

Strasser Georgina- carolottoberlin@yahoo.com.ar

Lic. en Antropología, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Becaria de Conicet

“Ser-para-sí”: el “dolor vivido”. La enunciación indirecta del “cuerpo propio” a partir de la experiencia de malestar; el padecimiento como resistencia al flujo de vida.

Introducción

El presente trabajo forma parte del análisis que se viene realizando en el marco del plan de tesis: “Prácticas y representaciones en torno a los procesos de salud-enfermedad en la población de Azampay”. La localidad de Azampay (se incluyen los puestos cercanos de Chistín y La Agüita) se encuentra ubicada al pie de los cerros que limitan por el occidente al Valle de Hualfín, en el oeste de la provincia de Catamarca, a 50 km de la ciudad de Belén, a la que la une un camino de acceso medianamente transitable desde la ruta provincial N° 40. El tamaño reducido de la población actual -230 individuos, aproximadamente unas 70 familias- y su localización fuera de las principales rutas ha posibilitado realizar estudios sobre población total, minimizando el sesgo que un muestreo provoca y trabajando con profundidad analítica temas relevantes tales como: ocupación, migración, organización familiar, parentesco, propiedad de la tierra y el agua, crecimiento y desarrollo de la población infantil, su nutrición y patologías recurrentes¹.

Aquí se elaboran algunas reflexiones en torno al tema del “cuerpo propio” desde la experiencia de enfermedad a partir de la información construida en las entrevistas, observaciones y diálogos casuales compartidos con habitantes de esta localidad. Se cuenta con un total de 70 entrevistas a legos (8 varones y 20 mujeres de entre 40 y 75 años y 10 mujeres de entre 17 y 35 años)². La técnica de relevamiento central fue la entrevista mínimamente estructurada a partir de un guión temático orientado a suscitar la narración de las secuencias más o menos detalladas de percepciones sintomáticas, decisiones, búsqueda de atención, procedimientos terapéuticos realizados, evaluación de resultados; su modalidad abierta permitió incorporar temáticas no previstas planteadas por el informante y los significados e

1 Desde 1995 un equipo multidisciplinario de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP, ha desarrollado sus investigaciones en dicha localidad, abordando el estudio integral de la problemática bio-socio-cultural de las comunidades actuales y arqueológicas. Los resultados de estos trabajos han sido compilados en el libro “Azampay. presente y pasado de un pueblito catamarqueño.” (Sempé et al, 2005).

2 Llevadas a cabo en sucesivos trabajos de campo: 2004, 2005, 2006, 2007 y 2009. Habiéndose entrevistado además en todos los trabajos de campo a la enfermera de la posta sanitaria y a un curador azampeño, en 2004 y 2009 al médico de zona, en 2007 al director y a personal del área de estadística del Hospital de Belén y al director y a un pediatra de un sanatorio de la misma ciudad, obteniéndose un panorama general sobre las enfermedades más frecuentes, los ámbitos de atención utilizados y las situaciones involucradas en los procesos de salud-enfermedad.

intencionalidades inherentes a los actos. Considerando que toda entrevista, en tanto situación de interacción social, está sujeta a la dinámica de las relaciones construidas entre entrevistador y entrevistado, se tuvo en cuenta el contexto de la misma así como también las relaciones, las prácticas, los gestos, las complicidades y el habla informal sobre lo cotidiano, mediante la observación participante. El cuerpo de información recogido fue clasificado utilizando el software ATLAS.ti para su desglose en nodos temáticos³.

Aportes desde las Filosofías de la Existencia a la noción de experiencia y a la relación conciencia-cuerpo: el “cuerpo propio”.

Las explicaciones y sentidos atribuidos a los procesos de salud-enfermedad refieren a y se sustentan en las representaciones del cuerpo dado que la experiencia de malestar, como toda experiencia, emerge del vínculo sociosomático entre el sistema de símbolos y el cuerpo, vínculo que posibilita que los sentidos culturales proporcionen una estructura para la percepción. Siendo la experiencia el resultado de la interacción de categorías culturales y estructuras sociales con los procesos psicológicos y fisiológicos, se parte siempre de una conciencia inmediata, prerreflexiva (pero no por ello precultural) de la misma (Csordas, 1992.b), y su objetivación, la construcción de un saber a partir de ésta, conlleva generalmente la distorsión del lazo existencial entre conciencia y experiencia por modelos dualistas que cosifican tanto el cuerpo como la mente. Las representaciones anatómicas y fisiológicas se basan en saberes, conceptos, modelos que adoptan el punto de vista del Otro, la captación objetiva del cuerpo conlleva un extrañamiento del cuerpo propio para poder contemplarlo y pensarlo. Pero el punto de partida de todo conocimiento “no está dado por un dato intelectual “claro y distinto”, al estilo cartesiano, sino por una experiencia vivida de la cual hay que hacerse cargo por un movimiento reflexivo. Se trata, en cierto modo, de recobrar una originaria participación en el mundo a través de la mediación de mi cuerpo” (Presas, 1971:101). Toda reflexión se realiza ya sobre la base de una conciencia no-reflexiva “hay un cogito prerreflexivo que es la condición del cogito cartesiano” y “así como un objeto extenso está obligado a existir según las tres dimensiones, así también una intención, un placer, un dolor no podrían existir sino como conciencia inmediata (de) sí mismos” (Sartre, 2006:21). A partir de identificar esta conciencia irreflexiva como constitutiva de toda percepción, de toda conciencia posicional, el análisis de la relación conciencia-cuerpo puede evitar la confusión generada al intentar unir una conciencia captada como “interioridad absoluta” a un cuerpo en

³ Los fragmentos de las entrevistas son citados con la numeración con que las mismas quedaron ordenadas en la Unidad Hermenéutica del Programa ATLAS.ti.

tanto objeto, cosa definida desde afuera, el cuerpo “de los otros” (Sartre, 2006:420). Decir “mi cuerpo” es una cierta forma de decir “yo mismo”, pero para poder decir “soy mi cuerpo” es necesario negar cualquier asimilación de éste a un objeto o cosa. El ser está ligado a “su cuerpo” de manera esencial y no accidental, este es el sentido que Marcel quiere dar a la palabra “encarnación”, situación que no puede ser captada objetivamente, en el plano de las cosas, “mi cuerpo es mío en tanto no lo contemplo, en tanto no coloco entre él y yo un intervalo, en tanto no es objeto para mí, sino que yo soy mi cuerpo” (Marcel, 1953: 101, 102). El ser es siempre en situación, es el cuerpo propio la posibilidad y fundamento de todo conocimiento y por ello inaccesible él mismo, en tanto “para-sí” a toda sistematización o saber objetivado. El cuerpo propio es el punto de vista (el punto cero), siempre trascendido, sobre el cual no se puede adoptar otro punto de vista. Sartre distingue tres modos en que la conciencia existe el cuerpo: “ser-para-sí”, “ser-para-otro” y “ser-para-sí-como-para-otro”, que en el caso particular de las experiencias de malestar se corresponden con tres modos de existir dolorosamente el cuerpo: “el dolor vivido”, “el mal padecido” y “la enfermedad”. En la dimensión del “ser-para-sí” no hay “conciencia *del* cuerpo” sino una conciencia inmediata e irreflexiva: “la conciencia *existe su cuerpo*”, la relación conciencia-cuerpo es *existencial*, la conciencia *es* el cuerpo. Y aunque el cuerpo *para mí* sea siempre lo trascendido, “aquello *de que se hace caso omiso, lo que se calla*” (Sartre, 2006: 455), la conciencia del cuerpo existe, como existe la conciencia del *signo*: “la conciencia del signo existe, si no, no podríamos comprender la significación. Pero el signo es lo *trascendido hacia la significación*, aquello de que se hace caso omiso en aras del sentido, lo que nunca es captado en sí mismo, aquello más allá de lo cual se dirige perpetuamente la mirada” (Sartre, 2006: 456).

Sartre desarrolla su análisis de la relación conciencia-cuerpo en torno a la experiencia del dolor llamado “físico”, con el ejemplo concreto del caso de alguien que padece dolor de ojos mientras lee. En la dimensión del cuerpo *para mí*, el dolor no puede ser analizado desde un punto de vista objetivo, no es algo conocido, no existe en tanto objeto del universo, no se distingue de la manera en que se lleva a cabo la lectura, aunque sí se distingue “por su ser mismo de los demás dolores posibles”. El dolor es “la materia translúcida de la conciencia, su *ser-ahí*, su vinculación con el mundo, la contingencia propia del acto de lectura” (Sartre, 2006: 459). La conciencia *existe* su dolor, el dolor es la textura de la conciencia, es una forma, como el placer es otra, en que se da la conciencia y habrá incontables maneras contingentes de existir la contingencia pues la conciencia tendrá (existirá) siempre un cuerpo, pero ante la ausencia de placer, displacer o cualquier otro modo cualificado de existencia, la captación no-posicional de esta contingencia “sin color” será una “pura aprehensión de sí como existencia

de hecho”, lo que Sartre denominó *Náusea*: “Una náusea discreta e incoercible revela perpetuamente mi cuerpo a mi conciencia: puede ocurrir que busquemos lo agradable o el dolor físico para librarnos de ella, pero, desde que el dolor o el agrado son existidos por la conciencia, manifiestan a su vez su facticidad y contingencia, y se develan sobre fondo de náusea” (Sartre, 2006: 466, 467). En esta instancia prerreflexiva Sartre prefiere hablar de “dolor-ojos o dolor-visión” pues la denominación “dolor *de ojos*” supone ya un trabajo reflexivo. No obstante, aún en este nivel el dolor contiene una información acerca de sí mismo (de lo contrario no podría distinguirse entre un dolor-ojos y un dolor-dedos), pero esta información no tiene el carácter de una “remisión intencional a un objeto trascendente, a mi cuerpo precisamente en tanto que existe fuera, en el mundo” sino que el dolor “*es precisamente los ojos* en tanto que la conciencia ‘los existe’” (Sartre, 2006: 459). Pero los existe dolorosamente (como obstáculo a la vida, impedimento en la existencia empírica, en términos de Marcel y Jaspers), y esta contextura dolorosa de la conciencia se evidencia en “la manera en que el libro aparece como ‘debiendo ser leído con ritmo precipitado’”, en “la manera en que el universo íntegro está afectado de *inquietud*, en un proyectarse hacia una conciencia ulterior sin dolor. La conciencia dolorosa implica un ‘escaparse’, un ‘arrancamiento a sí’, insinúa ‘lo inefable que se quiere rehuir’” (Sartre, 2006: 460). Y así como la conciencia *es* el cuerpo, los ojos son la contextura misma de la conciencia de ver (los ojos en tanto órgano sensorial corresponden al plano del cuerpo-para-otro). Esta conciencia de ver forma parte de una conciencia más amplia del mundo. Dado que tener conciencia es siempre tener conciencia del mundo, éste y el cuerpo como parte de él son siempre presentes (si bien de modos distintos) a la conciencia, presentes como fondo. De ahí que “mientras se lee es más fácil ‘distraerse’ de un dolor de índice o de los riñones que de un dolor de ojos. Pues el dolor de ojos *es precisamente mi lectura*, y las palabras que leo me remiten a cada instante a él, mientras que mi dolor del dedo o de los riñones siendo la aprehensión del mundo como fondo, queda perdido, como estructura parcial, en el cuerpo como aprehensión fundamental del fondo de mundo”. Pero basta con que se emplee el dedo doliente para volver las páginas del libro, y el dolor-dedo, hasta entonces existido como “mi cuerpo en general”, pero no por ello ausente ni inconsciente, “pasará a la categoría de contingencia existida como forma sobre una nueva organización de mi cuerpo como fondo total de contingencia” (Sartre, 2006: 462).

También Marcel considerará el mal, la enfermedad en tanto modos de existencia, estados donde la situación del ser se presenta notoriamente como obstáculo, resistencia a la vida. Pensar el mal o la enfermedad como problemas, como disfunciones de una máquina que

puedo observar para buscar y atacar sus causas (igualmente objetivas) implica negar el aspecto central de estas experiencias, esto es, su carácter de sufrido, de padecido, “yo no capto el mal como tal sino en la medida en que me atañe, es decir, en la medida en que estoy implicado en él [...] y es esta implicación lo fundamental aquí. No puedo hacer abstracción de esta implicación, como no sea por una operación legítima en cierto respecto, pero ficticia” (Marcel, 1992: 105). El sufrimiento, el dolor, el placer, el amor, etc., no existen por fuera del yo que padece o goza. Reconocerlos como misterio es aprehenderlos como modos de presencia, que lejos de poder aislarse como datos-problema, “invaden”, dirá Presas, “la jurisdicción del sujeto que lo plantea (Presas, 1971: 104).

El cuerpo propio existe activamente y es inseparable del mundo (incluidas las relaciones con los otros) hacia el que orienta su intencionalidad dotándolo de sentido, “las cosas nos solicitan gestos, al percibir las se da una secuencia propia de movimientos que es diferente para cada objeto, para poder tratar con él” (De Castro *et al.*, 2006: 133). Estos autores señalan, basándose en “Imaginación carnal” de Merleau-Ponty, que toda percepción se realiza desde un esquema corporal el cual no es una representación estática de las distintas partes del cuerpo, sino la integración dinámica de las mismas en los proyectos motores del organismo. En palabras de Turner “el cuerpo nunca es tan sólo un objeto físico, sino en todo momento una corporificación de la conciencia” [...] “el mundo objetivo, “exterior”, se halla siempre conectado con mi cuerpo en términos de los actos de éste o de las potenciales acciones sobre ellos. Percibir el mundo es reflejar las posibles acciones de mi cuerpo sobre aquél. De forma similar experimento mi cuerpo como mío por medio de mi íntimo y concreto control sobre él” (Turner, 1989: 82). Por ello es que toda experiencia de sufrimiento, al tensionar la relación cotidianamente no problemática entre cuerpo y práctica, da visibilidad al cuerpo silenciado, obviado, colocándolo en el foco de la experiencia en tanto materialidad, obstáculo que constriñe y limita la capacidad de agencia de la persona (Alonso, 2008). El sufrimiento es el resultado de procesos de resistencia al flujo vivido de experiencia, a los planes de vida, a las acciones prácticas (Kleinman y Kleinman, 1991; Kleinman, 1994).

El sufrimiento como resistencia y el valor de la metáfora para una etnografía de la experiencia.

Tratándose de la instancia preobjetiva, la dimensión del “ser-para-sí”, del “dolor vivido” es recuperada en las entrevistas obviamente a posteriori del padecimiento, sólo a través de los esfuerzos lingüísticos para dar expresión a las sensaciones (para nombrar lo inefable) y cuando los entrevistados se refieren a los malestares en términos de lo que no

pueden hacer, como obstáculo a la vida, impedimento, inadecuación al medio y a las actividades que quieren realizar y que otrora realizaron sin problemas.

En el proceso de identificación perceptual del malestar son consideradas como síntomas las discapacidades y disfunciones que implican una ruptura de la cotidianidad, caracterizándose las enfermedades a partir de las actividades que éstas impiden u obstaculizan realizar, aquellas que normalmente se llevan a cabo de manera espontánea e irreflexiva, como respirar, tragar, hablar, ver, digerir, orinar, dormir o mover los miembros, porque forman parte del hecho de “ser-del-mundo”. El “susto”⁴ se reconoce en no poder dormir; no poder descansar y la hiperactividad (sentirse impelido a caminar o realizar tareas) son efecto de sufrir problemas de nervios; “desvaloramiento”, “decaimiento” son términos frecuentemente empleados para describir el estado de incapacidad para realizar tareas y desplazamientos causados por la puna⁵ y el “susto”; dificultad para tragar o respirar se asocia a enfermedades respiratorias; problemas en la digestión se consideran sintomáticos de malestares al hígado, vesícula y estómago; no poder orinar es síntoma de infección urinaria grave; discapacidades motoras señalan las secuelas de traumatismos o efectos no deseados de intervenciones quirúrgicas, traspies en la conversación o en la realización de tareas indican el padecimiento de un “mal hecho”⁶.

*I: Se tiene dolor de cabeza, **no puede dormir, no come, se le caen las piernas, no puede caminar, está desvalorado, no tiene valor para hacer nada** [acerca del susto] (P48, varón, 68 años).*

*J: no quería ir al médico, y bueno, hasta que ha caído, **se le han trancado los orines, todo [...]** **no podía orinar** y le han puesto sonda, y entonces el médico dice que tenía una infección bárbara a los riñones (P49, mujer, 40 años).*

*S: nosotros sentimos alguna cosa que parece que va a ser para que nos revise el doctor, bueno, vamos, así como yo tomaba mate antes de que me han hecho el trabajo ese de la **vesícula, tomaba mate y ya me sentía aquí, en el momento ya se me ponía hinchado, ya estaba por arrojar** (P50, varón, 76 años).*

J: me ha agarrado como un derrame así, la ceja esta se me había ido por acá, esto

4 Dentro de los padecimientos identificados con nombres tradicionales y como enfermedades que deben ser tratadas por curanderos el “susto” es en Azampay uno de los más nombrados. Aparece en comunidades mestizas y sociedades campesinas de raigambre europea desde México hasta Argentina y Chile así como en algunas regiones de Europa, y más allá de las particularidades se caracteriza por ser un padecimiento causado por la pérdida del alma o espíritu a raíz de una experiencia de sobresalto o espanto, y estar asociado a un conjunto de síntomas constantes y recurrentes: debilidad física, decaimiento, intranquilidad, dificultades para dormir, estados de sobresalto, desigualdad en el largo de las piernas, entre otros (Idoyaga Molina, 2001; Idoyaga Molina y Korman, 2002).

5 Apunamiento o puna, usan el mismo término tanto para el malestar como para la zona elevada que lo provoca.

6 El “mal hecho” o “maleficio” alude a un trabajo realizado por curanderos que se dedican a ocasionar un malestar por encargo de quien tiene interés en perjudicar a la víctima.

*así, se me ha cruzado esto para acá y esto para acá, se me quedó dura la cara, usted sabe, y bueno, anduve como 3 meses en el quinesiólogo, ha visto?, que le hacen masajes, todo eso, sí, quinesiólogo me parece que es, y no me hacía nada, si **me quería meter la cuchara de comida y se me derramaba todo por el costado de la boca** (P49, mujer, 40 años).*

*M: me hinchaba los brazos, los pies, **no me podía poner ni las zapatillas, tenía que andar de ojotas, de chinelas** (P11, mujer, 56 años).*

A: qué sentiría yo, cómo me doy cuenta que tengo un maleficio?

*F: porque usted se va a sentir mal, cualquier cosa en la cabeza, o **que le falta alguna cosa en la conversación** o se siente en la cabeza, en los brazos, en el cuerpo, **quiere hacer una cosa y va a ir en contra** [...] o si tiene cualquier cosa ya **se le vuelca** (P55, curandero, 84 años).*

Pero donde más interfieren los padecimientos es en las actividades laborales: no poder trabajar ni caminar debido a la agitación es mencionado respecto a problemas de presión, corazón, asma, gordura, bocio, cáncer; no poder hilar, tejer, amasar debido a hernias, reuma, artrosis. Frecuentemente emplean la expresión “no ser dueño de” denotando el proceso de extrañamiento del cuerpo propio que deja de responder conforme a las intenciones, en palabras de un entrevistado: estar “como mano ajena”. Como expresa Merleau-Ponty, “lo que en nosotros rechaza la mutilación y la deficiencia es un Yo empeñado en cierto mundo físico e interhumano, un Yo que continúa tendiéndose hacia su mundo... [negando] lo que se opone al movimiento natural que nos arroja a nuestras tareas, nuestras preocupaciones, nuestra situación, nuestros horizontes familiares” (Merleau-Ponty, 1984: 100).

*C: **No era dueña de salir hasta el portón** cuando me agarraba [el asma] (P27, mujer, 56).*

*C: Después de abril empecé con un dolor de espaldas, antes me dolía pero poco, y hombro, **no podía estar sentada ni caminar fuerte. No puedo lavar ni hacer tortillas** porque me cae mal, cuando movía el brazo me sonaba la espalda como si estuviera rota, **no podía mover el brazo** (P48, mujer, 77 años).*

*E: este brazo no lo aguanto porque hay veces que el codo este me duele, me duele el codo cuando voy a buscar unas leñas, no? **Yo no las puedo alzar así** [doblando el brazo], **tengo que ponerlas así para poder alzar alguna leña** (P4, mujer, 75 años).*

*N: porque ya **no podía caminar, para caminar se agitaba mucho** y bueno, ya tenía que operarse [de bocio] porque se le ha criado muy grande, la quijada le asentaba sobre eso, y **ya no podía caminar, decía que a gatas llegaba de...** (P58, mujer, 69*

años).

R: ya para trabajar no es dueño de hacer fuerza porque justo a las piernas, a la cintura, a las caderas [...] dolor, ya no puede caminar, pero ya no puede a veces ni barrer [...] dicen que el cáncer ataca también el hueso (P79, mujer, 65 años).

Lo que mayormente se ve afectado (resistido) por los diversos padecimientos es el trabajo, el quehacer necesario en un ambiente que exige esfuerzos físicos; no poder caminar no es un mero contratiempo en un medio donde las distancias domésticas son amplias sumado a la irregularidad del terreno que torna casi imposible otro modo de desplazamiento; dado que hilar, tejer, realizar las tareas hortícolas o amasar constituyen labores centrales para el sostén y la reproducción de las familias, la incapacidad de realizarlas conlleva una reducción del sentido de utilidad y suficiencia agregando sentimientos de descontento e insatisfacción a los dolores propios del malestar. Además, dado que la inactividad es considerada como un factor que provoca o empeora malestares, se mencionan a veces circunstancias de retroalimentación positiva que llevan a un agravamiento del estado de enfermedad debido a que la misma obligó al reposo. En un contexto donde se subrayan los méritos del trabajo, la inactividad es justificada sólo en tanto forma de cura prescrita o por ser efecto inevitable de un malestar.

E: me privaron que no hile y bueno yo no hacía caso, después ya mis hijas también ya no querían que hile [...] y bueno sufría así como tres años pero era una intranquilidad para mí, no pasaba bien porque yo he sido una persona que desde chica trabajar, o si ya sabía tejer saco con dos agujas, al crochet [...] me han dicho que deje el trabajo... pero una pena para mí, yo no podía estar, uno tenía que estar haciendo alguna cosa, y bueno, cuánto! yo no pasaba un día o dos, tres no estaba en el telar, ya ponía la tela y era un gusto para mí, a tejer (P27, mujer, 80 años).

S: y ahora ando triste, una cosa como entristecido [...] sabrá ser de lo que andaba enfermo, de lo que yo me notaba, por ejemplo yo estoy aquí yo me levanto, ando, pero cuando uno ya está enfermo ya es una cosa, otra, ya no va a levantar (P56, varón, 79 años).

Sea vivida como un estado que se debe aprender a tratar de manera adecuada o que se debe combatir, o como resignación frente a un sufrimiento agudo o preludio de la muerte, la enfermedad en tanto experiencia, sin constituirse en “enfermedad-para-sí”, destaca la articulación de lo vital con lo espiritual. Los referentes de la salud y de la enfermedad provienen generalmente del mundo y la actividad sociales más que del estado patológico mismo, y la (in-) capacidad de llevar a cabo las tareas cotidianas, el “valerse” de sí mismo, es uno de los principales ejes del discurso mórbido, como también se destaca, por ejemplo, en un

estudio sobre personas con artritis reumatoide (Devillard, Otegui, García, 1991 en Devillard, 2002: 608).

“se ha levantado al otro domingo pero a gatas, todavía como cabra flaca tiritando”

Dado que la dimensión del “ser-para-sí” es la de la conciencia inmediata, prerreflexiva, anterior a todo saber objetivado, sería inaccesible también a la investigación quedando cautiva en la conciencia del sujeto. Pero por más personal que sea la vivencia de malestar, la misma podrá incorporar sus sentidos sólo a partir de modelos de experiencia culturalmente compartidos. En esta síntesis preobjetiva vivida, corporizada, que es la experiencia, se puede analizar cómo lo social, la base cultural de la experiencia se carga como un rasgo de la existencia corporal, cómo el significado cultural es intrínseco a toda experiencia corporal (Csordas,1992.b). Los individuos realizan un esfuerzo por evocar las experiencias de malestar recurriendo a lo que Jaspers llamó “enunciación (objetiva) indirecta de lo inobjetivable”, esto es, “un lenguaje objetivamente desprovisto de contenido” capaz de volver a producir en el oyente “la intuición que se desea transmitir” (Presas, 1978: 42-43). En la comunicación indirecta “se deja sentir una verdad que, en el *médium* de las objetividades, se revela como la subjetividad de la excepción histórica. Esta verdad es inseparable del hombre en el que ha llegado a ser certidumbre; jamás es posible apropiársela de modo idéntico, sino sólo transformada; ella obra despertando [a cada uno] para su propio desarrollo” (Jaspers, 1958: 761 en Presas, 1978: 52). El lenguaje permite acceder al mundo de la experiencia ajena en tanto la revela incluso para quien la vive; lo oculto se manifiesta a través del lenguaje en la medida en que suprimiéndose su objetividad, evoca lo inobjetivable. Este uso “indirecto” del lenguaje es el que sustenta todo enunciado metafórico: la metáfora no es mera representación, es innovación, construcción que se vale de los campos asociativos, “no hay metáforas en el diccionario, sólo existen en el discurso; en este sentido, la atribución metafórica expresa, mejor que cualquier otro recurso del lenguaje, lo que es una palabra viva (Ricoeur , 2001: 132). La eficacia de la metáfora consiste en crear “el absurdo lógico, en el orden de la significación primaria, como medio para liberar la significación secundaria”, “crear indicios que orienten hacia el segundo nivel de significación”, lo cual se logra mediante una “atribución autocontradictoria” que se “destruye a sí misma”, la incompatibilidad entre designaciones en el orden primario de la significación “obliga al lector a extraer de todo el abanico de connotaciones las significaciones secundarias susceptibles de hacer de un enunciado que se destruye a sí mismo una “atribución autocontradictoria significativa” (Ricoeur, 2001: 129,130). “Ya se trate de llenar un vacío auténtico, ya de evitar una palabra

tabú, o de dar libre curso a las emociones o a una necesidad de expresividad” (Ricoeur, 2001: 161), lo que lleva a buscar un desplazamiento de la designación a la connotación mediante la “colisión semántica” es siempre un esfuerzo de expresión, en este caso acerca del cuerpo propio, referente que persiste “sólo como una especie de ausencia o pérdida, aquello que el lenguaje no puede captar y que, en cambio, lo impulsa a repetir el intento de captarlo, de circunscribirlo y a fracasar en tal intento” (Butler, 2005: 109). Csordas habla de “metáforas encarnadas” (embodied) para destacar el hecho de que las mismas no se aplican *sobre* el cuerpo sino que *emergen de* la experiencia corporal (Csordas, 1992.a), “metáforas vividas” porque no actúan por imposición de un significado externo, arbitrario sobre la experiencia, sino que forman parte del proceso de significación en el curso mismo de la experiencia evocando conexiones al interior de la misma (Rabelo *et al.*, 1999). “Lenguaje quiere decir residencia en una realidad, vivencia en una realidad. Aunque sea cierto que el lenguaje que usamos nos traiciona no basta con querer liberarlo de sus tabúes. Hay que re-vivirlo [...] No se puede revivir el lenguaje si no se empieza por intuir de otra manera casi todo lo que constituye nuestra realidad. Del ser al verbo, no del verbo al ser” (Cortázar, en Rayuela).

En los relatos de los azameños los “es como si”, “es como que”, “es como un/a” generalmente introducen la figura metafórica y sirven de pasaje entre la complejidad de la vivencia y la enunciación que en su imposibilidad de significarlo todo, la recorta. Gestos acompañan y complementan la expresión de aquello para lo cual no se hallan las palabras del todo adecuadas.

*J: los oídos me hacían **tuc-tuc** [acompaña con un gesto de abrir y cerrar la mano]*

E: cuando los oídos hacen así es porque es aire (P12, mujeres, J: 42 años; E: 62 años).

*L: me zumbaba adentro de los oídos, **como si tuviera tamborcitos adentro de los oídos** [acerca de puna] (P16, mujer, 22 años).*

El siguiente fragmento de lo expresado por una entrevistada acerca de sus padecimientos causados por “aire”⁷ es ilustrativo del empeño por traducir la experiencia a un lenguaje compartido:

*J: no, no, es una cosa **como que tengo una cosa quieta ahí, como embolsada, así, como que está en una bolsa atada, por ahí, no sé, me imagino yo, es como que, que no me irriga bien ahí, como que va la sangre y no pasa, como que... ahí en esta parte** [se señala la coronilla] **esa vuelta tenía así el oído, bah, no lo tenía, sino que yo***

7 Un repertorio bastante heterogéneo de dolores y molestias es agrupado bajo la denominación de “aire”, taxón que, como en el caso del “susto”, está presente en sociedades mestizas y entre grupos descendientes de europeos y árabes de América Latina. Síntomas como dolor de cabeza, endurecimiento del rostro, molestia a la vista, sordera, dolor de muela, mareo, malestar general, debilidad, nerviosismo, locura (conductas descontroladas y desvarío mental), son sólo algunos de los mencionados al describir tal padecimiento.

me lo imaginaba... así largo y eso es lo que me decía Don C [curandero] que es el aire [...] y ahora esta mañana le digo a la X “ay! Cómo me molesta este ojo, me baila, me baila, se me mueve todo esto” [se señala el párpado] todo eso es el aire, sí, sí, y me curan y quedo livianita, despejada, hay veces cuando ya tengo mucho aire, es como si tuviese una tela delante de los ojos y esa lagañita que se hace, ha visto? Que es constante, que me limpio y me limpio y no tengo nada, me limpio los ojos y no tengo nada, es ya cuando ya estoy airada... porque a mí cuando me agarra el aire así, se me destempla toda la dentadura, es como que usted muerde algo y como que lo tiene abierto a los filos de los dientes, como que toma algo y como que se le va por el filo de los dientes el líquido (P49, mujer, 40 años).

Los malestares como el “aire”, el “susto”, la puna, problemas de presión, al no tratarse de la afección de una estructura corporal particular son percibidos desde diversas localizaciones somáticas: oídos “largos” o “con tamborcitos” dentro, ojos que bailan, dentadura “abierta”, la sangre que “no pasa”; en el caso de la puna, el susto, el reuma o dolores de hueso, términos como “desvaloramiento”, “decaimiento”, “deshauciamiento” son frecuentemente empleados para describir la sensación general de debilidad, cansancio e incapacidad.

S: deshaucionamiento en el cuerpo, un deshaucionamiento como si estuviera muy débil [...] desvaloramiento en el cuerpo, como si no tuviera aliento, fuerza [...] un descaecimiento, un desarmamiento al cuerpo [...] muchas enfermedades se juntan, cansancio de que cuando uno es joven camina (P56, varón, 79 años).

E: tiene un desahucionamiento [...] desahuciado, no tiene ganas de nada, debe ser el susto [...] el grande se desvalora, se golpea, se tulle también

A: se tulle?

E: claro, se les cae el brazo, las piernas tiene desvaloradas, todo, por qué, por el aire, el susto (P4, mujer, 75 años).

F: lo sienten como descaimiento al cuerpo, ve, un desvaloramiento, que se le ponen, ya no puede salir así a caminar al cerro, y esa es la puna (P5, mujer, 66 años).

C: usted siente decaimiento, uno siente a veces decaído

N: no se puede levantar está desarmado

C: claro mareada me sentía y a veces caminaba y era como que caminara me pesara la espalda [acerca del susto] (P11, mujeres, C: 62 años; N: 65 años).

L: me ha agarrado dolor ahí, en la espalda y esto eran como si me hubieran pegado así, tenía todo machacado (P70, mujer, 23 años).

M: sentí que se me comenzaba a dormir los brazos, hilaba un rato y ya me agarraba, que los brazos se me caían ya [acerca de tuberculosis] (P11, mujer, 56 años).

En los casos de dolor de huesos también se registraron expresiones como “pinchar” o “punzar” que refieren a sensaciones más puntuales.

J: los huesos empiezan a punzarle por todos lados (P7, mujer, 42 años).

F: como si me hincaran una aguja [...] donde se juntan las caderas [...] quedaba un rato... curquincho, andaba con bastón (P79, varón, 45 años).

Cuando el narrador significa y describe un malestar mediante una semejanza o parentesco no establecidos en el lenguaje habitual, apela a que los mismos sean también percibidos por su interlocutor, facilitándole su intención comunicativa:

J: la culebrilla, no sé si la habrá sentido nombrar; [...] dicen que es como la víbora y que va ciñéndola a usted... Eran unas ampollas de agua, eran como el lomo del sapo, ha visto? Así, una sobre otra, así, lo ha visto? Escamoso el lomo del sapo, así, y ya ella tenía desde la columna todo por acá hasta el pupo (P49, mujer, 40 años).

Si se evoca el lomo del sapo o el comportamiento de la víbora para significar algo de la experiencia, es porque se espera que el oyente cuente con significantes mínimamente equiparables a los propios, de lo contrario el enunciado metafórico, que rompiendo creativamente con usos establecidos del lenguaje, pretende decir algo nuevo acerca de la experiencia subjetiva, difícilmente expresable de otro modo, no realizaría su valor comunicativo. Aunque las metáforas se destaquen como creaciones originales de los individuos, no se las puede reducir a fenómenos meramente subjetivos, “la comprensión de un enunciado metafórico se efectúa siempre en los términos de aquello que es dado en una situación de interlocución. El sujeto comprende a través del mundo compartido de significados, de modo que la metáfora nos remite al mundo de la intersubjetividad”, y no sólo respecto a que las metáforas sean entendidas por los otros sino también a su construcción misma, la cual “no consiste en un acto individual de percibir una experiencia interior como problemática. La conciencia no constituye sus objetos ex nihilo, por autonomía de la interioridad subjetiva. La enfermedad se dota subjetivamente de sentido en la medida que se afirma como real para los miembros de la sociedad, que a su vez la aceptan como real. Es real justamente porque se origina en el mundo del sentido común (Alves, 1993: 269). Así, la enfermedad es construcción intersubjetiva, esto es, formada a partir de procesos comunicativos de definición e interpretación” (Rabelo *et al.*, 1999: 175, 178). Y esto me costó un traspíe en mi comprensión de la caracterización que hizo un azampeño acerca de los ataques de asma de su cónyuge: “*se le truncan las arterias, le hacía frío*”, con qué sentido

estaba usando el término “arterias”? se refería a los vasos sanguíneos hablando de una crisis de asma? Mi interlocutor no se detuvo en esta descripción, no agregó más explicación a algo que supuso formaba parte del universo de significaciones compartido. En posteriores entrevistas pude registrar este uso particular del término “arteria”, donde si bien el mismo está asociado al sistema sanguíneo y al corazón, también lo está con la respiración, de ahí que “trancazón de arterias” aparezca tanto en las descripciones de malestares respiratorios como cardíacos (también en el caso de la puna, donde ambas disfunciones se cruzan) y con frecuencia no del todo diferenciada de expresiones como “trancazón del pecho” o “en los bronquios” para dar cuenta de la dificultad de respirar, taquicardia, agitación y dolor en el pecho.

*C: y dicen que se ha ido a dormir y ha muerto... un **ataque cardíaco** le ha agarrado, dicen **que se le trancan las arterias, no puede respirar y termina** (P60, mujer, 57 años).*

*G: **me saltaba el corazón por la garganta, una cosa que sentía el corazón...** [acompaña con el gesto de abrir y cerrar el puño] **y me ha venido oscuridad a la vista yo no veía nada [...]** **me he venido, para casa, dije caiga, caiga acá [...]** **sentía la trancazón aquí** (P14, varón, 79 años).*

*F: como **una trancazón aquí al pecho, ve?** **Así una pesadez, yo camino y es una cosa como si me faltara aire** [acerca de mal a los bronquios] (P44, mujer 64 años).*

Aunque con el término “arteria” se desvía el análisis del eje de la metáfora hacia el de la dimensión del saber objetivo (en tanto pretende dar cuenta de estructuras corporales) su empleo junto a la noción de “trancado”, “trancar” lo ubica aún en el nivel de la enunciación indirecta de las sensaciones.

A: y cuando dicen que la arteria se le tranca, qué es?

*Y: esa palabra, quiere decir **que se le cierra algo, se le cierra la arteria [...]** porque cuando quieren decir que “cierren el grifo” en vez de decir “que cierren” dicen “tranquen” (P22, mujer, 17 años).*

*E: ando embromada, **me agarra la trancazón en el pecho [...]** y a mí me agarra, bien que estoy y ahí nomás me agarra bronquitis, ya me agarra una tos que yo no puedo sostenerla, una tos y **bien trancado el pecho, un dolor aquí, ahí me agarra el dolor [...]** **como si estuviera juntada de aquí** (P27, mujer, 80 años).*

De la misma manera se registró el uso del término “vena” en ocasiones no vinculado a lo sanguíneo sino a lo muscular y a una percepción lineal del dolor en este nivel.

*J: la columna parece que era **una venita de agua** (P12, mujer, 42 años).*

E: me habrá torcido alguna venita, no sé, por ahí me duele el cuello [...] hay días que no me duele nada, de repente así cuando como le doy la vuelta es un grito porque es como si me diera vuelta no sé qué vena (P4, mujer, 75 años).

L: no lo único que me dolía la rodilla me dolía mucho, de esta parte para arriba, dicen que cuando una está embarazada se empiezan a estirar los músculos y dicen que se me han estirado mal las venitas de acá de las caderas (P70, mujer, 23 años).

Así por ejemplo, en una charla con una mujer, mientras va desmenuzando la lana aún no hilada se queja de que ya no puede tejer tanto porque le duelen los brazos, se le cansan mucho, nota “cansancio en las venas”, le pregunto por qué piensa que es en las venas y responde que porque ya no puede levantarlos. En la brevedad de este comentario espontáneo se condensan varios de los aspectos señalados: la vivencia del malestar en tanto resistencia, impedimento a las acciones cotidianas; los brazos como la contextura de la conciencia de tejer y la conciencia existiendo los brazos de manera dolorosa, cansada; el empleo maleable del lenguaje para expresar la experiencia ubicando el dolor en “las venas”.

Las metáforas como estrategias de innovación semántica extienden sentidos habituales a otros dominios mediante la analogía y la introducción de aspectos sensoriales, afectivos y cognitivos. Así, el empleo de términos como “pinchar”, “punzar”, “machacar”, “caer”, “pesar/pesadez”, “desarmar”, “quemar”, “despegar”, “estar embolsada”, “quedar liviana” para describir estados corporales crea un parentesco no percibido ordinariamente y permite transmitir estados y sentimientos sutiles para los cuales el lenguaje denotativo resulta limitado. El lenguaje connotativo, al poner en relación sentidos explícitos e implícitos ofrece recursos lingüísticos que permiten crear mediaciones entre lo vivido y lo significado.

C: a veces hago mala fuerza y me pega un, va a creer como que estoy despegada me duele, me fastidia [acerca de secuelas de operación de vesícula] (P3, mujer, 56 años).

J: la cistitis es terrible, es un ardor que agarra que como que quema por adentro, claro, yo digo, deben ser como infecciones (P49, mujer, 40 años).

S: siento como flojera, que el huesito se me va a zafar [se señala la rótula haciendo el gesto de un movimiento para el costado] (P50, varón, 76 años).

El empleo de las metáforas, extendiendo la experiencia pre-reflexiva del sujeto a dominios concretos y fácilmente reconocibles por los otros, le permite a este compartirla a la vez que organizarla y desarrollarla de forma socialmente reconocida. En este camino hacia la objetivación los individuos realizan un esfuerzo por precisar el origen exacto del malestar ya que las presunciones diagnósticas se construyen a partir de las percepciones del dolor o signo de alarma y de su ubicación, lo más precisa posible, en el espacio corporal.

F: yo sentía que me dolía la cabeza, pero no todo si no esta parte [se señala la frente] y el doctor me ha dicho que es de la vista [...] como un golpe (P44, mujer 64 años).

C: sinusitis, duele la cabeza, los ojos, atrás de los ojos (P43, mujer, 54 años).

R: pero no daba a demostrar él que sentía ese dolor aquí y el médico le dijo que era la pierna y se le venía aquí [se señala la ingle] [...] jodía lo que era la cintura, siempre solía tener ese dolor de cintura [...] y decían que es de los riñones [...] no le ha hallado que tenía así apéndice y si ahora tan pronto, tan de urgencia que lo ha agarrado (P53, mujer, 66 años).

Estados emocionales forman parte también de las sensaciones descritas en torno a las experiencias de malestar, sobre todo tratándose de problemas cardíacos, de presión y con menor frecuencia, respiratorios. Expresiones de decaimiento y debilidad aparecen acompañadas por otras de tristeza y aflicción. Sensaciones anímicas son atribuidas a malestares cuya explicación causal no es centralmente psicosocial (por ejemplo problemas de presión o asma).

A: qué siente con la presión?

F: me pone como triste, como de aquí [alza la mano desde el vientre hasta la garganta y la boca], como si fuera la sangre, no puedo estar sentada, me acuesto, me siento (P31, mujer 66 años).

E: dolor al corazón, un dolor que me afligía, una aflicción, no podía tomar el sueño [acerca de una crisis de asma] (P27, mujer, 80 años).

Donde más se evidencia la supresión del dualismo cuerpo-espíritu es en torno a los problemas cardíacos (muchas veces asociados a problemas de presión y respiratorios, como en el ejemplo precedente), para los que frecuentemente se mencionaron causas emocionales (feos pensamientos, renegar, afligirse, llorar) así como síntomas anímicos, entretejidos con explicaciones etiológicas y descripciones sintomáticas en términos somáticos.

A: y para qué sirve el cedro?

JA: y dicen corazón, cuando uno se siente abajoneado, con decaimiento toma un té de esto (P56, mujer, 67 años).

J: andaba mal, nerviosa, si íbamos a lo de R [su suegra] era como que no la aceptaba, como que chocábamos [...] no me quería enojar pero era una cosa como que me agarraba electricidad parecía que me levantaban de los pies, mi papá nunca se ha enfermado y de repente él se ha enfermado, como que no aceptaba la enfermedad de él, de día no lloraba, no me desahogaba pero en la noche me ponía a llorar hasta qué hora y le decía a dios por qué con él que andaba tan bien y era como

que sola me daba manija [...] de noche me despertaba con esa cosa como que me ahogaban, como que me ponían un hilo aquí [se señala el cuello] y que se me reventaban las venas que uno tiene [...] y eso es lo que me empezó a asustar y por eso he ido al médico, me agitaba mucho para caminar, a gatas llegaba, parecía que me iban a saltar los ojos [...] él me ha dicho que andaba muy nerviosa y a parte que tenía el problema coronario [...] en el corazón, las arterias se tapan, se tapan las arterias del corazón, por eso es que vienen los paros, si yo había momentos que por ahí renegaba y era que me agarraba una debilidad, me tiraba en la cama y me dormía, era una cosa como que me sedaban, y después me despertaba mareada, con dolor de cabeza [...] estaba así tranquila pero adentro una cosa que me zapateaba y eso me llevaba a ponerme por cualquier cosa nerviosa (P7, mujer, 42 años).

Este fragmento compendia mucho de lo hasta aquí señalado: la persona sufre reúne en su explicación causal aspectos tanto del orden anímico (preocupación por la enfermedad del padre) como somático (problemas coronarios, las arterias que se tapan); el malestar es percibido como trastornos en el nivel psicológico (enojo, irritación, nervios) pero también como ahogo, mareos, dolor de cabeza y debilidad; la vivencia del padecimiento en tanto resistencia al flujo de vida abarca aquí tanto una acción motora (no poder caminar debido a la agitación) como actividades afectivas (obstáculos en el trato con su suegra); y finalmente el empleo de metáforas para expresar sensaciones más complejas e indefinidas para las cuales el lenguaje denotativo resulta limitado (“electricidad”, como que la “levantan de los pies”, “hilo en el cuello”, “revientan las venas”, “zapateo”).

Si bien ya se ha dado un paso hacia la objetivación de la experiencia, dado que a lo largo de las entrevistas los sujetos la evocan y la traducen al lenguaje con los fines de transmitirme algunos aspectos de la misma, es posible distinguir un intento por captar y representar la vivencia del sufrimiento, el padecimiento afectando el “cuerpo propio” en el que no se puede escindir la carne del espíritu, donde tiene sentido decir que una preocupación provoca un malestar que “viene de golpe, subiendo desde los pies”, una intranquilidad que “le tiritita” y no deja dormir.

Reflexiones finales y crítica a ciertos enfoques teóricos

Menéndez afirma que los procesos de salud-enfermedad-atención constituyen “una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas”, “uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos” (Menéndez, 1994: 71). Por qué se esmeran los individuos en representar sus

vivencias de padecimiento explayándose en detalles, describiendo síntomas y cambios percibidos? En el acto lingüístico se concretan dos funciones del lenguaje: el lenguaje como objetivador de la experiencia a la vez que vehículo del proceso comunicativo, es decir, el lenguaje en tanto doble mediación: pasaje entre lo vivido y lo significado y puente entre interlocutores. Dado el carácter intersubjetivo de la experiencia y del lenguaje, la función objetivadora está entrelazada con la función comunicativa: no sólo nos valemos de las formas posibles de representarnos nuestras experiencias a través del mundo compartido de significados sino que tarde o temprano ansiamos volcarlas nuevamente al espacio comunicativo, compartirlas, hacer partícipes de las mismas a quienes se cuentan como interlocutores. Las experiencias de sufrimiento y malestar a menudo alienan el cuerpo del sujeto y circunscriben en torno al enfermo un mundo extraño no compartido con el resto. Si se cuenta con una interpretación de la enfermedad socialmente aceptada y validada, la realidad del padecimiento y del mundo del enfermo es asumida permitiendo la elaboración de nuevas experiencias dirigidas al restablecimiento de la salud.

Dentro de esta perspectiva que considera al lenguaje en tanto constitutivo de la experiencia de enfermedad y no sólo su mera expresión, se entiende que la percepción y la identificación de las sensaciones mórbidas dependen de la riqueza y de la precisión de vocabulario, de la capacidad “socialmente condicionada, para manipular y memorizar las taxonomías mórbidas y sintomáticas” (Boltanski, 1975: 38). Pero este autor, cuyas conclusiones han tenido amplia influencia en posteriores trabajos sobre salud-enfermedad, considera por riqueza y precisión del vocabulario (lo que él denomina “competencia médica”) sólo el correspondiente a la jerga médica, como si el lenguaje de las sensaciones se nutriera sólo de vocablos biomédicos. En consecuencia, los miembros de las clases populares son considerados incapaces de describir correctamente su estado, de presentar al médico síntomas claros, inteligibles y significativos, quejándose frecuentemente sólo de dolores no localizados, de debilidad generalizada: “poco diestros para la descripción de lo que nos figuramos ha de ser su experiencia vivida de la enfermedad”, conformándose “con la repetición de lo que recuerdan haberle escuchado al médico- fragmentos de palabras y de términos científicos enunciados en desorden y casi con vergüenza, desarrollando un discurso entrecortado y desprovisto de coherencia aparente” [...] “Los individuos situados más abajo en la escala social, que cuentan con un vocabulario de la sensación más limitado y más arcaico- puesto que el lenguaje de las sensaciones comprende las sucesivas experiencias de la ciencia médica- en primer lugar, sólo pueden identificar un número limitado de sensaciones o pueden percibir sensaciones no habituales sin interpretarlas como signos o síntomas de enfermedades

alarmantes y, si éstos no son demasiado intensos, sin prestarles demasiada atención” (Boltanski, 1975: 29, 49). Desde la misma perspectiva otras autoras afirman que tanto la “falta de educación sanitaria, que dificulta la identificación de la enfermedad” como un “uso intensivo del cuerpo -característico de los estratos socioeconómicos bajos-” condicionan la percepción de las sensaciones relativas a la salud y la enfermedad, promoviendo la “negación de los síntomas al elevar el “umbral” para sentirse enfermo”, “en los sectores populares, la cultura somática -ese poder sentir, escuchar al cuerpo- es escasa y la lucha por la supervivencia “eclipsa” la temática de la salud; la imposición de conseguir el sustento diario hace que se retarde la concurrencia a la consulta médica y, a veces, dificulta el registro de las molestias hasta que éstas se imponen cuando ya es imposible no registrarlas” (Kornblit y Mendes Diz, 2000: 15).

Desde lo descrito para el caso azampeño quiero hacer dos cuestionamientos: en lo que refiere a la capacidad de expresar y transmitir las sensaciones de malestar, es decir, la “competencia médica”, al ser considerada sólo como el cuerpo de vocablos biomédicos obtenidos a partir de una “educación sanitaria” (“taxonomías mórbidas y sintomáticas” que se deben “memorizar”) es caracterizada en los sectores populares en términos de escasez o pobreza de vocabulario pues se ignoran otros recursos lingüísticos como los aquí presentados (términos del sentido común, empleo de metáforas, analogías, etc.) cuya proliferación en las descripciones de las experiencias de malestar dan muestra de que tampoco se puede hablar de pobreza de percepción. La segunda crítica es a la idea de que la baja percepción de las sensaciones de malestar, además de corresponderse con una carencia de vocablos para nombrar los síntomas, se debe a un mayor grado de utilización del cuerpo en la vida laboral el cual a su vez es función de un nivel menor de instrucción. Es decir, cuanto mayor es el esfuerzo físico exigido, menor es la atención que los individuos prestan a su cuerpo manteniendo con él una relación menos consciente. De lo que se concluye que tal vez el desarrollo de una relación reflexiva con el cuerpo sea poco compatible con su utilización intensa, que quien necesita hacer una utilización máxima de su cuerpo no puede mantener con él una relación atenta, escucharlo, analizarlo y comprenderlo. En el caso de la población azampeña el quehacer necesario en un ambiente que exige esfuerzos físicos, labores arduas y desgastantes no parece reducir la percepción del cuerpo propio, sino al contrario, ponerlo en evidencia, volverlo explícito cuando debido a un malestar no responde de la manera asumida como natural. Es decir, los individuos perciben que algo está mal cuando no pueden llevar a cabo ciertas tareas de manera natural o espontánea; sin actividades que demanden algo del cuerpo el carácter de resistencia al flujo de vida que presentan los malestares estaría ausente.

Retomando los ejemplos de fragmentos anteriormente transcritos, si no se debiera lavar o hacer tortilla no se notaría la imposibilidad de mover el brazo, si no se necesitara cargar leña no se notaría el dolor en el codo, sin la necesidad de caminar o barrer no se percibiría la agitación. Dice Le Breton: “el cuerpo está mucho más presente en la conciencia cuando se utilizan sus recursos musculares en la vida cotidiana, las actividades físicas vinculadas con el trabajo o con la vida doméstica favorecen el anclaje corporal de la existencia. Están en contacto con el cuerpo, en un desgaste físico permanente, ‘la movilidad y la motilidad del cuerpo permiten el enriquecimiento de percepciones indispensables para la estructuración del yo. Disminuir, incluso suprimir este dinamismo, fijar al máximo actitudes y comportamientos, es perturbar gravemente a la persona y lesionar las facultades de intervención en la realidad’ (P.Virilio 1976: 296)” (Le Breton, 1990: 163).

Bibliografía citada

ALONSO, J. P. “Cuerpo, dolor e incertidumbre. Experiencia de la enfermedad y formas de interpelar el cuerpo en pacientes de Cuidados Paliativos”. En *(Con)textos. Revista d’antropologia i investigació social*, n° 2, diciembre, 2008, pp. 36-50. ISSN: 2013-0864.

BOLTANSKI, L. *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires. Ediciones Periferia. 1975.

BUTLER, J. *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires. Paidós. 2005.

CSORDAS, T. “Introduction: the body as representation and being in the world”. En *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992.a.

CSORDAS, T. “Words from the Holy People: a case study in cultural phenomenology”. En *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992.b.

DE CASTRO, A., G. GARCIA, e I. RODRÍGUEZ. “La dimensión corporal desde el enfoque fenomenológico-existencial”. En *Psicol. Caribe*. [on line]. Jun. 2006, Núm. 17 [citado 29 enero 2008], pp. 122-148. Disponible en http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2006000100007&lng=pt&nrm=iso. SIN 0123-417x.

DEVILLARD, M. J. “De los discursos antropológicos sobre naturaleza, cuerpo y cultura”. En *Política y Sociedad*. Dpto. de Antropología Social. Facultad de CC. Políticas y Sociología. UCM., Vol 39, Núm. 3, Madrid. 2002, pp. 597-614.

IDOYAGA MOLINA, A. “Lo sagrado en las terapias de las medicinas tradicionales del NOA y Cuyo.” *Scripta Ethnologica*. Buenos Aires: CAEA - CONICET, 2001. vol. 23 pp.9-75.

IDOYAGA MOLINA, A. y G. KORMAN. “Alcances y límites de la aplicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) en contextos interculturales del Gran Buenos Aires”. *Scripta Ethnologica*. Buenos Aires: CAEA - CONICET, 2002. Vol. 24 pp.163-214.

KLEINMAN, A. “Pain and Resistance: The Deligitimation and Religitimation of Local Worlds”. En *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. Berkeley, University of California Press. 1994, pp.169- 198.

KLEINMAN, A y J. KLEINMAN. “Suffering and its professional transformation:

toward an ethnography of interpersonal experience.” *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1991,15:275-302.

KORNBLIT A. y A. M. MENDES DIZ. *La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales*. Grupo Editor Aique, 1ra Edición, Capital Federal, 2000.

LE BRETON, D. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Nueva Visión. 1990.

MARCEL, G. *El misterio del ser*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana. 1953.

MENÉNDEZ, E. L. “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?” En *Alteridades*, 4 (7):71-83, 1994.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenología de la Percepción*. Buenos Aires, Planeta-Agostini. 1984.

PRESAS, M. A. “Interpretación existencial de la enfermedad en Karl Jaspers”. En *Quirón*, enero-abril vol 2, núm. 1, 1971.

PRESAS, M. A. *Situación de la filosofía de Karl Jaspers con especial consideración de su base Kantiana*. Bs As, Ediciones Depalma. 1978.

RICOEUR, P. *La Metáfora viva*. Madrid, Ediciones Cristiandad, S.A. Editorial Trotta, S.A. 2001.

RABELO, M., P. ALVES y I. SOUZA. “Significacao e Metáforas na Experiencia da Enfermidade”. En *Experiencia de Doença e Narrativa*. Editora Fiocruz. 1999.

SARTRE, J.P. *El ser y la nada*. Bs As, Losada (eds vs.). 2006.

SEMPÉ C., S. SALCEDA Y M. MAFFIA (editoras) *Azampay. presente y pasado de un pueblito catamarqueño*. Ediciones Al Margen, La Plata. 2005.

TURNER, B. S. *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. Fondo de Cultura Económica, México, 1989.