VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.

ALUBA y el discurso médico-psiquiátrico: la tríada enfermedad – enfermo – tratamiento.

Eugenia Bianchi, María Soledad Portillo.

Cita: Eugenia Bianchi, María Soledad Portillo (2007). ALUBA y el discurso médico-psiquiátrico: la tríada enfermedad – enfermo – tratamiento. *VII Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: **http://www.aacademica.org/000-106/269**

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: http://www.aacademica.org*.

ALUBA y el discurso médico-psiquiátrico: la tríada enfermedad – enfermo – tratamiento.

Eugenia Bianchi, María Soledad Portillo

Facultad de Ciencias Sociales, UBA

eugenia.bianchi@yahoo.com.ar

soledadportillo77@yahoo.com.ar

ALUBA y el discurso médico-psiquiátrico: la tríada enfermedad – enfermo – tratamiento.

El *objetivo* de la presente exposición es rastrear, del cúmulo de discursos que "piensan" hoy la juventud y la salud (y su contracara, la enfermedad), uno en particular: el discurso de ALUBA (Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia). En tanto dicho discurso se funda en el par *normal/anormal*, y su circulación entraña profundos efectos de poder en los sujetos en los que recae, es que lo analizaremos, en un intento por aportar a la construcción de este complejo campo de estudio.

Partimos de considerar conceptualmente a ALUBA como *dispositivo de poder disciplinario* (Foucault 1975: 201), y como *institución total* (Goffman 1961: 19).

Hipotetizamos que es posible rastrear en los documentos analizados, un modo particular (particular en términos históricos, y particular dentro del cúmulo de discursos médicos) en la manera en que son construidas y detectadas la bulimia y la anorexia por la mirada médico-psiquiátrica de ALUBA; que
-vinculado con esta primera construcción- dicho discurso supone un sujeto específico (mayoritariamente joven) que es más proclive a "caer" en la enfermedad; y que es en virtud de esta especificidad de la *enfermedad* y del *sujeto* enfermo, que ALUBA ha diseñado un *tratamiento*, también específico, para abordar la problemática que se suscita, tratamiento que se da en términos de normalización de las conductas, y con el objetivo de fabricar sujetos dóciles y útiles (Foucault 1975: 142).

Podríamos pensar, entonces, que así como los discursos médicos construyen enfermedad, también construyen sujetos. Y que es gracias a estas concepciones que han sido construidas, a este horizonte de lo pensado que se establece en términos de la oposición entre *normal y patológico*, que resulta posible el diseño y la aplicación de un tratamiento como el que ofrece ALUBA. Y ello porque es este saber-poder médico desplegado por ALUBA el que en su propio ejercicio construye dicha categoría bulimia-anorexia, y con ella a los sujetos a los cuales viene a focalizar, separar del resto, congregar a su alrededor, etiquetar y construir como tales en el marco de ese proceso.

ALUBA Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD. LA BULIMIA Y LA ANOREXIA COMO ENFERMEDADES. COMO TRASTORNOS O DESÓRDENES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Iniciamos el análisis rastreando cómo el discurso de ALUBA construye a la bulimia-anorexia como *enfermedades*. Nos servimos para ello de fragmentos de la entrevista que le realizáramos al Lic. Marcelo Bregua, psicólogo y Coordinador General de ALUBA, quien describe la anorexia y bulimia en términos de actividades, de acciones o conductas positivas o negativas (que lleva adelante o no la persona), y a partir de parámetros observables. Establece subtipos clasificatorios, y plantea semejanzas y diferencias entre ambas.

MARCELO BREGUA: *(Lee la pregunta). Bueno ¿en qué consiste la Bulimia y la Anorexia? Bueno, empezamos por la Anorexia. Anorexia es un término griego que significaría "sin apetito". An orexis. Es un término equivocado. Las personas tienen apetito pero lo niegan. Es una persona que comienza haciendo una selección de alimentos, dietas, ayunos, lo que... el inicio es indistinto. Y esto empieza a hacerse cada vez más extremo, más estricto, hasta incluso hay personas que no toman agua. Y el descenso del peso es tan importante que hemos tenido personas de un metro setenta y veinte kilos. Calculá hasta dónde llega la persona con su anorexia. Y como características secundarias, o sea, como subtipos a lo mejor de anorexia como dice el Manual encontramos aquellos anoréxicos que simplemente dejan de comer y los otros que comen quizás pequeñas cantidades de alimento y buscan una manera de compensarlo, que se denomina el subtipo atracón-purga, ¿sí? Se hace una ingesta y la eliminan. O sea, el anoréxico, cosa que la sociedad piensa que no, el anoréxico también puede vomitar, o también puede tomar laxantes, diuréticos, anfetaminas.*
El Manual de Psiquiatría al que alude el Lic. Bregua (Kaplan-Sadock 2001: 214) ofrece los siguientes criterios diagnósticos (de acuerdo al DSM IV-TR):

A- Rechazo a mantener el peso corporal en el mínimo normal para la edad y talla o por encima de este (e.g., pérdida de peso que lleva a mantener el peso corporal en menos del 85% del esperado, o ausencia del progreso ponderal esperado durante el período de crecimiento,…)
B- Temor intenso a aumentar de peso o engordar, aun estando por debajo del peso normal.
C- Alteración de la percepción del peso o la forma de su cuerpo, exageración de la importancia del peso o la forma del cuerpo en la autoevaluación o negación de la gravedad del bajo peso actual.
D- En las mujeres pospuberales, amenorreicas; i.e. ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.
Especificar el tipo:
Tipo restrictivo*: durante el episodio actual de anorexia nerviosa, la persona no ha incurrido regularmente en atracones o purgas (i.e., vómitos autoinducidos o consumo indebido de laxantes, diuréticos o enemas).*

Tipo ingestión compulsiva de alimentos/purga: *durante el episodio actual de anorexia nerviosa, la persona ha incurrido regularmente en atracones o purgas.*

Es notorio en esta descripción -que está basada en la ocurrencia o no de observables empíricas y mensurables- que la anorexia aparece como una patología en sí misma, a la que es importante poder diferenciar de otras enfermedades para realizar un diagnóstico certero, y que puede estar acompañada eventualmente, pero que se presenta como escindida en principio, de aspectos psicológicos o físicos. La anorexia es recortada y pensada entonces como aislada, restringida a cuestiones como el temor y la voluntad para el mantenimiento de un férreo régimen alimenticio. Una *mala* voluntad, en verdad; una voluntad pasible de punición o de sanción social; en definitiva un des-orden, desorden alimentario. Nada menos, pero nada más.

Con respecto a la bulimia, dice el Lic. Bregua:

MARCELO BREGUA: *Bulimia es un término que viene ya desde los romanos y significa "hambre de buey". Y esto habla de la voracidad con la cual una persona que está haciendo quizás la misma dieta que la persona que hace anorexia, que tiene después anorexia, pero como no lo puede soportar tiene episodios de ingesta voraz. Grandes cantidades de comidas se comen en períodos muy cortitos de tiempo. Por supuesto, otra vez tenemos subtipos. Tenemos el subtipo de las personas que compensando esa cantidad de comida simplemente hacen ayuno, o dieta, que se diría no purgativa, y la bulimia purgativa que como su nombre lo indica tiene alguna purga: vómitos, laxantes, diuréticos, son los más comunes. Si vamos a hablar de síntomas, éstos son los síntomas.*

El manual Kaplan-Sadock (Kaplan-Sadock 2001: 215) amplía estas consideraciones, a partir de los siguientes criterios diagnósticos:

A- Episodios recurrentes de atracones. Un atracón se caracteriza por las dos manifestaciones siguientes:
(1) Comer, en un período de tiempo definido (e.g., en el término de 2 horas), una cantidad de alimentos que es definitivamente mayor que la que la mayoría de los individuos comería en un período similar y en circunstancias similares.
(2) Sensación de falta de control sobre el comportamiento alimentario durante el episodio (e.g., un sentimiento de que no se puede dejar de comer ni controlar qué ni cuánto se come).
B- Comportamiento compensador inapropiado y recurrente para no aumentar de peso, como vómitos autoinducidos, consumo inadecuado de laxantes, diuréticos, enemas u otras medicaciones, ayuno o ejercicios excesivos.
C- Promedio de un mínimo de dos episodios por semana de atracones y comportamientos compensadores inapropiados durante 3 meses.
D- La autoevaluación está exageradamente influida por la forma y el peso corporal.
E- La alteración no se produce exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.
Especificar el tipo:

Tipo con purga: *durante el episodio actual de bulimia nerviosa, la persona ha incurrido regularmente en vómitos autoinducidos o consumo inapropiado de laxantes, diuréticos o enemas.*
Tipo sin purga*: durante el episodio actual de bulimia nerviosa, la persona ha recurrido a otros comportamientos compensadores inapropiados, como ayuno, ejercicio excesivo, pero no ha incurrido regularmente en vómitos autoinducidos o consumo inapropiado de laxantes, diuréticos o enemas.*

Varios son los comentarios que pueden efectuarse en relación a estas afirmaciones. En principio, que el cuadrar dentro de los patrones de diagnóstico de bulimia es una mera cuestión de grado, de distancia con respecto a un patrón de regularidad. No se trata de que ocurran "comilonas" o "atracones" -el hecho en sí no parece ser lo que merece la consideración de *patológico*-, sino de la frecuencia de éstos, que puestas en comparación con los parámetros normales -estando asociado a *normalidad* el cuidado de sí, la "buena" nutrición, las cantidades estándar consumidas por las personas del medio, etc.- resultan en un exceso, en una desproporción o desmesura.

Por otra parte, también está presente la idea de que *la bulímica* tiene una *falla.* Que falla en controlar la ingesta de comida. Pensamos que entender de este modo a la bulimia no es poco relevante, puesto que conlleva el diseño de un abordaje terapéutico que tiene como eje el reencauzamiento de las conductas desviadas, la reorganización de los hábitos alimentarios para que estos cuerpos esquivos al poder se incorporen a los parámetros de normalidad socialmente aceptados y puedan resultar dóciles y útiles.

Nos centramos ahora en otro tipo de documento, que nos amplía el espectro de análisis. ALUBA, como depositaria de un saber-poder médico, detenta, despliega y sugiere la utilización de toda una serie de técnicas para la detección de la presencia de bulimia-anorexia. Tiene entonces, además de un carácter informativo, de transmisión de un saber, una función preventiva.

Esta faceta de su discurso institucional consta en la página web *aluba.org* y en el cuadernillo *Guía para la Familia* que nos proporcionaron en nuestras visitas a ALUBA. Dicha guía es, en sus palabras, "producto de la experiencia" y contiene lineamientos que, creemos, nos brindan elementos para reconstruir los criterios con los cuales ALUBA concibe la bulimia-anorexia como enfermedades. El objetivo manifiesto de la guía se resume en la *Introducción*:

"Como en la mayoría de los casos los padres recién acuden a la consulta cuando la enfermedad ya está instalada, esta guía pretende adelantarse en el tiempo y mostrar las primeras señales de aviso, para evitar males mayores. ¡Padres, despierten! Es hora de realizar una investigación exhaustiva, de abrir bien los ojos. Emprendamos juntos el camino. No olvidemos que la detección temprana facilita la recuperación."

Esta convocatoria a los padres (y a la familia en general) tiene profundas implicancias, que también hemos analizado pero que quedan fuera del alcance del presente trabajo. Aquí sólo mencionaremos que el rol de la familia es tenido como fundamental, tanto como garantía de la continuidad del abordaje

terapéutico en el ámbito hogareño -una vez iniciado el tratamiento-, así como también desde la consideración que los familiares son investigadores privilegiados para efectuar una detección temprana de los indicios de la enfermedad.

Veamos algunos pasajes más de la *Guía para la Familia*:

Capítulo 1: LAS DUDAS MAS COMUNES

Antes de comenzar de lleno con nuestra tarea de investigación se hace necesario aclarar ciertas dudas que comúnmente se presentan a todos los padres. Despejar estas incógnitas nos permitirá encarar nuestra tarea caminando sobre un terreno firme, sin tropezar. Vamos entonces a dar respuesta a todas las preguntas que la mayoría de nosotros nos hacemos.

1.1-¿ESTAMOS FRENTE A UNA ENFERMEDAD?
Últimamente hemos observado algunas conductas que no sabemos cómo calificar.
Nuestra hija está haciendo una dieta que no difiere mucho de la que hace su compañerita de la escuela.
Tal vez esté menos comunicativa, no quiera compartir con nosotros las comidas o pase demasiado tiempo en el gimnasio.
Pensamos que estas actitudes de por sí no tienen por qué alarmarnos. Además, muchas veces minimizamos algunas señales que advertimos. No cabe duda de que preferimos que "todo esté bien" y seguimos actuando como si así fuera.
En realidad, aquí viene bien un consejo debe tenerse en cuenta. ***Consultemos con un especialista. Es el camino más seguro para preservar la salud.***

Primeramente, se observan en este fragmento elementos que hemos mencionado con anterioridad: el enfoque en las conductas; la inscripción de toda una serie de conductas en parámetros de anormalidad, la cuestión de grado en las conductas, que la presencia de conductas que no se diferencian demasiado de las de otras personas son entendidas como indicadores de una situación irregular.

Pero también vemos que este Capítulo 1 de la *Guía para la Familia* se inicia con una duda, con la incerteza ante una situación. La hija de los padres a los que está dirigida la publicación es una persona acerca de la cual todavía no se ha podido determinar qué le está ocurriendo, que exhibe una multiplicidad de conductas que no se diferencian de las de otras adolescentes del entorno, y que pueden no ser preocupantes en sí mismas pero que de alguna manera, aunque confusa, denotan la existencia de un problema.

Lo que le sucede a la adolescente puede o no ser una enfermedad (ésa es la gran incógnita). Existe la posibilidad de que esta incerteza continúe; las conductas pueden no resultar alarmantes o ser minimizadas en su gravedad. Pero de esta manera la preservación de la salud no está garantizada. ¿Qué es lo que puede llegar a producir una modificación en esta situación tan incierta?. Veamos. Esta postura de los padres se deriva de que aún no han “consultado

con un especialista", es decir que aun no se ha introducido ni operado el discurso psiquiátrico, como productor de saber y verdad para organizar, para aglutinar la masa confusa de acciones, pensamientos, situaciones que atraviesa la adolescente -y que impactan también en la familia-, dándoles una coherencia, un sentido y un nombre.

Por lo tanto, y para garantizar la salud de su hija que puede encontrarse amenazada, es que los padres deberían prestar atención a los consejos de ALUBA. Ahora bien ¿por qué la pregunta se dirime exclusivamente en el eje *enfermedad-salud*? y ¿por qué es importante establecer fehacientemente si de lo que se trata es de la existencia o no de *enfermedad*?

Para pensar estas preguntas, debemos tener en cuenta que una de las particularidades de la psiquiatría con respecto a la medicina reside, según Foucault (Foucault 2005: 303), en el modelo que utilizan para llevar a cabo el diagnóstico. A diferencia de la medicina, que puede establecer un *diagnóstico diferencial* de una enfermedad con respecto a otra, la psiquiatría se caracteriza porque la cuestión fundamental que se establece en relación al diagnóstico de locura es que éste se presenta como un *diagnóstico absoluto.*

En el *diagnóstico absoluto* la indagación no se asienta en determinar si el individuo presenta una u otra forma de enfermedad, una u otra forma de locura. Por el contrario, e inscripto en un campo binario, en un ámbito dual, el diagnóstico de locura para la psiquiatría se funda en establecer si *hay* o *no hay* locura, si el paciente está o no loco.

Para poder llevar a cabo un *diagnóstico absoluto*, la psiquiatría se encuentra frente al problema de instaurar una prueba o una serie de pruebas que inscriban en el campo de la realidad -o desacrediten como irreal- lo que por ahora se encuentra en el ámbito de la suposición: la locura del individuo sobre el que se está haciendo el diagnóstico.

Esta prueba de realidad en el diagnóstico absoluto de la psiquiatría tiene un sentido doble, una doble función (Foucault 2003: 307).

Por un lado, se trata de instituir, de dar realidad como *enfermedad* o como *no-enfermedad* aquellas cuestiones, aquellos motivos por los cuales se consulta a la psiquiatría para efectuar una posible intervención o internación psiquiátrica. Si resulta posible retranscribir en términos de síntomas y de enfermedad los motivos de la demanda, la primera función de la prueba psiquiátrica estará cumplida.

Por otro lado, la prueba psiquiátrica trata de presentar, de hacer existir al *poder disciplinario* y de intervención del psiquiatra como *saber médico*. El poder psiquiátrico es un poder disciplinario que, aunque está atravesado por la medicina, carece de contenido médico real, por eso la segunda función de la prueba psiquiátrica consistirá en hacer funcionar ese poder disciplinario como poder médico, haciendo actuar como médico al psiquiatra, que es la persona en quien reposa la facultad de decidir la intervención o la internación.

Es por ello que la prueba diagnóstica en psiquiatría es una *doble prueba de entronización* (Foucault 2003: 308). Entroniza por un lado la vida toda del individuo como entramado de síntomas patológicos, y por el otro entroniza al psiquiatra como médico. La prueba diagnóstica constituye entonces el acto fundador e inicial que es continuamente reactualizado, permitiendo una y otra vez que la locura exista como realidad y el psiquiatra como médico.

Aunque no nos posicionamos desde la consideración de la bulimia-anorexia como locura, hemos recuperado estas reflexiones porque creemos que ambas (locura y bulimia-anorexia) son resultado de una construcción y una concepción específica de la *enfermedad:* enfermedad de la conducta, de una conducta que está trastornada, desordenada. Sin duda coexisten hoy diversos discursos y prácticas que conciben y abordan terapéuticamente de manera muy diferente a la bulimia-anorexia. Y nuestro recorte, centrado en el análisis del discurso de ALUBA, obedece a los objetivos de nuestro estudio.

Retomando, diremos que además, en consonancia con la concepción de poder positivo, productivo, formativo que plantea Foucault, podemos ver esta doble prueba de entronización como una relación de poder en la que se produce un complejo juego, gracias al cual, por una parte, el psiquiatra se presenta con un enorme sobrepoder, puesto que se confunde con el sistema disciplinario; *"el hospital mismo es su cuerpo"* (Foucault 2005: 308). Y por otra parte, hay también un importante sobrepoder del enfermo, dado que es éste quien, en su forma de vivenciar la prueba psiquiátrica, en su capacidad de proporcionarle sus síntomas como motivos de la demanda de intervención, es quien será capaz también de entronizar al psiquiatra como médico o, por el contrario, considerarlo simplemente en su papel disciplinario.

De este modo, y a partir de esta reunificación de lo perceptible, de las conductas bajo la égida del discurso médico-psiquiátrico, es que la pregunta por si *"¿Estamos frente a una enfermedad?*" podrá ser respondida. Y será respondida a partir de inscribir toda una serie de conductas en parámetros de anormalidad. Es por ello que lo que la familia debe hacer, frente a la incertidumbre, es dejar entrar al discurso médico. Dejarlo entrar y también ayudarlo, funcionando como *agentes de salud*.

Veamos también otros fragmentos de la *Guía para la familia*:

1.2. - ¿SE TRATA DE UN CAPRICHO?
Esto es lo que comúnmente se preguntan los padres y creen que seguramente debe ser así.
Estamos ante una hija que se ha comportado siempre "como es de esperar", no ha traído problemas en casa, y ahora repentinamente tiene actitudes inesperadas para nosotros.
Ha cambiado el carácter, a veces es hostil o agresiva, y la armonía familiar se resiente.
***Prestemos atención a estos cambios. Observemos detenidamente su conducta**.*

Como continuación de la tarea de despejar las dudas que se presentan a los padres, en la *Guía Para la Familia* se alude al resentimiento de la armonía familiar. La hija que ya no se comporta como es de esperar, cuyas conductas se están desviando de lo que los padres esperan, trae problemas en la casa. Al igual que la locura, la bulimia y la anorexia representan un *peligro* no sólo para quien está enfermo, sino para toda la familia, que "sufre" este resentimiento de la armonía hogareña.

Por ello, el punto en el que van a recaer entonces el saber, el diagnóstico y el pronóstico psiquiátricos es justamente el *peligro* que constituye la adolescente en las relaciones intrafamiliares. Y ¿cómo es que la psiquiatría establece esta perturbación? Como indicábamos más arriba, lo hace psiquiatrizando toda una serie de conductas, trastornos, desórdenes, amenazas, peligros, que son del orden del comportamiento y de lo observable.

Esto conlleva a que las relaciones entre padres e hijos, entre hermanos, y entre marido y mujer se conviertan, dadas las perturbaciones que presentan, en el ámbito de intervención dilecto de la psiquiatría. De esta manera, el psiquiatra se erige como agente frente a los peligros intrafamiliares, en su cotidianeidad misma: se transforma en el *médico de familia* en los dos sentidos del término (Foucault 1999: 140): como médico reclamado, demandado por la familia, y que se constituye como tal gracias a la voluntad de ésta, y como el médico que debe encargarse de curar lo que acontece a su interior. La psiquiatría ingresa en el ámbito familiar pues, como técnica de corrección y también como técnica de normalización familiar.

Prosigamos con la lectura de otros fragmentos de la *Guía para la Familia:*

1.3. -¿SERAN PROBLEMAS DE ADOLESCENCIA?
Pensamos que esta situación se revertirá con el paso del tiempo, que es solo circunstancial.
Su interés por "estar flaca" no difiere del común de las personas. Todas las chicas están a dieta.
"Son cosas de la salud", pensamos. ¿Por qué no colaborar entonces preparándole la "comida especial" que nos pide?.
Nos evitaremos disgustos y la complaceremos.
¿Qué tiene de malo?
La dieta es la puerta de entrada a la enfermedad- No la abra.

También aquí vuelve a presentarse la cuestión de grado en el diagnóstico. El interés de la adolescente por construir un cuerpo bello no difiere del interés de los adultos. Pero en la medida en que ALUBA dirige sus discursos en el sentido de orientar a las familias en el cuidado de sus hijos, exhorta a no confundir la presencia de enfermedad con lo que comúnmente es entendido como una de las particularidades posibles dentro de esta etapa de la vida.

1.4. -¿QUE HICE MAL PARA QUE ESTO PASARA? ¿QUIEN TIENE LA CULPA?
Hemos llegado al punto en que la situación es casi insostenible. No sabemos qué nos pasa, qué le pasa a nuestra hija, a nuestra familia.

Pensamos que todo es un caos, pero no sabemos qué nos pasó.
Entonces nos preguntamos ¿Qué hicimos mal?, ¿Dónde fallamos?. No se atormente, reflexione, usted es un buen padre y ha hecho lo mejor que ha podido.
No se sienta culpable. Busque ayuda especializada.

Hemos leído que la situación por la que atraviesa la adolescente, que se manifiesta con conductas que no se sabe aun cómo catalogar, que no difieren mucho de las de otras adolescentes y que incluso pueden pensarse como intentos de llevar a cabo una vida saludable, trae problemas y caos en el interior de la familia.

Pero la existencia de este problema no es responsabilidad de los padres. Los desórdenes dentro de la familia funcionan como síntoma de un estado patológico que puede requerir internación, son en sí mismos una razón para intervenir. Por eso aconseja ALUBA, lo mejor que estos padres -que son buenos padres, que no deben atormentarse- pueden hacer es buscar ayuda especializada, dejar entrar al psiquiatra, al profesional especializado, como médico de familia.

1.5. -SI HABLO CON MI HIJO, ¿ENTENDERÁ Y CAMBIARÁ DE ACTITUD?

Este es uno de los últimos intentos por revertir la situación. Lamentablemente no da resultado.
Nuestro hijo no reconoce estar enfermo, no tiene conciencia de enfermedad, por lo tanto, no quiere curarse.
No debemos esforzarnos en este sentido.
El mejor camino es buscar una solución efectiva.
Volvemos entonces al primer consejo.
Consultemos con un especialista. Es el camino más seguro para preservar la salud.

En este fragmento de la *Guía para la Familia* observamos que está presente la idea de una adolescente que no tiene conciencia de enfermedad, y por ello no es capaz de entregar su vida como conjunto de síntomas patológicos al psiquiatra para que pueda operar la doble entronización que requiere la prueba en el diagnóstico absoluto. Mientras no tenga conciencia de enfermedad, no le dará al psiquiatra el lugar que debe tener en la terapéutica. Por ello cualquier intento de hablar está destinado al fracaso. Es en el recurso a un especialista donde se halla la posibilidad de una solución y una garantía a la preservación de la salud.

Resumiendo, hemos visto en el primer aspecto de la tríada varias cuestiones relativas a cómo el discurso de ALUBA concibe y construye a la bulimia y a la anorexia como enfermedades, tomando para ello una serie de elementos: el enfoque en lo voluntario, en lo sintomático y en lo conductual. También está presente la cuestión de grado en las conductas, que se relaciona con la idea de desmesura, de falla en la relación que la persona entabla con la comida, y que actúa como indicador de irregularidad. La enfermedad es así concebida como capturando por completo al sujeto y su voluntad. Pasemos ahora a analizar cómo efectúa la detección de las mismas.

ALUBA Y LA CONSTRUCCIÓN DEL ENFERMO. EL INDIVIDUO CON BULIMIA-ANOREXIA COMO ENFERMO.

Decíamos más arriba que entendemos que la importancia otorgada a la detección de la bulimia y de la anorexia (consideradas como enfermedades) desde el discurso de ALUBA, se anuda fuertemente a la convicción acerca de la existencia de un individuo particular, que presenta características específicas, que lo diferencian del resto y en virtud de las cuales dicha detección se hace posible.

Avancemos entonces en cómo ALUBA detecta la bulimia y la anorexia en las adolescentes, sirviéndonos para ello de otros capítulos de la *Guía para la familia*:

Capítulo 2: LA DETECCION TEMPRANA

2.1-¿ES MI HIJO ANOREXICO?

En general los padres nos preguntamos si algunas conductas de nuestros hijos son en realidad "caprichos de adolescentes", si obedecen "a una crisis de crecimiento" o si "son comunes a todos los chicos".

Muchas veces no asociamos algunas actitudes que aisladamente no son importantes, pero que en su conjunto pueden conformar una Patología Alimentaria grave: la "ANOREXIA NERVIOSA".

Resumiremos brevemente algunas alteraciones físicas que la enfermedad produce, actitudes frente a la comida típicas del anoréxico, y también conductas sociales propias de la enfermedad.

Es oportuno señalar que quienes padecen Anorexia Nerviosa no reconocen estar enfermos, tienen un miedo intenso a aumentar de peso y "se ven" gordos.

Estas tres razones básicas se potencian y dan como resultado una obsesión por adelgazar que no tiene límites.

Es necesario entonces aprender a detectar la enfermedad.

No olvidemos que conocer la Anorexia Nerviosa y el sufrimiento de quienes la padecen es el primer paso para combatirla.

2.2.-¿HAY UN BULIMICO EN CASA?

La BULIMIA NERVIOSA es una enfermedad que ha sido llamada " el secreto que mata".

Es muy difícil detectarla ya que en la mayoría de los casos no existe un bajo peso significativo que nos llame la atención, como en el caso de la Anorexia Nerviosa.

Las conductas patológicas "altamente secretas" de los que la padecen no permiten percibir con facilidad una señal de alerta que nos indique una posible enfermedad.

"El comer a escondidas" nos impide contactar un acto de voracidad.

"El atracón" es una conducta que se practica en soledad.

El abuso de laxantes, diuréticos o anorexígenos también se oculta.

Pero ¿quién detecta estas conductas?

El bulímico nos esconde su proceder. Frente a nosotros come normalmente o hace dieta, entonces, estamos fuera de su problema, lo desconocemos y en consecuencia, no podemos brindarle ayuda.
Debemos entonces convertirnos en agudos observadores, prestar atención a mínimos detalles que pueden ser reveladores, debemos aprender a detectar la bulimia.
***No olvidemos que la detección temprana facilita la recuperación**.*

Encontramos aquí una marcada exhortación a la familia para que opere como agente de salud a su interior, para que preste atención y detecte en su seno lo que el discurso médico-psiquiátrico ha catalogado como anormal, debido al carácter huidizo de estas patologías: en el caso de la anorexia, por la ausencia de conciencia de enfermedad, y en el caso de la bulimia, por el carácter secreto de las conductas desviadas, que se llevan a cabo en soledad. Prosigamos:

Capítulo 3: CÓMO DESCUBRIR LA ENFERMEDAD

Nuestro consejo ha sido claro y lo repetiremos toda vez que sea necesario: "Consultemos con un especialista".
Este es sin duda el camino más seguro, pero ¿qué es lo que debemos observar para descubrir la enfermedad?
Para facilitar la tarea describiremos el perfil de paciente anoréxico y bulímico, los signos físicos y clínicos, las actitudes frente a la comida, la conducta social, aspectos de la personalidad y otras características.

3.1. -EL PERFIL DEL PACIENTE ANOREXICO.

Observemos con atención:

- *Falta conciencia de la enfermedad.*
- *Miedo intenso a la obesidad.*
- *Distorsión del esquema corporal (se ven gordos a pesar de tener bajo peso).*
- *Rechazo a mantener el peso en nivel normal.*
- *Caída del cabello.*
- *Amenorrea - piel seca.*
- *Hipotensión - Hipotermia.*
- *Cortan los alimentos en trozos pequeños.*
- *Comen lentamente.*
- *Mastican largo rato antes de tragar.*
- *Prefieren pequeñas porciones.*
- *Tiran, escupen o esconden la comida.*
- *Pueden consumir anorexígenos, laxantes y/o diuréticos.*
- *Cuentan las calorías.*
- *Tienen rituales con la comida.*
- *Realizan hiperactividad para bajar de peso.*
- *Se aíslan socialmente.*
- *El carácter se vuelve irritable.*
- *Existe depresión en el 40 ó 45% de los casos.*
- *Tienen conductas obsesivas.*
- *Autoexigencia.*
- *Rechazo a la sexualidad.*
- *Pueden darse atracones.*
- *Usan ropa suelta (se tapan el cuerpo).*

No olvidemos la importancia de la detección temprana.

3.2. -EL PERFIL DEL PACIENTE BULIMICO.

Observemos con atención:

- *Episodios recurrentes de voracidad.*
- *Conciencia de que el patrón alimentario es anormal.*
- *Sentimiento de no poder parar la ingesta.*
- *Oscilaciones significativas de peso.*
- *Deterioro o pérdida de piezas dentarias en vomitadores.*
- *Alternan con ciclos restrictivos.*
- *Tienen conductas compensatorias como: escupir, abuso de laxantes, abuso de líquidos para compensar el hambre o provocar el vómito.*
- *Ayuno.*
- *Hiperactividad.*
- *Cortan los alimentos en trozos grandes.*
- *Comen rápidamente.*
- *Apenas mastican o tragan sin masticar.*
- *Prefieren grandes porciones.*
- *Son mayormente abúlicos.*
- *Engrosamiento glandular (parótida) en vomitadores.*
- *El carácter se vuelve irritable.*
- *Se sienten culpables.*
- *Comen a escondidas.*
- *Roban para comprar comida.*
- *Obsesión por la silueta y el peso.*
- *Oscilan entre la autoexigencia y el abandono.*
- *Oscilan entre la euforia y la depresión.*
- *Suelen abandonar todo lo que emprenden.*

No olvidemos la importancia de la detección temprana.

Está presente en estos fragmentos la necesidad de vigilancia y observación de toda una serie de alteraciones o desórdenes físicos, de la conducta y en las relaciones sociales, actuales o pretéritos, para contribuir a una detección certera de la enfermedad, que alcanza e impregna gran cantidad de aspectos de la vida de la adolescente. Esta *búsqueda de pródromos* (Foucault 1999: 142; 2003: 31) es sólo una de las técnicas que utiliza la prueba diagnóstica psiquiátrica para hacer efectiva la doble entronización que mencionábamos con anterioridad. Detengámonos brevemente en este concepto "*búsqueda de pródromos*".

El interrogatorio psiquiátrico clásico, asimilable a la confesión, tiene un marcado carácter disciplinario, dado que está presente una intención de fijar al individuo a su identidad, obligarlo a reconocerse en su pasado y en una serie de acontecimientos de su vida. Pero este carácter disciplinario constituye sólo una de las facetas del *interrogatorio*; es posible mencionar otras maneras o procedimientos de los que se sirve para realizar la locura.

Una de ellas, a la que aludimos anteriormente, es la *búsqueda de pródromos*, de marcas de disposición, de antecedentes individuales, es decir, todos los episodios por los cuales la locura se anunció antes de existir efectivamente

como tal. Este procedimiento es fruto de una concepción de locura que supone que la misma, como enfermedad, siempre se precedió a sí misma, aún en los casos en los que la manifestación se produjo de modo repentino. Es parte, asimismo, de la concepción de locura como locura global (Foucault 1999: 150).

Ahora bien, esta búsqueda de antecedentes debe diferenciarse de la que realiza la medicina general. En este último caso, la misma se efectúa con la intención de distinguir entre uno u otro tipo de enfermedad, de diferenciar si se trata de una enfermedad temporaria, progresiva, crónica, congénita, etc., de acuerdo con el modelo de diagnóstico diferencial al que aludimos más arriba. Por el contrario, la *búsqueda de pródromos* en el diagnóstico absoluto de la psiquiatría apunta a demostrar, por una parte, que la locura existía antes de constituirse como enfermedad, y por otra, que esos signos que no eran todavía la propia locura, funcionaron como sus condiciones de posibilidad. De allí la necesidad de hallar esos signos que no sean propiamente patológicos -dado que si lo fueran tendrían que considerarse elementos concretos de la enfermedad y no meros pródromos- pero que guarden con la enfermedad una relación pasible de catalogarlos como "*signos anunciadores, marcas de disposición de una enfermedad, a la vez interiores y exteriores a ella"*[1].

Otro de los procedimientos del interrogatorio es el intento por inscribir la locura en el contexto individual, en el horizonte de la *anomalía,* por pensar la anomalía como condición de posibilidad *individual* de la locura. El siguiente párrafo de la *Guía para la Familia* es muy elocuente:

"(...) ¿qué es lo que debemos observar para descubrir la enfermedad?
Para facilitar la tarea describiremos el perfil de paciente anoréxico y bulímico, los signos físicos y clínicos, las actitudes frente a la comida, la conducta social, aspectos de la personalidad y otras características."

Para ALUBA entonces, *hay* en efecto un sujeto con bulimia y anorexia que puede ser identificado especialmente, y diferenciado del resto, con características personales, mentales, físicas particulares, y que importan una adecuación, una fusión entre patología-biografía, entre enfermedad e individuo. Ambas se sueldan en una conceptualización indivisa y avalada médica y familiarmente.

Podemos señalar en este punto, cómo se presentan articuladas una concepción de enfermedad que captura por completo la voluntad y la vida de la adolescente, con un individuo que, dada una personalidad premórbida particular, es más proclive a padecer esta enfermedad, y que frente a su avance cuenta con muy pocas (si no nulas) posibilidades de resolverlo por su cuenta, o lo que es igual, sin la ayuda de personal especializado.

También a lo largo de toda la entrevista que tuvimos con el Lic. Bregua está presente esta noción. Hay una conceptualización con pretensión de exhaustividad, de acuerdo con la cual el individuo con bulimia y anorexia *tiene* en efecto ciertas características que permiten definirlo y diferenciarlo del resto de las personas. También está presente la preocupación por el diagnóstico, y la

identificación de ciertas *disposiciones* en el sujeto que se inscriben en lo que el Lic. Bregua denomina *personalidad premórbida*. Resumimos algunas de ellas:

- Temor a crecer y a la responsabilidad
- Baja autoestima
- Poca tolerancia a la frustración
- Dependencia familiar más acentuada
- Propensión a las conductas de imitación
- Vulnerabilidad
- Ideas sobrevaloradas con respecto al cuerpo y a la comida
- La ocurrencia de algún hecho traumático
- Necesidad de aceptación, ayuda, protección y cariño
- Dificultades para recepcionar (sic) el afecto
- Sentimiento de culpa, etc.

Pero también, y más ampliamente, en estas caracterizaciones del individuo con bulimia y anorexia existe una particularidad. Como parte del *proceso de medicalización de la sociedad* (Foucault 1976, 1997, 1990), en la conformación del perfil del paciente bulímico o anoréxico que observamos en los fragmentos anteriores están presentes multiplicidad de cuestiones que no tienen que ver con la detección de enfermedad, y esto es propio de una medicina que no tiene límite exterior, y que toma como elementos diagnósticos cuestiones que no tienen que ver ni con la enfermedad ni con la demanda del enfermo (Foucault 1990:78). En función de esta medicalización indefinida, unas ciertas prácticas corporales, una cierta higiene, una moral de la sexualidad, la alimentación o el control de la natalidad caen en el campo de injerencia médica, se encuentran codificadas y son controladas por un saber biológico y médico.

ALUBA Y EL TRATAMIENTO: EL DISEÑO DE UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO.

Avanzamos ahora en el tercer aspecto de la tríada enfermedad - enfermo - tratamiento. Habiéndose entendido la bulimia-anorexia como *enfermedades*, y habiéndose recortado al individuo con bulimia-anorexia como *enfermo*, es que puede darse un *tratamiento* como el que propone ALUBA.

El Lic. Bregua efectuó a lo largo de toda la entrevista una detallada descripción de las características del tratamiento que se lleva adelante en ALUBA. Algunas de ellas son presentadas a continuación:

- Trabajo a partir de grupos de autoayuda reunidos en Asambleas.

- Regularización de las rutinas alimentarias.
- Modalidad de tratamiento doble: hospital de día o externo.
- Modelo teórico que integra la cibernética y el aprendizaje con el cognitivo-conductual, dentro de un marco biomatemático, biologicista y sistémico.
- Apoyo fundamental de la familia del paciente.
- Hincapié en la libertad de la que gozan las personas bajo tratamiento para abandonarlo si lo desean.

- Alimentación entendida como cultural y familiar, con lo cual no consideran necesaria la incorporación de nutricionistas al tratamiento.
- Inclusión de un período en el que la paciente no debe concurrir a la escuela, debido a su falta de preparación emocional.
- Organización de charlas en las escuelas y en la vía pública.

Desde este discurso se hacen necesarios el *tránsito de la paciente por el ámbito de la mirada médica-hospitalaria* (que se manifiesta en el *diagnóstico* preciso, previo y excluyente), y el *reconocimiento de la condición de enfermo* por parte de la misma paciente, para que el tratamiento pueda ser encarado dentro esos términos.

Nos hemos detenido en algunas de las características que adquiere el interrogatorio como una de las formas de la prueba psiquiátrica. Advertimos la necesidad de llevar adelante una búsqueda de pródromos, y de las condiciones de posibilidad individual de la enfermedad.

Pero, solamente con detectar la ocurrencia de estas marcas de disposición que permiten reinscribir a la enfermedad como anomalía no es suficiente. Se vuelve completamente necesario que sea la propia adolescente como "enferma de bulimia-anorexia", quien se reconozca en su condición de tal y que acepte ese hecho como realidad. Podríamos decir que es condición de la diagnosis un primer despojo, un primer desproveimiento de la multiplicidad de facetas del sujeto para poder retraducir la mayoría o todas sus conductas, pensamientos, sentimientos, etc. en función de la "enfermedad".

Por eso, una tercera función del interrogatorio consiste en el *cruce entre la responsabilidad y la subjetividad* (Foucault 2003: 313). A la manera de una transacción, y cualquiera sea la forma particular que adquiera un interrogatorio psiquiátrico, está presente siempre la referencia a los *motivos* por los que el individuo "enfermo" se encuentra allí, frente al psiquiatra. Y el interrogatorio, que opera como cuestionamiento de dichas razones, se orientará en el sentido de convertirlas en *síntomas*, resultando indiferente si el encuentro con el psiquiatra se ha producido por la propia voluntad del individuo o si es fruto de las preocupaciones del entorno familiar o judicial, que lo han llevado hasta allí.

Una cuarta y última función del interrogatorio psiquiátrico consiste en efectuar un *ordenamiento de la confesión* (Foucault 2003: 314). Esta función, que constituye la finalidad misma del interrogatorio, consiste en lograr que se realice efectivamente la locura. ¿Y de qué manera? Procurando que el sujeto que está siendo interrogado reconozca la existencia de las conductas desviadas, y actualice concretamente ese reconocimiento en el interrogatorio.

Se hace necesario, de esta manera, cercar al sujeto en un punto tal de estrangulamiento que se vea obligado a decir "estoy loco" y a representar activamente su locura. Al quedar atrapado en este punto extremo del interrogatorio, al individuo ya no le resultará posible eludir sus síntomas, ni escapar a ellos.

Se convierte así, en una necesidad del poder médico-psiquiátrico que el paciente "reconozca" su enfermedad (enfermedad planteada en los términos de la misma mirada médica, o mejor, construida a partir del propio discurso médico, con unas características específicas, un alcance y un contenido particulares, y propia de un sujeto también específico en su anormalidad) para que el tratamiento pueda iniciarse. De la entrevista con el Lic. Bregua:

ENTREVISTADORA: *¿Entonces ellos son conscientes de que el problema alimentario es un síntoma?*
MARCELO BREGUA: *Desde el primer día, sí. Verbalmente puede que te digan "yo no estoy enfermo". Como ayer me dice Santi: "Yo no estoy enfermo". "Bueno entonces decime Santi: ¿Cómo desayunabas vos?" "Una Coca-Cola, un paquete de chizitos, un café con leche y una docena de medias lunas". "Santi ese no es un desayuno normal". "No". ¿Qué es eso?". "Y..., mucha comida". "Bueno Santi ¿por qué lo hacías?". "Bueno porque yo quería ser gordo". "¿Ah sí?, ¿por qué?". -lo inverso ¿no?-. "Bueno yo quería crecer, quería ser grande, quería defenderme". "Entonces hablame de eso. ¿Defenderte de qué?". Y ahí arrancamos. Si. Y entonces bueno. Ahora cuando termina su exposición le digo "Bueno gordo ¿estás o no estás enfermo?, porque si vos querés decir esto y lo decís a través de la comida y el cuerpo ¿cómo se llama eso?". Entonces... "Sí, bulimia". Listo ok, chau. Pero no te lo va a decir así simplemente, "Si, estoy enfermo". Ese es el punto. De que muchas veces niegan una enfermedad a nivel verbal. Saben perfectamente que la tienen, saben cuáles son los síntomas, saben cuál es el origen de la enfermedad, que es un problema de los sentimientos, saben cómo se tiene que tratar, y como te digo acá, yo estoy hablando con ustedes, los chicos están ahí, bueno está mi colega, pero mi colega está en la sala o está haciendo cosas, podrían perfectamente decirte "Che me voy hasta el parque", al jardincito nuestro, y se pueden ir, se pueden escapar. O pueden no venir, porque viajan solos. Pueden no venir."*

Es posible identificar en el fragmento esa misma preocupación (de la que hablábamos antes) porque el paciente haga explícito su reconocimiento de hallarse encuadrado bajo un rótulo, que enumere su desayuno y diga "*soy bulímico*", "*esto es bulimia*" para que el tratamiento se inicie. La estructura del interrogatorio y el objetivo del mismo ilustran lo que venimos desarrollando, y es por ello que lo recuperamos, reinscribiéndolo en las características de la prueba psiquiátrica.

Con la confesión nos ubicamos pues, en el momento esencial de la doble entronización del individuo como enfermo y del psiquiatra como médico, en el momento crucial en el que el individuo-paciente está obligado a decir *"en efecto, soy aquel para quien se ha constituido el hospital psiquiátrico, soy aquel para quien es menester la existencia de un médico; estoy enfermo y, porque lo estoy, usted, cuya función principal es internarme, ve con claridad que es médico"*[2].

Ya están dadas en este punto todas las condiciones para que el tratamiento se inicie. Un tratamiento que también como resultado de nuestras investigaciones,

consideramos, presenta todas las características de un dispositivo de poder disciplinario.

CONSIDERACIONES FINALES. LA TRÍADA ENFERMEDAD – ENFERMO – TRATAMIENTO: ARTICULACIÓN DISCURSIVA Y EFECTOS DE PODER.

Recapitulando lo expuesto hasta el momento, hemos rastreado en ALUBA, en su discurso, tres elementos cuyo contenido permite trazar líneas de continuidad y articulación, de modo que resulta posible hablar de la existencia de una tríada conceptual particular, compuesta por la especificidad que reviste en ALUBA la construcción de *enfermedad,* el sujeto *enfermo*, y el *tratamiento* diseñado para abordarlo.

Nos detuvimos en el acento puesto por ALUBA en lo conductual, lo voluntario y lo sintomático (y la cuestión de grado en las conductas), al momento de concebir a la bulimia y a la anorexia como trastornos, como desórdenes de la conducta alimentaria.

Mencionamos también cómo esta noción de *enfermedad* que abarca, que ciñe la vida toda del individuo en quien recae, toma como blanco a aquellos que presentan características y disposiciones personales diferenciables y singulares, que pueden rastrearse en conductas, pensamientos y sentimientos actuales o pretéritos, como marcas de disposición o pródromos de su actual enfermedad. Estas marcas los hacen más propensos a caer presas de la misma.

En este punto entonces, se produce desde el discurso de ALUBA una primera articulación entre *enfermedad* y *enfermo,* que resultan en la soldadura, en un perfecto ensamble entre biografía y patología. Esta articulación es la que marca la necesidad de hacer actuar al poder-saber médico-psiquiátrico. Y actuará, precisamente, a partir del diseño de un tratamiento específico, que presenta, como dijimos, muchas de las características del ejercicio del poder disciplinario.

De esta manera, las nociones *enfermedad*, *enfermo* y *tratamiento* confluyen discursivamente en pos de la captura del sujeto en una modalidad de tratamiento disciplinario. Pero no sólo a nivel discursivo es que se da esta confluencia. Como adelantáramos al inicio de la presente exposición, el operar del discurso de ALUBA entraña profundos y complejos efectos de poder, recayendo sobre los sujetos cuyo gobierno se arroga, y con el objetivo de normalizar sus conductas desviadas para recuperarlos como individuos dóciles y útiles.

Estos elementos nos permiten comprender pues cómo el reverso de una enfermedad concebida como capturando por completo al sujeto, es también la captura total del mismo en un tratamiento disciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

Foucault, Michel (1975): Vigilar y Castigar. Argentina: Siglo XXI, 2002.

Foucault, Michel (1976): Historia de la sexualidad. T. I. Argentina: Siglo XXI, 2002.

Foucault, Michel (1990): La Vida de los Hombres Infames. Argentina: Altamira, 1996.

Foucault, Michel (1997): Defender la Sociedad. Argentina: FCE, 2000.

Foucault, Michel (1999): Los Anormales. Argentina: FCE, 2001.

Foucault, Michel (2003): El Poder Psiquiátrico. Argentina: FCE, 2005.

Goffman, Erving (1961): Internados. Argentina: Amorrortu, 1998.

Sadock, Benjamin, y Sadock, Virginia (2001): Psiquiatría Clínica. Manual de Bolsillo. España: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

---

[1] Foucault, Michel (2003): El Poder Psiquiátrico. Argentina: FCE, 2005: 312.

[2] Foucault, Michel (2003): El Poder Psiquiátrico. Argentina. FCE, 2005: 315.