

Corporalidades y emociones en dolores de cabeza crónicos categorizados biomédicamente como migraña

Romina Del Monaco¹

Resumen:

Desde una perspectiva socio-antropológica, en este trabajo se exploran y analizan los modos de padecer un dolor crónico denominado migraña a partir de un enfoque relacional que articula los relatos de los profesionales médicos con las narrativas de los sujetos que padecen. En particular, ante la existencia de corporalidades dominantes el objetivo es analizar cómo intervienen en dicha lógica caracterizada por un pensamiento dualista y biológico, las distintas experiencias corporales y emocionales con la(s) migraña(s).

Palabras clave: dolor crónico-corporalidad-emociones-migraña-moralidad

Introducción

¹ Pertenencia Institucional: Instituto de Investigaciones Gino Germani-Facultad de Ciencias Sociales (UBA)-CONICET- Licenciada en Sociología (UBA) -Magister en Antropología Social y Política (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales)-Doctoranda en Ciencias Sociales (UBA)-Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)- Contacto: rominadelmonaco@yahoo.com.ar

Los modos de concebir los cuerpos, las emociones, la salud y las experiencias con padecimientos se encuentran atravesados y legitimados por saberes, prácticas, creencias que varían de acuerdo a las sociedades y/o comunidades e intervienen en las vidas de los sujetos. En occidente, los modelos corporales dominantes provienen de las ciencias naturales (retomado por la biomedicina, entre otras disciplinas) y refieren a una concepción biológica, a-histórica, dualista y objetiva.

La influencia de las ciencias biológicas, aparentemente neutrales, en la biomedicina es central y se presta especial atención a un cuerpo ágil y biológico que olvida la interrelación entre las dimensiones sociales, económicas, culturales y morales que influyen en las formas corporales y en como las mismas varían históricamente (Martín, 1994). El aspecto biológico implica que ante un padecimiento es necesario localizar el dolor, indagar en sus causas, más allá de los sujetos que lo padecen, y tratarlo.

Por fuera de este modelo biológico y mecánico, están las percepciones y sensaciones que intervienen y dan forma a los modos de experimentar la corporalidad y los procesos de padecimiento.

En este sentido, el aumento y/o mayor visibilidad que en las últimas décadas adquieren los dolores crónicos permite cuestionar dicha concepción meramente biológica de la corporalidad. El caso de los padecimientos crónicos es paradigmático porque discute con la concepción occidental, dualista y biológica del cuerpo. Se trata de dolencias que se prolongan en el tiempo, no existen certezas en torno a sus causas y tratamientos. Además en quienes padecen conviven diferentes estados del sentir vinculados con la permanencia del dolor en el tiempo, las modificaciones que eso genera en la cotidianidad, los cambios en el propio cuerpo y en los vínculos con otros. Se trata de dolencias cuyo análisis muestra la diversidad de experiencias y su carácter intersubjetivo dado que las narrativas de quienes padecen sobre los modos de “ser en el mundo”² surgen, en general, de la intersección de sus experiencias con las experiencias de otros (Merleau Ponty, 2003; Csordas, 1994; Brodwin et al 1994).

La migraña es un ejemplo significativo y especial de dolor crónico que carece de una etiología precisa, evidencias fácticas y tratamientos eficaces. Se trata de dolores de cabeza recurrentes de los cuales no existen indicadores empíricos que den cuenta de los motivos por los que aparecen, estos dolores se dan, generalmente, en la mitad de la cabeza y suelen acompañarse de náuseas, vómitos, molestias e intolerancias a la luz, al ruido y a los olores. Otros síntomas que los acompañan con cierta frecuencia son: molestias en las articulaciones, mareos, sensaciones de cosquilleo y una sensación particular denominada “aura”, que según

los dichos de los pacientes se trata de alteraciones visuales (destellos de luz, rayos, etc.) y, ocasionalmente, pérdidas temporarias breves de memoria.

Los profesionales médicos realizan estudios para descartar cualquier otra enfermedad pero, si los resultados se encuentran dentro de los parámetros esperados por la biomedicina, el diagnóstico es: “migraña”. Su particularidad reside no sólo en que trastoca algunos de los fundamentos sobre los que se edificó la biomedicina basada en evidencia, ya que el diagnóstico es resultado de que “está todo bien”, sino que además interviene en un modelo corporal dominante biológico y dualista.

Desde la biomedicina se tiende a construir al cuerpo como un objeto dividido en partes que adquieren distintos sentidos y significados de acuerdo a su ubicación y función. Dada la influencia y legitimidad que tiene la práctica médica, estos saberes expertos se extienden, de diversos modos, en los saberes legos, construyen y dan forma a percepciones sobre el propio cuerpo y los procesos que acontecen en él. Por ejemplo, hay un mapa corporal por medio del cual, desde los saberes legos, se tiende a asociar el cerebro y el sistema nervioso con la cabeza, este corrimiento hace que esta parte del cuerpo sea la responsable de innumerables procesos y funciones.

Asimismo, en otras perspectivas teóricas y filosóficas acontece un proceso similar. El “pienso luego existo” y el lugar que ocupa la mente en el pensamiento cartesiano hace que para actuar correctamente se deba usar primero la cabeza. Es decir, se trasladan las propiedades y percepciones que desde el sentido común tenemos sobre la mente a la cabeza.

A su vez, esta percepción de la cabeza se complementa con los modos de pensar y de actuar en las sociedades occidentales atravesados por dualismos tales como: racional-irracional, emoción- pensamiento, mente-cuerpo, individuo-sociedad, consciente-inconsciente, entre otros. Dentro de estos dualismos se manejan las visiones del mundo sobre las personas, vida social y moralidad. Tanto el pensamiento como lo emocional se consideran elementos propios y pertenecientes a los individuos, no obstante, la emoción es al pensamiento lo que el corazón es a la cabeza, lo irracional a lo racional, impulso a la intención, vulnerabilidad al control, caos al orden (Lutz, 1986).

Dolores crónicos como la migraña discuten con lógicas de pensamiento dualista (Good 1994, Kleinman 1994, Jackson, 2000; Lutz, 1986; Epele 2010) y con modelos corporales dominantes de padecer dado que evidencian cómo el dolor es indisoluble de un conjunto de dimensiones que lo atraviesan y dan forma. Las experiencias con estos dolores de cabeza son particulares porque en un espacio asociado con el pensamiento, control y equilibrio ingresan, ante la aparición del dolor, estados emocionales e irracionales que, de algún modo, conviven

y se asocian con lo racional y equilibrado. La convivencia de distintos estados – aparentemente contradictorios- del sentir cuestionan modelos dominantes de la corporalidad y muestran la existencia de modos de padecer más aceptados que otros.

Asimismo, estos dolores muestran que las experiencias de sufrimiento son contextuales, dependen de situaciones, eventos y relaciones entre quienes padecen y los otros. Si bien por una concepción predominantemente biológica del cuerpo los dolores de cabeza se naturalizan, dar cuenta y explorar los modos de padecer permite observar la existencia de distintos dolores de cabeza que conforman la categoría “migraña” y se encuentran inscriptos en biología locales, es decir, los cuerpos están previamente contextualizados y sujetos a cambios que tienen implicancias para el desarrollo de las personas (Lock, 2010).

La existencia de múltiples experiencias de padecimiento surge de los modos en que los sujetos expresan, dan forma y narran su dolor para sí mismos y para otros. Siguiendo a Ricoeur, por estar en el mundo y por soportar situaciones, intentamos orientarnos sobre el modo de la comprensión y tenemos algo que decir, una experiencia que llevar al lenguaje, una experiencia que compartir (Ricoeur, 2009). Las experiencias son procesos variables, situados en tramas de relaciones inter-subjetivas, construidas y reconstruidas histórica y socialmente en dimensiones normativas, emotivas y valorativas (Grimberg, 2003).

Los relatos de los pacientes crónicos están situados en mundos locales, por eso, la descripción de sus experiencias debe situarse en contextos más amplios que incluyan lo familiar, laboral y social dado que las características de determinadas dolencias pueden condicionar, de acuerdo a los sujetos y situaciones involucradas, las expresiones del que padece y las reacciones de otros.

Ubicar los padecimientos dentro de biología locales permite conocer dimensiones de análisis que dan forma, sentidos y significados a las dolencias. La anatomía moral es una de esas dimensiones que vincula lo anatómico y corporal con lo local y con las moralidades dominantes. Siguiendo a Epele, la existencia de anatomías morales diferencia y asignan valores a los cuerpos, intervienen en los relatos sobre los padecimientos, en sus prácticas de cuidado y son un reflejo de las moralidades que la sociedad tiene sobre la corporalidad (Epele, 2002).

A partir de las anatomías morales y, a través del análisis de las entrevistas, se observan modos de padecer que refieren a cómo quienes tienen migraña narran los comienzos con su dolor (tanto respecto de un “origen” como los motivos que atribuyen a su aparición reiterada en la cotidianidad). Los pacientes relatan sentimientos hacia otros que deben reprimir por las

consecuencias y efectos sociales que podría tener exteriorizarlos, entonces, esos controles y regulaciones desencadenan en dolores de cabeza.

La investigación

La investigación adoptó los lineamientos de la metodología cualitativa. Se describen y analizan los relatos de profesionales y personas con migraña para interpretarlos en el contexto de la relación entre el dolor crónico, práctica biomédica y las experiencias corporales y emocionales de quienes lo padecen. Este abordaje permite tomar contacto con el punto de vista de los actores a través de sus propias narrativas y posibilita acceder a aspectos subjetivos y simbólicos de la población que se estudia (Taylor y Bogdan, 1996).

El trabajo de campo se desarrolló durante el año 2010 en el servicio de neurología de un hospital público del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Se realizaron 38 entrevistas semi-estructuradas a pacientes con migraña (29 mujeres y 9 varones) de sector socioeconómico medio/medio-bajo y 15 entrevistas a profesionales (médicos neurólogos en general, neurólogos especialistas en migraña, residentes de esa área). El rango etario iba desde los 21 años hasta 60 años. En ambos casos, (médicos y pacientes) se utilizó una guía que se complementó e intercaló con preguntas espontáneas surgidas en el contexto de las entrevistas.

Para realizar el trabajo de campo en el servicio de salud, se llevó a cabo el proceso de evaluación requerido a través del comité de ética del hospital. La realización de las entrevistas (a personas mayores de 18 años) 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.

Modos dominantes de corporalidad: cuerpo biológico y dualista

Siguiendo a Martín (1994), nuestras nociones acerca de la salud, el cuerpo y la enfermedad han cambiando desde las últimas décadas y por eso es útil des-familiarizar las categorías presentes y las prácticas con el fin de hacerlas menos evidentes y necesarias. No obstante, la ciencia es un agente activo en la cultura, en los modos de pensar el mundo y los cuerpos, que genera consecuencias en las experiencias con un dolor (Martín, 1994)

Hay formas dominantes de categorizar los dolores y enfermedades que parten de una concepción del cuerpo como sistema complejo. Pensar de este modo al cuerpo, tanto desde saberes legos como expertos, tiene implicancias porque en primer lugar, se da la paradoja de que si bien los sujetos tienden a sentirse responsables del funcionamiento de dicho sistema, no

está a su alcance solucionar cualquier cosa que les pueda suceder. Dos dimensiones centrales respecto de los modelos corporales dominantes son lo biológico y dualista. Por eso, interesa analizar ambas cuestiones a la luz del padecimiento de la migraña.

Cuerpos biomédicos y dolor crónico

La práctica biomédica tiende a convertir a los padecimientos en patologías, es decir, hechos objetivos basados en evidencias empíricas estructuradas en el correspondiente campo biológico. La biomedicina conoce las enfermedades “tradicionales” por medio de diferentes pasos: escucha de síntomas relatados por los pacientes, identificación de daños o lesiones visibles (o no) en el cuerpo, realización de estudios y análisis de laboratorio, entre otros. Se trata de un modelo curativo en el cual los profesionales indagan en los síntomas que consideran propios del malestar y se abstraen de los sujetos y de los elementos “periféricos” a la dolencia (Foucault, 2008).

A diferencia de las enfermedades agudas asociadas a daños o lesiones orgánicas cuya curación es resultado de seguir un tratamiento o, de las enfermedades crónicas que si bien se prolongan en el tiempo, existen evidencias fácticas como recursos que prueba su existencia, se encuentran los dolores crónicos que entre otras cosas carecen de referencias empíricas sobre su existencia. Es decir, no hay modo de probar que orgánicamente algo anda mal. Los profesionales describen el dolor crónico como: *algo que afecta la calidad de vida, es de larga duración, tiene una constelación que lo rodea, se prolonga más, de 3 a 6 meses; tiene un componente emocional que limita a diferencia del agudo, no está bien localizado y es difícil de tratar*. La temporalidad, es decir, la prolongación en el tiempo se convierte en una de las variables principales para definir la cronicidad. Además, a diferencia de los dolores agudos que desaparecen o empeoran, los dolores crónicos no necesariamente producen un deterioro corporal ni la muerte del paciente (Jackson, 2000).

Desde la biomedicina, la migraña es una enfermedad neurológica, generalmente con base genética que también se asocia al estilo de vida de quienes padecen. Por los profesionales se considera: *un tipo de cefalea primaria, un dolor de cabeza con particularidades específicas, una alteración neurológica*, etcétera. Las diferentes formas de nombrar un mismo dolor señalan la dificultad biomédica para dar cuenta de un padecimiento que no se corresponde con la idea tradicional de enfermedad.

Son dolores que se vuelven inseparables de las percepciones, emociones y sensaciones de los pacientes y, como no se pueden categorizar a partir de un saber objetivo, tienden a desafiar al conocimiento biomédico. Por eso, investigaciones de antropología médica resaltan la

necesidad de considerar a los dolores crónicos como construcciones que exceden las explicaciones biológicas, científicas, objetivas y dualistas (Good, 1994; Kleinman, 1994; Jackson, 2000).

Y por ahí algunos no te lo creen. O sea, algunos piensan que nada, que lo estás inventando, pero no lo podés manejar. O sea, si podés tratar de tomártela más tranquilo pero cuando te viene el dolor de cabeza, el dolor está. Y por ahí, mi mamá se olvida y se pone muy nerviosa...y no tiene una contención hacia mí que necesito. Por ahí un dolor de cabeza la gente lo minimiza con, bueno, te tomás una bayaspirina y punto (Marcela, 28 años)

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

En las migrañas, los vínculos entre cronicidad, interrupciones repentinas de la cotidianidad, faltas de evidencias empíricas y connotaciones sociales de los dolores de cabeza asociadas con algo común y poco preocupante, contribuyen a que desde el entorno de quienes padecen se relacione, por momentos y de acuerdo a los relatos de los sujetos, al dolor con excusas y exageración. Este aspecto responde a un modelo corporal en el cual los modos de padecer más aceptados tienden a asociarse con un correlato orgánico.

Asimismo, en las últimas décadas el cuerpo sano se ha convertido en una marca de distinción que diferencia a aquellos que desean tener éxito de los que fallan y, por eso, los modos de padecer se encuentran asociados con modos corporales saludables que le dan cierto valor al individuo (o no) (Crawford, 1994). Los relatos de quienes padecen muestran que la credibilidad o no del dolor no tiene que ver sólo con una referencia empírica y biológica sino que intervienen otras cuestiones tales como las funciones que se esperan de cada parte del cuerpo, el lugar que ocupa la cabeza y lo que socialmente significa sentirse mal de forma reiterada.

Dualismos y migraña: modos más o menos aceptados de padecer

Los dualismos son una de las bases del pensamiento occidental y están presentes en los modelos corporales dominantes, las experiencias cotidianas y los modos de padecer, no son la excepción.

La distinción entre mente/cuerpo sienta las bases del pensamiento racional, la mente es el ámbito de la razón que posibilita que los sujetos actúen en las sociedades de acuerdo a ciertos preceptos que regulen, entre otras cosas, el control de las emociones y pasiones corporales. Consecuentemente, existe un control de emociones que intenta mantener determinadas impresiones, obligaciones y equilibrios durante las relaciones con los otros.

Asimismo, si bien una de las asunciones más importantes de la vida cotidiana es que vivimos en el mismo mundo que quienes nos rodean (Schutz, 2012), esta asunción se puede llenar de dudas cuando se cuestionan modelos dicotómicos de pensar establecidos socialmente. Tal es el caso de pacientes crónicos cuyo mundo se experimenta, por momentos, de un modo diferente por las dificultades que implica convivir con un dolor en el tiempo y por la complejidad de transmitir las sensaciones del dolor (Good, 1994). La cronicidad instala cierta pérdida de confianza en la salud y en procesos corporales normales. La fidelidad de nuestro cuerpo es tan básica que nunca pensamos en ella, surge en las experiencias cotidianas, sin embargo, los dolores crónicos traicionan esta confianza y aparecen sensaciones de pérdida, incertidumbre y la vida se convierte en una mezcla de sentimientos de confusión, enojos, celos, etc. (Kleinman, 1988).

Son las narrativas de quienes padecen sobre sus experiencias con el dolor donde se pone de manifiesto, a partir de lo que dicen que genera la migraña, la existencia de modelos corporales dominantes en los cuales se observa una división dualista y anatómica del cuerpo que incluye modos más o menos correctos de padecer.

En los relatos de los sujetos aparece una concepción de la cabeza vinculada con el control, el equilibrio y la razón. La cabeza es una parte muy sensible e importante del cuerpo que se contrapone con lo emocional (necesario de ser controlado y regulado por la misma).

La migraña pone en jaque dichas propiedades, las modifica y hace que se asocien dimensiones hasta el momento impensadas en esta parte del cuerpo ya que en las narrativas de quienes padecen se vinculan, conviven y regulan emociones aparentemente contrapuestas.

Sentis como que mil agujas se te están clavando en la cabeza, sentís un dolor pulsátil, presión sobre la cabeza y no querés que nadie te hable...te cambia el humor. No sé cómo explicártelo es un dolor que a veces no podés controlar, o sea...eh...es horrible.

Mi primera impresión cuando tuve la cefalea fue miedo, miedo de quedarme dura ahí... y de no...de morirse prácticamente. (Laura, 28 años)

El ingreso de la emoción en un ámbito reservado a la razón implicaría considerar que el sujeto se encuentra “fuera de sí” y que no es responsable ni capaz de sus acciones. La racionalidad se acerca a la inteligencia y la habilidad para resolver problemas. En cambio, las personas tienden a ver lo emocional como lo disruptivo y opuesto al pensamiento. Decir que alguien es emocional es cuestionar la validez de su discurso y, más aún, el sentido de lo que está diciendo (Lutz, 1986)

Sin embargo, esto es algo que no sucede con la migraña, de este dolor se “entra y se sale” ya que la aparición repentina del padecimiento modifica temporalmente el lugar de la cabeza como centro de control y pensamiento pero antes y después del dolor se está en presencia de un “sujeto normal”.

En cambio, durante los momentos de dolor, se narran estados –aparentemente- contradictorios. Por momentos sensaciones de locura, imposibilidad de pensar, escuchar. Al mismo tiempo, existe una necesidad de controlar la desesperación, tranquilizarse, recluirse en espacios tranquilos y alejados de los otros, de algún modo se trata de “descontrolarse controladamente”.

Llega un punto en que me descompongo tanto que quedo anulada...no puedo nada. No...aparte me pone de mal humor, porque no quiero que me hablen...yo no puedo escuchar mi propia voz. La lengua se me traba, porque es como que toda la cabeza está conmocionada...y es como si no funcionaras bien, ¿viste? aparte...me pongo súper susceptible... No puedo ver la luz, los sonidos y la luz te matan...después empezás a sentir que vas a vomitar, empezás a hacer arcadas...yo terminaba vomitando muchas veces...descompuesta mal. (Flavia, 40 años)

Bombardeo, como que te estallara algo por dentro, te digo, que cuando yo estoy con crisis...y me pudiera matar...yo me mato. No quisiera vivir más. Yo le digo a mi marido...y a mis hijos...ustedes no lloren cuando me muera porque van a decir: mamá no tiene más dolores de cabeza (Mirtha, 52 años)

Las narrativas de Mirtha y Flavia describen sensaciones extremas experimentadas durante los momentos de dolor agudo. Estar *anulada*, *con bombardeo*, *descompuesta mal*, impide cualquier tipo de razonamiento y equilibrio. El dolor inunda la cabeza de: *desesperación*,

miedo, llanto, angustia, y dificulta que (por los menos durante los momentos de intenso dolor) la “torre de control” pueda cumplir con las funciones encomendadas.

Al mismo tiempo, se está en presencia de una situación paradójica porque si bien es una dolencia que reaparece en el tiempo, quienes conviven con ella mencionan que esas emociones se vuelven “normales”, partes del padecimiento y de sí mismos.

Estados del sentir que generan dolor

Los relatos de quienes padecen permiten analizar cómo las emociones –que no son homogéneas- ingresan a un espacio “reservado” a la razón y modifican las percepciones de modelos corporales dominantes y modos de padecer más aceptados que otros. Se trata de situar a los padecimientos (y a los cuerpos) en micro-contextos en los cuales adquieren distintos sentidos, significados y formas.

El concepto de “biologías locales” refiere a los modos en que procesos sociales y biológicos se encuentran en vínculo permanente dado que los cuerpos individuales están constituidos por formas de comportamiento, alimentación, modos en que el sí mismo y los otros representan el cuerpo (Lock, 2010). De esta forma, las relaciones entre las narrativas de los sujetos que padecen migraña con las biologías locales permiten encontrar modos en los que surgen los dolores de cabeza interpelados por procesos personales y sociales que median e intervienen en las experiencias del sufrimiento.

Como parte de las biologías locales, de los vínculos entre lo biológico/anatómico, moral y local surgen anatomías morales (Epele, 2002) que intervienen las percepciones que los sujetos tienen de sí mismos, de los otros, de lo que está “bien” decir y hacer.

La cronicidad y repetición sistemática de los dolores de cabeza hacen que –de acuerdo a los sujetos- *uno aprenda a vivir con el dolor y se vuelvan más normales* las intervenciones que el padecimiento genera en la cotidianidad.

Por otro lado, en las sociedades actuales se tiende a considerar “bien visto” sobreponerse a los problemas, aprender de distintos eventos y circunstancias (buenos o, especialmente, malos) y no demostrar debilidad ni cansancio. Cuestión que es fomentada por la biomedicina no sólo por los reclamos hacia los sujetos de ser saludables y responsables de su salud sino también por la importancia de tomar conciencia del enojo e ignorar la rabia que ciertas situaciones y experiencias pueden ocasionar (Rosaldo, 1989). De esta forma, las prácticas biomédicas proponen evitar que se externalicen estados internos y ciertas emociones en particular convirtiendo a la salud en una metáfora un discurso moral para el auto cuidado y la auto disciplina (Crawford, 1994).

Entonces, teniendo en cuenta que la migraña produce emociones que pueden ser amenazantes, existe una necesidad aún mayor de no demostrar los estados del sentir que producen/generan los dolores de cabeza.

A partir de los análisis de las entrevistas a pacientes se distinguen un conjunto de respuestas como explicaciones a los dolores de cabeza en las que intervienen aspectos morales que modelan los dichos en torno a las experiencias de dolor y a los motivos que las desencadenan. Un conjunto de explicaciones refieren a los dolores de cabeza asociados con malos momentos de las biografías personales:

Vos sabés que a mí me empezó a los 36 y yo trabajaba en un conmutador...y me hacía muchos problemas... ¿viste? Y porque estaba muchas horas y tenía diez líneas afuera y cincuenta internos adentro. No te relevaban para comer y que no...para pedir el baño...tenías que hacer...una solicitada..." (Marcelo, 49 años)

Me apareció a los 19 años, yo empecé a estudiar el cbc para medicina y me fue mal en una materia con lo cual perdí el ingreso a la facultad. O sea, esto fue un golpe muy duro...Y a partir de ese año empecé con las migrañas...con lo cual yo lo relaciono con una situación que fue muy difícil de tolerar...para mí...y en algún lado reventé (María Cecilia, 23 años)

La diversidad de experiencias asociadas al comienzo del dolor no implica diferenciarlo en grados de mayor o menor importancia, simplemente, considerar que las narrativas iluminan, resaltan y agrupan dimensiones que surgen de los vínculos de los sujetos con otros y consigo mismos.

Otras explicaciones, más generales, refieren a atribuir los dolores de cabeza a los nervios propios de problemas laborales y de vivir en zonas urbanas, en general. En estos casos aumenta el nivel de generalidad de las explicaciones y disminuyen los detalles y atribución a un hecho en particular.

Lo que pasa es que la vida en esta ciudad...eh...es sumamente estresante y difícil... entonces es muy agitada...digamos, esos son condimentos explosivos para la migraña. Y después en el sueño tomo pastillas para dormir porque no me puedo permitir no dormir. A lo mejor el estrés del día...la agitación hace que uno sobrepase y que no

pueda dormir bien y yo necesito dormir bien si o si porque sino: dolor de cabeza...”
(Edgardo, 38 años)

El estrés...sí, sí...yo soy mucho de...me ataca mucho el estrés y no sé cómo...me angustia...la ansiedad de querer hacer todo y saber que no debo, pero a la vez tengo un yo interior que sí, que tengo que hacerlo. Esta ansiedad de conseguir trabajo, de querer armar un proyecto de vida diferente...y viste que hay veces que no podés o no llegas a acceder a lo que vos querés...o con el tiempo que vos querés. Y eso me genera mucho estrés. Me genera mucha ansiedad, mucha angustia...querer acceder a todo y no llegar (Cecilia, 34 años)

Por último, algunos entrevistados/as hicieron referencia a los dolores de cabeza como formas que “evitan” expresar emociones violentas. La migraña surge por la imposibilidad de llevar a cabo una acción que socialmente está “mal vista”.

El cuerpo aparece como un lugar donde ocurren múltiples contradicciones entre gratificación y control a pesar de que la sociedad se preserva a sí misma negando esta tensión y proyectando imágenes de descontrol en otros diferentes. Un ejemplo de estos “otros diferentes” son aquellos que padecen una dolencia que modifica los “estados normales” de los sujetos y, consecuentemente, reclama mayor regulación (Epele, 2001).

Estas moralidades dominantes que señalan los modos más o menos aceptables de padecer están en constante relación con “prácticas del sentir” que estructuran percepciones y construyen mediaciones sociales de las “formas adecuadas” de oler, mirar, tocar, gustar y oír. Estas maneras socialmente válidas y aptas de sentir se cruzan con las lógicas de los sentimientos que constituyen unas formas de sensibilidad social particular donde se anidan las visiones, di-visiones y no-visiones del mundo naturalizadas y por ende aceptadas y aceptables (Scribano, 2007).

Las personas se regulan y controlan a pesar de las características y emociones que dicen sentir por el dolor dado que existen dispositivos de regulación de las sensaciones que configuran no sólo las características del dolor sino también distintas narrativas y prácticas de acuerdo a los espacios. Estos dispositivos de regulación de las sensaciones consisten en procesos de selección, clasificación y elaboración de percepciones socialmente determinadas (Scribano, 2007).

Más allá de las diferencias en las narrativas respecto de los modos por los que aparecen los dolores de cabeza, en ellas intervienen distintas formas de controlar y aguantar que visibilizan

emociones que se consideran, de acuerdo a los contextos, más o menos apropiadas de “exteriorizar”. Estas diferentes formas de regularse ante situaciones de dolor y sufrimiento evidencia que existen distintas cabezas, migrañas y dolores que adquieren diversas formas y sentidos.

Algunas reflexiones finales

El estudio del padecimiento crónico de la migraña permite analizar la relación entre modelos corporales biológicos dominantes, lógicas de pensamiento dualista y a-históricas con un dolor que carece de evidencias fácticas de su existencia y, cuya etiología y tratamientos son difusos y fragmentarios.

En las narrativas de los sujetos que padecen migraña dualismos como mente-cuerpo, racional-emocional y las referencias a lo biológico son puestas en duda por un dolor que desestabiliza los sentidos que asocian la cabeza con la racionalidad, el control y equilibrio.

De esta forma, los modos de padecer (in) correctos se vuelven inescindibles de las relaciones entre los modelos corporales, emocionales y moralidades dominantes teniendo en cuenta los contextos locales en los que se sufre y padece.

Bibliografia

- Brodwin, P.; Kleinman, A.; Good, B.; Del Vecchio Good, M. (1994) *Introduction: Pain as a human experience. En Pain as a human experience: An Anthropological perspective. Pp.1-28* University of California Press, California.
- Csordas, T. (1994) *The body as representation and being in the world en Csordas, T. (ed.), Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self. Pp.1-24.* Cambridge: Cambridge University Press,.
- Crawford, R. (1994) the boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and aids. *Social Science Medicine* Vol. 38, n° 10, pp.1347-1365.
- Epele, M. (2001) Excess, Scarcity and Desire among drug-using sex workers. *Body and Society 2001 sage publications* (London, Thousand Oaks and New Delhi) Vol. 7 (2-3):161-179

- Epele, M. (2002) Scars, harm and pain, *Journal of ethnicity in substance abuse*, 1: 1, 47-69
- Epele, M. (2010) *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (2008) *El nacimiento de la clínica*. Siglo Veintiuno editores. Buenos Aires, Argentina.
- Grimberg, M. (2003) Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH en *Cuadernos de Antropología Social*, Argentina, núm. 17: 79-99.
- Good, B. (1994) *Pain as a human experience: An Anthropological perspective*. University of California Press, California.
- Jackson, J. (2000) *Camp Pain Talking with Chronic Pain Patients*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Kleinman, A. (1988) *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. Harper Collins Publishers, England
- Kleinman, A. (1994) *Pain and resistance: the delegitimation and relegitimation of local words en Pain as a human experience: An Anthropological perspective*. Pp. 169-198 University of California Press, California.
- Lock, M; Das, V; Kleinman, A. (editors). (1997) *Social Suffering*. Los Angeles: University of California Press Berkley.
- Lock, M.; Ngye, Vinh-Kim (2010) *An anthropology of Biomedicine*, Wiley – Blackwell, Oxford
- Lutz, C. (1986) Emotion, Thought, and Estrangement: emotion as a cultural category *Cultural Anthropology*, vol. 1, n° 3 (aug. 1986), pp.287-309
- Martin, E. (1994) *Flexible bodies: tracking immunity in American Culture –from the days of Polio to the adge of AIDS-*.Beacon Press, Massachusetts
- Merleau Ponty, M. (2003) *Fenomenología de la percepción*. México: Fondo de Cultura económica.
- Ricoeur, P. (2009) *Tiempo y narración. El tiempo narrado*. Siglo Veintiuno Editores, México
- Rosaldo, R. (1989) *Culture and Truth, the remaking of social analysis*. Beacon Press, Boston. Estados Unidos.

- Scribano, A. (2007) *¡Vete tristeza...viene con pereza y no me deja pensar! Hacia una sociología del sentimiento de impotencia*, en Luna R. y Scribano A. (comps.) *Contigo aprendí...Estudios sociales de las emociones*, Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba
- Schutz, A. (2012) *Estudios sobre teoría social. Escritos II*. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina.
- Taylor, S.J. Y Bogdan (1996) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós. Barcelona, España.