no a hacer desaparecer la ideación, sino a convertirla en una preocupación normal por el cuerpo, pues, bajo su perspectiva, era esperable y deseable que, como adolescentes, manifestasen este tipo de inquietudes. Consideraban que el objetivo último era que adquiriesen un estilo de vida saludable propio de su condición de adolescentes —entendida ésta como etapa de crisis—: poniendo de manifiesto las pretensiones del modelo asistencial médico a la hora de definir ciertos problemas como médicos así como a las posibilidades que alcanza la intervención de los clínicos a la hora de plantear respuestas.

3. EL AGENTE PATÓGENO

La ideación en el discurso de los clínicos solía aparecer en forma de metáforas relacionadas con un agente invasor que anula la voluntad del sujeto, lo que neutraliza de forma evidente cualquier tipo de responsabilidad o culpa que pudiera adjudicarse al afectado/a y/o a sus familiares³. Este modelo explicativo en términos de agente patógeno abandona ciertas cuestiones sin responder, como por qué sólo una parte de la población desarrolla el trastorno si todos estaríamos expuestos a su influencia en tanto el modelo biomédico considera “normal” cierta preocupación por el peso y el cuerpo. En la práctica el discurso del clínico define el agente invasor como factor sociocultural en términos de “presión social primando modelos de delgadez”, resultando ésta un factor predisponente (David Garner y Paul Garfinkel, 1982) para desarrollar el trastorno, sin señalar qué resulta determinante para explicar la aparición del padecimiento.

El agente patógeno en el modelo explicativo clínico resulta ser un recurso lúbil ante la cuestión de la etiología, permitiendo disociar la enfermedad del sujeto y favoreciendo con ello que el paciente esté dispuesto a rechazar el trastorno y su sintomatología. Hace posible eludir cualquier asunto relacionado con la atribución de

³ Asunto éste referido a la atribución de responsabilidades en cuanto a la aparición y mantenimiento del padecimiento que adquiere enorme relevancia, a tenor de las consecuencias observadas en términos de estigma, tanto en el caso de lo/as pacientes de la Unidad como en el de mucho/as afectado/as con otros diagnósticos de trastorno mental (véase Sue Estroff 1985).

responsabilidades que pudiera dispersar la atención sobre otra cosa que no sea trabajar sobre los síntomas, en correspondencia con los predicados del modelo médico hegemónico⁴.

4. LAS POSIBILIDADES DE “NEGOCIAR” Y EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO

El discurso de la ideación sólo surge una vez realizado el diagnóstico, cuando determinadas prácticas pasan a identificarse como síntomas, generando todo un proceso de redefinición de las mismas. Esto no significa que el proceso de etiquetado pueda explicarse como consecuencia o efecto, exclusivamente, de la intervención de los clínicos. Comprender cómo opera dicho proceso requiere ponerlo en relación con los procesos transaccionales que hacen posible su desarrollo. Constantemente se modifican los términos de la interacción entre clínico y paciente: “negociando” los usos posibles de la ideación, las expectativas que cada cual plantea con respecto al otro, etc. aunque no en condiciones de igualdad, pues el clínico mantiene su tradicional rol hegemónico.

Este tipo de interacciones eran especialmente tenidas en cuenta por los clínicos por cuanto, como ellos mismos reconocían, si no lograban conseguir una actitud colaboradora por parte del paciente y de sus familiares, todos sus esfuerzos por eliminar la sintomatología serían inútiles, pues, fuera de la sala psiquiátrica poco podían hacer para obligarles a cumplir con sus indicaciones. Así, los clínicos consideraban que, una vez que le dieran el alta, buena parte del éxito del tratamiento, dependía de la disposición del paciente para mantener los “logros alcanzados”, (aquéllos que se referían al incremento de peso, la extinción de las conductas purgativas o la práctica excesiva de ejercicio). Disposición que requería como a priori que el paciente y sus familiares asumieran la condición de enfermo del primero y que,

⁴ En contraposición, el modelo etiológico biomédico de la enfermedad, al que el clínico no suele referirse con tanta frecuencia en la consulta con sus pacientes, propone que sólo, ante determinados rasgos de personalidad en conjunto con dicho modelo estético de delgadez, hará aparición el trastorno.

en función de la misma, estuvieran dispuestos a aceptar su intervención.

5. MÁS ALLÁ DEL PROTOCOLO

Bajo la perspectiva clínica, la mayoría de los pacientes desarrollan el trastorno como consecuencia de sus problemas para afrontar las dificultades propias de la adolescencia, dando por sentado que se trata de una etapa de crisis en correspondencia con su origen etimológico (padecimiento). Sólo, cuando fueran capaces de elaborar una percepción de sí mismos en relación a su paso al estadio adulto que no apareciera asociada al trastorno, cabría esperar que los cambios introducidos por el tratamiento fueran a permanecer en el tiempo.

En correspondencia, muchos de los clínicos entendían que su intervención no sólo debía abordar aquellos aspectos directamente relacionados con las conductas asociadas al trastorno (como proponen los protocolos de tratamiento), sino que, además, tenían que incluir otros aspectos relacionados con sus proyectos de futuro. Prestaban especial atención a todas las cuestiones relacionadas con los estudios, insistiendo en la necesidad de que reflexionasen acerca de su vocación profesional y los pasos a dar para alcanzar sus metas, insistiendo constantemente en que los logros que se propusieran fueran realistas y que se correspondieran con sus posibilidades. Más de una vez pude advertir cómo los clínicos se dedicaban a tratar estos aspectos no ya con los pacientes, sino principalmente con sus familiares. Para muchos pacientes, según reconocían, la intervención de los clínicos en este sentido había sido una gran ayuda, pues aseguraban que, si éstos no hubieran mediado, probablemente no habrían conseguido convencer a sus parientes para poder hacer lo que realmente les gustaba. Otros, así mismo, planteaban que, gracias a los clínicos, pudieron abandonar ciertas expectativas –como la excelencia académica- y la enorme ansiedad que esto les generaba pues, tanto ellos como sus familiares, dejaron de darle tanta importancia a las calificaciones⁵. En este sentido la observación continuada y

⁵ También hubo quien consideraba que la intervención de los clínicos carecía de sentido, pues no pensaban que éstos entendieran su postura; bajo su perspectiva, no cabía la posibilidad de renunciar a la excelencia porque pensaban sólo así sus hijo/as podrían

sistemática en la unidad me permitió descubrir la relevancia de la intervención de los clínicos y su capacidad para influir en el proceso de toma de decisiones de los pacientes y de sus familiares. En muchos casos, al encontrar un proyecto de futuro con el que sentirse ilusionados y que encajase con sus expectativas, los pacientes comenzaban a mostrarse más dispuestos a renunciar por completo a las prácticas que asociaban con el trastorno, argumentando que no pensaban hacer nada que pudiera poner en peligro conseguir lo que querían.

Otros asuntos distintos a los relacionados con los estudios resultaron ser así mismo de gran importancia a la hora de comprender estos cambios con respecto a las prácticas restrictivas.

5.1. Parece que siempre somos los malos

La psiquiatra G. durante la reunión de equipo: “Es curioso que la mayoría de los pacientes cuando se ponen bien reconocen que salieron de la enfermedad primero, por la ayuda de sus familiares y, segundo, por la de sus amigos. De los clínicos sólo guardan mal recuerdo. Al final, pese a todo, parece que siempre somos los malos o que nada de lo hicimos tuvo que ver con su recuperación”.

Así, planteaba la psiquiatra responsable de la sala de hospitalización lo que tantas veces había oído de labios de sus pacientes. Su reproche, al plantear que el trabajo de los clínicos no era reconocido, se refería especialmente a que los pacientes solían obviar cómo su intervención había afectado sus vidas más allá del contexto de la unidad.

Ella, como el resto de los clínicos, parecía plenamente consciente de la relevancia que adquirirían los cambios en sus relaciones sociales a la hora de fomentar la motivación de los pacientes para abandonar definitivamente las prácticas asociadas al proceso de restricción, por lo que no era un aspecto que los clínicos solieran descuidar fácilmente. En sus manos estaba el suspender todo contacto al pautar la hospitalización y aislamiento o permitirles –también exigirles– las

asegurarse sus posibilidades de éxito y promoción social. Asuntos estrechamente conectados con las disposiciones de cada uno de los pacientes y de sus familiares respecto a su posición social y que se analizaron en profundidad a lo largo de la tesis.

visitas y/o a quién podían ver en su tiempo libre. El plan de vida que se instaura a partir de la intervención del clínico promueve un sistema de control que incluye todos los ámbitos de la vida del paciente; de manera que, en una primera etapa del tratamiento, nada se deja a la improvisación, hasta el más mínimo movimiento pasa a convertirse en una indicación clínica: como, por ejemplo, si puede o debe mantener contacto con sus iguales o no, qué planes puede y/o deber hacer, etc⁶. El objetivo de dichas indicaciones, bajo la perspectiva de los clínicos, sería modificar el patrón de interacción de los pacientes de modo que mantuvieran relaciones sociales que favoreciesen su disposición a salir de la enfermedad.

A propósito de lo anterior, no es mi intención poner en cuestión la labor de los clínicos ni sus buenas intenciones; mis pretensiones caminan por otros derroteros. Me interesa resaltar este tipo de intervenciones por cuanto el modelo médico sistema asistencial no las reconoce ni aprueba. Solamente pertenecen a su dominio aquellas encaminadas a tratar exclusivamente lo que se ha definido como sintomatología propia del trastorno. Tal y como les recordaba sistemáticamente el jefe de la unidad a los otros clínicos, su actuación debía referirse sólo a lo relacionado con el tratamiento de los síntomas, siguiendo estrictamente el protocolo, en el que lo único que aparecía en cuanto a las relaciones sociales de los pacientes era un número limitado de sesiones psicoeducativas acerca de la enfermedad para los padres y madres. Pese a estas recomendaciones, pocos clínicos las seguían estrictamente, a veces, ni siquiera él mismo, pues, como me confesó en alguna ocasión, tras décadas de experiencia como especialista, sabía a ciencia cierta que, sin intervenir en las relaciones que los pacientes mantenían con otros, las posibilidades de que realmente los afectados se avinieran a salir de la enfermedad eran escasas. Sin embargo, como él mismo planteaba, tenía la incómoda obligación, como responsable de la unidad, de recordar a sus colegas hasta dónde podían llegar, al menos de manera oficial; lo que no significaba que después fuera a comprobar que, efectivamente, los otros seguían sus indicaciones o que incluso él mismo las fuera a seguir.

⁶ Más tarde, según avancen las semanas de tratamiento, pasarán a “negociar” con el paciente cada vez más elementos de dicho plan de vida.

Este décalage entre discurso y práctica nos proporciona un relevante caso de análisis con el que explorar el proceso de producción del discurso y las condiciones de posibilidad que permiten su aparición. Entre otras, destaca la importancia que adquiere la posición social que cada actor ocupa en el campo -en nuestro caso, el sanitario-. Entender cómo surge dicho discurso significa entender qué posición ocupa, especialmente, cuando, como en nuestro caso, en el campo sanitario existe una rígida estructura jerárquica que sanciona de manera estricta el desempeño de cada uno de los roles.

Además, este “desajuste” entre el discurso y la práctica presenta otro elemento de gran interés a la hora de analizar el proceso de atención. El hecho de que los clínicos, con frecuencia, planteasen un tipo de intervención “un tanto alejado” del modelo asistencial – lejos de poder considerarse una excepción o un hecho aislado- ponía de relieve las carencias y limitaciones de dicho modelo para tratar efectivamente el padecimiento de los afectados. Especialmente cuando aceptaban que debían adaptar el protocolo a la situación de cada paciente o cuando consideraban que si no intercedían en la relación con sus parientes difícilmente mejoraría la situación de los afectados.

En este sentido me gustaría destacar cómo este tipo de prácticas alejadas del modelo médico asistencial fomentan el mantenimiento y reproducción de dicho modelo manteniendo a salvo de las críticas, en tanto “parece” que funciona.

Ahora bien esto no pude llevarnos a pensar que las posibilidades de los clínicos para intervenir fuera de los márgenes del protocolo y en oposición a los criterios del modelo médico hegemónico son ilimitadas.

6. LAS LIMITACIONES Y PRETENSIONES DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

El que no siempre la intervención de los clínicos presentara coherencia con los predicados del modelo médico no significa que la práctica clínica no quede inevitablemente afectada por éste (Good, 1994). Así, en las ocasiones en las que dudaban, no sabían cómo dirigir su intervención o a ésta no le seguían los efectos esperados

sobre la conducta del paciente, era frecuente que reconsiderasen su interacción en relación a lo pautado en el protocolo. De manera que si el protocolo prevé como prioridad la renutrición, ante la duda, todas sus indicaciones se dirigían a mantener el peso o incrementarlo, evitando cualquier actividad o tarea que pudiera representar un obstáculo a dicho objetivo. La cuestión es que, al plantear su actuación exclusivamente sobre la ideación, perdían de vista las condiciones de posibilidad en las que aparecen las prácticas y, por tanto, la ocasión de plantear una intervención que, efectivamente, abordase aquellos factores que incidían en la motivación de cada uno de los pacientes para llevarlas a cabo o dejar de hacerlo.

En contrapartida consideraban que su intervención debía dirigirse a abordar los pensamientos, emociones, etc. que pudieran afectar a la pérdida de peso (en correspondencia con lo que prevé el modelo asistencial). Así, a falta de poder “entrar en la cabeza de sus pacientes para cambiar su modo de pensar”, poco podían hacer más que procurar que, al menos, no afectase a sus constantes vitales. Este momento que parece poner a prueba su eficacia como justificación de la hegemonía del modelo médico (Menéndez, 2005: 12) aparece, sin embargo, como todo lo contrario, pues consigue salir victorioso del lance al poner a disposición del clínico los medios necesarios para preservar la vida del paciente. Al arrastrarle lejos del riesgo vital y acortar la distancia que separa al paciente de la “normalidad” –tanto a aquél a punto de desfallecer como a aquel reincidente cuya mayor trasgresión fue contravenir las indicaciones de reposo– el modelo demuestra, una vez más, su eficacia pragmática y su capacidad para operar como sistema de control social y subyugar la voluntad del paciente por “su propio bien”. Es precisamente esta racionalidad instrumental –en tanto se propone buscar el medio más eficaz para preservar la vida del paciente– la que justifica el tipo de intervención invasiva e incapacitante que se le procura al afectado. Poco o nada tiene presente las dimensiones significativas, trascendentes, etc. del proceso salud/enfermedad/atención y de la propia existencia humana que, en caso de incluirse, podrían dar lugar a cambios importantes en el tratamiento de este tipo de padecimientos, al incluir no solamente el punto de vista de los afectados sino, así mismo sus condiciones de existencia y, especialmente, aquéllas que podrían haber influido en el

desarrollo y mantenimiento de las prácticas asociadas al proceso de restricción.

Este tipo de carencias y limitaciones en su intervención planteaba serias dificultades a la hora de conseguir que los pacientes encontrasen algún tipo de motivación para abandonar las prácticas asociadas al proceso de restricción, pues, como ellos mismos argumentaban, no encontraban ningún aliciente en el aumento de peso y seguir el plan de vida cuando esto sólo les acarrearba sufrimiento. Sobre todo cuando se daban cuenta de que fuera de los muros del hospital el ideal seguía siendo la delgadez y que aquellos con los que se relacionaban solían mirarles admirados al advertir cómo habían engordado y comprobaban cómo, pese a lo que dijeran los clínicos, la delgadez seguía operando como ideal con gran prestigio en su grupo de iguales.

La cuestión a resaltar como en tantas otras ocasiones es cómo el sistema asistencial médico dispensa tratamiento centrado en la figura del paciente y, hasta cierto punto, de sus familiares, sin apenas cabida para plantearse los contextos de interacción en los que se desarrollan los procesos de restricción: Mostrando así evidentes limitaciones en el tratamiento de un padecimiento que, de manera manifiesta, remite a una serie de conflictos y contradicciones inherentes a la posición social de los afectados.

No se trata de plantear que este tipo de intervenciones clínicas sean fácilmente modificables, pues surgen de una práctica epistemológica que constantemente produce y reproduce los predicados del modelo médico asistencial. Esto no significa que los clínicos, en su actuación, reproduzcan simplemente lo aprendido a lo largo de su formación como expertos, sino que, como he intentado mostrar, la interacción entre clínico y paciente/ familiares ha de ser entendida como proceso transaccional en el que constantemente se están negociando los términos de su interacción. Esto no siempre conduce a que los pacientes rechacen dichas prácticas para adoptar las propuestas por los clínicos –aquéllas asociadas al estilo de vida saludable–, sino que, en las interacciones con los clínicos, a lo largo del proceso terapéutico, constantemente se desarrollarán transacciones mediante las cuales se negociarán los términos de dichos cambios.

Para finalizar me gustaría insistir una vez más en la relevancia de la intervención de los clínicos a la hora de fomentar cambios importantes en las interacciones que los pacientes mantenían con otros significativos, donde parece estar efectivamente la clave para descubrir qué influye de modo determinante en la disposición de los pacientes a la hora de modificar o moderar las prácticas asociadas al proceso de restricción. No pretendo apuntar que sus posibilidades en este sentido sean ilimitadas o que esté en sus manos que dichas modificaciones se produzcan. Antes bien, si aceptamos que el padecimiento está poniendo de manifiesto –a través del cuerpo– ciertos conflictos derivados de las condiciones de existencia de aquello/as que lo padecen –poniendo en evidencia las posibilidades del proceso de embodiment para incorporar los efectos de las desigualdades inherentes a la posición social– hemos de considerar la necesidad de un cambio mucho más profundo que no sólo se refiere al modelo médico hegemónico.

BIBLIOGRAFÍA

- DAS, Veena y KLEINMAN, Arthur (2000) “Introduction” en DAS, Veena; A. KLEINMAN, M. RAMPHELE y P. REYNOLDS (eds.) (2000) *Violence and subjectivity*. Berkeley, University of California Press, pp. 1-18.
- CANGUILHEM, George (1986) *Lo normal y lo patológico*, México D.F., Siglo XXI.
- ESTROFF, Sue, E. (1985) *Making crazy: an ethnography of psychiatric clients in an American Community*, Berkeley, University of California Press.
- FOUCAULT, Michel (1989) *Vigilar y castigar*. Madrid, Siglo XXI.
- GARNER, David M. y GARFINKEL, Paul E. (1982) *Anorexia nervosa: a multidimensional perspectiva*, Nueva York, Brunner/Mazel.
- GOOD, Byron (1994) *Medicine, Rationality, and Experience*. Nueva York, Cambridge University Press.

GRACIA ARNAIZ, Mabel (2002) "Por qué la comida, por qué no comer: discursividad y poder en la construcción social de la anorexia nerviosa", comunicación presentada en el *XIX Congreso de Antropología en Barcelona*, celebrado el 4, 5, 6 y 7 septiembre del 2002.

KLEINMAN, Arthur; EISENBERG, Leon y GOOD, Byron (1978) "Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research", *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 (1990) "El modelo médico hegemónico: estructura, función y crisis" en *Morir de alcohol*, México D. F., Alianza editorial mexicana, pp. 83-118.

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

MENÉNDEZ, Eduardo L. (2005) "El modelo médico y la salud de los trabajadores", *Salud Colectiva*, 1(1): 9-32.

TAUSSIG, Michael (1995) "La reificación y la conciencia del paciente" en *Un gigante en convulsiones*, Barcelona, Gedisa, pp. 110-143.