

Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad.  
N°24. Año 9. Agosto 2017-Noviembre 2017. Argentina. ISSN 1852-8759. pp. 71-82.

## “En la búsqueda de alivio”: narrativas de profesionales biomédicos y pacientes sobre experiencias, percepciones y (des) acuerdos ante otras prácticas de cuidado en dolores de cabeza crónicos

“Looking for relief”: narratives of biomedical professionals and patients about experiences, perceptions and (dis) agreements about other care practices in chronic headaches

**Del Monaco, Romina \***

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-Instituto de Investigaciones Gino Germani, Argentina  
rominadelmonaco@gmail.com

### Resumen

A partir de un tipo de dolor de cabeza categorizado por los saberes expertos biomédicos como “migraña”, el objetivo del artículo es –desde una perspectiva socio-antropológica- analizar en un eje que conecte la noción de cuidado con la de cronicidad, las experiencias, percepciones y (des) acuerdos tanto de pacientes como de profesionales ante otros saberes/prácticas para el alivio de estos dolores de cabeza.

La migraña es un dolor crónico que carece de respuestas unívocas desde la biomedicina tanto en lo que refiere a su etiología como tratamientos. De este modo, la convivencia y permanencia con el dolor a lo largo del tiempo hace que, las personas que padecen incorporen otras acciones y prácticas siendo el principal objetivo buscar mejoras al malestar. Sin embargo, este proceso de progresiva incorporación de otros saberes repercute no sólo en las experiencias con el dolor de los pacientes sino también en las narrativas de los profesionales biomédicos.

Desde un enfoque cualitativo, se realizaron entrevistas a médicos neurólogos y pacientes en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y, en una segunda etapa, entrevistas en profundidad por fuera de la institución a personas con estos dolores de cabeza. La estrategia metodológica para el estudio de la información fue el análisis de narrativas.

**Palabras clave:** Dolor Crónico; Migraña; Prácticas de Cuidado; Biomedicina; Experiencia de Dolor.

### Abstract:

From the Social Sciences, this article contributes to the knowledge of a chronic headaches biomedical categorize as “migraine”. In particular, I analyze the narratives of medical neurologists and people who suffer these headaches about a set of different care practices. For this purpose the study connects the notion of care and chronicity with different senses, experiences and knowledge that patients and professionals give to this practices.

Migraine is a kind of headache that has not certain answers about its origins and treatments from biomedicine so there are other practices –formal and informal- that patient add to their treatment.

The methodological perspective is inscribed in the domains of social sciences, following the alignments of qualitative investigation and, specifically, the analysis of the narrative. The field work consisted, in interviews in depth to people with headaches and neurologist in a hospital in the Autonomous City of Buenos Aires. In second place, through the snowball technique, interviews were made to other people with migraines and close ties outside the institution.

**Key Words:** Chronic Pain; Migraine; Care Practices; Biomedicine; Pain Experiences.

\* Es Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires, Magister en Antropología por FLACSO y Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

## **“En la búsqueda de alivio”: narrativas de profesionales biomédicos y pacientes sobre experiencias, percepciones y (des) acuerdos ante otras prácticas de cuidado en dolores de cabeza crónicos**

### **Introducción**

En las últimas décadas adquieren mayor visibilidad una serie de dolores crónicos que por sus particularidades, repercusiones en la cotidianidad de quienes padecen y falta de respuestas unívocas desde la biomedicina son abordados por distintos saberes y prácticas (que exceden los tratamientos biomédicos) e incorporan otros modos de cuidar.

Desde las ciencias sociales, el estudio de estos dolores requiere tener en cuenta distintas variables (vinculares, laborales, económicas, sociales, entre otras) que intervienen en su desarrollo y se encuentran atravesadas (y atraviesan) el padecer. Más aún, hay perspectivas que asocian los orígenes de los dolores crónicos con problemas interpersonales, contextos políticos y económicos (Good, 1994a; Kleinman, 1994). Estos dolores, mediados por legitimidades y moralidades determinadas, producen modificaciones en la corporalidad, en las relaciones vinculares, laborales y familiares.

Un ejemplo, es un tipo de dolor de cabeza que desde los saberes biomédicos es categorizado como “migraña”. Se trata de un dolor que se puede acompañar de náuseas, vómitos, molestias e intolerancias a la luz, al ruido y a los olores. Para determinar su diagnóstico, los médicos le realizan a los pacientes una serie de preguntas y estudios para descartar cualquier otra enfermedad pero, si los resultados están bien y se encuentran dentro de los parámetros esperados por la biomedicina, el diagnóstico es: “migraña”.

Si bien no existen estudios globales con cifras sobre la implicancia de este malestar, tanto investigaciones biomédicas locales y restringidas a determinados hospitales como internacionales (en países occidentales) señalan que se trata de un dolor que afecta a varones y mujeres de distintos sectores socio-económicos y regiones. Su prevalencia es, aproximadamente a nivel mundial, del 16% de las

mujeres mientras que en el caso de los varones las cifras descienden al 7 % (Zavala y Saravia, 2006).

El dolor se prolonga en el tiempo y la falta de mejoras unido a la posibilidad de “convivir” con la migraña sin temor a empeorar incrementa las posibilidades de realizar consultas, comenzar tratamientos, luego abandonarlos y así a lo largo del tiempo. En especial, porque la migraña (como otras dolencias crónicas) discuten, ponen en cuestión e interrogan a los saberes expertos desde el momento en que las respuestas en torno a las etiologías y tratamientos son difusas, fragmentarias y no siempre tienen los resultados esperados.

Como el objetivo deja de ser la curación, progresivamente se incorporan distintas prácticas y acciones -formales e informales- de cuidado (al mismo tiempo o en alternancia con la biomedicina) que tienen por objetivo no sólo encontrar alivio (aunque es el motivo principal) sino también encontrar otras explicaciones y respuestas al padecimiento. En estos casos el cuidado ocupa un rol protagónico cuyos sentidos varían de acuerdo con las narrativas de los actores involucrados (profesionales, pacientes).

Dichas búsquedas son posibles porque en la actualidad en sociedades latinoamericanas y, especialmente en las sociedades capitalistas más desarrolladas, se observa un pluralismo médico que implica que la población utiliza potencialmente varias formas de atención ya sea para distintos problemas de salud o para un mismo malestar (Menéndez, 2003). Desde las Ciencias Sociales, las perspectivas sobre el “cuidar” han adquirido cada vez mayor relevancia y se trata de una noción que permite retomar críticamente la relación con los saberes expertos y proponer distintos abordajes. Por un lado, se identifican un conjunto de estudios que analizan la relación entre medicalización y cuidado (Conrad, 2007; Dominguez Mon, 2012), auto cuidado (Epele, 1997); cuidados terapéuticos y emociones en instituciones de

salud (Bonet, 2006) mientras que en otros casos el objetivo es indagar en saberes tradicionales/locales de cuidado no relacionados necesariamente con las instituciones biomédicas (Menéndez, 1998, 2003).

De este modo, “el cuidado 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).

El objetivo del artículo es analizar dentro de un eje que conecte la noción de cuidado con la de cronicidad, las experiencias, percepciones y (des) acuerdos tanto de pacientes como de profesionales ante otros saberes/prácticas de cuidado para estos dolores de cabeza. De este modo, interesa problematizar a partir de estas narrativas las articulaciones y tensiones que produce la progresiva inclusión de otras formas de tratar y buscar alivio al dolor teniendo en cuenta que se trata de malestares cuyas particularidades ponen en cuestión la hegemonía de los saberes biomédicos.

### Metodología

La perspectiva teórico-metodológica se inscribe en el dominio socio-antropológico de la salud siguiendo los lineamientos de la investigación cualitativa. El fundamento teórico de toda metodología requiere un recorte, y en este artículo dicho recorte está dado por el análisis de narrativas desde un abordaje sobre procesos de salud y enfermedad que discute con las pretensiones de neutralidad moral y objetividad científica. Asimismo, se señala que las prácticas y saberes sobre padecimientos y malestares están mediados por procesos sociales, económicos, políticos, morales y de género (Farmer, 2003; Epele, 2010).

Los fundamentos teórico-metodológicos de la investigación se orientaron hacia una perspectiva fenomenológica crítica en la que se reconocen las relaciones del yo con los otros teniendo en cuenta los contextos y situaciones locales en que se producen dichas interacciones y experiencias (Scheper Hughes y Lock 1987). Este abordaje se articuló con una perspectiva hermenéutica que permite analizar las narrativas de los distintos conjuntos sociales investigados.

La elección del análisis de narrativas se ubica dentro de una trayectoria de estudios sobre procesos de padecimiento, enfermedad y sufrimiento que

recurren a esta metodología para acceder a las experiencias de las personas mediante el relato de situaciones y eventos vividos con el dolor. Esto no implica reducir la vida a la dimensión del discurso, ya que la experiencia excede siempre las posibilidades de su narrativización. No obstante, narrar y contar se vuelven una dimensión fundamental en la vida de las personas y en el significado de sus experiencias (Margulies, Barber y Recorder, 2006). El análisis de los relatos se convirtió en una herramienta central porque permitió identificar la heterogeneidad dentro de la aparente homogeneidad y dar cuenta de los distintos modos de padecer un dolor aparentemente “banal” y “común” teniendo en cuenta diferentes condiciones (económicas, de género, laborales, entre otras) que influyen en esos recorridos.

La primera etapa del trabajo de campo se llevó a cabo en el área de Neurología de un Hospital público del Área Metropolitana de Buenos Aires, donde se desarrollaron entrevistas con personas diagnosticadas con migraña. La población de estudio está conformada por mujeres y varones adultos (de 21 a 65 años) de niveles socioeconómicos medios y medios-bajos que tienen dolores de cabeza. En estas categorizaciones se tienen en cuenta los indicadores socio-económicos como el nivel de ingreso, el acceso a diferentes 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 estos grupos, se estudia la relación que existe entre diferentes condiciones, estilos de vida, y los modos a los que apelan los actores para identificarse y reconocerse como tales (Visakovsky, 2008). En la misma institución 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 con migraña en distintos espacios (laborales, en sus casas etc.).

La técnica privilegiada en el desarrollo de esta investigación fue la entrevista en profundidad. Tanto dentro como fuera de la institución se documentaron las narrativas acerca de las experiencias y percepciones de los grupos seleccionados. Las entrevistas fueron aplicadas con guías de pautas específicas, con consignas y preguntas abiertas que permitieron acceder a relatos más espontáneos, valoraciones y asociaciones propias de los entrevistados.

La observación participante es otra de las herramientas utilizadas en el trabajo de campo que permitió registrar las prácticas implementadas y/o experimentadas por los sujetos dentro del hospital. Mediante la observación participante y las charlas informales en la sala de espera, sector de turnos y ateneos se pudo registrar las dinámicas de acceso a las consultas, las trayectorias dentro del hospital con estos dolores de cabeza y algunas de las trayectorias previas. Por último, el trabajo de interpretación se complementó con lectura y análisis de contenido de fuentes escritas secundarias tales como: investigaciones epidemiológicas sobre la migraña, publicaciones dentro del hospital, folletos, noticias y publicaciones de organismos de salud nacionales e internacionales.

*Resguardos éticos:* La investigación se adecuó 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 identificador 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.

### **“Como complementario puede ser”: saberes biomédicos frente a otras prácticas de cuidado**

Dentro de la biomedicina, la especialidad encargada de realizar el diagnóstico de la migraña es la neurología. 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 (en un 90% de acuerdo con algunos médicos) son las modificaciones en la vida cotidiana que se agrupan en la categoría epidemiológica de “estilo de vida”<sup>1</sup>. De acuerdo con una médica neuróloga:

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”. (OMS, 1998: 9).

A los pacientes se les da las medidas higiénico-dietéticas: que se ordene la vida, que eviten el estrés o traten de manejarlo. Son pautas para que ellos tomen conciencia de cuáles son las cosas que tienen que tratar de manejar, conozcan su enfermedad y sepan cuáles son los factores que pueden desencadenarla (Médica neuróloga).

Los vínculos entre el posible éxito de los tratamientos con los cambios en la vida cotidiana se convierte en un círculo en el cual quienes padecen deben seguir un conjunto de pautas que no siempre tienen los resultados esperados. No obstante, cumplir o no con dichas prácticas (a pesar de no tener certezas de sus efectos) los convierte en potenciales responsables de la aparición de los dolores de cabeza y, consecuentemente, del éxito o no de los tratamientos. El hecho de que distintos aspectos de la cotidianidad queden bajo la influencia de los saberes expertos dejando de lado 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). Además de la extensión de la biomedicina a la vida cotidiana, este proceso incluye que, en algunos casos los profesionales mencionen la poca responsabilidad y compromiso que encuentran de parte de los pacientes para seguir las pautas prescritas.

Para los médicos, el cuidado queda circunscripto a un aspecto más individual asociado con las modificaciones de los “estilos de vida” para “estar saludable” ya que en palabras de los profesionales: “los tratamientos buscan el mantenimiento y por eso es central el cuidado”.

Entonces, es recurrente que mencionen los siguientes desencadenantes y posibles soluciones para evitar el dolor:

El exceso de peso, la falta de sueño, el sedentarismo, la obesidad...eh...me parece que son perjudiciales y por eso el tratamiento no farmacológico para mí es lo más importante. Seguro que si el paciente hace más ejercicio eso mejora. En la migraña es fundamental el controlar los desencadenantes y tratar de evitarlos, que son diferentes en cada persona (Médica neuróloga).

El sujeto es quien debe adoptar una serie de medidas “higiénico-dietéticas” para evitar

los dolores de cabeza y si el malestar perdura es porque “hay algo que está haciendo mal”. Al mismo tiempo, la delegación en los pacientes del curso y control del padecimiento hace que además de las prescripciones biomédicas, comiencen a incorporar otras prescripciones que no se encuentran dentro de las “medidas higiénico-dietéticas”.

Frente a la interrogación sobre las características y posibilidades de que esas otras prácticas participen en tratamientos para la migraña, los profesionales hablaban con dudas y ambigüedades. Al igual que en otras preguntas sobre estos dolores de cabeza, las respuestas estaban repletas de expresiones como: “qué se yo”, “depende”, “no hay respuestas lineales en este caso”, “desde lo académico no se puede afirmar nada”, “con base científica digamos que no” y, en especial, “como complementario puede ser”, entre otras cosas.

En la mayoría de los casos se hace referencia a la noción de “complementario o alternativo “a lo biomédico- siempre que no sea muy invasivo”. A pesar de que este es un aspecto compartido y recurrente entre los médicos neurólogos entrevistados, hay matices en sus explicaciones y percepciones.

Como complementario lo alternativo puede ser válido. Tiene que ver con que el paciente logre mayor relajación..., logre controlar sus situaciones de estrés. Entonces, de nuevo, complementar, no es algo único, sino que ayuda a parte del tratamiento. La acupuntura también es complementaria, y hay pacientes que andan fantásticos... y hay otros que no tienen mayor beneficio. Eh... con la homeopatía... escrito que vaya a funcionar así, que esté validado por entes internacionales..., no, no tiene validación, pero si el paciente se siente mejor, bueno... Que hagan reiki, que hagan yoga... todo es bienvenido. No es que sea específico para migrañas, pero les dan pautas como para que manejen las situaciones de estrés (Médico neurólogo)

Algo recurrente es otorgarle a estas prácticas una función para el “manejo del estrés”. En este aspecto coinciden –con los pacientes- que algunas condiciones sociales no ayudan a “tranquilizarse” y “no ponerse nerviosos”. Sin embargo, estas cuestiones se plantean como elementos periféricos a la migraña ya que en general las explicaciones apuntan a cuestiones “genéticas” y “biológicas” a las que se les sumaría las posibles fallas en los “estilos de

vida” como el elevado nivel de “estrés” con el que se convive en la actualidad.

De esta forma, las opciones “alternativas” que realizan los pacientes podrían funcionar para “estar más tranquilos” pero no apuntarían específicamente al tratamiento de este dolor. Además, algunos resaltan que “estas prácticas para la medicina no tienen lugar” y que pueden cumplir una función siempre que “sea poco intervencionismo”.

Depende, digamos, también qué tipo de medicina alternativa, si no hay demasiado intervencionismo, no te ponen cosas, no te inyectan vamos bien. Ya si te empiezan a inyectar cosas, te hacen picar por bichos, a mí eso ya no me agrada. Pero lo otro, reiki o hay algunas flores o gotas, eso me parece genial. Lo mejor sería hacerlo conjuntamente con la medicina académica, yo creo que esa no la podés dejar... ¿no? No se te va a ir de por sí la migraña (Médica neuróloga).

El hecho de que “no hagan nada” se asocia con que para numerosos entrevistados otras medicinas o “lo alternativo” (como hacen referencia), funcionan en muchos casos como “efecto placebo”<sup>2</sup>.

Yo creo que toda medicina que cura y que no te hace daño, es válida. O sea, hay una cosa que nosotros estudiamos en medicina, que es el factor placebo. O sea, en la migraña específicamente hay un factor placebo, o sea, que se mejora con cualquier cosa, es muy alto, es el 40%. O sea, el 40% de los pacientes mejoran con cualquier cosa. Cuando vos te encontrás con enfermedades que tiene un componente... una reacción al placebo tan alto... y en general las medicinas alternativas funcionan. Porque claro, porque si yo a un parkinson le doy un placebo seguro que no lo voy hacer mejorar, porque no tiene casi una sensibilidad al placebo. En cambio en los migrañosos, yo tengo el 40% de pacientes que mejoran con cualquier cosa y seguramente con una medicina alternativa y va haber un porcentaje alto de pacientes que funcione (Médica neuróloga).

<sup>2</sup> De acuerdo a la Real Academia española, el placebo es una sustancia que careciendo por sí misma de acción terapéutica, produce algún efecto curativo en el enfermo, si este la recibe convencido de que esa sustancia posee realmente tal acción (RAE, 2015).

A pesar de la cita de la médica con respecto a que “toda medicina que cura y no te hace daño es válida”, interesa resaltar algo que ya se mencionó previamente: estos dolores de cabeza son abordados por los saberes expertos a pesar de que en general se desconocen con certezas sus orígenes y los efectos de los tratamientos (tanto farmacológicos como las modificaciones en los estilos de vida). Es decir, desde la biomedicina no existen tratamientos que garanticen la disminución de la migraña y mucho menos su curación. Por eso, esta cuestión aparece como una paradoja cuando en las explicaciones los profesionales refieren a la posibilidad de que dolores crónicos como la migraña “mejoren con cualquier cosa” y tengan una “reacción al placebo alta”. Es decir, narrativas confusas conviven en los profesionales biomédicos al intentar explicar los efectos y características de estas otras prácticas.

En el caso de los malestares crónicos, a pesar de que la mayoría de los médicos acuerdan en que hay posibilidades de que los tratamientos farmacológicos no funcionen y de que haya que cambiar los medicamentos por otros, no ponen en duda que los cambios en la vida cotidiana y el compromiso de los pacientes sean la opción para reducir los dolores de cabeza. Luego, si bien se consideran y se les da un lugar a otras prácticas se afirma que “si te sentís mejor no me vas a decir que es por eso, ahí estuvo el tratamiento médico”. Es decir, el lugar tiende a ser subordinado y, por eso, las explicaciones sobre estas otras prácticas se enmarcan dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad que establecen los profesionales respecto de otras formas de atención no biomédicas en donde se las tiende a excluir, negar, estigmatizar o, en algunos casos, aceptarlas críticamente (Menéndez, 2003).

Pero, al mismo tiempo, el incremento en los últimos tiempos de diferentes modos de cuidar y tratar ciertos malestares (en especial aquellos ante los cuales la biomedicina no tiene respuestas), hace que los profesionales señalen que esas decisiones quedan a “consideración de la libertad del paciente”.

Esta “libertad de elección” conforma uno de los aspectos básicos del modelo biomédico que tiende a centrarse en una concepción de un sujeto que elige y decide.

Si esos pacientes quieren recurrir a medicinas alternativas, yo no estoy en contra y no voy a ponerme a discutir... siempre que no le haga daño. Las medicinas alternativas son válidas,

las cosas de relajación..., todo eso es muy útil (Médica neuróloga).

Yo le creo más a la medicina académica...creo que esa no la podés dejar... ¿no? No se te va a ir de por sí la migraña. Pero si vos, a la par de eso, vos querés complementarlo con otras cosas... Me parece bien..., está en la libertad del paciente (Médica residente en neurología).

Siguiendo a Mol, hablar de “elección”, “autonomía” o “libertad” del paciente implica una lógica propia de la biomedicina donde se considera a los sujetos individuos autónomos y responsables que eligen y se hacen cargo de esas decisiones en función de responsabilidades individuales (Mol, 2008). En cambio, frente a este modelo racional e individual, a través del estudio sobre las prácticas de cuidado en la migraña, prevalecen lógicas en las que quienes padecen adoptan roles activos que exceden las prescripciones biomédicas e incorporan distintos modos de tratar en los que se ponen en juego diferentes experiencias corporales y de convivencia con el malestar.

### En la búsqueda de alivio y algo más

La complejidad de las experiencias con dolores crónicos tiende a chocar con dualismos biomédicos y, por eso, es necesario tener en cuenta no sólo las distintas variables con las que conviven en la cotidianeidad sino también los saberes disponibles sobre ellos (Good, 1994a y b; Kleinman, 1994; Jackson, 2000; Das, 2001).

En el caso de los pacientes, una de las explicaciones de las idas y vueltas en los tratamientos biomédicos es que a pesar de los cambios –para prevenir el dolor- en prácticas y costumbres (como la alimentación, actividad física, el manejo del estrés, entre otros), su cumplimiento no siempre garantiza que se reduzca la intensidad y frecuencia de los dolores de cabeza. Entonces, se habla de cansancios y frustraciones pero, al mismo tiempo, de búsquedas “por otros lados”. En estos casos, el cuidado adquiere una dimensión más amplia que se extiende a otras prácticas con distintas tradiciones y legitimidades.

En algunas oportunidades, la migraña deja de ser un diagnóstico a cargo de los profesionales ya que algunos pacientes decían tener este dolor antes de consultar con el médico neurólogo. Se trata de circulación de información dentro de los vínculos cercanos (familiares, amigos, etc.) en los cuales dichos intercambios transmiten desde los síntomas

asociados a este padecimiento hasta las posibles estrategias para lograr mejoras y alivio.

De este modo, teniendo en cuenta las sugerencias de otros, las personas hicieron referencia a un conjunto de prácticas que realizan a modo de prueba en busca de alivio:

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)

Me traté con un homeópata casi dos años pero no me dio resultado... Después hice acupuntura... dos años y medio, pero como había dejado el Migral no me dio resultado porque no me gusta mezclar (Silvia, 47 años).

De este modo, se ha podido registrar (teniendo en cuenta las palabras de quienes padecen) que, entre otras cosas, se recurre a terapias psicológicas, homeopatía, acupuntura, reiki, "yuyos", curanderos, "remedios mágicos", religiones, yoga, etc. A pesar de la heterogeneidad de prácticas (que van desde la medicina homeopática, el reiki hasta actividades como la natación), el análisis de las narrativas identifica, en general, a la institución biomédica como la primera en donde se realizan consultas y luego la alternancia/combinación con diferentes saberes y modos de tratar.

Asimismo, si bien se trata de estrategias que se diferencian notablemente de la biomedicina los/as entrevistados/as no dijeron encontrar contradicciones en consultar a un neurólogo y, por ejemplo, homeópata al mismo tiempo. Sin embargo, ya sea en consonancia con las consultas biomédicas o no, algunos expresan que prefieren no decirles nada a los profesionales biomédicos porque "mucho no les gusta y no creen".

La doctora me dijo que hiciera terapia si quiero solucionar conflictos de mi infancia pero que para la cabeza no me iba a ayudar porque esto es orgánico, son neurotransmisores que no funcionan y la medicación es lo que lo va a solucionar. Yo dije: "bueno, está bien, y seguí con la terapia igual". Creo que me ayuda a mirar las cosas de otra manera, y frente a

situaciones que me tengo que enfrentar es cuando más me agarran las crisis con la cabeza (Martina, 29 años)

A pesar de no encontrar una relación directa entre la terapia y el alivio de los dolores de cabeza, Martina señala: "me ayudó a solucionar problemas, ver las cosas más claras". La posibilidad de encontrar ámbitos de "claridad" dentro de contextos propicios para la aparición de la migraña se vuelve una herramienta importante para lidiar con estos dolores en la cotidianidad, identificar motivos y emociones que pueden desencadenarlos, entre otras cosas.

Tengo una amiga que también tiene dolor de cabeza y estamos siempre con yuyos probando, o sea con el té de tilo, de manzanilla. A los médicos mucho no les gusta, no les cae muy bien, pero si buscás en Internet, por ejemplo, algún yuyo que sea para la migraña hay varios. A veces también he comprado algún yuyo con la medicación que no me hizo bien porque, por ejemplo, tomaba un té que era sedante y el Rivotril que me daba la doctora, que también me dormía, entonces al otro día planché todo el día (Mariana, 26 años).

En las palabras de Mariana se combinan, al mismo tiempo, sus búsquedas de alivio para el dolor con las prescripciones de los profesionales biomédicos. La falta de articulación entre ambos saberes hace que en esa "mezcla" se produzca un resultado corporal no esperado como "planchar todo el día". Pero, además, tiene que ver con la necesidad de lograr que el cuerpo se "tranquilece y calme". Ambos son estados que se mencionan con recurrencia en quienes padecen ya que en sus explicaciones "caseras" la migraña está relacionada en gran parte con las características de las sociedades actuales y con los modos acelerados de vida.

Alguna vez alguien me dijo de homeopatía pero nunca probé, puede ser. O sabes que una vez una amiga que le duele muchísimo la cabeza fue a un chino y le hicieron acupuntura y la dejaron como nueva (Analía, 36 años)

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.

Probé de todo...homeopatía... lo que pasa que tampoco le di tiempo al tratamiento. El médico me parecía serio y me daba globulitos. Con esa medicación yo suponía que iba a estar mejor. Por ahí había otros aspectos de mí que andaban un poco más equilibrados..., pero la migraña siguió igual. Y después no fui más realmente por una cuestión económica, pero igual me hubiera gustado seguir yendo, porque eso sí que me parecía piola y me parecía serio (Flavia, 41 años)

Flavia, luego de un tratamiento biomédico realizó una consulta con un homeópata y resalta no sólo el poco tiempo dado a ese tratamiento sino también los beneficios que encontró más allá de los dolores de cabeza.

### **“Abrazar el dolor”: sentidos y corporalidades en otros modos de tratar**

En las sociedades occidentales, los modos de pensar los dolores y las enfermedades incluyen un tipo de concepción corporal que tiene profunda influencia de las ciencias biológicas y médicas. 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. Esta influencia, aparentemente neutral, hace que, en general, se preste atención a cuerpos ágiles y biológicos olvidando la interrelación entre las dimensiones sociales, económicas, culturales y morales que influyen en las formas corporales de padecer y en cómo varían históricamente (Martín, 1992, 1994). Si bien desde los saberes expertos el objetivo de los tratamientos apunta a la reducción de la intensidad y frecuencia de los dolores de cabeza (localizando el malestar en la cabeza y actuando a partir de eso), para quienes padecen las experiencias y trayectorias por diferentes prácticas y acciones repercuten en las concepciones corporales y emocionales que dicen sentir.

En los relatos de los pacientes, el dolor es “incómodo”, “fastidioso”, “insoportable” pero, al mismo tiempo, es algo “que no se puede evitar”, “recurrente”, “te terminás acostumbrando”; es algo “reconocido”. Aunque la migraña es localizada primeramente en la cabeza de las personas, en el detalle de las entrevistas involucra toda su corporalidad y las acompaña en distintos momentos de sus vidas.

La inclusión de los dolores en los relatos de los sujetos como parte de sus biografías y como

algo más con lo que conviven –que por momentos quiebra certezas y obliga a suspender eventos– da cuenta de que las palabras tienen los significados que nosotros les hemos dado mediante explicaciones que estamos dispuestos a brindar cuando se nos pregunta (Wittgenstein, 1968). Es decir, si en el análisis de las narrativas de los actores la migraña aparece como algo “propio”, se establece una concepción de dolor que difiere de la tradicional, de acuerdo con la cual la enfermedad se ve como algo externo a los cuerpos.

Son dolores que se convierten en “parte de sí” y dicha incorporación unida a los recorridos por diferentes espacios y prácticas de cuidado hace que las personas señalen que desde los saberes expertos biomédicos se produce una visión “sectorizada” de su dolor sólo en la cabeza dejando de lado “el cuerpo como un todo”.

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”, “no ver solo la cabeza como el problema” porque esas otras medicinas “tienen una visión más integral”, “hacen más preguntas”, “medican menos”, “escuchan”. También se señala que “apuntan a otra cosa”, “permiten bajar”, “calmar”, “tranquilizar”, “te ven como un todo”, entre otras.

Asimismo, si bien en el caso de quienes padecen se pueden identificar distintas sensaciones que se asocian a la convivencia con el dolor, en este artículo interesa focalizar en el cansancio y desesperación como dos caras de una misma moneda. Las personas con “con migraña” no sólo dicen sentirse cansadas ante el comienzo del dolor sino también es la convivencia con un malestar a largo plazo que puede irrumpir en cualquier momento de la cotidianidad lo que produce sensación de cansancio y de “no saber qué hacer”. De acuerdo con Lila Abu-Lughod y Lutz (1986; 1990), las emociones son

“invenciones históricas” y “estrategias retóricas” que utilizan los individuos para expresarse, hacer reclamos a otros y promover determinados comportamientos. En este sentido, 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.

Pero, al mismo tiempo, estas descripciones de cansancio en torno a las características de la migraña están mediadas por la angustia y desesperación. En este sentido, las sensaciones mencionadas previamente juegan un rol central para “activar” a los sujetos a “probar” otros modos de tratar.

Después ya te digo, los que tiran las cartas, a la iglesia universal del reino de dios, todo lo que te puedas imaginar porque es la desesperación de uno lo que te hace hacer estas cosas (Mirtha, 56 años).

Las referencias de Mirtha a la “desesperación” es una constante en las narrativas de quienes padecen y en numerosas ocasiones es el motivo que desencadena consultas con otros saberes complementarios/alternativos a la biomedicina.

Hace unos meses cuando tuve dolor de cabeza fuerte, mi papá sabiendo que para mí ir al neurólogo es siempre lo mismo porque me hacen una resonancia, la miran y dicen: “está todo bien”, entonces me dijo: “Conozco un acupunturista”. Fuimos, me aplicó acupuntura y por dos semanas fue como una gloria. Y ahí sea, realmente me di cuenta que el dolor de cabeza cambia mi vida cotidiana. O sea, el no tenerlo es un placer... hago las cosas distintas, con más ganas. Y bueno, estuve dos semanas así hasta que después me volvieron los dolores (Carolina, 27 años)

La presencia e intervención recurrente de otros en los momentos de dolor intenso se debe a que la convivencia prolongada con la migraña convierte a aquellos que están vinculados a quienes padecen, muchas veces, en testigos directos de estas experiencias. Entonces, el “no saber qué hacer”, “la desesperación por la intensidad del dolor” se combina con sugerencias de conocidos y decisiones de familiares que actúan para “probar lo que sea y hacer algo”.

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 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)

Más allá de las diferencias en los relatos y prácticas que encontraron los familiares de Carolina y Mirtha, se trata de explorar otros modos de dar respuesta al padecimiento. 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). 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 que quedan por fuera de lo biomédico.

En palabras de los pacientes, 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,

cuerpo/mente. Las palabras que Carolina cita de la profesional que le hizo Reiki tienen que ver con una concepción diferente a las experiencias con médicos neurólogos. Ella dice que es una “técnica que no llega a entender bien qué significa pero que estaría bueno para aplicarlo”. Además, se hace referencia a un tratamiento que “hace bien por otras cosas que no tienen que ver con el dolor de cabeza”. Es decir, estas afirmaciones son recurrentes en numerosos entrevistados que incluyen otros modos de tratar y que dan cuenta de los posibles efectos que estos tratamientos tienen más allá de la migraña.

Interesa resaltar que las búsquedas de otras terapias no implican que no se responsabilice a los pacientes o no se les den medidas que apunten a modificar hábitos y modos de vida pero lo que se resalta es que, en algunos casos, para quienes padecen “el cuerpo aparece como un todo”.

De este modo, frente a tratamientos prescritos por los saberes expertos biomédicos orientados a evitar el dolor basados en la concepción de “estilo de vida”, dolores crónicos como la migraña no sólo discuten con dichas concepciones más “individuales” de padecer sino que además permiten incluir otros saberes y acciones que problematizan a partir de los relatos tanto de los médicos como pacientes- qué sucede cuando un conjunto de malestares que perduran en el tiempo ponen en discusión los tratamientos tradicionales de los saberes biomédicos.

### Reflexiones finales

Padecer dolores crónicos como la migraña se convierte, por momentos, en una experiencia disruptiva porque son malestares que aparecen de manera inesperada en distintas situaciones de la cotidianeidad. Sin embargo, las personas dicen que a partir de la cronicidad e imposibilidad de una cura estos dolores se convierten en algo más con lo que deben convivir. 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, a veces, (aparentemente) contradictorias entre sí.

De este modo, estos dolores de cabeza ponen en discusión distintas cuestiones que en las sociedades actuales adquieren cada vez más importancia. En primer lugar, se trata de un padecimiento que “no se ve”, es decir, los estudios se realizan para descartar algo “más grave” pero si los resultados se encuentran dentro de los parámetros biomédicos, el diagnóstico

es migraña. Esta cuestión es central porque desde la medicina hegemónica -basada en la evidencia empírica-, la migraña no tiene explicaciones certeras y los tratamientos se orientan a ensayos de “prueba y error” (dejar algunos alimentos, modificar “estilos de vida”, etc.).

En este sentido, la extensión en la cotidianeidad de los modos de cuidar (se) hace que quienes padecen incorporen progresivamente otras prácticas y acciones [formales e informales- ya sea por sugerencias del entorno, por la necesidad de probar algo en busca de “alivio” o, simplemente, para tener otras opiniones acerca de un dolor que goza de dos características aparentemente contradictorias, es muy común y frecuente en las sociedades actuales (o, por lo menos adquirió mayor visibilidad) pero al mismo tiempo no se sabe bien qué es, por qué proviene y cómo tratarlo.

De esta forma, indagar en las diferentes trayectorias de cuidado en búsqueda de alivio y de otras respuestas/explicaciones a un dolor con el que se convive permite problematizar no sólo las diversas experiencias de quienes padecen sino también los conflictos y tensiones que esas otras prácticas les generan a los saberes biomédicos.

Asimismo, en la mayoría de los relatos de los pacientes, la incorporación de otros modos de cuidar (se) excede (aunque no deja de ser el motivo principal) la búsqueda de disminución de la migraña. Se trata de lograr “tranquilidad”, “bajar”, “estar tranquilos/as” dentro de un contexto que -resaltan- no es favorable para estos padecimientos.

A modo de reflexión, más allá de las características, reconocimientos y legitimidades que socialmente puedan tener las diferentes formas de abordar un padecimiento, las trayectorias en búsqueda de alivio visualizan distintas percepciones en torno a la relación entre cuerpo, dolor y cuidado que no habían sido problematizadas desde la biomedicina y que refieren, en especial, a “no ver sólo la cabeza como el problema”.

### Bibliografía

ALVEZ, P; RABELO, M. (2009) “Nervios, proyectos e identidades: narrativas de la experiencia” en: Grimberg, M. (comp.) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia.

- BONET, O. (2006) "Emociones e sufrimientos nas consultas médicas. Implicações da sua irrupção". *Teoria e Cultura* N° 1, p.117-138.
- CONRAD, P. (2007) *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- DAS, V. (2001) "Language and Body: transactions in the construction of pain" en: KLEINMAN, A; DAS, V.; LOCK, M. (comp.) *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- DEL MONACO, R. (2013) "Autocuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña". *Salud colectiva* Vol.9, N°1 p. 65-78.
- DOMINGUEZ MON, A. M. (2012) "Estilos de vida y enfermedades crónicas no transmisibles: revisión del uso etnográfico de una categoría aplicada al abordaje de los cuidados en salud en sectores medios urbanos". En: *Agencia y cuidado en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles*. Cuadernos de trabajo del Instituto de Investigaciones Gino Germani p.32-44.
- 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 p. 87-94.
- EPELE, M. (2010) *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- EPELE, M. (2012) *Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.
- FARMER, P. (2003) *Pathologies of power. Health, human rights and the new war on the poor*. Berkeley y Los Angeles: University of California Press.
- 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* N° 17, p.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., (comp.) *Pain as Human experience. An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press.
- LUTZ, C. (1986) "Emotion, Thought, and Estrangement: emotion as a cultural category" *Cultural Anthropology*, N° 3 p.287-309.
- LUTZ, C.; ABU-LUGHOD, L. (1990) *Language and the politics of emotion*. Cambridge: University Press, New York.
- MARTIN, E. (1992) "The end of the body?" *American Ethnologist*, Vol. 19, N°1, p. 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.; BARBER, N.; RECODER, M.L. (2006) "VIH-SIDA y "adherencia" al tratamiento. Enfoques y perspectivas". *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología*, N° 3, p. 281-300.
- MARGULIES, S. (2010) "Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida. Ensayo de antropología de la medicina". *Intersecciones en Antropología* N° 11, p.215-225.
- MENENDEZ, E. (1998) "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares

y significados diferentes". Revista Estudios Sociológicos N° 46, p.37-67.

MENENDEZ, E. (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". Revista Ciênc. saúde coletiva Vol. 8 N° 1, p. 185-207.

MOL, A. (2008) *The logic of Care. Health and problem of patient choice*. Oxon: Routledge.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. DIVISION OF HEALTH PROMOTION, EDUCATION AND COMMUNICATION (1998) "Promoción de la salud: glosario" WHO/HPR/HEP/98.1 p.35

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) "Cefaleas" 2012 disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/> Fecha de consulta: marzo de 2013

SCHEPER HUGHES, N.; LOCK, M. (1987) "The Mindful Body: a prolegomenon to future work in medical anthropology". Medical Anthropology Quarterly New Series Vol. 1 N°1, p. 6-41.

VISAKOVSKY, S. (2008) "Estudios sobre "clase media" en la antropología social: una agenda para la Argentina". Revista Avá N° 13, p.1.

WITTGENSTEIN, L. (1968) *Los cuadernos azul y marrón*. Madrid:Tecnos s.a.

ZAVALA, H.; SARABIA, B. (2006) "Impacto de la migraña en la calidad de vida". Publicaciones del hospital Ramos Mejía. Buenos Aires, disponible en: <http://www.ramosmejia.org.ar/r/200603/4.pdf>. Fecha de consulta: 10 de abril de 2014

Citado. DEL MONACO, Romina (2017) ""En la búsqueda de alivio": narrativas de profesionales biomédicos y pacientes sobre experiencias, percepciones y (des) acuerdos ante otras prácticas de cuidado en dolores de cabeza crónicos" en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES, N°24. Año 9. Agosto 2017-Noviembre 2017. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 71-82. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/429>.

**Plazos.** Recibido: 16/01/2016. Aceptado: 10/10/2016