

Del Monaco, Romina. Cuando el dolor se vuelve crónico: las emociones en los relatos de quienes padecen y del abordaje psi cognitivo conductual. *RBSE Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 16, n. 47, p. 227-240, Agosto de 2017, ISSN 1676-8965.

ARTIGO

www.cchla.ufpb.br/rbse/

Cuando el dolor se vuelve crónico: las emociones en los relatos de quienes padecen y del abordaje psi cognitivo conductual

Quando a dor se torna crônica: as emoções nos relatos de quem padece e da abordagem psi cognitivo comportamental

When pain becomes chronic: the emotions in the sufferers' stories and the cognitive behavioral psi approach

Romina Del Monaco

Recebido: 20/03/2017

Aceito: 08/05/2017

Resumo: O objetivo deste estudo é analisar o lugar das emoções nas histórias de pessoas que sofrem de dores de cabeça crônicas e de profissionais psi que trabalham a partir do ponto de vista cognitivo-comportamental. Para isso, narrativas dos pacientes estão enfocadas nos casos de dores de cabeça e profissionais psi, a fim de analisar como essas emoções (principalmente as categorizadas por diferentes causas, como "angústia", "estresse", "ansiedade", etc.) são abordadas pelo conhecimento cognitivo-comportamental. Partindo de uma perspectiva metodológica qualitativa, o trabalho de campo inclui entrevistas minuciosas, com pessoas que sofrem de dores de cabeça crônicas e psicólogos profissionais que trabalhem a partir da perspectiva cognitivo-comportamental, em Buenos Aires, Argentina. A ferramenta metodológica para analisar esses relatos é a análise das narrativas. **Palavras-chave:** dor crônica, emoções, regulação corporal, terapêutica cognitivo-comportamental, dores de cabeça

Resumen: El objetivo de este estudio es analizar el lugar de las emociones en los relatos de personas que padecen dolores de cabeza crónicos y de profesionales psi que trabajan desde la perspectiva cognitiva conductual. Para eso, se retomaron las narrativas de pacientes con dolores de cabeza y de profesionales psi con el objetivo de analizar cómo esas emociones (en su mayoría categorizadas por los diferentes actores como: "angustia", "estrés", "ansiedad", etc.) son retomadas y abordadas por los saberes cognitivos conductuales. A partir de una perspectiva metodológica cualitativa, el trabajo de campo incluye entrevistas en profundidad a personas con dolores de cabeza crónicos y a profesionales psicólogos/as que trabajen desde la perspectiva cognitiva conductual en Buenos Aires, Argentina. La herramienta metodológica para analizar dichos relatos es el análisis de narrativas. **Palabras clave:** dolor crónico, emociones, terapias cognitivas conductuales, regulaciones corporales, dolor de cabeza

Abstract: This article analyse the place of emotions in the narratives of people with chronic headaches and cognitive-behavioural psychologists. For that purpose, this article explores in the narratives of patients with headaches and psychologists in order to analyse how some emotions (such as "anxiety", "stress", etc.) are addressed by cognitive behavioural knowledge. From a qualitative methodological perspective, fieldwork includes interviews with people with chronic headaches and psychologists who work from a cognitive behavioural perspective in Buenos Aires, Argentina. The methodological tool to analyse these stories is the analysis of narratives. **Keyword:** chronic pain, emotions, cognitive-behavioural therapy, bodies regulation, headache

Introducción

La pregunta por la articulación entre padecimientos y emociones adquiere cada vez más relevancia en diferentes espacios –saberes biomédicos, psi, etc.- cuestión que requiere ser problematizada desde las Ciencias Sociales. El aumento –o mayor visibilidad- de dolores crónicos que no encuentran respuestas eficaces desde la biomedicina se convierte en una cuestión a ser abordada articulando diferentes experiencias y perspectivas porque, a diferencia de aquellas enfermedades que se corroboran o tienen una referencia empírica, los malestares en los que se involucran de manera protagónica estados emocionales, en general, carecen de la sistematicidad que tiene el abordaje de otras dolencias. En algunos casos, son dolores en los que se combinan explicaciones múltiples y fragmentarias que articulan saberes expertos con las narrativas de quienes padecen.

En este trabajo me centraré en un tipo de dolor crónico que afecta a amplios porcentajes de la población y se ha convertido en un “dolor común” que carece de respuestas eficaces desde la biomedicina: los dolores de cabeza. En cambio, para quienes padecen, el surgimiento del dolor se explica, entre otras cosas, por emociones que “disparan” el malestar y se relacionan con aspectos intersubjetivos asociados a los modos de vida urbanos.

La mayor difusión de los dolores crónicos surge en las últimas décadas acompañando una serie de cambios sociales, económicos en los que la producción de determinados malestares y sufrimientos (en general crónicos) adquiere cada vez mayor presencia y protagonismo. Son dolores que afectan la cotidianeidad de quienes los padecen (y, en muchos casos, de su entorno y relaciones vinculares) alterando ritmos, tiempos y espacios. No obstante, se trata de malestares que ante diferentes emergencias en salud quedan invisibilizados y relegados a una serie de explicaciones fragmentarias y heterogéneas.

Las modificaciones laborales del capitalismo neoliberal intervienen en las formas de sufrir y de enfermar (Fassin, 2005) y se corresponden con tecnologías de poder específicas que multiplican los mecanismos de control, coerción y coacción (Harvey, 2005; Foucault, 2008). De acuerdo con Murillo, este tipo de ejercicio de gobierno que se ejerce en las poblaciones genera sensaciones como desamparo y angustia mediante tácticas asociadas con la pérdida de empleo, golpes económicos, situaciones de violencia, consumo desmesurado, etc. (Murillo, 2015:31).

Al mismo tiempo se asiste a una progresiva responsabilización de los sujetos por estar “saludables”, por el cuidado de su salud y por “conocerse a sí mismos”. Dicho énfasis que articula cierto equilibrio “social” con el aspecto corporal/emocional encuentra diferentes mercados y espacios para suplir dicha demanda.

Para los saberes expertos biomédicos, los dolores crónicos se asocian con los “estilo de vida”¹. Esta situación se modifica al explorar las narrativas de quienes padecen, encontrando otras explicaciones como disparadores del dolor.

¹ 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. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener esos patrones de comportamiento (OMS, 1998: 9)

Algunas de las emociones descritas por las personas con dolor forman parte de lo que Murillo denomina una “cultura del malestar” que las produce y que, al mismo tiempo, crea las condiciones para convertirlas en patologías. Ante una presunta normalidad, se configura una especie de idea reguladora de razón que exagera y fomenta efectos de subjetivación centrados en el individuo y en la interpelación a ser felices (Murillo, 2015: 39). De este modo, la clasificación de las emociones y el establecimiento de mecanismos para su regulación es parte de un proceso que incluye diferentes saberes y tecnologías orientadas al control y mantenimiento de sí.

Siguiendo a Scribano, si se pretende conocer los patrones de dominación vigentes en una sociedad determinada, hay que analizar cuáles son las distancias que esa misma sociedad impone sobre sus propios cuerpos –y emociones-, de qué manera los marca, y de qué modo se hallan disponibles sus energías sociales. Hay dispositivos que señalan cuáles son las sensaciones y percepciones predominantes en cada situación y estos mecanismos regulan estados del sentir entre cuerpos, emociones y narraciones (Scribano, 2009, 2010). Esta cuestión es fundamental porque, en primer lugar, no es posible concebir a las emociones como un aspecto separado de los cuerpos y, en segundo lugar, porque de acuerdo a las características de las sociedades hay patrones que orientan modos de comportamiento más o menos aceptados.

En este contexto, distintos malestares que desde la biomedicina no se pueden “curar” (dolores crónicos, emociones excesivas o que no se corresponden con lo “normal”, etc.) encuentran en las terapias “psi”, es decir, psicológicas, psiquiátricas y psicoanalíticas alternativas de creciente relevancia.

En algunos casos, a través de estas terapias se efectiviza una forma de regulación de los conjuntos sociales centrada en la patologización de malestares que se categorizan como problemas psicológicos – psicologización - y requieren, dependiendo de las particularidades del caso y los diagnósticos, tanto de terapias focalizadas como de prescripciones farmacológicas (Murillo, 2013).

Distintas investigaciones destacan las formas en que los discursos, saberes y prácticas “psi” participan dentro de un amplio repertorio de procesos de subjetivación tanto de sujetos individuales como colectivos. La psicología ha sido considerada un saber experto que produce “efectos de verdad” que se relacionan con espacios, problemas y actividades que “se vuelven psicológicas” y problematizan habilidades, personalidades, prácticas y actitudes. Es decir, la administración de las personas tomó un tinte psicológico desde lo “macro” (aparatos de bienestar) hasta lo micro (lugar del trabajo, la familia, la escuela) a partir de diferentes esquemas y modelos terapéuticos que regulan y controlan las conductas de los conjuntos sociales (Foucault, 2012; Murillo, 2013).

Dentro de las terapias “psi”, las terapéuticas cognitivas conductuales constituyen un desarrollo que ha cobrado relevancia en las últimas décadas. Forman parte de las denominadas “terapias breves” y retoman algunos de los supuestos de las ciencias cognitivas (Gardner 1988) que surgieron a mediados del siglo XX e involucran explicaciones sobre el funcionamiento de nuestra mente (Pinker, 2001; Thagard, 2010), comportamientos (Meheler y Dupoux, 1990) y se constituyeron en un campo teórico amplio que abarca distintas disciplinas y áreas de investigación tales como la antropología, psicología y lingüística. Se trata de una concepción de sujeto universal donde uno de sus objetivos, entre otros, es decodificar las características de sus conductas a partir de conocer los esquemas de pensamiento que intervienen en ellas.

A partir de la articulación entre las narrativas de quienes padecen dolores de cabeza crónicos y de profesionales expertos en el campo psi cognitivos conductuales, este artículo busca analizar el lugar que progresivamente adquieren las emociones (a diferencia de otras épocas en las que eran relegadas a estados “irracionales” y, muchas veces, carentes de importancia al

momento de realizar diagnósticos) en los modos de diagnosticar y constituirse como un problema a ser abordado y tratado.

El argumento central del análisis consiste en que en las últimas décadas al mismo tiempo que aumenta la visibilidad de una serie de malestares crónicos que carecen de respuestas univocas desde los saberes expertos biomédicos, encuentran en los relatos de quienes padecen explicaciones fragmentarias asociadas a emociones tales como: “ansiedad”, “angustia”, “estrés”, entre otras, que disparan el dolor. Se trata de un conjunto de emociones recurrentes en los diferentes relatos (y también son estados recurrentes en las estadísticas de organismos internacionales de salud). Las referencias a estados emocionales comienza a ser problematizada y abordada desde diferentes espacios, uno de ellos son las terapias cognitivas conductuales. Desde estas terapéuticas las emociones ocupan un lugar fundamental centrándose en el individuo. Por eso, teniendo en cuenta ambos relatos se explora los modos a partir de los cuales un problema que se plantea por quienes padecen como algo intersubjetivo se convierte de a poco en algo que pasa a ser abordado como una cuestión y desde el ámbito individual.

Metodología e investigación

La aproximación metodológica es cualitativa y la técnica principal en la que se basa es la realización de entrevistas en profundidad a personas con dolores crónicos de cabeza y a psicólogos/as que trabajen desde la perspectiva de terapia cognitiva conductual. Las entrevistas incluyen preguntas a pacientes acerca de las experiencias con el malestar en distintos ámbitos de sus vidas cotidianas y a profesionales sobre: las características de las terapias cognitivas conductuales en torno a los modos en que se realizan los diagnósticos, objetivos de los tratamientos, lugar de las emociones en los mismos, nociones de sujeto implicadas, entre otras cosas. En ambos casos interesa explorar en las narrativas los modos de hacer referencia a estados emocionales y a los procesos de subjetivación y psicologización en este tipo de terapias (Rose, 1998; Epele, 2013). El análisis de las narrativas es la herramienta utilizada para indagar en los relatos de los diferentes entrevistados. Teniendo en cuenta que la mayor parte de nuestras evidencias provienen del lenguaje -de los significados de las palabras y las frases, y de la forma en que los humanos dan sentido a sus experiencias-, el análisis de narrativas permite explorar los modos en que las personas entienden sus experiencias y cómo funcionan con ellas (Lakoff y Jonhson, 2009: 157). Esta articulación entre lenguaje y experiencia es retomada por investigaciones sobre dolencias y malestares crónicos (Kleinman, 1994; Good, 1994; Jackson, 2000) con el objetivo de explorar y analizar los relatos a partir de las percepciones y vivencias de dolor.

Resguardos éticos: Este trabajo 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 y del Instituto en el que trabajo.

Emociones, protagonistas en los dolores de cabeza crónicos

A diferencia de las enfermedades tradicionales, en los dolores crónicos no hay evidencias “biológicas” de su realidad fáctica y etiología y, las explicaciones causales tienden a ser difusas y fragmentarias. A su vez, de acuerdo con la OMS se han convertido en una de las principales

causas de consultas en los servicios de salud y de ausencias laborales (OMS, 2012). Son experiencias de sufrimiento cronificadas que modelan la cotidianidad de los que padecen y, al mismo tiempo, son modeladas por procesos económicos, políticos, e institucionales, es decir, por los modos en qué los saberes y prácticas expertas las abordan (Lock y Nguyen 2010).

Desde la biomedicina, el objetivo de los tratamientos para estos dolores deja de ser la “curación” para buscar una reducción y/o mantenimiento de los síntomas a partir de modificaciones en la vida cotidiana de los pacientes (Del Monaco 2013). Estos cambios en los modos de vida son analizados desde las ciencias sociales como formas de medicalización donde se interviene en la cotidianidad de los sujetos pero, en general, se omiten los procesos sociales, económicos, culturales, entre otros, que tienen efectos en los modos de padecer (Conrad, 2007). Es decir, la medicalización interviene en la formación de los sujetos, a través de la prescripción de prácticas saludables que reduzcan la posibilidad de aparición de enfermedades (Rose, 2008). Sin embargo, estas modificaciones en la cotidianidad no siempre tienen los efectos esperados.

En cambio, en las narrativas de los pacientes, las experiencias de dolor en lugar de asociarse con la ingesta de ciertos alimentos o actividad física (como menciona la medicina), se relaciona con cuestiones intersubjetivas que –dicen- les producen emociones particulares. Es decir, las relaciones, vínculos y modos de convivir con otros y en determinados contextos –urbanos en especial- produce emociones que “disparan” dolores de cabeza (Del Monaco, 2014).

Yo tengo un amigo que también tiene migraña y él pasa por situaciones de nervios igual que yo. Si se pelea en la casa, le agarra un dolor tan zarpado que se pone loco. En mi caso, a veces, me doy cuenta que me provoca el dolor. Cuando yo me pongo nerviosa... qué sé yo, me pongo a escribir mucho, o cuando llego tarde a algún lado, llego corriendo el colectivo, viste... En general, el dolor se me genera por los nervios que son previos... No sé qué otra palabra usar pero nervios, ansiedad, preocupación, ¿viste? (Laura, 22 años)

La falta de estabilidad laboral, familiar, hacerse cargo de todo, la ansiedad, porque una tiene tantas cosas que hacer, tantas preocupaciones que te vas de mambo y no podés parar, entonces seguís hasta que te aparece el dolor son recurrentes en distintos conjuntos de entrevistados como disparadores del dolor. Como se puede ver, a diferencia de la perspectiva que hace de las emociones algo irracional, interno y biológico, en los relatos sobre el sentir estos estados son indisociables de los vínculos con otros (Del Monaco, 2014). Tanto mujeres como varones asocian los dolores de cabeza con los cuerpos en situación, cuerpos que experimentan cansancios, debilidades, esfuerzos físicos (Grimberg, 2003), sobre todo en relación con el trabajo y la familia.

Eh... noté que el desorden es uno de los factores que a mí me provoca seguro. Cuando estás pasando por situaciones de estrés laborales... o no sé, familiares, de la escuela o de lo que sea... también el estrés, dormir poco, no comer en horario... (Carla, 36 años).

Me dicen que es tensión nerviosa pero bueno, a ver... vivimos en Argentina... clase media promedio para abajo... Me falta laburo, tengo un hijo adolescente... Vivo en este mundo y te contracturas... Vivir estresa... entonces... es obvio... Si estás vivo, tenés estrés... algo te pasa. Entonces hay cosas como que son medio inevitables (Flavia, 41 años).

Diferentes investigaciones desde las ciencias sociales (Rose, 2008; Murillo 2013), señalan que en las sociedades neoliberales actuales –y desde hace un tiempo- predominan estados que son generados por las mismas condiciones socio-económicas, las cuales –al mismo tiempo- crean las

condiciones para la búsqueda de control y regulación. Por ejemplo, la preocupación por cumplir con ciertas expectativas y la consecuente dificultad para alcanzar dichas meta, produce determinados malestares y emociones que, en “exceso” son clasificadas por las terapias cognitivas conductuales como *emociones disfuncionales*.

Digamos, a lo mejor el estrés del día... la agitación hace que uno se sobrepase... y que no pueda dormir bien... Y yo necesito dormir bien sí o sí... porque si no, es dolor de cabeza... seguro. Angustia, ansiedad... eh... depresión... Una serie de cosas que surgen a partir de la enfermedad (Edgardo, 38 años).

El doctor me dijo que yo soy muy nerviosa... Nerviosa y ansiosa... Que son dos cosas que van en contra de lo... de uno... Porque el dolor de cabeza empieza por ahí... A mí me pone nerviosa una discusión, me pone nerviosa... eh... ver llorar al nene... Me pone nerviosa no llegar puntual a un trabajo... (Carmen, 47 años).

La asociación entre emociones recurrentes y el inicio de los dolores de cabeza ubica a los estados emocionales en un lugar protagónico (sea por expresar o aguantar los mismos) ya que otra de las formas que encuentran quienes padecen para explicar el inicio del dolor tiene que ver con emociones que por las situaciones y contextos deben “guardarse” y, entonces, aparece el dolor. Más aún, desde la biomedicina se fomenta que los pacientes tomen conciencia de las situaciones que los enojan con el fin de “manejar” e intentar evitar la ira que pudieran originar (Rosaldo, 1989).

Las personas deben mostrarse “controladas” ante situaciones e, incluso, se reconoce de manera positiva a aquellos cuyo predominio de la racionalidad los mantiene equilibrados en ciertos contextos. Es decir, el equilibrio y dominio de sí debe encontrarse por encima de lo emocional (cuestión que aparece tanto en los saberes biomédicos como psi y, consecuentemente, es algo que desde distintos ámbitos sociales está bien visto).

Entonces, para quienes padecen, la posible pérdida de control de ciertas emociones hace que, como deben controlarse, los cuerpos se convierten en recipientes de estados del sentir y aparezcan los dolores de cabeza. El hecho de *tragar, callar y acumular* enojos, tristezas, angustias, disgustos, nervios y broncas genera que, en palabras de algunos de los entrevistados, *el cuerpo somatice por algún lado*. Ya sea acciones o expresiones verbales consideradas “mal vistas” respecto de las cuales las personas buscan sobreponerse, habilidad ésta que implica un tipo de control (Lutz, 1990).

Al mismo tiempo que se escucha en las narrativas diferentes emociones asociadas con la ansiedad, angustia y estrés (entre otras), aparecen diferentes técnicas y prácticas orientadas al control de las mismas. Siguiendo a Murillo, una de las características de la angustia es que no tiene un objeto definido sino que flota libremente y se encapsula en diversos objetos y puede trocarse en violencia contra sí y contra otros, o puede esconderse tras el intento de consumo infinito tanto de objetos como de sujetos que obturen el vacío de la nada” (Murillo, 2015:32).

Las diferentes tecnologías apuntan a modos y prácticas de regulación de ciertas emociones que ponen en juego el problema del control de sí en contextos relacionales (Foucault, 2008; Epele, 2010). En algunos casos los fármacos ocupan un lugar protagónico, en otros el surgimiento de diferentes terapias o, también, puede ocurrir una combinación de ambas.

Conocerse, comprometerse y regularse

Y yo les pregunto a los pacientes: “¿La ansiedad es buena o es mala? Y la respuesta es que la ansiedad no es buena ni mala...el problema es cuando es excesiva” (psicóloga, 46 años)

Modificar prácticas como la alimentación, la actividad física y diferentes cuestiones del estilo de vida se convierten en un aspecto central para las recomendaciones biomédicas ante dolores crónicos de cabeza. Sin embargo, las emociones descritas por los pacientes no son tenidas en cuenta al momento de realizar el diagnóstico –ni siquiera son mencionadas por quienes padecen ya que no “entran” dentro de los síntomas requeridos para categorizar estos dolores-. En cambio, en otros saberes como las terapéuticas psi, en este caso las cognitivas conductuales, las emociones comenzaron a ocupar progresivamente un rol central. Es decir, ante consultas por diversos problemas (que pueden incluir a los dolores crónicos pero que los exceden ampliamente) los profesionales resaltan las descripciones que los sujetos realizan de sus estados emocionales prestando especial atención a cómo se pone en palabras aquello que dicen que sienten ante determinadas situaciones de la vida cotidiana. No obstante, a partir de un hilo que conecta las narrativas de los pacientes con dolores de cabeza con los dichos de los profesionales psi interesa analizar cómo si bien el lugar de las emociones se hace progresivamente cada vez más importante, este aspecto incluye un proceso individualización y modificación/regulación de dichas experiencias del sentir.

Pensamiento, emoción, conducta es la triada cognitiva, es la base de la terapia cognitiva conductual, ¿sí? Las cosas te afectan... según la interpretación que vos hacés. Entonces de eso se trata la terapia cognitiva, de poner el foco en los pensamientos, en tus ideas... Nosotros llamamos pensamientos disfuncionales, ¿sí?, porque no te son funcionales, la verdad que te están como arruinando la vida... y vos tenés que empezar a contrastarlos (psicóloga, 43 años)

Sólo sentimos la emoción, sentí bronca, sentí vergüenza... Cuando lo vemos, ¿no?, porque... a veces como un... como una parte importante, que te decía, de empezar a reconocer y empezar a tener dominio sobre estas emociones. (Psicólogo, 33 años)

La interrelación entre pensamientos, emociones y conductas es central ya que el diagnóstico y posterior tratamiento dependerá de los cambios que se realicen en alguna de estas cuestiones –repercutiendo y modificando las otras-. Si bien no es objetivo de este artículo, interesa señalar brevemente que, además de prestar especial atención al aspecto emocional, las terapias cognitivas conductuales le dan importancia al trabajo individual, a la relación activa entre paciente/profesional y al planteamiento de objetivos al inicio del tratamiento para trabajar de manera focalizada en ellos e intentar resolverlos en el corto/mediano plazo.

Y cada uno viene con un objetivo: “Che, quiero... tengo poca vida social, quiero tener más amigos” “Che, me agarro a las piñas con mi pareja” No sé... “No puedo dormir, siento taquicardia” Cada uno... “Tengo problemas de ira” “Consumo sustancias y no puedo parar” Cada uno tiene su objetivo (psicólogo, 41 años)

De acuerdo con Rose, la invención de un tipo de sí mismo coherente, individualizado, considerado el centro de pensamiento y acción no implica que seamos víctimas de una ficción sino que eso que se inventa constituye nuestra verdad. En ese sentido, este autor entiende a la subjetivación como un aparato complejos de prácticas en donde los seres humanos son fabricados y que presupone determinadas relaciones consigo mismos (Rose, 2008). Se trata de un self que responde a las exigencias de las sociedades actuales y cuyas emociones se deben “acomodar “de la mejor manera a lo “normal”. Esta definición de lo que es normal no presenta unanimidad al respecto ya que en algunos casos los profesionales refieren a “la ciencia”, “lo esperado socialmente”, “las normas”, entre otras cosas. Lo importante es prestar atención a los diferentes estados emocionales, poder distinguirlos entre sí y ponerlos en palabras con el objetivo de lograr “regularlos” (en caso de que no se encuentren en “la media” o sean “excesivos”).

Determinar cuándo una emoción puede ser susceptible de ser transformada en un malestar depende de diferentes variables que incluyen: dificultades que pueden ocasionar en la cotidianidad del paciente, parámetros socialmente esperados de los niveles “apropiados” de emociones, etc. En algunos casos, los profesionales distinguen “lo que se piensa” de las emociones y señalan que para las personas es más sencillo decir lo que sienten, es decir, poner en palabras estados emocionales.

Nosotros les enseñamos mucho a los pacientes a que puedan distinguir las emociones, ¿no? En general los pacientes distinguen entre lo que es la tristeza... de un estado de angustia mucho más fuerte. Pero me ha pasado de hacer con pacientes, psicoeducando en emociones, hablar de una situación concreta, qué sé yo, que me cuenten el día que se le murió su mascota... “Bueno, ¿qué emoción sentiste ahí?” Mucho dolor, mucha tristeza” “Bueno, ¿otra situación donde sintió enojo?”, ponelo... Entonces acordamos como referencias... (Psicóloga, 39 años)

Parte de la terapia, luego de identificar las emociones disfuncionales o negativas, es proceder a cierta regulación de las mismas a partir de un trabajo individual que incluye diferentes técnicas que apuntan a la resolución del problema. En estos casos, el lenguaje, la narrativa como modo de poner en palabras y categorizar determinados estados como emociones (que en algunos casos se transformaran en “disfuncionales”) juega un rol protagónico.

Que vos puedas expresar lo que sentís de un modo asertivo. Por eso trabajamos mucho con habilidades sociales. ¿Qué es esto? La asertividad es una habilidad social, que vos puedas expresar lo que sentís, en el momento correcto y a la persona que le tenés que decir, eso es ser asertivo. Qué hacer, cuando aparece la emoción violenta, para que aprendas a manejarla... y no empeores las cosas, ¿no? (psicóloga, 39 años)

Turner (1986) sostiene que hay una relación dialéctica entre experiencia y lenguaje dado que hay experiencias que llevar al lenguaje pero también el lenguaje es el que les da forma a esas experiencias (Turner 1986). De esta forma, las experiencias son narradas de determinada forma y es allí donde algunas emociones predominan o tienen mayor preponderancia que otras. Más aún, las emociones son experiencias y estrategias retóricas por las que las personas se expresan, reclaman, promueven, prohíben o justifican ciertas acciones sociales. Son producidas y construidas en el lenguaje y en las relaciones sociales.

Angustias, temores, ansiedades, estrés fueron emociones recurrentes tanto en aquellos entrevistados con dolores de cabeza crónicos como en profesionales que resaltan las emociones predominantes por las que las personas se acercan a las consultas. De este modo, los placeres, los malestares, la alegría y la tristeza, el bienestar y los padecimientos se han convertido en una forma de problematizar lo que uno es, hace, la clase o minoría social y el género al que pertenece, de reconocer (se) a sí y a los otros (Epele, 2010: 225).

Al mismo tiempo, la problematización y reconocimiento de lo que se “piensa”, “siente”, “hace” requiere de una toma de control de determinados estados que no se corresponden con lo esperado en el medio. Desde las terapéuticas cognitivas conductuales se pone de manifiesto un tipo de intervención en la cual dichas emociones deben ser problematizadas y abordadas desde lo individual.

A ver, ¿qué otra cosa podrías haber hecho? Yo lo puedo ayudar. “¿Crees que hubiera sido más fácil que te vayas, des una vuelta a la manzana y vuelvas?” ¿No? Empezamos a ver qué otras cosas puedo hacer, porque si yo reacciono en ese momento, voy agravar la situación. Y de ahí trabajamos mucho las habilidades sociales, mucho, mucho... Ser

asertivo, decir lo que siento en el momento correcto. Si veo que no puedo..., me retiro de la situación para no explotar en ese momento (psicóloga, 43 años)

Es como... las emociones son adaptativas, por qué siento culpa en situaciones, para poder reparar o para que la próxima vez que esté en la misma situación tratar de evitar eso que hice antes que me hizo sentir culpa. Tiene un papel adaptativo. ¿Sí? (Psicólogo, 33 años)

Como se puede ver a partir de los relatos de los profesionales, la búsqueda de regulación se orienta y refiere desde las terapéuticas psi cognitivas conductuales a los individuos. Es decir, aquellas referencias a emociones como producto de situaciones contextuales, intersubjetivas que realizaban las personas con dolores de cabeza asociando este malestar con determinados estados emocionales se modifica y el objetivo del tratamiento se centra en considerar esas emociones como algo “individual” que el sujeto debe aprender a manejar ya que el entorno no se puede modificar y el objetivo es intentar adaptarse de la mejor manera al mismo y reducir el sufrimiento.

Sin embargo, de acuerdo con Scribano (2009), en las sociedades capitalistas, el cuerpo es el lugar de la conflictividad y el orden, un espacio de antagonismos, y permite comprender numerosas prácticas sociales. De esta forma, el hecho de que determinadas emociones sean categorizadas como disfuncionales tiene que ver con modos en los que se organizan, aceptan y conviven socialmente con determinados estados emocionales.

Así, se forman mecanismos de soportabilidad social que, se estructuran alrededor de prácticas hechas cuerpo que buscan evitar conflictos sociales y permiten que, mediante la repetición, la vida social “se haga” como un “siempre así” (Scribano, 2010). De esta forma, las regulaciones corporales/emocionales que se promueven y están orientadas al individuo (y que al mismo tiempo son recurrentes en numerosos sujetos) ponen de manifiesto que hay emociones predominantes en la actualidad que van más allá de quienes las padecen.

Individualizar y mantener estados emocionales: sociedades que “sacan” y vuelven a “ubicar”

La misma sociedad te saca... hoy me levanté bien y estoy bien... pero ya sé que andan mal los trenes y ya me pongo reloca, porque ya tendría que estar en mi trabajo. Aparte... el problema es que la sociedad no tiene paciencia, y uno mismo no tiene paciencia. Y entonces eso... estresa, y ahí empieza el dolor de cabeza (Ana, 43 años).

Como se puede ver a lo largo del escrito, el lugar de las emociones se va, progresivamente, convirtiendo en un problema individual que debe ser abordado desde y por los sujetos (considerados individuos).

Queda mucho en el paciente... y a mí me gusta eso especificarlo de entrada, ¿no? “Che, depende de cuánto vos pongas... que vamos a avanzar, ¿no? Si yo te mando... no sé, a hacer... una lista de... Te recomiendo hacer una lista de cosas que controlamos y cosas que no (psicólogo, 44 años)

En este sentido, concebir al sujeto como un individuo que se debe hacer cargo de sí se complementa con diferentes prácticas desde los sistemas de salud que ya no sólo se orientan al tratamiento y cura de enfermedades sino que el objetivo se traslada al mantenimiento de padecimientos. A diferencia de otras épocas en las cuales la búsqueda se orientaba específicamente a la cura de enfermedades, en las últimas décadas el aumento progresivo de dolores y padecimientos que se prolongan en el tiempo hacen necesario que se tomen en cuenta otras estrategias desde los sistemas de salud y saberes expertos (tanto biomédicos como psi) para

dar respuesta (Good, 1994b). Los problemas cambiaron, se reformularon y, si bien la hegemonía de la biomedicina permanece intacta, surgen otras formas orientadas a tratar, controlar y regular cuerpos/emociones que permitan, entre otras cosas, que los sujetos continúen con sus actividades diarias y con las exigencias de la cotidianeidad.

De esta forma, explorar en malestares, dolores y emociones que se pueden cronificar y que pasan a ser categorizadas como algo patológico pone de manifiesto que las mismas sociedades que crean las condiciones para estados de estrés, ansiedad, angustia, etc. también crea diversas y múltiples prácticas de regulación corporal/emocional.

El correlato de una lógica que promueve individuos libres que eligen es que dichos sujetos en pos de lograr y de intentar conseguir determinados objetivos, trabajos, relaciones se enfrenten a experiencias de malestar (de diferente tipo) por no poder cumplir o alcanzar dichas expectativas.

Al mismo tiempo, responder y “corregir” determinadas problemáticas en un periodo corto de tiempo requiere de terapéuticas que trabajen a partir de objetivos específicos a mediano/corto plazo. Por eso, los profesionales entrevistados resaltan que las terapias cognitivas conductuales son centradas en el “aquí y ahora”.

Son terapias muy focalizadas en el presente, en el aquí y ahora... acá participamos los dos, ponemos los dos... y... Tengo pacientes que se han ido en 6 meses, en un año de alta... No son terapias para toda la vida, después podés venir a charlar, podemos seguir trabajando, podemos ir puliendo cosas, pero... no es el modelo antiguo que... Hoy la sociedad, que es una sociedad de consumo, una sociedad acelerada... -bueno, vos lo sabrás mucho mejor que yo- donde se necesita esto, se necesita estos modelos. (Psicólogo, 38 años)

De este modo, aquellas emociones que narran quienes padecen dolores de cabeza crónicos y las asocian con los modos de vida urbanas son reproblemáticas por las terapéuticas cognitivas conductuales como un aspecto del individuo a trabajar y resolver de manera individual y por objetivos (es decir, pensando en un problema puntual para trabajar en un periodo de tiempo). Se trata de una forma de dar respuesta al malestar que ocasionan ciertos estados del sentir (“emociones disfuncionales”) con el fin de regularlas y que el sujeto continúe con sus actividades cotidianas de la mejor manera posible. De acuerdo con los profesionales, el contexto, los otros, la realidad no se puede modificar, por lo tanto es el sujeto quien tiene que –a partir de un trabajo individual- explorar en sí mismo, conocerse, identificar estados que no le permiten “adaptarse” al medio e intentar poner de sí para modificarlos.

Tiene mucho que hacer. Es así... pero la psicoeducación es básica en el sentido que... que vos entiendas... Esto viene bien de... desde el ámbito médico. Los médicos te dicen: “Tomá este remedio y terminate el antibiótico 7 días, por más que te sientas bien, no lo dejes porque si no vas a recaer” Vos lo entendés y lo hacés. ¿Qué genera la psicoeducación y que vos entiendas? La adherencia al tratamiento. (Psicóloga, 43 años)

A pesar de las diferencias en torno a los abordajes en la perspectiva biomédica y las terapéuticas cognitivas conductuales hay cuestiones que se repiten que tienen que ver con un centramiento en el individuo y una responsabilidad/responsabilización en torno a su malestar que requiere una postura activa del sujeto de conocimiento y cuidado. Los psicólogos/as entrevistados/as resaltan la importancia del compromiso y adherencia como uno de los pilares fundamentales de lograr en determinado periodo de tiempo el cumplimiento de los objetivos planteados al comienzo de la consulta. Esta noción de adherencia proviene de la biomedicina y

refiere a los comportamientos que los pacientes adoptan en la búsqueda de una mejoría respecto de un dolor o enfermedad. Se trata del grado de compromiso, comportamientos y actitudes que los pacientes adquieren respecto de sus tratamientos (Margulies et al., 2006).

El hecho de plantear objetivos a corto/mediano plazo, de adherir y cumplir con lo propuesto en los tratamientos forma parte de un tipo de terapéutica focalizada en la resolución de los problemas específicos que se orienta a intentar resolverlos, en palabras de los profesionales, *a menor plazo y de manera efectiva*.

Reflexiones finales

No sabés lo que va a pasar, pero la gente trata de controlar el futuro, ¿no? Todos tratamos de hacerlo en algún momento de planificar y proyectarnos. Planificar está bien, proyectarse y empezar a ponerse en ese lugar, y empezar a sentir lo que vas a sentir en ese lugar... y no es muy sano. ¿Está bien? Y eso es lo que genera esa ansiedad. A medida que uno empieza a identificar esos pensamientos, esos síntomas o esas emociones me empiezan a disminuir (Psicólogo, 38 años)

Desde la antropología médica y las Ciencias Sociales, en general, la incertidumbre es una cuestión que se comenzó a problematizar como algo propio de este tiempo que produce estrés, malestar, ansiedad, entre otras cosas, generada por determinados contextos sociales, económicos, políticos y se acompaña de un tipo de tecnología particular sobre los sujetos.

El interés de este artículo surgió, en un inicio, de manera exploratoria al visibilizar una conexión entre relatos de personas con dolores de cabeza crónicos y profesionales psi que trabajan desde la terapéutica cognitiva conductual: el lugar protagónico de las emociones (a pesar de las diferencias en torno a los modos de conceptualizarlas y, justamente, teniendo en cuenta y señalando el proceso de individualización de las mismas).

En todas las sociedades hay mecanismos, estrategias y saberes orientados a regular los estados emocionales con el fin de mostrarse controlados y regulados para convivir de la mejor manera posible con otros en la cotidianidad.

Al mismo tiempo, en las últimas décadas, las modificaciones sociales, culturales, económicas, tecnológicas, entre otras, repercuten en los modos de vincularse con otros y producen cambios en la producción y surgimiento de malestares y sufrimientos. Por ejemplo, siguiendo a Svampa (2005) los cambios en los sentidos de pertenencia y del trabajo se modificaron radicalmente en relación con décadas pasadas y están marcados por aceptaciones tácitas de posibles reestructuraciones, cambios constantes e intervalos de desempleo.

Como resultado de estas situaciones y en la búsqueda por cumplir con exigencias que no siempre resultan, aparecen, se narran y visibilizan determinadas emociones que, cuando se consideran “excesivas” o que “dificultan el normal desarrollo de la cotidianidad” requieren de diferentes estrategias y respuestas. Las terapias cognitivas conductuales son un ejemplo que adquiere cada vez mayor importancia y que dicen orientarse a dar respuestas a corto/mediano plazo orientadas a problemas específicos.

Al mismo tiempo, estas emociones, forman parte de políticas del sentir y los modos de abordarlas, conceptualizarlas y “tratarlas” depende de los espacios en los que se haga referencia a ellas. Articulando las narrativas de quienes padecen y de los profesionales es posible visualizar como al mismo tiempo que adquieren mayor protagonismo, desde los saberes expertos son problematizadas haciendo especial foco en lo individual. De esta forma, las explicaciones de quienes padecen sobre los dolores de cabeza como resultado de cuestiones intersubjetivas y cotidianas son retomadas y reformuladas por los saberes expertos psi cognitivos conductuales centrando la atención en el individuo y en los modos que puede manejar/modificar dichos estados

visualizando un proceso de fuerte individualización y centramiento en el sujeto. Emociones asociadas a la depresión, angustia, ansiedad, entre otras, son en palabras de los profesionales, de quienes padecen y de organismos internacionales de salud cada vez más recurrentes en esta época. No obstante, se dice desconocer los múltiples motivos que las producen y el objetivo pasa a ser modos de centrarse en cómo el individuo puede manejar su malestar y convivir socialmente de la mejor manera ya que tanto frente al entorno como a lo/s otro/s “no hay control” y “no se puede modificar”.

Referências

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

Das, Veena. (2001): “The Act of Witnessing: Violence, Poisonous Knowledge and Subjectivity”. In: *Violence and Subjectivity*. V. Das, A. Kleinman, M. Ramphela y P. Reynolds (eds-). University of California Press: Berkeley, pp. 205-225, 2001.

Del Monaco, Romina. Dolor crónico, corporalidad y clausuras: percepciones y experiencias sobre la migraña. *Revista Latinoamericana sobre cuerpos, emociones y sociedad*. N°8 Año 4 abril-julio pp. 17-28, 2012.

Del Monaco, Romina. Autocuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña. *Salud colectiva*, vol.9, n.1, pp. 65-78, 2013.

Del Monaco, Romina. Emociones, géneros y moralidades: modos de padecer migraña en Buenos Aires, Argentina. *Revista Antípoda* Mayo-agosto, n° 19, pp. 121-142, 2014.

Epele, María. *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós, 2010.

Epele, María. *Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia, 2012.

Farmer, Paul. *Pathologies of power. Health, human rights, and the new poor*. Berkeley: University of California Press, 2003.

Fassin, Didier. Compassion and repression: the moral economy of immigration policies in France. *Cultural Anthropology*, Vol. 20, n° 3, pp.362-387, 2005.

Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores, 2008.

Foucault, Michel. *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica, 2012.

Gardner, Howard. *La nueva ciencia de la mente. Historia de la revolución cognitiva*. México: Paidós, 1988.

Good, Byron. *Pain as Human experience. An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press, 1994.

Good, Byron. *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994b.

Grimberg, Mabel. Narrativas del Cuerpo, Experiencia cotidiana y género. *Cuadernos de Antropología Social* N° 17, pp. 79-99, 2003.

- Harvey, David. *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: AKAL, 2005.
- Jackson, Jean. *Camp Pain. Talking with Chronic Pain patients*. Pennsylvania: University Pennsylvania Press, 2000.
- Kleinman, Arthur. "The Deligitimation and Religitimation of Local Worlds" In: 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, 1994.
- Lakoff, Andrew. *The Pharmaceutical Reason*. Cambridge University Press, 2005.
- Lakoff, George; JOHNSON, Mark. *Metáforas de la vida cotidiana*. España: Ediciones Cátedra, 2009.
- Lock, Margaret; NGUYE, Vinh-Kim. *An anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley – Blackwell, 2010.
- Lutz, Catherine; Lila Abu-Lughod. *Language and the politics of emotion*. Cambridge: University Press, New York, 1990.
- Margulies, Susana; Nélica Barber; María Recoder. VIH-SIDA y "adherencia" al tratamiento. Enfoques y perspectivas. *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología* número 003, pp. 281-300, 2006.
- Margulies, Susana. Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida. Ensayo de antropología de la medicina. *Intersecciones en Antropología* 11: pp. 215-225, 2010.
- Mehler, J.; DUPOUX, E. *Nacer sabiendo. Introducción al desarrollo cognitivo del hombre*. Madrid: Alianza Editorial, 1990.
- Murillo, Susana. La estrategia neoliberal y el gobierno de la pobreza. La intervención en el padecimiento psíquico de las poblaciones. Voces en el fénix. N° 22 marzo, 2013
- Murillo, Susana. Biopolítica y procesos de subjetivación en la cultura neoliberal en Neoliberalismo y gobiernos de la vida. Diagrama global y sus configuraciones en la Argentina y América Latina (Susana Murillo coordinadora). Pp. 11-40 Buenos Aires: Editorial Biblos, 2015.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Cefaleas*. 2012 (disponible en: <http://zip.net/bxtMCb>)
- Pinker, Steven. *Cómo funciona la mente*. Barcelona: Ediciones Destino, 2001.
- Rosaldo, Renato. *Culture and Truth*. Boston: Massachusetts. Beacon Press, 1989.
- Rose, Nikolas. *Governing the Soul*. New York, Routledge, 1990.
- Rose, Nikolas. *Inventing ourselves*. Cambridge University Press, 1998.
- Rose, Nikolas; MILLER, Peter. *Governing the present*. USA: Polity Press, 2008.
- Scheper-Hughes, Nancy. *Death without Weeping. The Violence of Everyday life in Brazil*, Berkeley, University of California Press, 1992.
- Scribano, Adrián. Ciudad de mis sueños: hacia una hipótesis sobre el lugar de los sueños en las políticas de las emociones. En: Levstein A., Boito E. (comps.) *De insomnios y vigiliadas en el espacio urbano cordobés*. Argentina: Editorial Jorge Sarmiento pp. 9-27, 2009.
- Scribano, Adrián. Primero hay que saber sufrir...!!! Hacia una sociología de la "espera" como mecanismo de soportabilidad social". En: Scribano A. y Lisdero P. (eds.) *Sensibilidades en*

juego: miradas múltiples desde los estudios sociales del cuerpo y las emociones Córdoba: CEA-CONICET E book. Pp. 169-192, 2010.

Svampa, Maristella. *La Sociedad Excluyente. La Argentina bajo el signo del Neoliberalismo*, Buenos Aires, Taurus, 2005.

Thagard, P. *La mente. Introducción a las ciencias cognitivas*. Madrid: Katz Editores, 2010.

Turner, Victor. *The Anthropology of experience*. Estados Unidos: University of Illinois Press, 1986.