

Reflexión en torno a la relación enfermedad-contaminación Hacia la emocionalidad

Por Victoria D'hers*

Introducción

En las siguientes páginas se plantea una reflexión en torno al cruce entre literatura que analiza las emociones desde las ciencias sociales y la referente a la salud y la enfermedad como procesos sociales. Los planteos que siguen tienen un trasfondo particular: el estudio de asentamientos precarios sobre basurales y cómo esta vivencia afecta y marca la percepción del hábitat, de la contaminación, del propio cuerpo y los procesos que lo atraviesan.

Es un tema fundamental considerando que en el discurso ambiental la palabra médica toma gran relevancia. Dada la dificultad de realizar una imputación causal entre un estado y un causante ambiental debido a que generalmente las consecuencias de la exposición a ciertos materiales contaminantes solo se muestran años después de comenzada dicha exposición, el discurso médico y la afirmación de que una persona está efectivamente “enferma” debido al hábitat o al medio ambiente resulta determinante, tanto a nivel de la subjetividad como a nivel legal.

Entonces, sin desestimar esta realidad, el interés aquí es indagar en si existe y cómo funciona el *acostumbramiento*, y cómo las personas que habitan en un lugar efectivamente contaminado según las muestras químicas que han sido tomadas allí, refieren o no malestares, desde su reconstrucción narrativa de su vivencia. Esto tiene implicancias políticas dado que se estaría frente a una forma de dominación, llevada adelante por la incorporación de la idea de “no me puedo quejar”, nacida de vivencias anteriores en condiciones aún más precarias (al menos según lo referido en el trabajo de campo exploratorio).

Sin ahondar en el trabajo de campo, se busca plantear teóricamente los encuentros y distancias entre una concepción de la enfermedad en tanto proceso social, los planteos de dicho proceso en consideración de su corporificación, y los desafíos de un estudio tal en tanto responde a procesos emocionales que podrían estar operando como velos de su propio origen.

La Salud-Enfermedad como proceso social

La literatura referente a la salud es muy amplia y variada, y un consenso al que se ha arribado en las últimas décadas es que debe entenderse como una construcción social. En principio, autores como Williams sitúan este consenso en la modernidad

* Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires. Trabaja en la Cátedra de *Ciencias Sociales y Medio Ambiente* como Ayudante *Ad honorem* desde 2004. Desde 2007 es becaria UBACyT de Doctorado en el Centro de Información Metropolitana, FADU-UBA, investigando el tema basura, contaminación y cuerpos. Cursa el Doctorado en Ciencias Sociales, FSOC-UBA. Colabora con el área de Investigación del IUNA, y forma parte del grupo de estudios ambientales, y de estudios sociales de los cuerpos y las emociones (IIGG-FSOC). Estudia el Profesorado en Artes del Movimiento-IUNA, completando su formación con danza improvisación (Prado, Litvak), técnica contemporánea (Estévez, Garat), aérea. Practica Yoga desde 1999, y actualmente está en la Formación para maestros de la técnica Yoga Iyengar. E-mail de contacto: victoriadhers@yahoo.com.ar

tardía, retomando así los planteos de profunda reflexividad identificada con nuestro tiempo histórico (Beck, Giddens). Entonces, sea desde el acento en la medicalización de la vida y el análisis del biopoder, o en la consideración del trabajo identitario activo implicado en el mundo de la enfermedad, hasta el giro que pone énfasis en un estudio de la salud-enfermedad como proceso antes que como dos estados opuestos (que luego también incluirá la atención como elemento en la construcción de dicho proceso), el nivel de la corporalidad y la subjetividad en tanto constructos sociales se plantean como centrales.

Así, partiendo de la enfermedad como una construcción social, Herzlich y Pierret plantean a la enfermedad en la modernidad como una forma de vida, frente a una forma de muerte como fuera históricamente. Esto es producto de la intervención eficaz desde la ciencia médica, que hace que el cuerpo pase a ser un cuerpo legible, analizable, y para esto, previamente homogeneizado en tanto soporte biológico, fuera de toda particularidad: “La enfermedad se encarna en estados de cuerpos legibles para la ciencia. Con la clínica, la condición del mal desapareció definitivamente: los síntomas permiten leer la naturaleza de la enfermedad y son organizados en un saber sistemático. Debido a esta nueva racionalidad comienza también a aparecer una homogeneidad del estatus del enfermo que resulta idéntico a pesar de las diferentes formas de padecimientos.” (Herzlich, 1988: 28). Así, se allana el campo de definiciones de lo sano y lo enfermo. La ciencia médica ocupará el lugar definitivo en la evaluación de la condición, y así establecerá la relación de la persona con el sistema productivo. Coherentemente con la sociedad occidental y su organización social en relación con la división social del trabajo y el sistema productivo, “La salud se asimila a un lugar de trabajo y la enfermedad a la incapacidad... la enfermedad misma es transformada: se inscribe en nuevos lazos con la colectividad y el enfermo aparece como un personaje nuevo sobre la escena social... emergencia de una figura individualizada del enfermo...status de individuo inactivo liberado de los deberes de la producción...” (Herzlich, 1988: 29). Estos autores acentúan la *trayectoria* en el carácter construido de la enfermedad, dando importancia a la resignificación (Ricoeur) implicada en esta construcción.

Se dan entonces procesos de homogeneización por un lado, e individualización por otro. Se asimilan las definiciones mientras que se particulariza la condición. Ya no serían causantes de la mayoría de las muertes las grandes epidemias de las que es imposible escapar, aún con todo el oro, sino que se apela a la situación particular de cada uno, y así cada uno deberá poner el límite de su dolor, y determinar el momento en el que la mirada científica es necesaria para avalar la condición subjetiva, y eximir así del rol social, “productivo”, aunque más no sea temporalmente.

Menéndez, por su parte, piensa la salud en términos de modelos, y de las transacciones que se efectúan al interior de esos modelos, en tanto procesos de reapropiación y rearticulación de sentidos desde los grupos subalternos. Frente a la deshistorización y biologización de la enfermedad efectuada por la salud pública y la epidemiología, en el marco del Modelo Médico Hegemónico, el autor entiende que los padecimientos y las enfermedades tienen sentidos sociales “en la medida que operan en conjuntos sociales que construyen significados, que operan dentro de relaciones de contagio social, de incidencia desigual según la pertenencia social o cultural, de acceso diferencial a servicios. Que el origen inmediato sea biológico, que las consecuencias sean físicas, no invalidan este obvio punto de partida.” (Menéndez, 1990: 103). El autor referirá a transacciones subordinadas, determinadas por la relación dada entre el lenguaje y el cuerpo, donde son fundamentales los intercambios simbólicos, la rearticulación citada más arriba.

Conrad, por su parte, nos hablará de un proceso de etiquetamiento de nosotros mismos dentro de esta lógica. Afirma,

los fenómenos biofisiológicos son los que utilizamos para etiquetar una condición y otra como enfermedad o morbo; los fenómenos biofisiológicos en sí mismos no son enfermedad ni morbo... Las enfermedades son juicios que los seres humanos emiten en relación con condiciones que existen en el mundo natural. Son esencialmente construcciones sociales, construcciones hipotéticas creadas por nosotros mismos (...) (Conrad, 1982: 134).

Habrá que ver entonces cómo funcionan estos mecanismos de construcción de enfermedades y condiciones, y en qué momento son atribuidas a un cierto hábitat, en qué momento son imputadas a conductas individuales, sea por los mismos actores sociales, sea por el sistema médico, y particularmente en la interacción de ambos. Respecto de esto, y tomando a Eliot Friedson, Conrad destaca que “cuando un médico define como enfermedad el estado de un ser humano, con su diagnóstico cambia el comportamiento de dicho ser: un estado social es añadido al estado biofisiológico al asignar el significado de enfermedad al morbo.” (en Conrad, 1982: 135). Podríamos agregar que la imputación causal es fundante, en cuanto la palabra médica relacione con causas ambientales afecciones repetidas en cierta población.

Así, Menéndez ve cómo el modelo médico ejerce repetidamente una *violencia simbólica* al definir y acotar la esfera de incidencia de la enfermedad. A partir de la institucionalización, de la declaración del estado como enfermedad, la dimensión biológica puede entrar a operar, en todos sus sentidos. Farmer agregará a esta operación violenta, la violencia estructural evidenciada en la ligazón de las infecciones con los marcos de desigualdad social. Pero sin entrar aquí en este aspecto de la problemática, ciertamente central, ahondamos en el aspecto de cómo podemos caracterizar aquellos cambios en el comportamiento referidos más arriba, a nivel de la emocionalidad.

¿Podemos preguntarnos por cómo se da ese paso de la propia sensibilidad de estar saludable, y el llamado a la mirada médica? ¿Es posible estudiar este proceso de construcción teniendo en cuenta las emociones implicadas, y a su vez cómo esos repertorios emocionales son “hechos cuerpo”? La mirada se dirige ahora a la manera en que cada uno articula estas definiciones sociales a través de sí mismo. Esto reviste importancia en el ámbito de la salud y la contaminación, dada la relatividad y los grises que encontramos en las definiciones de enfermedad *ambiental*, dependiendo el contexto particular por un lado, y de la sociedad más amplia por otro.

Salud. Salud en un Cuerpo. Cuerpo encarnando una Emoción

Para pensarnos como seres emocionales, primero tenemos que situarnos como corporales. Y ambos siendo parte de un mismo ser/existencial. En el cuerpo se articulan las percepciones a través de los sentidos, pero no como una transmisión automática y transparente, sino más bien al contrario. Sin adentrarnos en el proceso psicológico, se delinean algunas ideas para discutir la emocionalidad y la enfermedad como parte de una manifestación de esta emocionalidad.

Primero debemos referir a la percepción. Se distinguen varios niveles en la constitución del cuerpo como objeto de estudio: un nivel ligado a la relación con el medio ambiente (dónde el cuerpo se forma, qué espacio tiene para su efectiva constitución); un nivel ligado a la subjetividad, cómo cada uno se ve y piensa que es

visto por los demás, y consecuentemente cómo actúa como si esas ideas fueran realidad, conformándose así la identidad de cada individuo; y un nivel de cuerpo social, donde la sociedad se hace cuerpo, donde cada individuo se cree tal y se relaciona a partir de su individualidad con los otros. Estos niveles se retroalimentan, y son simplemente distinciones analíticas, ya que siempre el ser es una unidad a pesar de las diversas formas de presentarse a sí-mismo. “Desde lo existencial, el cuerpo individuo aparece como *sentido*, en el que la unidad de organización del conjunto de procesos está constituida por las impresiones sensoriales que el agente refiere de su posición en el mundo.” (Scribano, 2007: 118).

Contextualizando aquella violencia estructural con este planteo del estudio de los cuerpos y las emociones en la configuración de la enfermedad, retomo a Scribano y la configuración del dolor social. “...es posible intuir que la expansión imperial puede ser caracterizada como: un aparato extractivo de aire, agua, tierra y energía; la producción y manejo de dispositivos de regulación de las sensaciones y los mecanismos de soportabilidad social y; una máquina militar represiva.” (Scribano, 2007: 119). Esa configuración del dolor social permite trazar una frontera a la conflictividad social, resultando en una división cada vez más profunda del -alguna vez llamado- tejido social. En esta apropiación desigual de las energías, tanto ambientales como corporales, se conforman prácticas dirigidas a evitar el conflicto, sostenidas por los mecanismos de soportabilidad, que a su vez descansarían en los dispositivos de regulación de las sensaciones,

procesos de selección, clasificación y elaboración de las *percepciones socialmente determinadas* y distribuidas (...) Una percepción desde esta perspectiva constituye un modo naturalizado de organizar el conjunto de impresiones que se dan en un agente (...) Los sentidos orgánicos y sociales permiten vehiculizar aquello que parece único e irreplicable como son las sensaciones individuales, y elaboran a su vez el ‘trabajo desapercibido’ de *la incorporación de lo social hecho emoción*. Identificar, clasificar y volver crítico el juego entre sensaciones, percepción y emociones es vital para entender los dispositivos de regulación de las sensaciones que el capital dispone como uno de sus rasgos contemporáneos para la dominación social. (Scribano, 2007: 124 y ss- subrayado propio).

Al hablar de cuerpo individuo es necesario referir a la interpretación que el agente hace desde/a través de su corporalidad. Siguiendo a lo planteado por Maurice Merleau-Ponty, se entiende el cuerpo y la percepción a partir de él, no como “una ciencia del mundo, ni siquiera un acto, una toma de posición deliberada, es el trasfondo sobre el que se destacan todos los actos y que todos los actos presuponen.” (Merleau-Ponty, 1962: 13). Cuerpo como cuerpo propio, es decir cuerpo singular y cuerpo habitual, conformado socialmente; articulándose ambos niveles de cuerpo individuo y social en el cuerpo propio, sin que uno pueda de hecho separarlos. Este es el ejercicio teórico que podemos realizar. Se puede comprender como el agenciamiento cotidiano de un *saber práctico*, socialmente conformado, y de una adecuación de las expectativas a las probabilidades objetivas. Esta operación se retoma párrafos más adelante, en la mirada planteada por Armon-Jones para explicar el proceso salud-enfermedad.

En este sentido, retomando a Bourdieu cada campo genera disposiciones en los hombres y mujeres que son a su vez quienes las mantienen vigentes. El *habitus* responde a esas disposiciones en sus propios términos, generando un particular “sentido práctico”. Es el conocimiento práctico que nos permite elaborar la realidad social que nos contiene y que activamos –es decir, re-producir el campo-. Estructura estructurada y

estructurante; en tanto da visibilidad al mundo, arma la percepción, las impresiones, nos da esquemas clasificatorios. Es la primera forma en que la sociedad configura al cuerpo y las emociones, eficaz a nivel práctico, a través de representaciones en tanto estructuras simbólicas-prácticas. Las bio-grafías que cada uno desarrolla llevan inscripto un modo corporal de adquisición de los mandatos sociales –*lógica de la hexis*: construcción cotidiana de la corporeidad desde el pasado. Sentido práctico desde el estar-en-el-mundo, procesual, vivido y a la vez por el cual se conforma la emocionalidad.

¿Podemos pensar este proceso como una ‘encorporeización’ (*embodiment*) de los esquemas emocionales, no ya como actividad nominal, representacional, sino condicional en tanto experiencia vivida (tomando la idea de representaciones entendidas como estructuras simbólicas-prácticas, como se discute a continuación)?

Nuevamente, el habitus generado en cada espacio particular moldea las expectativas según las posibilidades de realización de los agentes. La acción llevada a cabo por dichos agentes, entonces, nace de

la complicidad entre dos estados de lo social, entre la historia hecha cuerpo y la historia hecha cosa, o, más precisamente, entre la historia objetivada de las cosas, en forma de estructuras y mecanismos (los del espacio social y los del campo), y en historia encarnada en los cuerpos, en forma de habitus, complicidad que establece una relación de participación casi mágica entre estas dos realizaciones de la historia. (Bourdieu, 1999: 198).

Entonces, para entender la acción de quienes participan en la interacción, se debe ser capaz de observar ambos niveles: los mecanismos del espacio social, y el habitus, espacio encarnado. En este contexto, según Bourdieu, el cuerpo funciona por un lado, como un principio de individuación (a nivel abstracto, y a su vez, en lo concreto, separa en tiempo y espacio a un ser de otro); por otro, como principio de colectivización, por intermedio del habitus, que moldea al agente aquí y ahora, en cierta sociedad y tiempo históricos.

Así como se pensaba al individuo enfermo, fuera del sistema productivo momentáneamente, definición dada por medio de una violencia simbólica que homogeneiza los estados particulares en tanto se hacen coincidir con definiciones de enfermedad determinadas por el sistema médico (y desestima otros estados por no corresponder a los cánones predeterminados de enfermedad definidos históricamente), aquí vemos cómo estas definiciones operan a nivel del cuerpo, y del cuerpo significa referir a un cuerpo emocionado, que se identifica con el estado que le es atribuido, y se comporta coherentemente, como dijera Conrad, retomando a su vez a Friedson.

Llegando al plano emocional, entonces, Rom Harré va contra la “ontológica ilusión de que las emociones existen fuera, por sí mismas, y que la emoción en tanto palabra es una mera representación. ‘Eso’ (it) es algo fisiológico, un estado, que constituye la base de una perturbación sentida.” (Harré, 1986: 3). Finalmente, entonces “Las actitudes emocionales son culturalmente determinadas, ya que estas actitudes son aprendidas, de acuerdo a la propiedad de las *expectaciones culturales*.” (Armon-Jones, 1986).

Si no existe emoción como entidad abstracta, y los procesos de su aprendizaje existen pero no son claros ni explícitos, en el vivir la emoción es que la *hacemos*. De esta manera es que la corporeización como proceso adquiere fundamental importancia. El punto de vista, la experiencia, es conformada por la activa encarnación en el cuerpo propio, siempre individuo en virtud de ciertas reglas y creencias sociales.

En la literatura del análisis de las emociones, entonces, se ve que a pesar de que Harré plantea que las emociones no son meras representaciones, igualmente se piensan como un *estado fisiológico*, una perturbación sentida. ¿Quedaría en un plano de determinación? ¿Hay una perturbación, que puede o no ser sentida? ¿O se llega a un punto de acostumbramiento que tal perturbación ya no es sentida? Se puede plantear que en el propio sentir la emoción está ya involucrado el ser social, el cuerpo en tanto cuerpo propio, individual y social. No habría una perturbación previa que luego es sentida, sino que cultural y socialmente se identifican (o no) diversos estados fisiológicos con diversas emociones, una de ellas siendo el dolor definido y legitimado como enfermedad.

Puede ayudarnos para pensar esta problemática la idea de *embodiment*, que obliga a retomar a su vez la discusión planteada con la concepción de representación. Tomando el concepto de *embodiment*, encorporeización, Thomas Csordas plantea cómo la concepción de cuerpo desde la representación nos impide llegar realmente al momento constitutivo en la acción de la subjetivación. Contrariamente a una cristalización de la lectura del cuerpo, desde esta visión se plantea la importancia de la no-mediación, dentro de lo mediado de la experiencia del otro. Este autor resalta la necesidad de tomar a la sensibilidad como parte básica de la noción de *self*, pensando el *embodiment* en tanto proceso activo de cada sujeto, como punto de partida para repensar la cultura y nuestra existencia, siempre intercultural e intersubjetiva.

Esta noción, así, frente a la idea de representación nominal, entiende el *condicional* de la experiencia vivida: el estar-en-el-mundo como existencial, y a partir de lo cual todo lo demás cobra sentido. Entonces, de cómo se produzca, se agencie ese estar-en-el-mundo dependerán las diversas formas de intersubjetividad. Frente a la lógica divisoria cuerpo-mente, representacional, distante, se piensa en un compromiso a cada momento, en cada acto de subjetivación. Al dejar la idea de objetivación, dirá el autor, ya no se puede pensar al cuerpo como objeto de intervenciones, dado que es un proceso permanente, activo, y por esto indeterminado. Frente a las nociones foucaultianas de intervención en la conformación de cuerpos dóciles, piensa en un proceso no planificable.

Aquí podemos retomar a B. Good, quien aboga por salir del dualismo cuerpo-mente, subjetividad-cuerpo —citando a Lock y S. Hughes, quienes distinguen diferentes niveles de subjetividad. Entiende la enfermedad como un cambio en el mundo de la vida, teniendo que responder nosotros investigadores cómo es que ese mundo de la vida se recompone en la narrativa del sujeto. Esta narrativa construye subjetividad, no representativamente, como dijéramos, sino en tanto la configura, dado que la misma experiencia del sujeto se da desde una narrativa. Esta narrativa es conformada en la interacción, y el sí-mismo se conforma en esta interacción. Entonces, según esta visión, el dolor se resiste a la objetivación, es decir, al lenguaje, por lo que antes que representarnos el dolor debemos pensar en una simbolización. A la vez, la opción de la emocionalidad como un estado fisiológico para escapar al plano representacional (Harré), puede llevar a perder de vista el mismo punto ciego en el que el acostumbramiento opera, es decir, que resulta en invisibilización de esa supuesta perturbación que es sentida e identificada con cierta emocionalidad. En el marco del trabajo realizado, la discusión respecto de la salud y enfermedad obliga a plantear el nivel previo a la perturbación.

Brevemente, este planteo nos lleva a considerar una discusión amplia que hace dialogar a las visiones de Merleau-Ponty y Foucault. Crossley explica que no sería contradictorio pensar la noción de cuerpo vivido, y a la vez sujeto de inscripciones y determinaciones. El hecho de situar políticamente al proceso de constitución de una

emocionalidad en un cuerpo determinado, no impediría hablar de un proceso de construcción particular, original, pero en el que el sujeto cuenta con determinadas definiciones, sociales y en el caso tratado, subalternas, que son el lente a través del que cada uno percibe su mundo, creyendo que es único. Nuestro cuerpo es único, y a la vez sujeto de ciertas determinaciones que hacen que nuestra soportabilidad sea mayor o menor, según nuestro lugar en un espacio social, dado que como se ha dicho, operan tanto los mecanismos del espacio social como los del el habitus, espacio encarnado.

Finalmente, podemos pensar la idea de representación como estructura práctica-simbólica desde el habitus, incluyendo el proceso por el cual el cuerpo es conformado, en tanto procesos fisiológicos y emocionales (que no pueden ser separados), para reflexionar sobre las diversas formas de vivir 'sufrir' en el marco de un acostumbamiento al medio que se tiene para vivir. Quizás no sea la pregunta por la enfermedad la que se debe responder en este marco, si no por lo que no se ve, por lo que es incorporado como parte misma del día a día, aquello que por no verse y estar invisibilizado toma mayor importancia política en nuestro contexto poscolonial.

Conclusiones

No es la intención de estas páginas dar respuestas; más bien nos encontramos frente a numerosos desafíos que resultan de pensar desde diversos ángulos la temática de qué es la salud y la enfermedad.

Así, se piensa en esquemas de percepción y acción, desde la noción de proceso, sin cristalización representacional, en los momentos en que son una y otra vez producidos, desde la historia y desde la novedad de cada momento. Considerando que "El cuerpo es el límite natural y naturalizado de la disponibilidad social de los sujetos; es el punto de partida y llegada de todo intercambio o encuentro entre los seres humanos... En este sentido, la posibilidad de sobre-vivencia del ser humano es el rehén del *secuestro experiencial* que implica el tener sólo la fuerza de trabajo para intercambiar en el mercado..." (Scribano, 2005), reviste importancia fundamental analizar estas dinámicas en situación. Este secuestro experiencial resulta en una forma de violentar las posibilidades de una sensorialidad democrática (de ser esto posible); la vivencia de la contaminación resulta en hábitats que generan particulares habitus, acostumbamientos a condiciones que son vividas como individuales, cerrando posibilidades de reconocimiento y acción.

Desde los estudios del sistema médico, y en referencia a esta violencia simbólica ejercida por el MMH, Menéndez piensa la Atención Primaria a la Salud como un camino alternativo, fuera del Modelo Médico Hegemónico, que permitiría una prevención y conocimientos más profundos de las condiciones reales de la población. También se han planteado experiencias de la llamada Epidemiología Popular, a partir de los trabajos de Phil Brown, y la realización de experiencias comunitarias y locales de identificación de alta incidencia de enfermedades en una localidad. Nuevamente, debemos preguntarnos por la posibilidad de una mirada hacia la sombra, lo no visto, lo que escapa a las afecciones identificadas actualmente, haciendo una tarea de reconocimiento de enfermedades que sí serán seguramente protagonistas en las próximas décadas.

Finalmente, sabiendo que es necesario emprender nuevos estudios desde la aplicación en el trabajo de campo de estas discusiones, podemos tomar la idea de Csordas de que debemos entender la urgencia y la violencia implicadas en estos temas, para comprender la *oportunidad metodológica* hacia la reformulación de las maneras en

las que entendemos el yo, el cuerpo, la experiencia colectiva, sin por ello caer en patetizar el sufrimiento (Fassin). Consecuentemente, es necesario profundizar en la conformación de los mecanismos de soportabilidad social (Scribano) tomando este proceso de *embodiment*, por el que se naturalizan las circunstancias generadoras de la vulnerabilidad en relación con un hábitat contaminado. Y en esta profundización, se muestra necesario combinar una lectura del cuerpo y las emociones, retomando el planteo de “la salud” como construcción social, no determinada, no como un reflejo de un estado bio-fisiológico.-

Buenos Aires, junio 2009

Bibliografía

ARMON-JONES, Claire (1986); "The thesis of Constructionism" en *The Social Construct of Emotions*. Editado por Rom Harré. Basil Blackwell, Oxford, Nueva York.

BENDELOW, Gillian y Simon Williams; "Pain and the Mind-Body Dualism: A Sociological Approach". *Body and Society*. Sage Publications. Vol 1 (2): 83-103, Londres.

BERNARD, Michel (1994); *El Cuerpo. Un fenómeno ambivalente*. Paidós, Barcelona.

BOURDIEU, Pierre (1986); "Notas preliminares sobre la percepción social del cuerpo." En *Materiales de sociología crítica*. La Piqueta, Madrid.

_____ (1999); *Meditaciones pascalianas*. Anagrama, Barcelona.

BROWN, Phil (1991); "The Popular Epidemiology Approach to Toxic Waste Contamination." En Couch, Stephen Robert and J. Stephen Kroll-Smith. Editores 1991. *Communities at Risk. Collective Responses to Technological Hazard*, Peter Lang, Nueva York, pp. 133-55.

CONRAD, Peter (1982); "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En Ingleby, D. *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Grijalbo, Barcelona.

CROSSLEY, Nick (1996); "Body-Subject/Body-Power: Agency, Inscription and Control in Foucault and Merleau-Ponty." *Body Society*, 2; 99.

CSORDAS, Thomas (1994); "Introduction: The Body as representation and being-in-the-world". En *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge.

DAS, Veena. "Language and Body: Transactions in the Construction of Pain". En: Kleinman A.; Das, V. y Lock, M. *Social Suffering*. University Of California Press, Berkeley/Los Angeles, 1997.

FASSIN, Didier. *La patetización del mundo. Ensayo de Antropología Política del sufrimiento*. Traducción Mara Viveros. Mimeo.

FOUCAULT, Michel (1992); *Microfísica del poder*, La Piqueta, Madrid.

----- (1970); *La Arqueología del Saber*. Siglo XXI, México.

----- (1990); *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. La Piqueta, Madrid.

FREIDSON, E. (1978); "La construcción profesional de conceptos de enfermedad". En *La profesión médica*. Península, Barcelona.

GOOD, B.J. (1994). "The body, illness experience, and the lifeworld: a phenomenological account of chronic pain". En *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge University Press Cambridge.

GROSSO, José L. (2005); *Cuerpo y modernidades europeas. Una lectura desde los márgenes. Boletín de Antropología*, vol. 19, n° 036, Universidad de Antioquia, Medellín. [on line] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mex>

_____ (2007); "El revés de la trama. Cuerpos, semiopraxis e interculturalidades en contextos poscoloniales." En *Arqueología Suramericana* n° 3 (2), julio.

_____ (2008a); "Luchas interculturales y políticas del conocimiento". En *Universidad y sociedad*. Universidad del Valle, Cali.

HARRÉ, Rom (1986); "An outline of the social constructionist viewpoint." En *The social construction of emotions*. Editado por Rom Harré. Nueva York, Oxford: Basil Blackwell.

HERZLICH, C. y Pierret, J. (1988); "De ayer a hoy: construcción social del enfermo". *Cuadernos Médicos Sociales*, N° 43, Rosario.

KEMPER, Theodore (1990); "Themes and Variations in the sociology of Emotions". En *Research Agenda in the Sociology of Emotions*. Editado por Theodore D. Kemper, Nueva York: State University Press.

LE BRETON, David (2002); *Sociología del cuerpo*. Nueva Visión, Buenos Aires.

MENÉNDEZ, E. L. (1990); *Morir de alcohol*. México: Ediciones de la Casa Chata.

_____ (2001); "Biologización y racismo en la vida cotidiana." En *Alteridades* 11 (21) México.

MERLEAU-PONTY, Maurice (2002); *Fenomenología de la percepción*. Editorial Nacional, Madrid. [c. 1945].

SCRIBANO, Adrián (2005); *Itinerarios de la Protesta y del Conflicto Social*. Centro de Estudios Avanzados, UNC; Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Sociales. UNVM. Copiar, Córdoba.

_____ (2007); *Mapeando Interiores. Cuerpo, Conflicto y Sensaciones*. Adrián Scribano (Comp.), Jorge Sarmiento Editor, Córdoba.

SOLOMON, Robert y Cheshire Calhoun comp. (1989) *¿Qué es una emoción? Lecturas clásicas de psicología filosófica*. Fondo de Cultura Económica, México.

WILLIAMS, S. y Michael Calnan (1996); "The 'limits' of medicalization?: Modern medicine and the lay populace in 'late' modernity". En *Social Science and Medicalization* Vol 42, N 12. Gran Bretaña.-