

## LOS USOS SOCIALES DEL CUERPO

## P R O L O G O

Este trabajo, realizado con apoyo del Centre de Sociologie Européenne (Centre de Sociologie de l'Education et de la Culture), bajo la dirección de Pierre Bordieu, se basa fundamentalmente en el análisis secundario de las principales encuestas, publicadas o inéditas, realizadas desde hace diez años por organismos públicos o privados, en la mayor parte de los campos que interesan a la sociología del cuerpo: consumo médico, alimentación, alcoholismo, higiene, sexualidad, prevención de la natalidad, deporte, vacaciones, tratamientos de belleza, etc.

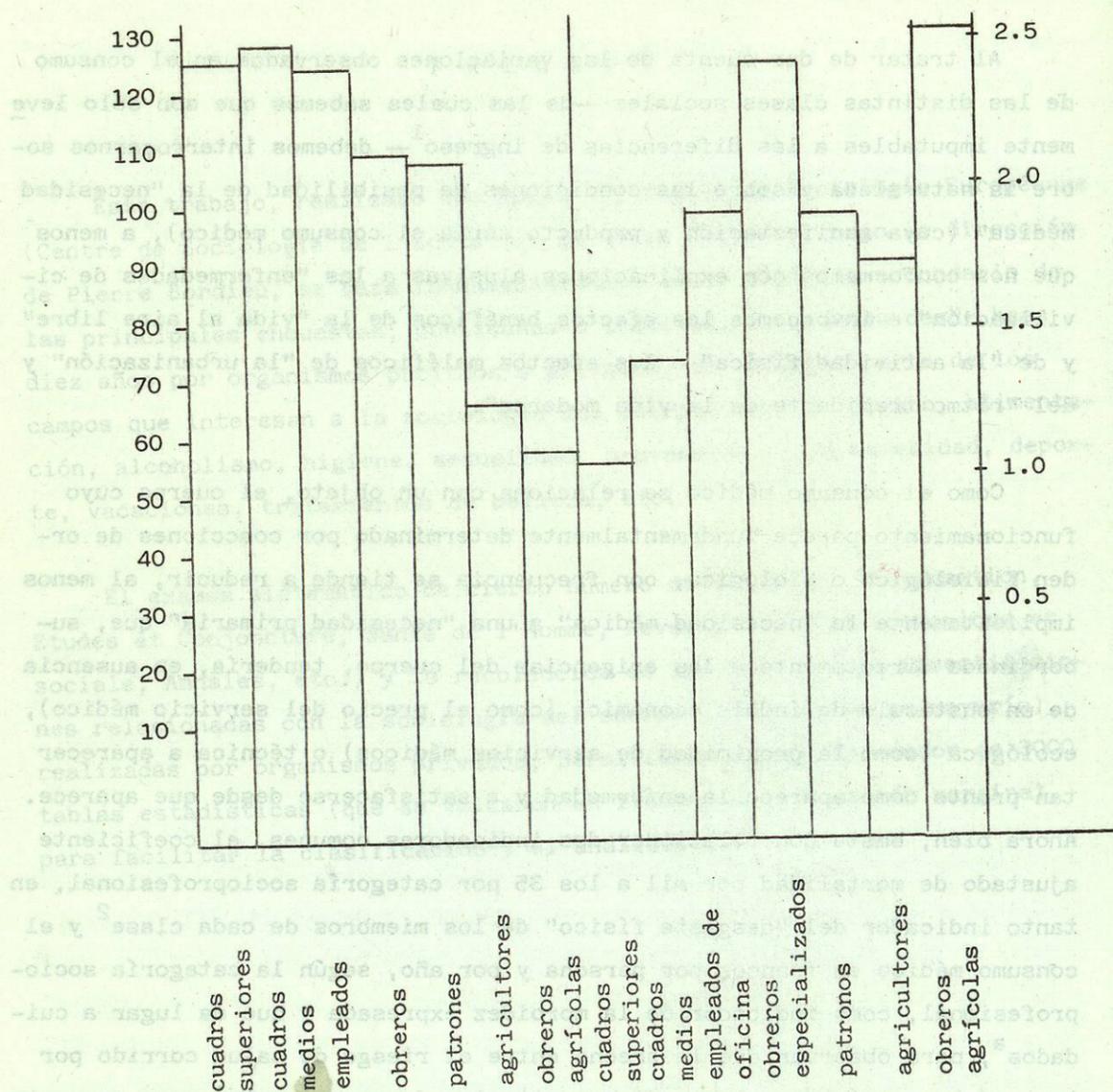
El examen sistemático de cierto número de Sondages, Consommation, Etudes et Conjoncture, Santé de l'Homme, Revue d'histoire économique et sociale, Annales, etc.) y la recolección de las principales investigaciones relacionadas con la sociología del cuerpo (inéditas en su mayoría), realizadas por organismos privados, permitieron reunir alrededor de 3000 tablas estadísticas (que se volcaron en fichas de perforación marginal, para facilitar la clasificación y el análisis).

## LA NECESIDAD MEDICA

Al tratar de dar cuenta de las variaciones observadas en el consumo de las distintas clases sociales —de las cuales sabemos que son sólo levemente imputables a las diferencias de ingreso<sup>1</sup>— debemos interrogarnos sobre la naturaleza y sobre las condiciones de posibilidad de la "necesidad médica" (cuya manifestación y producto sería el consumo médico), a menos que nos conformemos con explicaciones alusivas a las "enfermedades de civilización" e invoquemos los efectos benéficos de la "vida al aire libre" y de "la actividad física" o los efectos maléficos de "la urbanización" y del "ritmo trepidante de la vida moderna".

Como el consumo médico se relaciona con un objeto, el cuerpo cuyo funcionamiento parece fundamentalmente determinado por coacciones de orden fisiológico o biológico, con frecuencia se tiende a reducir, al menos implícitamente la "necesidad médica" a una "necesidad primaria" que, subordinada directamente a las exigencias del cuerpo, tendería, en ausencia de un obstáculo de índole económica (como el precio del servicio médico), ecológica (como la proximidad de servicios médicos) o técnica a aparecer tan pronto como aparece la enfermedad y a satisfacerse desde que aparece. Ahora bien, basta con relacionar dos indicadores comunes, el coeficiente ajustado de mortalidad por mil a los 35 por categoría socioprofesional, en tanto indicador del "desgaste físico" de los miembros de cada clase<sup>2</sup> y el consumo médico en francos por persona y por año, según la categoría socioprofesional, como indicador de la morbilidad expresada y que da lugar a cuidados<sup>a</sup>, para observar que la brecha entre el riesgo de salud corrido por los sujetos sociales y los medios sanitarios de que se valen para prevenirse contra ese riesgo es muy desigual en las diferentes clases sociales.

I



El consumo médico según la categoría socio-profesional del jefe de familia, en francos, por persona y por año<sup>4</sup>.

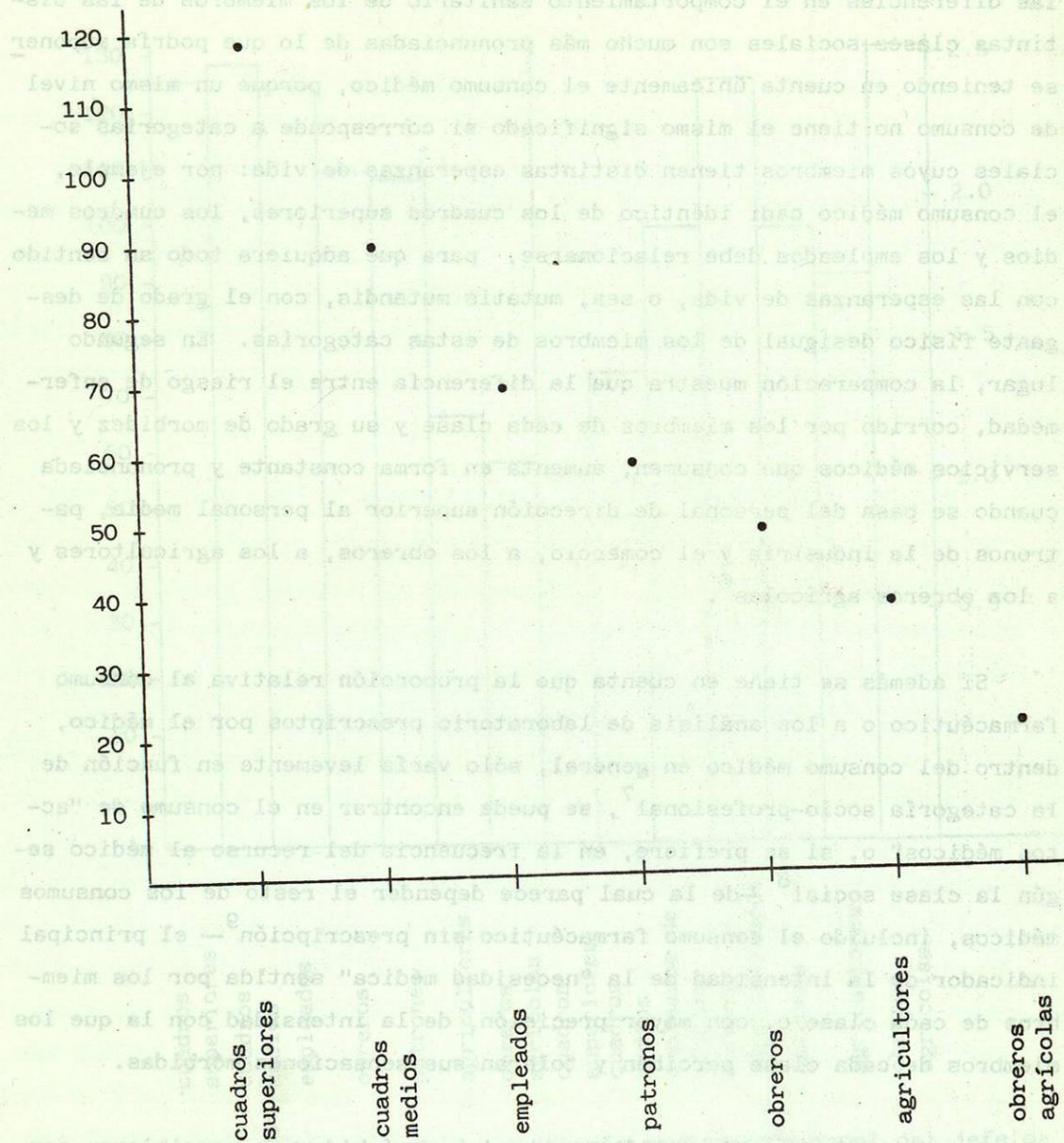
El coeficiente ajustado de mortalidad (por 1.000) a 35 años, según la categoría socio-profesional<sup>5</sup>.

Más precisamente, esta comparación demuestra, en primer lugar, que las diferencias en el comportamiento sanitario de los miembros de las distintas clases sociales son mucho más pronunciadas de lo que podría suponerse teniendo en cuenta únicamente el consumo médico, porque un mismo nivel de consumo no tiene el mismo significado si corresponde a categorías sociales cuyos miembros tienen distintas esperanzas de vida: por ejemplo, el consumo médico casi idéntico de los cuadros superiores, los cuadros medios y los empleados debe relacionarse, para que adquiera todo su sentido con las esperanzas de vida, o sea, mutatis mutandis, con el grado de desgaste físico desigual de los miembros de estas categorías. En segundo lugar, la comparación muestra que la diferencia entre el riesgo de enfermedad, corrido por los miembros de cada clase y su grado de morbilidad y los servicios médicos que consumen, aumenta en forma constante y pronunciada cuando se pasa del personal de dirección superior al personal medio, patronos de la industria y el comercio, a los obreros, a los agricultores y a los obreros agrícolas<sup>6</sup>.

Si además se tiene en cuenta que la proporción relativa al consumo farmacéutico o a los análisis de laboratorio prescritos por el médico, dentro del consumo médico en general, sólo varía levemente en función de la categoría socio-profesional<sup>7</sup>, se puede encontrar en el consumo de "actos médicos" o, si se prefiere, en la frecuencia del recurso al médico según la clase social<sup>8</sup> —de la cual parece depender el resto de los consumos médicos, incluido el consumo farmacéutico sin prescripción<sup>9</sup>— el principal indicador de la intensidad de la "necesidad médica" sentida por los miembros de cada clase o, con mayor precisión, de la intensidad con la que los miembros de cada clase perciben y toleran sus sensaciones mórbidas.

En efecto, parecería que las sensaciones mórbidas se percibieran con diferente agudeza en las distintas clases sociales o que las mismas sensaciones fueran objeto de una "selección" o de una "atribución" diferente y se experimentaran con mayor o menor intensidad según la clase social de los que la sienten<sup>10</sup>. Para dar sólo un ejemplo, diremos que las sensaciones posteriores a la absorción de una comida rica en féculas y en grasas

II



Índice de consumo médico referido al coeficiente de mortalidad a los 35 años

parecen ser objeto de percepciones muy diferentes según la clase social. El sector de individuos que las seleccionan y atribuyen a la clase de sensaciones mórbidas —sensaciones de "pesadez", "mareos", "adormecimiento" y "molestia"— más que a la clase de sensaciones de euforia digestiva —sensaciones de estar "satisfecho" o "lleno", de "recobrar fuerzas", etc.— aumenta regularmente cuando se pasa de las clases populares a las clases superiores, tal como lo testimonia, por ejemplo, las opiniones sobre la digestibilidad de las grasas o de la carne:

III

La sensibilidad digestiva según la clase social (en porcentajes)

	Peones	Agricultores	Obreros	Empleados	Patronos de la Ind. y el Comercio	Cuadros Superiores
Piensen que todas las grasas son igualmente fáciles de digerir <sup>23</sup>	65	41	37	31	26	36
Las frituras les caen mal.	11		16.5	16	15	10
No consumen ciertas carnes por considerarlas "indigestas" <sup>23</sup>			10	18		23

No podría desdeñarse la sensibilidad a las impresiones digestivas si se considera que, en primer término, después de las "enfermedades agudas estacionales" (gripes, anginas, etc.), las "afecciones digestivas" constituyen el segundo motivo de consumo farmacéutico de particulares y representan el 20% del conjunto de motivos citados por los consumidores de servicios médicos<sup>14</sup> y que, en segundo lugar, los "trastornos funcionales" afectan en la mayoría de los casos (56%) al aparato digestivo o se manifiestan a través de síntomas tales como gastralgias, trastornos dispépticos, constipaciones, diarreas, diskinesias biliares, etc.<sup>15</sup>

La clase de las "enfermedades funcionales" o, más bien, de los "enfermos funcionales", sólo tiene una definición negativa: en el conjunto de

sujetos que tienen una morbilidad plenamente sentida y presentan los síntomas al médico: incluye a todos aquellos enfermos en los cuales no puede el médico descubrir ninguna lesión orgánica mediante sus habituales procedimientos de investigación<sup>16</sup>. Por tanto, la propensión a las "enfermedades funcionales" es principalmente el signo de una aptitud para sobreinterpretar los mensajes del cuerpo; vale decir, para observar, seleccionar y atribuir a la clase de las sensaciones mórbidas, las sensaciones que otros individuos no perciben o a las cuales no prestan atención; en suma, una aptitud para convertir la sensación en síntoma. Ahora bien, según los médicos interrogados, "los enfermos funcionales" —una importante fracción de su clientela, ya que en una muestra representativa de 235 facultativos, el 42% dijo tener entre su clientela de un 10% a un 30% de enfermos funcionales y el 58% restante, de 30% a 85%<sup>17</sup> — cuya proporción numérica dentro del conjunto de los enfermos tratados por los médicos aumenta al parecer, rápidamente<sup>18</sup>, se encuentran principalmente entre el personal de dirección y los miembros de las profesiones intelectuales y liberales (55%) y secundariamente, entre los integrantes de las clases medias, empleados (26%) y maestros (17%). Los cuadros directivos y los empleados son también proporcionalmente más numerosos (alcanzando el 45% y el 43% respectivamente, contra el 36% de los obreros y el 33% de los agricultores) en las estadísticas referidas a quienes creyeron, en algún momento de su vida, haber sido atacados por una "enfermedad grave" (cáncer, en la mayoría de los casos)<sup>20</sup>, es decir, los más numerosos en haber seleccionado, sobreinterpretado y expresado sensaciones muy diversas y muy difusas, desde la "bola que uno siente bajo la piel" o el "bulto que uno siente en la garganta" hasta los "vómitos", las "pérdidas de sangre" o los "dolores de la boca del estómago"<sup>21</sup>.

Como los enfermos funcionales se definen por la distancia entre los síntomas presentados al médico, es decir los síntomas expresados verbalmente y los síntomas o signos físicos, cuyo descubrimiento es el resultado de la intervención del médico y de la aplicación de técnicas específicas, la proporción de enfermos funcionales varía según la aptitud para verbalizar las sensaciones mórbidas y quizá, en general, las sensaciones corporales. Esta aptitud se distribuye en forma muy desigual en las diferentes clases

sociales. Al responder a las preguntas del encuestador, que los interroga sobre las principales enfermedades que sufrieron en el curso de los últimos años, los miembros de las clases superiores y, en menor grado, de las clases medias, presentan una descripción detallada y estructurada de las modificaciones de su estado mórbido y enumeran en orden cronológico o en orden de importancia creciente los signos cuya aparición precedió y ocasionó su consulta con el médico. En cambio, los miembros de las clases populares, poco diestros para la descripción de lo que nos figuramos ha de ser su "experiencia vivida" de la enfermedad —por ejemplo, para relatar minuciosamente las modificaciones que la enfermedad aportó a la percepción de su cuerpo—, se conforman, casi siempre, con la repetición de lo que recuerdan haberle escuchado al médico —fragmentos de palabras y de términos científicos enunciados en desorden y casi con vergüenza, desarrollando un discurso entrecortado y desprovisto de coherencia aparente— o se limitan a describir lo que el médico les hizo, las manipulaciones a las que sometió sus cuerpos enfermos, de manera exclusivamente "conductista" y sin buscar, en apariencia, desentrañar el sentido o la razón de esas manipulaciones. Del mismo modo, en presencia del médico y respondiendo a la clásica pregunta que inicia el interrogatorio médico: "¿dónde le duele?", frecuentemente los enfermos de clases populares sólo se quejan de "dolores" no localizados o de "debilidad" generalizada, como si fueran incapaces —al decir de los médicos— de "describir correctamente su estado" o de "entender las preguntas más sencillas", en suma, de presentar al médico síntomas claros, inteligibles y significativos, o sea síntomas a los cuales la medicina les atribuya sentido por haberlos reconocido, catalogado y descripto<sup>22</sup>.

## LA CAPACIDAD MEDICA

La aptitud para entender, identificar y expresar los mensajes corporales varía según la capacidad para verbalizarlos y aumenta si se pasa de las clases populares a las clases superiores, porque las sensaciones mórbidas no tienen el extraordinario privilegio, que les suele atribuir frecuentemente el sentido común, de expresarse sin lenguaje. La percepción y la identificación de las sensaciones mórbidas, "acto de desciframiento que se ignora como tal"<sup>1</sup>, exige por ello un aprendizaje específico o general, implícito o conciente. R. Melzack mostró<sup>2</sup> que el dolor no constituye una respuesta automática a los estímulos mórbidos, sino que su percepción está determinada por las expectativas del sujeto, por sus experiencias pasadas y, más profundamente, por todo su aprendizaje cultural. La percepción y la identificación de sensaciones mórbidas, por lo tanto, dependen principalmente del número y de la variedad de categorías de percepción del cuerpo de que dispone el sujeto; vale decir que dependen de la riqueza y de la precisión de su vocabulario de la sensación y de su capacidad, socialmente condicionada, para manipular y memorizar las taxonomías mórbidas y sintomáticas. Efectivamente, el lenguaje que sirve para expresar las sensaciones mórbidas y, en general, para hablar de la enfermedad, constituye la experiencia que los sujetos sociales tienen de la enfermedad al mismo tiempo que la expresa<sup>3</sup>. Sin embargo, lejos de pertenecer al acervo común del idioma, como las taxonomías mórbidas en sociedades sin lenguaje escrito, las taxonomías mórbidas y sintomáticas corrientes en una sociedad poseedora de una cultura científica —es decir, las taxonomías cuyo conocimiento es el único que permite la identificación, la expresión y, en buena medida, la percepción de los síntomas a los que los médicos atribuyen valor y que, acompañados, por así decir, de una sistematización descriptiva constituyen la clase de los síntomas legítimos<sup>4</sup>— son un producto de la medicina científica.

La memorización y manipulación de esas taxonomías exigen un aprendizaje que; aunque sólo se obtiene totalmente por medio de la enseñanza sistemática y específica procurada a los médicos por la institución escolar, puede lograrse parcial y prácticamente por medio de una familiarización

progresiva y general, con la cual los sujetos sociales adquirirán un dominio más o menos completo en la medida en que dispongan de más o menos medios materiales y culturales propios. Si, como A. Wallace<sup>5</sup>, diferenciamos las taxonomías populares y las científicas —las primeras, a la inversa de las segundas, son conocidas por todos los miembros de una misma sociedad y no requieren un aprendizaje especial para ser adquiridas y manejadas—, observaremos que en nuestras sociedades no existen taxonomías populares organizadas, coherentes y manejadas concientemente por los sujetos sociales (al menos en campos como la medicina, la zoología, la botánica, etc.), sino solamente taxonomías científicas "formuladas según reglas explícitas y deliberadamente utilizadas por los especialistas (zoólogos, botánicos o médicos). Los sujetos sociales poseen un conocimiento más o menos completo de estas taxonomías en función de la distancia social que los separa del mundo intelectual, es decir, en función de su nivel de instrucción. De ello se desprende que, entre otras cosas, no podrían trasponerse sin riesgos al estudio del discurso vulgar sobre la enfermedad producido por los miembros de clases sociales diferentes —en una sociedad jerarquizada y técnica— los métodos de análisis componencial utilizados en la etnociencia por los antropólogos.

La familiarización con las taxonomías mórbidas y sintomáticas de origen científico y la adquisición de nuevas categorías de percepción del cuerpo provienen de la frecuentación del médico —que hoy es el principal agente difusor del vocabulario médico— y, secundariamente, de la lectura de artículos y obras de divulgación<sup>6</sup>. Ahora bien, como hemos visto, la frecuencia y la intensidad de las relaciones que los enfermos mantienen con el médico y la calidad del "coloquio singular" aumentan a medida que se sube en la escala social, es decir, a medida que disminuye la distancia social entre el médico y el enfermo. De este modo, los miembros de las clases superiores que, por definición, pertenecen a la misma clase social que su médico e incluso al mismo "círculo", porque el médico familiar frecuentemente es amigo o bien miembro de ella, mantiene con él relaciones de familiaridad<sup>7</sup>. Esto puede constatarse a través de diversos indicadores tales como el rechazo del examen médico si lo realiza un facultativo de seguridad social, las reticencias respecto del dispensario o