

## VIII Jornadas de Jóvenes Investigadores

Instituto de Investigaciones Gino Germani

Universidad de Buenos Aires

4, 5 y 6 de Noviembre de 2015

### **Romina Del Monaco**

Instituto de Investigaciones Gino Germani-Facultad de Ciencias Sociales (UBA)-CONICET

Dra. En Ciencias Sociales

[rominadelmonaco@yahoo.com.ar](mailto:rominadelmonaco@yahoo.com.ar)

Eje 7: Cuerpo, política y subjetividad

### **Cuerpos y dolores crónicos: prácticas de cuidado en sectores medios en el Área Metropolitana de Buenos Aires**

Palabras claves: dolores crónicos-migraña-cuerpo-cuidado

#### **Introducción:**

El estudio de dolores crónicos como la migraña aparece como una cuestión relevante por la multiplicidad de variables que se considera que pueden intervenir en sus desarrollos. Hay perspectivas que asocian sus orígenes con problemas sociales e interpersonales, contextos políticos y económicos que producen malestares en los conjuntos sociales, etc. (Good, 1994). Más allá de los motivos atribuidos, son dolores mediados por legitimidades y moralidades particulares (Kleinman, 1994).

La migraña afecta a varones y mujeres de distintos sectores socio-económicos. Se trata de un dolor en la mitad de la cabeza que, desde la biomedicina, carece de un origen, evidencias empíricas y tratamientos eficaces. Además, suele acompañarse de náuseas, vómitos, molestias e intolerancias a la luz, al ruido y a los olores.

La falta de tratamientos precisos modifica el proceso de síntoma-diagnóstico-tratamiento-alivio y/o cura, instala nuevos interrogantes a la práctica biomédica y, de parte de quienes padecen, da lugar a diversas estrategias ante la búsqueda de lograr alivio al dolor (Del Monaco, 2013).

Dichas búsquedas son posibles a partir del incremento de un pluralismo médico que implica que las personas utilizan potencialmente varias formas de atención. Es decir, se estarían incrementando las denominadas medicinas alternativas o paralelas (Menéndez, 2003). En este sentido, teniendo en cuenta las características de la migraña, se exploran diferentes prácticas de cuidado y las percepciones corporales y moralidades involucradas en las mismas.

## **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, específicamente teniendo en cuenta las perspectivas de los pacientes (Alves y Rabelo, 2009; Grimberg, 2003, 2009; Margulies 2010).

Se explora en las narrativas de personas 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 fue la entrevista en profundidad y la decisión de acotar la población de estudio al Área Metropolitana de Buenos Aires, se debe a que en dicha área geográfica se encuentra la mayor cantidad de instituciones, “ofertas” y acceso a tratamientos (de distintos tipo, incluyendo el biomédico) para estos dolores.

Las referencias a las diferentes formas de cuidado y sus características se realiza a través de lo que señalan los sujetos para atender a sus padecimientos porque a partir de los mismos, especialmente de lo que se denomina “carrera del enfermo o del paciente” se pueden identificar los usos articulados (y no excluyentes) de estas formas de atención y cómo intervienen de acuerdo a los contextos (Menéndez, 2003).

La primera etapa del trabajo de campo fue desarrollada en el servicio de neurología de un hospital público del Área Metropolitana de Buenos Aires. Dentro de la institución médica se realizaron 15 entrevistas en profundidad a personas con migraña de sectores medios (10 mujeres y 5 varones), el rango etario iba desde los 21 hasta los 65 años. Se entrevistó a 18 médicos neurólogos. La decisión de incluir profesionales de la neurología reside en que desde la biomedicina es esta especialidad la encargada de realizar el diagnóstico y tratamiento de la migraña. En una segunda etapa, se realizaron entrevistas por fuera de la institución a través de

la técnica de bola de nieve a personas de sectores medios con migraña en distintos espacios (laborales, en sus casas etc.).

### *Resguardos éticos*

Esta investigación se adecúa 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 modificarán nombres de los entrevistados (manteniendo edad y género). Las personas entrevistadas son mayores de 18 años. Para realizar el trabajo de campo, se llevó a cabo el proceso de evaluación requerido a través del comité de ética de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

### **Tratamientos biomédicos para los dolores de cabeza**

La neurología es la especialidad encargada de realizar el diagnóstico de la migraña, si bien en algunos casos se prescriben medicamentos que buscan disminuir la intensidad de los síntomas a mediano y largo plazo, la base fundamental de los tratamientos son las modificaciones en el “estilo de vida<sup>1</sup>”. Vincular el posible éxito de los tratamientos con el “estilo de vida” hace que los sujetos se conviertan, en gran parte, en responsables de la aparición o no de los dolores. Este proceso por medio del cual distintos aspectos de la vida cotidiana quedan bajo la influencia de la biomedicina omitiendo procesos sociales, culturales, económicos que median en los modos de padecer es analizado desde las ciencias sociales como formas de medicalización (Conrad, 2007; Foucault, 2008).

Para los neurólogos entrevistados, ser mujer y tener un familiar con migraña pueden ser factores que predisponen al padecimiento, al igual que comer determinados alimentos, tomar alcohol o no realizar actividad física.

---

<sup>1</sup> El *estilo de vida* es, según la Organización Mundial de la Salud: [...] una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y prueba en distintas situaciones sociales, no siendo por lo tanto fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. (OMS, 1998: 9).

Más allá de las diferencias en torno a lo que deben y no deben hacer los pacientes, la dimensión del compromiso aparece como una variable central a tener en cuenta para la prevención o tratamiento de los dolores de cabeza:

*Lo que sí me parece es que lo que uno le tiene que hacer entender a los pacientes es que se tienen que comprometer. Y creo que es una de las cosas más difíciles de lograr. Decir, bueno: ‘Usted es el responsable de esto, de llegar a buen puerto, no de los médicos’. Y es difícil hacerles entender esto a los pacientes. Por eso los pacientes buscan alguna cosa mágica y van peregrinando de médico en médico, que lo único que hacen es cambiarles la pastilla (Médico neurólogo).*

Este tipo de relatos fue recurrente entre los médicos entrevistados pero también aparecen en libros y folletos sobre la migraña consultados en distintos servicios de salud. Además, comentarios del tipo “usted es el responsable de esto”, “hay que hacerles entender que se tienen que comprometer” son frases de los profesionales que configuran marcos valorativos para conductas y prácticas a partir del momento en que la salud se convierte en un concepto central de la identidad moderna. Entonces, distinciones en torno a personas “saludables” y “no saludables” permean distintos contextos y grupos sociales (Del Monaco, 2012).

El vínculo entre salud y moralidad reside en que el sujeto “saludable” y cierta imagen corporal no sólo tienen que ver con cuestiones biológicas sino, principalmente, con un tipo de persona responsable y respetable (Crawford, 1994). En dolores crónicos como el analizado aquí, la situación adquiere otro matiz, porque a las prácticas “moralmente correctas y saludables” se les agrega una serie de modificaciones en pos del mejoramiento del dolor. Los profesionales indican en sus relatos que aconsejan a sus pacientes llevar una vida sana con el fin de prevenir enfermedades y/o de mejorar su estado de salud.

En las sociedades occidentales actuales “ser saludable” es una noción central para la constitución del sí mismo por los significados que le da a esa persona (responsable, con control de sí, entre otros). De este modo, cumplir con los tratamientos indicados genera una imagen moralmente correcta ligada al compromiso con las pautas dadas por los profesionales. No obstante, en el caso de dolores como la migraña, el cuidado de sí es una de las prescripciones del tratamiento que debe mantenerse por tiempo indeterminado. De este hecho se desprenden un conjunto de elementos que es necesario señalar para dar cuenta de cómo la lógica de auto cuidado (Epele, 1997) ofrece espacios de decisión que aumentan la relativa

autonomía del actor frente a la biomedicina pero al mismo tiempo lo responsabilizan de su situación. La incertidumbre aumenta con respecto a los momentos de aparición del dolor, a la evolución del tratamiento, las mejoras o no a partir de los cambios realizados en los comportamientos (desde dejar de comer lácteos hasta levantarse siempre a un mismo horario o realizar actividad física).

Las decisiones de los actores no tienen que ver con una elección luego del diagnóstico sino con elecciones parciales y fragmentarias que forman parte del tratamiento pero que se corresponden con modificaciones en actitudes y comportamientos de su cotidianeidad. Se trata de medidas más complejas de medir su eficacia, cumplimiento y posibilidad de realización. Como se mencionó previamente, los tratamientos se orientan al mantenimiento y control de los síntomas, los estudios clínicos no dan cuenta de ninguna lesión y las explicaciones se orientan a dar cuenta de los posibles porqués de los dolores de cabeza (síntoma principal) pero no de la enfermedad “migraña”.

*Y, a que se debe varía. Capaz que un día comí un chocolate y me cayó re mal...y dolor de cabeza. O fui al gimnasio y dolor de cabeza después...o las tensiones también, alguna comida...pesada...El calor, yo sé fija que el calor me hace dolor la cabeza. Cuando duermo mucho, cuando duermo poco...No hay un factor que desencadenante que diga: ah, sí elimino esto...ya está. Porque puede ser...depende del momento, cualquier cosa (Jessica, 29 años).*

Al ser las variables sociales las principales responsables de que se desencadene o no el dolor (alimentos, horas de sueño, actividad física, entre otras) el cuidado no solo es parte del proceso de tratamiento sino que puede influir o no en el desarrollo de la enfermedad. Este es uno de los aspectos que genera incertidumbre en las personas ya que son muchas las variables a tener en cuenta para evitar el dolor.

*Yo trato de ganarle al problema, imponerme, tiene que ver mucho con el estrés...me parece a mí, porque yo ando un poco nervioso...y si no estoy medicado suele agarrarme. Suerte que yo me tranquilizo. En todas las cosas trato de superarme yo. Pero bueno, en esto más que nada porque me enferma. O sea, lo que más me pone agresivo....por decir agresivo...porque nunca fui agresivo yo. Tengo un problema y cruzo. ¿Entendés? No puedo estar con otra persona enojado porque me pongo mal...y no soy rencoroso, hay gente que es rencorosa, que tiene un montón de dramas, ¿viste?*

*No me gusta el problema, no me gusta la pelea, me pone mal y me escapo...me aflojo...me pone re mal entonces trato de solucionarlo (Marcelo, 49 años)*

*A veces me la banco y ni digo cuando me duele la cabeza porque si no van a decir: "uh a esta le duele la cabeza todos los días". Si, a veces uno se tiene que callar porque decís: Ya me está doliendo demasiado...y pensar en el qué dirán...aunque sea tu propia familia. Porque ya pasas a ser la psicósomática que tiene todos los problemas. A vos siempre te duele algo, y no, es feo (Jessica, 26 años)*

Las moralidades dominantes están en constante relación con “prácticas del sentir” que estructuran percepciones y construyen mediaciones sociales de las “formas adecuadas” de oler, mirar, tocar, gustar y oír. Estas maneras socialmente válidas y aptas de sentir se cruzan con las lógicas de los sentimientos que constituyen unas formas de sensibilidad social particular donde se anidan las visiones, di-visiones y no-visiones del mundo naturalizadas y por ende aceptadas y aceptables (Scribano, 2007). En el caso de la migraña se trata de una persona cuya moral está ligada a una preocupación y compromiso por su bienestar emocional y corporal. Debe ser un sujeto equilibrado, controlado que regule cuales son los desencadenantes de su dolor y los evite. Para eso modifica una serie de prácticas de su cotidianidad. Es importante resaltar que estos cambios tienen que ver con la imagen de la persona sobre si misma pero fundamentalmente con lo que los demás reclaman de ese sujeto que padece de manera crónica. Más allá de las mejoras o no en el estado de salud (en el caso de los padecimientos crónicos el cuidado no siempre garantiza la no aparición de los síntomas), un sí mismo responsable y preocupado por el cuidado personal es valorado y estimado socialmente.

Hablar de reconocimiento social y de subjetividad implica transitar por un territorio confuso hecho de experiencias, narrativas y prácticas que están delineadas por la (des)confianza, el sentir, la verdad/mentira, lo que parece, lo que se hace, lo que se es y, principalmente, lo que importa (Epele, 2010:237). Los padecimientos no son previos a las experiencias de la corporalidad, sino que es allí donde adquieren realidad y sentido. Las personas entrevistadas expresaron cómo el dolor les da la posibilidad de ver (se) en las interacciones y percibir sentimientos, sensaciones y emociones particulares.

### **Otras trayectorias con el malestar**

En numerosas ocasiones, el hecho de que no siempre los resultados de las prescripciones biomédicas sean los esperados favorece la discontinuidad de estos tratamientos y progresivamente la incorporación de otras prácticas o modos de cuidarse.

Desde las ciencias sociales y, especialmente, desde la antropología de la salud, el problema del cuidado ha tomado relevancia en investigaciones poniendo en evidencia un conjunto de actividades, saberes y lógicas marginadas e invisibilizadas en las sociedades occidentales bajo la dominancia de los saberes expertos dominantes (biomedicina, psicología, etc.) (Epele, 2012: 12).

De acuerdo con Menéndez, es posible identificar distintos modelos de atención ante una enfermedad: el modelo médico hegemónico, el modelo alternativo o subordinado y el modelo de auto atención (Menéndez, 1992). Cada uno de ellos no se debe concebir como modelos aislados ya que se mantienen articulados y combinados por las distintas prácticas que realizan los sujetos. La combinación de las prescripciones biomédicas con costumbres/sugerencias del entorno y con formas alternativas a la biomedicina modela la convivencia con este tipo de dolores crónicos.

La diversidad de recorridos se puede resumir en algunas de las siguientes acciones más frecuentes. En primer lugar, algunos pacientes concurren a centros biomédicos de salud y obtienen el diagnóstico de “migraña” a partir de la consulta con el profesional. También, hay personas que reconocen tener dolores de cabeza durante años hasta decidirse a ver a un médico y otros dicen tener migraña pero jamás consultaron a un neurólogo ya que el diagnóstico provino de conocidos dentro del entorno con dolores similares. Lo importante de estos casos es que a través de la circulación de prácticas y saberes dentro de los vínculos cercanos (familiares médicos, amigos, etc.) respecto de los dolores, los diagnósticos respecto de estos dolores de cabeza dejan de estar a cargo sólo de los profesionales.

*Yoga...todo lo que es elongación, meditación, música. Todo lo que es bajar...he buscado mucho Tai chi porque tengo que bajar, todo lo que es bajar. Todo lo que es agua, natación... Me molesta porque tengo el pelo largo y después tenés que venir con el bolso, y no sé qué, es un garrón, pero me hace bien la natación... (Alejandra, 44 años)*

De este modo, se ha podido registrar que, entre otras cosas, se recurre a terapias psicológicas, homeopatía, acupuntura, reiki, “yuyos”, curanderos, “remedios mágicos”, religiones, yoga, etc. A pesar de la heterogeneidad, el análisis de las narrativas identifica, en general, a la

institución biomédica como la primera en donde se realizan consultas por los dolores de cabeza y luego idas y venidas entre estos saberes expertos y otros modos de tratar.

Las opiniones sobre lo que se puede hacer para mejorar el dolor se encuentran, por ejemplo, en reuniones familiares o en lugares de trabajo en los cuales hay otras personas con malestares similares en los que se comparten experiencias y prácticas.

*Una vez estaba tan mal que mi marido me dice: “Ponete un pantalón y una remera que nos vamos a una curandera”, yo estaba en pijama y le dije: “No me puedo levantar, por favor, dejame acá” pero al final fuimos. Te digo que fui hasta umbanda y me lavó la cabeza con cerveza (Risa leve) Yo después decía pero hay que ser tarada... cómo me va a calmar... (Mirtha, 56 años)*

Siguiendo a Epele, 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 formas de padecer y sufrir (Epele, 2010 2011). Es por eso que estudios sobre este tipo de malestares (en los cuales las prácticas de cuidado para evitar el dolor reposan en distintos ámbitos de la vida cotidiana) requieren tener en cuenta la participación de esos “otros” y el lugar que tienen en la incorporación de distintos modos de tratar alternativos a lo biomédico.

### **Corporalidades –más o menos- fragmentadas con dolor**

La discusión que instalan ciertos dolores crónicos no sólo es la incorporación de otras prácticas sino también el hecho de que algunos pacientes problematizan, a partir de dicha incorporación, las corporalidades involucradas en los distintos modos de tratar.

En las sociedades en occidente, la biomedicina es una agente activo respecto de cómo se viven y piensan los cuerpos. Estos modelos provienen principalmente de las ciencias naturales y refieren a una concepción biológica, ahistórica, dualista y objetiva que separa la cabeza del resto del cuerpo. La influencia de estas ciencias, aparentemente neutrales, en los saberes biomédicos, hace que se tienda a dejar de lado las dimensiones sociales, económicas, culturales y morales que influyen en las formas corporales de padecer (Martín, 1992, 1994). De esta forma, para los saberes expertos el objetivo de los tratamientos -tanto los farmacológicos como aquellos que refieren a la modificación de hábitos- para la migraña apuntan a la reducción de la intensidad y frecuencia de los dolores de cabeza. De hecho, como



se mencionó previamente, la especialidad encargada de realizar el diagnóstico y tratar a la migraña es la neurología.

En cambio, para quienes padecen, la migraña produce una serie de modificaciones que involucran distintos aspectos de su corporalidad dentro de la cotidianidad. Por eso, en primer lugar las personas hacen referencia a la toma de conciencia de sus cuerpos por los efectos del padecimiento sobre ellos. Algo que puede pasar desapercibido o inadvertido en situaciones diarias adquiere un rol protagónico cuando el olfato, la vista y el oído se convierten en sentidos interpelados y afectados por la dolencia.

Retomando uno de los planteos tradicionales de la antropología médica, la complejidad de las experiencias de este dolor choca con dualismos biomédicos y, por eso, desde las ciencias sociales se resalta la necesidad de considerarlo como una construcción que excede las explicaciones biológicas y dualistas (Good, 1994a y b; Kleinman, 1994; Jackson, 2000; Das, 2001).

Para quienes padecen migraña, si bien disminuir la intensidad de los dolores de cabeza es el motivo principal por el que incorporan otros modos de tratar, no necesariamente es el único objetivo.

*Tengo ganas de probar una medicina más holística porque la alopatía lo que hace es medicar y digamos, a mayor dolor mayor medicación... Y la homeopática es al revés, potencia lo mínimo y está más relacionada con medicina natural y con otro tipo de búsqueda. Además, tengo una amiga que también tiene migrañas y probó con homeopatía y le fue muy bien. De hecho, voy a probar con cualquier cosa porque la migraña me cambia mucho y si me curaran daría cualquier cosa, lo que se te ocurra, porque es una vida muy difícil (Edgardo, 38 años)*

En algunos casos cumplen funciones como: “buscar una concepción de cuerpo más holística” y “no ver solo la cabeza como el problema”.

En palabras de los sujetos que padecen, las referencias a concepciones más globalizadoras de los padecimientos frente a modos más fragmentados y sectorizados de pensar el dolor provee de distintas herramientas y sentidos para convivir con el malestar.

*A veces hago reiki y mi reikista me dice que abraza el dolor. Técnica que todavía no llego a entender bien qué significa, estaría bueno entenderlo para aplicarlo. Porque la vez pasada que tuve una sesión con ella, como que tenía mucho dolor de cabeza, era*

*como que no podía y bueno, ahí es como que me empezó a dar técnicas y no sé cómo interpretar mi dolor pero el reiki me ayudó en ese momento. Es como que también hay posturas ante el dolor. Como que el dolor es el mismo, pero también es cómo uno lo vive el dolor. Es un tratamiento, o sea sí, me hace bien, pero también me hace bien por otras cosas que capaz no tienen nada que ver con el dolor de cabeza (Carolina, 27 años).*

Hacer referencia a “abrazar el dolor” implica romper con dualismos fundamentados por la racionalidad iluminista que participan en los saberes biomédicos tales como: salud/enfermedad, saber/práctica, control/atención, autonomía/dependencia. En estos casos, frente a prácticas “autónomas” de individuos que deciden en base a elecciones racionales (Mol, 2008; Epele, 2010), ciertos dolores crónicos como la migraña permiten incluir un proceso mucho más amplio que problematiza corporalidades y prácticas de cuidado.

### **Algunas reflexiones finales**

En una sociedad en la cual la salud y el cuidado se encuentran vinculados a cuestiones morales y de control de sí, las personas con migraña tienen la responsabilidad de comprometerse con los tratamientos farmacológicos y con las “medidas higiénico dietéticas” prescritas por los profesionales. No sólo se trata de mantener una imagen respetable frente a la práctica médica, sino también frente a otros que exigen personas comprometidas por el cuidado de su salud.

La migraña demuestra que, si bien los diagnósticos y tratamientos médicos buscan apoyarse en fundamentos racionales, se constituyen sobre algún tipo de evaluación cultural que va más allá de la descripción biológica de un cuerpo. En algunos casos, ciertos padecimientos remiten a estereotipos que trascienden lo orgánico e indican categorías morales que enfrentan

a la enfermedad con la dieta, higiene, preocupación por cuidado personal, etcétera. Esta dependencia a patrones culturales manifiesta cómo la salud y la enfermedad no pueden ser consideradas cuestiones moralmente neutras (Pedraz, 2007).

Las características de los tratamientos y las prácticas de cuidado de quienes padecen resaltan los vínculos entre dolor, corporalidad y moralidad dado que, más allá de las posibles mejoras en los dolores de cabeza, los sujetos deben ser conscientes de los significados sociales que implica una preocupación por el cuerpo y los procesos de salud-enfermedad que acontecen en él.

A su vez, a partir de la cronicidad las personas relatan que estos dolores se convierten en algo más con lo que deben convivir incorporando distintas prácticas alternativas a lo biomédico. Es decir, el hecho de que los tratamientos biomédicos no siempre ofrezcan las respuestas esperadas hace que las búsquedas y trayectorias de cuidado ante el malestar se vuelvan heterogéneas, múltiples y por momentos (aparentemente) contradictorias entre sí.

### **Bibliografía:**

Alves, P. César; Rabelo, M. (2009) “Nervios, proyectos e identidades: narrativas de la experiencia” en: Grimberg, M. (edit.) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia, pp.53-72.

Conrad, P. (2007) *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Crawford, R. (1994) “Boundaries of the Self and the Unhealthy Other: Reflections on Health, Culture and AIDS”. *Social Science and Medicine*, 38(10): 1347–65.

Das, V. (2001) “Language and Body: transactions in the construction of pain” En: Kleinman Arthur, Das Veena, Lock Margaret (edits.), *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.

- Del Monaco, R. (2012) “Dolores de cabeza, síntomas y enfermedad. Un abordaje social sobre la construcción clínica de la migraña”. *Intersecciones en Antropología* 13: 501-511
- Del Monaco, R. (2013) “Autocuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña”. *Salud colectiva* 2013, vol.9, n.1, pp. 65-78.
- Epele, M. (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.
- Epele, M. (2010) *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Epele, M. comp. (2012) *Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia
- Epele, M. (2013) “El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica “políticamente correcta” Cuadernos de Antropología Social N° 38 pp. 7-31 Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Foucault, M. (2008) *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores.
- Good, B. (1994a) *Pain as Human experience. An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Good, B. (1994b) *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grimberg, M. (2003) “Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH”. *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 17, pp.79-99.
- Grimberg, M. (editora) (2009) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Jackson, J. (2000) “Camp Pain” *Talking with Chronic Pain Patients*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Kleinman, A. (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.
- Martin, E. (1992) “The end of the body?” *American Ethnologist* Vol. 19, N°1 pp. 121-140
- Martin, E. (1994) *Flexible bodies: tracking immunity in American Culture –from the days of Polio to the edge of AIDS-* Massachusetts: Beacon Press

- Margulies, S (2010) "Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida. Ensayo de antropología de la medicina". *Intersecciones en Antropología* 11: 215-225:
- Menéndez, E. (1992) *La Antropología Médica en México*. Universidad Autónoma Metropolitana, México. 1 edición, pp. 97-113
- Menéndez, E. (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 8, n. 1, pp. 185-207
- Mol, A. (2008) *The logic of Care. Health and problem of patient choice*. Oxon: Routledge.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) "Cefaleas" 2012 disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/> Fecha de consulta: marzo de 2013
- Pedraz, M. (2007a) "Estilo de vida saludable e ideología: dialéctica de la diferencia". *Salud Pública de México* noviembre-diciembre, año/vol. 49, número 006. Instituto nacional de Salud Pública. Pp.388-389
- Scribano, A. 2007 "*¡Vete tristeza...viene con pereza y no me deja pensar! Hacia una sociología del sentimiento de impotencia*". En: Luna R. y Scribano A. (comps.) *Contigo aprendí...Estudios sociales de las emociones*, Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba pp.21-42
- Visakovsky, S. (2008) "Estudios sobre "clase media" en la antropología social: una agenda para la Argentina". *Avá* n.13. issn 1851-1694