

Aportes a una sociología de los cuerpos y las emociones desde el *Sur*

Adrián Scribano y Martín Aranguren
Compiladores



Centro de Investigaciones y
Estudios Sociológicos



Institut de recherche pour
le développement

ESI ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS
EDITORA

**APORTES A UNA SOCIOLOGÍA DE LOS CUERPOS
Y LAS EMOCIONES DESDE EL SUR**

**Adrián Scribano
Martín Aranguren
Compiladores**

Aportes a una sociología de los cuerpos y las emociones desde el Sur / Raoni Barbosa ... [et al.] ; compilado por Adrián Oscar Scribano ; Martin Aranguren. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Estudios Sociológicos Editora, 2017.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-3713-23-1

1. Sociología. I. Barbosa, Raoni II. Scribano, Adrián Oscar, comp. III. Aranguren, Martin, comp.

CDD 301

Diseño de tapa: Romina Baldo

Diagramación y corrección: Juan Ignacio Ferreras

©2017 Estudios Sociológicos Editora

Mail: editorial@estudiosociologicos.com.ar

Sitio Web: www.estudiosociologicos.com.ar

Primera edición: marzo de 2017.

Hecho el depósito que establece la Ley 11723.

Libro de edición argentina.

El presente libro puede ser descargado desde el sitio web de nuestra editorial

APORTES A UNA SOCIOLOGÍA DE LOS CUERPOS Y LAS EMOCIONES DESDE EL SUR

**Adrián Scribano
Martín Aranguren
Compiladores**

Raoni Barbosa
Diego Benegas Loyo
Margarita Camarena Luhrs
Rebeca Cena
Florencia Chahbenderian
Victoria D'hers
Romina Del Monaco
Andrea Dettano
Sharon Díaz Fernández
Claudia Gandía
Esteban Andrés Jiménez Pereira
Mauro Koury
Jerjes Loayza Javier
Graciela Magallanes
Gregório Adélio Mangana
Roberto Francisco Merino Jorquera
Diego Quattrini
Pedro Robertt
Rafael Sánchez Aguirre
Adrián Scribano
María Victoria Sordini

Estudios Sociológicos Editora

Estudios Sociológicos Editora es un emprendimiento de Centro de Investigaciones y Estudios Sociológicos (Asociación Civil – Leg. 1842624) pensado para la edición, publicación y difusión de trabajos de Ciencias Sociales en soporte digital. Como una apuesta por democratizar el acceso al conocimiento a través de las nuevas tecnologías, nuestra editorial apunta a la difusión de obras por canales y soportes no convencionales. Ello con la finalidad de hacer de Internet y de la edición digital de textos, medios para acercar a lectores de todo el mundo a escritos de producción local con calidad académica.

Comité Editorial / Referato

Ana Lucía Cervio. Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Investigadora Asistente del CONICET, con lugar de trabajo en el CICLOP (FCE-UBA). Docente de la carrera de Sociología de la UBA. Integrante del Centro de Investigaciones y Estudios Sociológicos (CIES). Miembro del Grupo de Estudios sobre Sociología de las Emociones y los Cuerpos, Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA). Editora de la Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social (ReLMIS).

Pedro Lisdero. Doctor en Ciencias Sociales de América Latina (CEA-UNC) y Licenciado en Sociología (Siglo 21). Investigador de CONICET, con sede de trabajo en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS), Unidad Ejecutora de CONICET, de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Además es Investigador del CIES, director de Estudios Sociológicos Editora y miembro de los equipos editoriales de RELMIS y RELACES. Su campo de investigación se constituye a partir del cruce entre los estudios de la acción colectiva y el conflicto social, las investigaciones sobre el mundo del trabajo y la sociología del cuerpo y las emociones.

María Noel Míguez. Licenciada en Trabajo Social desde 1997. Posdoctora en Prácticas y Representaciones Políticas (París 7, Francia), Doctora en Ciencias Sociales (UBA, Argentina), Magister en Servicio Social (UFRJ, Brasil). Docente/ Investigadora del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UdelAR. Coordinadora del Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS). Autora de diversas publicaciones.

Índice

Introducción <i>Adrián Scribano y Martín Aranguren</i>	11
---	----

I. INVESTIGACIÓN SOCIAL Y EMOCIONES

1. Ciencia, emociones y educación: percepciones acerca de la investigación en Ciencias Sociales <i>Claudia Gandía</i>	25
2. Educación, investigación y obstáculos en el aprendizaje: la trama cognitivo-emocional de la experiencia <i>Graciela Magallanes</i>	43

II. CREATIVIDAD Y SENSIBILIDADES

3. Experiencias de la ciudad de México: crear, expresar y reír <i>Margarita Camarena Luhrs</i>	63
4. Instalaciones callejeras: arte, trauma y militancia <i>Diego Benegas Loyo</i>	79
5. Bass culture: fragmentos para una reflexión sobre música, escucha y dub caribeño <i>Rafael Sánchez Aguirre</i>	99

III. PERCEPCIONES Y VIRTUALIDADES

6. Control, contingencia y paranoia en el cuerpo juvenil a través del uso del celular en Lima <i>Jerjes Loayza Javier</i>	119
---	-----

7. Sentir (o del ser, saber, hacer). Reflexiones sobre la percepción <i>Victoria D'hers</i>	135
--	-----

IV. POLÍTICAS SOCIALES Y EMOCIONES

8. Los programas alimentarios en Argentina desde la sociología del cuerpo/emociones <i>María Victoria Sordini</i>	157
9. ¿Qué significa “estar incluidos”? Un análisis desde los Programas de Transferencias Condicionadas de Ingresos implementados en Argentina en la primera década del Siglo XXI <i>Andrea Dettano, Rebeca Cena y Florencia Chahbenderian</i>	177

V. TRABAJO, DISCIPLINAS Y EMOCIONES

10. Vos podés ser un emprendedor... La empleabilidad en tanto trama de regulación emocional para el trabajo <i>Diego Quattrini</i>	197
11. La doxa colaborativa del capitalismo en el Polo naval de Rio Grande-Brasil: avances y dudas en el aire <i>Pedro Robertt</i>	213

VI. SALUD Y EMOCIONES

12. “Solidarizarse con la discapacidad”; propuesta analítico-reflexiva con eje en la medicalización de los cuerpos <i>Sharon Díaz Fernández</i>	235
13. “Tenés que seguir y punto”: cuidado de si y moralidades en dolores de cabeza crónicos <i>Romina Del Monaco</i>	251

VII. VIDA COTIDIANA, VIOLENCIA, CASTIGOS Y EMOCIONES

14. Chacina do Rangel: disputas morais e vergonha desgraça
em um bairro popular da cidade de João Pessoa - Paraíba, Brasil
Raoni Barbosa y Mauro Koury267
15. Cultura emotiva e formas de controle e administração das tensões
em um bairro popular da cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil
Mauro Koury.....285
16. El cuerpo y los cuerpos en los espacios/territorios campos de
concentración/guetos en las lógicas del capitalismo mundializado
Roberto Francisco Merino Jorquera y Esteban Andrés Jiménez Pereira.....301

VIII. DEPENDENCIAS Y COLONIZACIONES

16. Entre a tradição e modernidade: a construção da diferença a partir de
processos dicotômicos no contexto da colonização africana
Gregório Adélio Mangana315
17. Emociones y Dependencias
AdriánScribano.....331
- Datos de autores y autoras.....355

“Tenés que seguir y punto”: cuidado de sí y moralidades en dolores crónicos

Romina Del Monaco

Introducción

En las últimas décadas, se asiste a una mayor visibilidad de una serie de dolores que perduran en el tiempo e intervienen en la cotidianidad de quienes padecen pero no alcanzan el “estatuto de enfermedad” por no cumplir con un conjunto de características requeridas por la biomedicina. De acuerdo con estudios desde la antropología médica (Good, 1994; Kleinman, 1994), algunos de los más recurrentes y frecuentes son los dolores de cabeza y los dolores de espalda, entre otros. Son malestares con los que, en general, se convive y, en caso de realizar tratamientos biomédicos, estos se orientan al alivio y mantenimiento del dolor pero no a su curación.

Teniendo en cuenta las particularidades del mundo laboral contemporáneo (Harvey, 2005), los malestares, en especial aquellos que se prolongan indefinidamente en el tiempo, no sólo dificultan el desarrollo laboral sino que también pueden poner en peligro su continuidad. De hecho, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la actualidad los dolores crónicos afectan el normal desarrollo social de las personas y se han convertido en una causa altamente recurrente de consulta en los servicios médicos.

Los estudios sociales sobre dolores crónicos sugieren distintas teorías sobre sus posibles orígenes. En algunos casos se asocian a problemas interpersonales. En otros, estas dolencias se relacionan con historias de vida y biografías particulares (Good, 1994). Kleinman refiere a la dimensión política y moral del sufrimiento cuando distingue la legitimidad que ciertos malestares tienen de acuerdo con los contextos en los que surgen. Los dolores son legitimados según las connotaciones morales, variables de género y ámbitos en los que se expresan (Kleinman, 1994). Más aún, considerar los dolores como sufrimientos sociales en los que se articulan

saberes, prácticas y sentidos es fundamental para tener en cuenta las repercusiones, legitimidades y reconocimientos (o no) que pueden tener.

Como se mencionó previamente, hay distintos dolores que a pesar de no alcanzar el estatuto de “enfermedad” tienen repercusiones significativas en quienes padecen. Este trabajo se centrará en los dolores crónicos de cabeza. Un malestar que de acuerdo con la OMS, es uno de los trastornos más comunes e incapacitantes del sistema nervioso y se calcula que casi la mitad de los adultos a nivel mundial han sufrido una cefalea en el último año. Además, se acompaña de problemas personales y sociales por el deterioro de la calidad de vida y los gastos económicos que implica (OMS, 2016).

La OMS calcula que:

La prevalencia mundial de los dolores de cabeza (al menos una vez en el último año) en los adultos es de aproximadamente 50%. Entre la mitad y las tres cuartas partes de los adultos de 18 a 65 años han sufrido una cefalea –dolor de cabeza– en el último año. A pesar de las variaciones regionales, son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, niveles de ingresos y zonas geográficas (OMS, 2016).¹

Teniendo en cuenta las cifras mencionadas por la OMS, los dolores de cabeza afectan a amplios porcentajes de la población. No obstante, a partir del análisis de las narrativas de aquellas personas que padecen son algo que, de lo posible, se mantiene en silencio, se oculta e invisibiliza. Al mismo tiempo, dado que el objetivo deja de ser la curación, se incorporan diferentes prácticas y estrategias de cuidado que incluyen: medicación, refugio en espacios silenciosos y a oscuras y, como parte de un amplio conjunto de estrategias de cuidado, surge el intentar no hablar del dolor ni escuchar lo que otros tengan para decir sobre él.

Interesa resaltar que desde las Ciencias Sociales, el cuidado como categoría teórica que permite problematizar diversas cuestiones en el campo de la salud ha adquirido relevancia retomando críticamente la relación con los saberes expertos y proponiendo distintos abordajes. Por un lado, se identifican un conjunto de estudios que analizan la relación entre medicalización y cuidado (Conrad, 2007), auto cuidado y saberes expertos (Epele, 1997), cuidados terapéuticos y emociones en instituciones de salud (Bonet, 1997, 2006) mientras que en otros casos el objetivo es indagar, mediante nociones como la “auto atención” (Menéndez, 1998, 2003) en los saberes tradicionales y locales de cuidado antes de que las personas se acerquen a una institución biomédica.

¹ Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/>

Poner el foco de análisis en el cuidado ante dolores que se prolongan en el tiempo se convierte en una cuestión central desde el momento en que surgen diferentes actividades, saberes y lógicas que quedan marginadas por los saberes expertos dominantes (biomedicina, psicología, etc.) en las sociedades occidentales (Epele, 2012).

Partiendo de una serie de características vinculadas a los dolores crónicos – en general–, el objetivo del artículo es focalizar en los dolores de cabeza como un ejemplo en el que se articulan saberes expertos y percepciones de quienes padecen, poniendo de manifiesto un tipo de dolor que no se corresponde con los parámetros biomédicos de lo que es una “enfermedad” y que choca con las exigencias actuales asociadas al “estar bien”.

Metodología

La perspectiva teórico-metodológica se inscribe en el dominio de la sociología y antropología de la salud siguiendo los lineamientos de la investigación cualitativa. La aproximación metodológica consiste en el análisis de narrativas ya que la articulación entre lenguaje y dolor ha tenido una relevancia central en el campo de estudios sobre malestares crónicos (Good, 1994; Kleinman, 1994, 1997; Margulies, Barber y Recoder, 2006; Margulis, 2010; Alves y Rabelo, 2009) porque, ante la falta de evidencia empírica de estos dolores, los relatos se convierten en un recurso fundamental para acceder a diversos puntos de vista que, en tensión o articulados entre sí, modelan y le dan forma al padecimiento.

Se profundiza en el análisis de las narrativas de sectores medios teniendo en cuenta en esta categorización indicadores socio-económicos como el nivel de ingreso, el acceso a sistemas de atención de salud, nivel educativo, entre otras cosas, así como también la auto adscripción que las personas realizan de sí mismas. Considerando la diversidad que caracteriza a este grupo, se estudia la relación que existe entre diferentes condiciones y estilos de vida, y los modos a los que apelan los actores para identificarse y reconocerse como tales (Visakovsky, 2008). La técnica privilegiada es la entrevista en profundidad y las entrevistas, que incluyen 25 a personas con dolencias crónicas y 15 a profesionales biomédicos neurólogos, tienen pautas específicas, consignas y preguntas abiertas que permiten acceder a los relatos espontáneos, valoraciones y asociaciones propias de los entrevistados.

Resguardos éticos: La investigación llevada a cabo para este artículo se adecuó a los criterios de consentimiento informado y confidencialidad que se aplican en los estudios sobre salud, con el fin de asegurar los derechos de los/as participantes,

así como también de resguardar su identidad. Con respecto al manejo de la información y para evitar cualquier rasgo identificatorio o personal se modificaron los nombres de los/as entrevistados/as (manteniendo edad y género). Las personas entrevistadas son mayores de 18 años. Para realizar el trabajo de campo, se realizó el proceso de evaluación requerido a través del comité de ética de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

Dolores crónicos desde la perspectiva biomédica

Desde hace unas décadas se han incrementado los estudios que, desde la antropología médica, exploran malestares que perduran en el tiempo, alteran significativamente la cotidianidad de quienes los padecen y no encuentran respuestas certeras ni encajan con los modelos de verdad biomédica. En algunos casos, se pueden diagnosticar y tratar pero se diferencian de las enfermedades tradicionales y crónicas en que no hay evidencias empíricas de su existencia y los motivos de aparición y causas suelen ser múltiples y heterogéneas. Además, son dolencias que trastocan el proceso de síntoma-diagnóstico-tratamiento-alivio y/o cura e instalan nuevos interrogantes a la práctica biomédica (Del Monaco, 2013). Es decir, la biología –como categoría neutral y objetiva– se fractura frente a este tipo de diagnósticos y, en su lugar, ingresan múltiples modos de padecer en contextos situados y articulados con otras dimensiones de la cotidianidad.

Desde las ciencias biológicas, como sistema hegemónico que explica y trata enfermedades, se suele asumir que los cuerpos son “iguales” en todos lados porque la biología es un conocimiento que se pretende universal. Entonces, al tener como referencia a las Ciencias Naturales, se construye a la enfermedad como un hecho objetivo del cual se desprende un diagnóstico, tratamiento y, en algunos casos, una cura (Good, 1994; Jackson, 2000). Estas formas de concebir las enfermedades se vinculan con sistemas de verdad establecidos que repercuten sobre la subjetividad y sobre los modos de decir las cosas (a otros y a nosotros mismos) (Rose, 1998).

En este sentido, el análisis de las narrativas de los profesionales ante preguntas como: “¿qué es un dolor crónico?” permite visibilizar una serie de respuestas por momentos ambiguas que combinan repreguntas con explicaciones fragmentarias. “¿Te tengo que dar una definición?”, “sensación de dolor”, “definición exacta no tengo”, “es lo que yo entiendo”, “¿Querés la definición?” fueron algunas de las frases repetidas durante las entrevistas.

Las explicaciones ubicaban a los dolores “comunes” en un lugar de señal o alarma de algo que se encuentra mal y hay que tratar. Es decir, los dolores como síntomas de enfermedades que es necesario determinar. Pero, cuando la palabra

“dolor” o “dolor agudo” se modificaba por “dolor crónico” las definiciones y respuestas se volvían más confusas y contradictorias.

Hay varias clasificaciones y varias definiciones, porque no es fácil definir algo que implica muchas cosas, que tiene un componente de subjetividad muy alto... Eh... una de esas clasificaciones es aguda o crónica. Es más una clasificación cronológica... del tiempo de evolución de la afección. Un dolor agudo es un dolor reciente, se asocia al dolor traumático, ¿no? Es el típico ejemplo: uno se golpea, pasa algo, digamos... Pero generalmente tiende a resolverse después cuando... digamos, se soluciona la agresión. Es decir, una inflamación por ejemplo, ¿no? Tenés un período de inflamación, digamos, de injuria o de lesión; hay todo un fenómeno del organismo para defenderse, para avisar que algo no está bien, y toda esa información le llega al cerebro..., bueno, que también tiene sus reacciones. Y cuando el organismo logra de alguna manera restablecer todo el equilibrio ese... después de esa lesión... como que termina el dolor, o sea, es agudo. Realmente es de corto tiempo. Y en cambio el crónico es aquél dolor que persiste..., más allá por definición... de tres a seis meses. Una vez que pasa esos tiempos... uno... dentro de la definición estaría hablando de un dolor crónico. O sino... que supera el tiempo normal de curación de una afección. (Médico especialista en dolor)

Como se puede ver en el fragmento de la entrevista, el profesional distingue el dolor agudo del crónico. En el caso del primero la explicación es extensa y profunda, en cambio, cuando llega el momento del dolor crónico predomina la brevedad y poco detalle en su caracterización. El problema es que a diferencia de los dolores agudos, que desaparecen o empeoran al ritmo de la enfermedad de base, los dolores crónicos no necesariamente producen un deterioro corporal ni la muerte del paciente (Jackson, 2000).

Eh... dolor... dentro de los dolores hay muchos tipo de dolores... Vos podés cambiarlo en tiempo es esto agudo o crónico... Y después, dentro de los dolores crónicos, es un dolor básicamente prolongado en tiempo... y que muchas veces es muy difícil de tratar. (Médico residente de neurología)

Desde los saberes biomédicos, los dolores crónicos se describen como algo que “afecta la calidad de vida”, “es de larga duración”, “tiene una constelación que lo rodea”, “se prolonga más de 3 a 6 meses”; “tiene un componente emocional que limita,

a diferencia del agudo”, “no está bien localizado y es difícil de tratar”. Por momentos, la falta de precisión en sus relatos se convierte en un problema para que quienes los padecen puedan transmitir dichas experiencias a su entorno cercano.

La cuestión temporal es una constante en la mayoría de las explicaciones de los profesionales y, en algunos casos, también se hacía referencia a las modificaciones en la vida cotidiana. Ante preguntas generales sobre la definición de los dolores crónicos, los relatos de los profesionales estaban permeados por dudas, titubeos y, a veces, sonrisas que se complementaban con respuestas como: “*se cree*”, “*qué se yo*”, “*depende*”, “*no hay respuestas lineales en este caso*”.

Dolor crónico... ¿querés... la definición (Risa leve) de la sociedad de cefaleas? En realidad, el dolor crónico es un dolor que tiene una evolución de por lo menos tres meses, ¿sí?, y que es casi diario o diario. Eso lo que yo entiendo por dolor crónico (Médica neuróloga).

Desde la biomedicina la construcción de “métricas del sufrimiento” (Kleinman, 1998) o “escalas del dolor” es una constante donde la “medición” depende de las palabras de los pacientes y, por eso, no hay forma de comprobar ni de verificar “empíricamente” esos dichos (que en general se complementan con estudios de imágenes). En cambio, en los dolores crónicos ese aspecto no sucede y lo que predomina es la falta de certidumbre. En otro tipo de dolores/enfermedades es posible encontrar definiciones que tienen que ver con las configuraciones que desde los saberes expertos se realizan en torno a cada malestar/enfermedad. Por ejemplo, se pueden analizar los costos y repercusiones de enfermedades crónicas como la diabetes (Kleinman, 1998) mientras que otros padecimientos pueden ser permeados por incertidumbre y falta de precisión en sus respuestas y explicaciones. Consecuentemente, estas cuestiones repercutirán en los sentidos que se asocian a los dolores y, en especial, a quienes los padecen.

“A veces, el que no lo sufre no te entiende”

Como se puede ver en el apartado anterior, las respuestas de los profesionales ante las consultas sobre “dolor crónico” están repletas de dudas y carecen de respuestas unívocas (lo mismo que sucede al momento de los tratamientos). Al mismo tiempo, socialmente se observa una serie de prácticas y discursos que señalan la importancia y el hecho de que está “bien visto” sobreponerse a determinados malestares y seguir (siempre que no sea una enfermedad certificada y legitimada desde lo biomédico y social). Frente a esta situación que enfrentan

aquellos padecimientos que se prolongan en el tiempo sin motivos certeros y que al mismo tiempo no amenazan la vida (son dolores que no implican riesgos de muerte) interesa explorar qué dicen que les sucede a quienes padecen dolores de cabeza crónicos. Si bien las respuestas sobre las percepciones a partir de la convivencia con el dolor pueden ser múltiples se trata de sentidos que se construyen socialmente en los que intervienen los saberes expertos y los dichos sociales ante malestares que no se corresponden con los parámetros hegemónicos de “enfermedad”.

Quienes padecen señalan que el dolor es algo con lo que conviven y que a lo largo del tiempo se termina convirtiendo en parte del sí mismo. A su vez, no es algo que se suela expresar a otros porque no siempre se “*encuentran respuestas del otro lado*”. Es decir, se parte de la idea de que el malestar no va a ser comprendido porque “*solo lo entienden los que lo padecen, sino no sabés cómo es*”.

Yo siento que es como juzgado el dolor de cabeza. Como que no es tan importante porque a todo el mundo le duele la cabeza. Entonces es: “¿Cómo sé que te duele la cabeza? Porque podés estar viendo que te duele la cabeza y en realidad... qué sé yo si te duele tanto la cabeza. No es que decís: “Disculpame, me duele la cabeza...” Es... cualquier cosa... qué me da pensar... “Bueno, aguantátela”. (Natalia, 26 años)

Me entiende el que le duele o... el que ya me conoce que sabe que me duele siempre. Alguna vez me ha pasado que piensen que estoy mintiendo pero bueno... si se me está reventando la cabeza y el otro no me cree es tu problema no creerme. ¿Qué voy hacer, vomitarte los zapatos? ¿Entendés? (Gisela, 28)

De acuerdo con Epele (2010, 2011), la privatización del cuidado es un proceso por el cual se transfiere a los vínculos próximos un conjunto de tensiones, emociones y conflictos propios de la convivencia con distintas formas de padecer y sufrir. En la relación entre cuidado y sufrimiento intervienen dimensiones familiares, morales, de género y emocionales que deben ser tenidas en cuenta al momento de analizar las narrativas de los grupos entrevistados. En estos dolores se visibiliza un tipo de privatización del cuidado que adquiere, además, progresivamente un carácter profundamente individualizado.

En la mayoría de las narrativas, no hablar del dolor se termina convirtiendo en un modo de cuidado de sí por las posibles consecuencias que pueden llegar

a encontrar (o creen que pueden encontrar) si hacen mención al malestar (vergüenza, falta de contención, etc.).

Entonces, a las barreras espaciales que instalan este tipo de dolores crónicos y que refieren a la búsqueda de espacios y ámbitos alejados donde se pueda “padecer tranquilo/a”, hay otras cuestiones que tienen que ver con intentar no hablar del dolor por las dificultades para que sea entendido por otros.

En caso de aparecer en la cotidianeidad se debe hacer lo posible e intentar “continuar” ya que los sentidos que asocian a este dolor con lo “común”, “frecuente” y “habitual” dificultan el hecho de “parar”. Por eso, si bien en algunos casos ante la aparición del malestar suele haber alguien cercano “por si necesita algo”, las presencias se dan de manera episódica y lo fundamental es tener “espacios” propios para padecer “tranquilos”.

En ese estado acá adentro, no me siento cómoda... No me siento que me contenga nadie ni que... me... sirva lo que nadie tiene para decirme... Ni me interesa nada, nadie, acá adentro cuando estoy con dolor de cabeza. Lo que tiene que ver con la locura, está chiflada... Hay una cosa así como de... Por eso te decía de los adolescentes... Una cosa así arrogante de... “Bue, dejala, está...”. (Sandra, 44)

Sandra resalta que en la institución en la que trabaja predominan contactos efímeros en los que “*es mejor decir que estás bien y seguir*” por la falta de escucha y preocupación que dice encontrar dentro de esos vínculos –algo que surge también en otros relatos–. Es decir, hay una cuestión recurrente que tiene que ver con no mostrarse “vulnerable” en ciertos contextos y con determinadas personas. Se trata de expresiones corporales y verbales que intentan reducir ante otros la relevancia y presencia de los dolores de cabeza.

La combinación de diferentes prácticas y saberes pone de manifiesto el carácter profundamente social de esta experiencia que permanece –aparentemente– en el espacio privado de los sujetos. Siguiendo a Rose (1998), en las sociedades actuales hay nuevos lenguajes, que nos construyen, permiten entendernos y han transformado la forma en que interactuamos con otros (familia, amigos, colegas, etc.). Consecuentemente, se reconstruyen nuestras formas de pensar y hablar acerca de nuestros sentimientos y las técnicas para manejar nuestras emociones han sido reformadas convirtiéndonos en seres intensamente subjetivos (Rose, 1998).

La imposibilidad de pensar una experiencia de dolor aislada de otros se fundamenta en que existo en función y por esos otros (Butler, 2009). De hecho, en la mayoría de las narrativas, los motivos de aparición de los dolores de cabeza, los contextos en los que se padece y los modos de resolverlo —por la presencia o no— involucra a otros.

Pero es como si al margen de que hubiera algo físico, hay algo psicológico o emocional que le agrega al dolor... Por ejemplo, si no puedo descansar, si no puedo estar sola, si no puedo..., el dolor me empeora mucho. Hay una... un determinado grado de dolor que... eh... es dolor, pero nada más. Lo otro es desesperación, es muchas ganas de llorar, muchas ganas de... bajar, de que se vayan todos, no quiero ver a nadie... me tengo que encerrar sí o sí. (Susana, 45)

Si estoy sola... Chau, que se tome el tiempo que quiera el dolor de cabeza, mientras se me pase. Hasta me relajo más cuando estoy sola porque bueno... sé que me conozco mis tiempos. Ponele que no la agarre a tiempo..., yo sé que bueno, apago todo, me voy, me tiro con mi toallita... y algo pesado en los ojos. Me armo..., tengo unos... ¿cómo se llama?... antifaces esos para las ojeras... Tengo siempre en la heladera. Bueno, me los pongo acá porque son fríos... (Lara, 33)

Foucault (2005) señala los vínculos estrechos entre el cuidado, el poder y la subjetividad. En este sentido, los mandatos de (auto) cuidado del cuerpo y de sí son indisociables de nuevas formas de control y (auto) control que, guiados por el saber experto, han transformado el “cuerpo saludable” en una expresión visible de la moralidad (Epele, 2013: 20). En aquellos que tienen dolores de cabeza son recurrentes frases —en torno al dolor— en las cuales se enfatiza el hecho de que son ellos quienes deciden/eligen qué hacer, necesitan un tiempo a solas, un espacio, etc. No obstante, estas formas de cuidado están modeladas por la intersección de diferentes saberes, prácticas y experiencias que se constituyen socialmente y que le dan una forma especialmente “individual” al padecimiento.

Los saberes expertos son uno de esos modos de proveer criterios a través de los cuales se clasifican, miden, diagnostican y prescriben remedios y tratamientos que tienen implicancias sobre la subjetividad y sobre los modos de percibir, experimentar y convivir con determinados malestares. Pero, no son los únicos y la conjunción de diferentes sentidos asociados a los dolores crónicos como algo “no

muy importante” producen efectos sociales que intervienen tanto en los modos de experimentar el malestar como en las formas de percibirlo de quienes padecen y de su entorno.

Conclusiones

Las reiteradas referencias a “encontrar un lugar para el dolor” no están asociadas sólo con encontrar espacios de soledad y “padecer” tranquilos/as sino también con los modos en que se convive en la cotidianeidad con un malestar que afecta a amplios sectores de la población a nivel mundial, no se sabe bien qué es pero que, al mismo tiempo, desde diferentes ámbitos se propone continuar con las actividades cotidianas de quienes lo padecen.

Los modos –fluidos, nunca cristalizados, relacionales, etc.– de producir subjetividades (Foucault, 2008), intervienen en las percepciones, formas y experiencias de padecer. Si bien asistimos a una época en la cual cada vez se exponen más imágenes de sufrimientos que, por momentos, nos generan “agotamiento” y nos convierten en meros espectadores pasivos (Kleinman, 1998), hay otros padecimientos ante los cuales se deja de lado el carácter heterogéneo de sus experiencias y se invisibilizan modos de sufrir y, también, vincularse con otros (o no) a partir del dolor.

Las tensiones y articulaciones entre las palabras de quienes padecen y de los profesionales visualizan que ante este tipo de dolores lo que se dice y no se dice interviene en los modos de construir socialmente los malestares. El hecho de que desde los saberes expertos las definiciones sobre dolor crónico sean difusas y ambiguas repercute –de diferente modo– en lo que quienes padecen pueden/quieren decir a los demás sobre su dolor.

Los dolores crónicos como los de cabeza no sólo amenazan a los saberes biomédicos por su falta de referencia empírica sino también –y en especial– muestran las contradicciones con las exigencias de “estar bien” y “saludable” en las sociedades actuales en las cuales los vínculos entre salud y moralidad se fundamenta en que una persona “saludable” con cierta imagen corporal no solo tiene que ver con cuestiones biológicas sino, principalmente, con un tipo de sujeto responsable y respetable (Crawford, 1994). En este sentido, el carácter “improductivo” de los dolores crónicos no sólo implica faltas laborales, gastos en medicamentos, consultas reiteradas en distintos servicios de salud sino una imagen de sí que no se corresponde con lo esperado socialmente. Si bien es “aceptable” padecer por un tiempo determinado, cuando un padecimiento se cronifica y, desde los saberes expertos hegemónicos no hay respuestas certeras, es preferible en algunas

situaciones no hablar ni hacer referencia al malestar, buscar alguna forma rápida de alivio y –de ser posible– continuar.

Bibliografía

- ALVEZ, Paulo; RABELO, Miriam (2009) “Nervios, proyectos e identidades: narrativas de la experiencia”, en: Grimberg, M. (comp.), *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia, pp. 53-72.
- BONET, Octavio (1997) “Saber y sentir. Una etnografía del aprendizaje de la Biomedicina” Trabajo presentado en V Congreso de Antropología Social. Disponible en: <http://www.naya.org.ar/congresos/contenido/laplata/LP2/35.htm>. Fecha de consulta, 27/01/2017.
- _____ (2006) “Emoções e sofrimentos nas consultas médicas. Implicações da sua irrupção” *Revista Teoria e Cultura*, vol. 1, pp.117-138.
- BONET, Octavio; TAVARES, Fatima (2006) “Redes em Rede: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde” em Roseni Pinheiro y Mattos (comp.), *Gestão em Redes. Práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Río de Janeiro, CEPESC, pp. 385-400.
- CONRAD, Peter (2007) *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- CRAWFORD, Robert (1994) “Boundaries of the Self and the Unhealthy Other: Reflections on Health, Culture and AIDS”. *Revista Social Science and Medicine*, N° 38(10), pp. 1347–65.
- DEL MONACO, Romina (2013) “Auto cuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña”. *Revista Salud colectiva*, Vol. 9, N°1, pp. 65-78.
- EPELE, María (1997) “Lógica Causal y (auto) cuidado. Paradojas del control médico del VIH-SIDA”. *Revista del Centro de Ciencias Etnolingüísticas y Antropológicas Sociales*. Universidad Nacional de Rosario. pp. 87-94.
- _____ (2010) *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires, Paidós
- _____ (2011) “Emergencies and Rescues: the Logics of Vulnerability and Care among Drug Users in Buenos Aires, Argentina”. *Revista Addiction Research and Theory*, N° 19(2), pp. 161-169.

- _____ (2012) *Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires, Antropofagia.
- _____ (2013) “El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en la crítica políticamente correcta”. Revista *Cuadernos de Antropología Social* N° 38, pp. 7-31.
- FOUCAULT, Michel (2005) *La hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2008) Historia de la sexualidad. *La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- GOOD, Byron (1994) *Pain as Human experience. An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press.
- HARVEY, David (2005) *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: AKAL.
- JACKSON, Jean (2000) “*Camp Pain*” *Talking with Chronic Pain Patients*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- KLEINMAN, Arthur (1994) “The Deligitimation and Religitimation of Local Worlds” en: Brodwin, P., Kleinman, A., Good, B., Del Vecchio Good, M., (eds.) *Pain as Human experience. An anthropological perspective* Berkeley, University of California Press, pp. 169-197.
- _____ (1997) “Everything that really matters: social suffering, subjectivity and the remaking of human experience in a disordering world”. Revista *The Harvard theological review*. Vol. 90, n°3 pp. 315-335.
- LOCK, Margaret; NGUYE, VINH-KIM (2010) *An anthropology of Biomedicine*. Oxford, Wiley –Blackwell
- MARGULIES, Susana; BARBER, Nélica; RECODER, María Laura (2006) “VIH-SIDA y “adherencia” al tratamiento. Enfoques y perspectivas” Revista *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología* N° 3, pp. 281-300.
- _____ (2010) “Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida. Ensayo de antropología de la medicina”. Revista *Intersecciones en Antropología* N° 11, pp. 215-225.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1998). “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”. Revista *Estudios Sociológicos* 46, pp. 37-67.
- _____ (2003) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. Revista *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, Vol 8, N° 1, pp. 185-207.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016) “Cefaleas”. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/>. Fecha de consulta, 27/01/2017.
- ROSE, Nikolas (1998) *Inventing our self. Psychology, power and personhood*. King College London
- VISAKOWSKY, Sergio (2008) “Estudios sobre “clase media” en la antropología social: una agenda para la Argentina”. Revista *Avá* N° 13. Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942008000200001&lng=es&nrm=iso. Fecha de consulta, 27/01/2017.