

Dolores de cabeza, síntomas y enfermedad: un abordaje social sobre la construcción clínica de la migraña

Romina Del Monaco

Recibido 13 de octubre 2011. Aceptado 21 de diciembre 2011

RESUMEN

El interés de este trabajo es, desde una perspectiva socioantropológica, analizar cómo el saber biomédico construye el diagnóstico de la migraña. El análisis que se presenta surge de una investigación más amplia sobre vida cotidiana, percepciones y experiencias de personas con esta dolencia crónica. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y en profundidad a profesionales y pacientes en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Este artículo propone que son los relatos de las experiencias corporales y emocionales de las personas con migraña los que construyen esta categoría como diagnóstico médico. En este sentido, se analiza el lugar central que ocupan los síntomas (dolor de cabeza, vómitos, entre otros), no sólo como indicadores subjetivos sino también como único aspecto que se tiene en cuenta para el diagnóstico y tratamiento. De esta forma, la falta de evidencia fáctica de la migraña desde el saber médico hace que aspectos del diagnóstico y tratamiento se orienten al síntoma. Se observa un proceso por medio del cual los dolores de cabeza terminan convirtiéndose en la enfermedad misma.

Palabras clave: Migraña; Dolor crónico; Biomedicina; Construcción del diagnóstico; Experiencias emocionales y corporales de los pacientes.

ABSTRACT

HEADACHES, SYMPTOMS AND DISEASE: A SOCIAL APPROACH TO CLINICAL CONSTRUCTION OF MIGRAINE. In this article, I analyze how migraine's diagnosis, as a chronic disease, is constructed by biomedicine. During the year 2010 I interviewed neurologist and patients from a public hospital in Buenos Aires City. There are two things that difference migraine from other chronic diseases: there is no factual evidence of migraine's existence and it does not has a certain etiology and efficient treatment. So, from a socio-anthropological perspective this research tries to analyze how neurologists construct and legitimize this pain as a real disease even though, according biomedicine's paradigm, there is no factual evidence of it. This article argues that migraine as a medical disease depends on physical and emotional experiences, perceptions and words of people with a special kind of headaches. In that sense, not only symptoms (headaches, vomits, among others) became a central issue in the construction of migraine, but also they are the only evidence that biomedicine has in order to diagnose and treat it. So, one of the questions that try to guide this paper is: what is left in migraines beyond headaches?

Keywords: Migraine; Chronic disease; Biomedicine; Diagnosis; Physical and emotional experiences of patients.

Romina Del Monaco. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Uriburu 950, 6° piso (1114), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. E-mail: rominadelmonaco@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

Desde el saber biomédico los dolores son considerados síntomas de enfermedades que hay que descubrir y tratar. En función de su duración y características se los clasifica en dolores agudos y crónicos. La experiencia de la migraña es un ejemplo de dolor crónico que carece de etiología clara y precisa, cuyos tratamientos se orientan a controlar los síntomas porque, a pesar de que existen distintas teorías, se desconocen las explicaciones causales de su surgimiento. El artículo explora cómo los profesionales entrevistados construyen la categoría de migraña. Este análisis permite indagar cómo, en la construcción del padecimiento, se relacionan los relatos de los pacientes con el saber biomédico. Además, introduce en el estudio de las ciencias sociales las respuestas y las modificaciones que debe realizar la biomedicina en el modelo tradicional de dolor-diagnóstico-tratamiento-cura frente a ciertos dolores crónicos.

La noción de enfermedad como producto de una construcción biomédica a partir de un diagnóstico que surge de evidencia empírica se quiebra cuando se habla de padecimientos crónicos como el analizado (Freidson 1978). La migraña carece de evidencias fácticas sobre daños o lesiones orgánicas; entonces, lo que se observa es que los profesionales construyen su categorización a partir de los relatos de los pacientes sobre sus percepciones y experiencias corporales y emocionales con el dolor. Luego, estos dichos se transforman en síntomas "objetivos" que son sistematizados e incorporados a la caracterización de la enfermedad "migraña".

Este artículo analiza desde una perspectiva sociológica-antropológica la relación entre biomedicina, dolor crónico y la construcción del diagnóstico de la migraña. En primer lugar, se describe y analiza cómo los profesionales categorizan y significan a la migraña. En segundo lugar, se presenta y describe brevemente el proceso de dolor-diagnóstico-tratamiento-cura en este padecimiento. En tercer término, a partir de las entrevistas realizadas a médicos neurólogos, se indaga sobre cómo se construye su etiología, cuáles son sus explicaciones causales y cómo intervienen en esas explicaciones los **factores de riesgo** y los **factores desencadenantes**. Se observa cómo en las definiciones y explicaciones causales del padecimiento se mezclan factores biológicos con factores sociales. El control de las variables sociales depende de los comportamientos de los pacientes, quienes se vuelven en parte responsables del curso de su enfermedad. Por último, propongo que el síntoma principal (dolor de cabeza) tiende a convertirse en la enfermedad misma, dado que tanto los diagnósticos como los tratamientos se orientan a controlar e intentar disminuir su frecuencia e intensidad, y se deja de lado la búsqueda de explicaciones que den cuenta del "origen" de la migraña.

Este análisis constituye una primera aproximación a la temática de una investigación mayor en curso sobre experiencias, saberes y percepciones de personas que padecen el dolor crónico de la migraña y sobre la perspectiva biomédica acerca de este padecimiento. Se siguieron los lineamientos de la investigación cualitativa. El interés radicó en la descripción y análisis de los relatos de profesionales y pacientes sobre la migraña para interpretar la relación entre el dolor crónico, la práctica biomédica y las experiencias de quienes padecen.

El trabajo intensivo de campo se desarrolló durante el año 2010 en el sector de neurología de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires (CABA). Se emplearon técnicas de investigación tales como observación participante, entrevistas abiertas y semiestructuradas, fichado bibliográfico, análisis de datos secundarios (investigaciones de las ciencias sociales y documentos y estudios de biomedicina). El registro de datos se realizó a través de grabador digital y notas de campo. La observación participante se realizó en distintos espacios del hospital, como ateneos a residentes de neurología, los pasillos del sector de neurología, la sala de espera. Estas observaciones permitieron conocer las dinámicas de interacción de los pacientes entre sí, y con los profesionales y el personal de turnos.

Se realizaron 36 entrevistas a pacientes, 28 mujeres y 8 varones de sector socioeconómico medio/medio-bajo, de 21 hasta 60 años. Fueron entrevistados 20 profesionales, 15 médicos neurólogos (especialistas en migraña y neurólogos en general) y cinco residentes del sector de neurología. A fin de preservar la identidad de profesionales y pacientes (respetando género y edad), los nombres que se mencionan son ficticios.

SABER BIOMÉDICO, DOLORES CRÓNICOS Y LA CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

El saber biomédico construye a la enfermedad como un hecho objetivo, científico y biológico del cual se desprende un diagnóstico, un tratamiento y luego una cura. Conocer esa enfermedad requiere de un proceso previo de investigación a partir de los síntomas relatados por los pacientes, los daños o lesiones visibles en el cuerpo, la realización de estudios y análisis de laboratorio, entre otros. Con la información recabada, los profesionales pueden establecer un diagnóstico certero para prescribir un tratamiento que intervenga en las causas del malestar y el paciente se cure. Parte del éxito de la curación depende de que los médicos indaguen en los síntomas que consideran propios del malestar abstrayéndose del enfermo y de los elementos periféricos a la dolencia (Foucault 2008).

La práctica médica distingue entre dolores agudos y crónicos. Mientras que los primeros generalmente

son considerados síntomas de diversas dolencias y enfermedades, los dolores crónicos pueden ser síntomas o su prolongación en el tiempo, y la falta de explicaciones causales sobre su surgimiento pueden convertirlos en la enfermedad misma. Además, a diferencia de los dolores agudos, que desaparecen o empeoran, los dolores crónicos no necesariamente producen un deterioro corporal ni matan al paciente (Jackson 2000).

Si bien la biomedicina reduce la experiencia del dolor a mecanismos biológicos que se miden de manera objetiva (Good 1994a), los dolores crónicos alteran la secuencia tradicional de dolor-diagnóstico-tratamiento-cura y plantean nuevos interrogantes a la práctica médica que recubren a estas dolencias de incertidumbres y dudas.

Desde una perspectiva socioantropológica, las enfermedades son experiencias que se traducen en palabras, sentimientos y adquieren distintos significados de acuerdo con los contextos y situaciones (Good 1994b). Socialmente, es común padecer por determinados momentos un dolor, pero esta familiaridad se quiebra con la cronicidad, porque ya no se trata de algo temporario, sino que ese dolor se convierte en una condición, una experiencia intersubjetiva que altera la cotidianeidad a largo plazo y que modifica las relaciones vinculares.

Distintos autores refieren, desde la antropología, que como el dolor crónico carece de una etiología precisa y de tratamientos eficaces, la biomedicina pone en duda su existencia (Good 1994b; Jackson 2000; Kleinman 1994). Consecuentemente, debido a la hegemonía de este saber en las sociedades occidentales, el sentido común tiende a deslegitimar esos malestares. Por eso, Hilbert (1984) plantea que lo atípico y no diagnosticable del dolor crónico hace que escape de las construcciones culturales y que se ubique en una condición anómica con respecto a otras dolencias. Se trata de dolores que pasan a ser inseparables de las percepciones personales de los pacientes y, como no permiten categorizar a la enfermedad a partir de un saber objetivo y desligado de la experiencia subjetiva, desafían al conocimiento biomédico.

Distintos estudios de antropología médica resaltan la necesidad de considerar a los dolores crónicos como construcciones que excedan las explicaciones biológicas, científicas y objetivas (Good 1994b; Kleinman 1994). Desde una perspectiva fenomenológica, recuperan el carácter subjetivo del dolor cuando consideran que es "aquello que el paciente dice que es" (Jackson 2000). Asimismo, analizan la falta de legitimidad que tienen las narrativas de las personas en las consultas médicas debido a una racionalidad técnica propia de la biomedicina que ignora factores sociales, culturales, personales y, por lo tanto, no los puede incorporar

como una fuente de conocimiento para establecer un diagnóstico.

La necesidad que tiene el marco epistemológico de la biomedicina de tener evidencias fácticas sobre daños o lesiones orgánicas es puesta en duda con los dolores crónicos. A su vez, se pueden diferenciar dos tipos de dolencias crónicas: aquellas acerca de las que, si bien se desconocen las causas, existen formas de comprobar empíricamente su existencia; y otras para las cuales no sólo no existe una etiología precisa, sino que además tampoco hay evidencias fácticas que den cuenta de su "realidad". Un ejemplo del primer caso es la diabetes, caso en el que, por medio de estudios clínicos y/o de laboratorio, se conoce si la persona se encuentra o no dentro de los "parámetros normales" estipulados por el saber biomédico. La migraña es un ejemplo del segundo caso, ya que los estudios se realizan para descartar cualquier otra enfermedad –tumor, derrames, etc.– pero, si las imágenes del cerebro se encuentran dentro de los parámetros normales que estipula la neurología, se diagnostica que el paciente tiene migraña.

De esta forma, la diferencia que se observa entre las investigaciones sobre dolor crónico realizadas por autores como Good (1994a y 1994b), Kleinman (1994) y el caso de la migraña es que en este padecimiento surge una relación particular entre los relatos de los actores sobre sus experiencias con los dolores de cabeza y la construcción del diagnóstico clínico. En las consultas, los profesionales escuchan y tienen en cuenta los dichos sobre las experiencias de los pacientes. De hecho, que la migraña tenga un estatuto que la diferencie de los "dolores de cabeza comunes" es posible por la legitimidad que los profesionales les dan a las palabras de los sujetos. Si bien las percepciones y sensaciones relatadas no son visibles ni comprobables durante las consultas, pasan a formar parte del núcleo central de la definición de migraña y se convierten en los síntomas que cualquier persona debe reunir para tener este diagnóstico. De este modo, los médicos recogen experiencias corporales y emocionales de los pacientes con dolores de cabeza, las sistematizan y objetivan, y así quedan desprovistas de todo elemento subjetivo. Por ejemplo, los pacientes dicen: "no puedo ver la claridad" o "me molestan los ruidos" y los profesionales hacen referencia a "procesos de **fotofobia** y **sonofobia**".

La construcción del diagnóstico "migraña" a partir de los relatos de los actores discute con las perspectivas que desde la antropología plantean un no reconocimiento de los médicos a estas narrativas por tratarse de dolencias crónicas. Asimismo, la relevancia de pensar cómo se construyen las categorías biomédicas a partir de las experiencias corporales y emocionales de los pacientes reside en que, desde la perspectiva fenomenológica de Merleau Ponty (2003), el cuerpo

deja de ser algo biológico para ocupar el lugar de vehículo y comunicación del yo con el mundo. Se rompe así con el dualismo cartesiano y se ve a la experiencia como un medio de conocimiento prerreflexivo que tiene que ver con la manera en que el sujeto experimenta el encuentro con los otros, y no con el empleo de representaciones objetivas (que son posteriores e incluyen estados reflexivos de conocimiento ideológico, biológico y científico) (Csordas 1992).

Este conocimiento a través de la experiencia es posible por un proceso perceptivo relacional e intersubjetivo en el cual el mundo no es "lo que pienso" sino "lo que vivo" (Merleau Ponty 2003). Es decir, cada vez que una persona camina, realiza una acción o interactúa con otros, no está cuestionando su corporalidad. El cuerpo sólo tiene conciencia de sí en determinadas situaciones, como la aparición de un dolor. Durante el malestar, la fluidez de la corporalidad con el mundo se interrumpe y se adquiere conciencia de ella por la dificultad que implica continuar con las actividades cotidianas. Teniendo en cuenta este proceso por el que atraviesan los pacientes crónicos, el hecho de que sus relatos sobre las experiencias y percepciones con los dolores se conviertan en un elemento central del diagnóstico adquiere relevancia para el estudio desde las ciencias sociales.

Ante un dolor, en algunos casos, las personas acuden a un profesional para intentar aliviarlo. De ese encuentro surge un diagnóstico basado en saberes expertos y un tratamiento cuyo objetivo es que los síntomas y causas se reduzcan o desaparezcan. Frente a la falta de evidencia orgánica de algunos dolores, los síntomas ocupan un lugar protagónico debido a que en muchos casos son lo único visible y existente. Por este motivo, con el aumento observado durante las últimas dos décadas de padecimientos crónicos, el estudio de los síntomas adquirió relevancia y es recuperado desde distintas perspectivas teóricas y saberes como la medicina y las ciencias sociales.

Un síntoma es una "manifestación subjetiva de enfermedad" (Diccionario Real Academia Española 2001). Se pueden mencionar y diferenciar dos abordajes generales. Por un lado, desde el saber biomédico, el síntoma es un indicador o señal de algo más profundo que hay que descubrir y tratar, muestra que existe una causa que hay que conocer para establecer un diagnóstico y tratamiento. Se busca dar cuenta del síntoma como una realidad biológica en la cual existe una anormalidad de tipo orgánica y se lo reduce al dominio de lo conceptual (a pesar de que desde la biomedicina ese lugar es ocupado por el signo entendido como una evidencia objetiva). Es decir, en términos médicos y psiquiátricos, el síntoma es una manifestación subjetiva del **estado patológico**, mientras que el signo es la manifestación objetiva (Martínez Hernández 1998) percibida de manera directa por el profesional.

Desde la práctica biomédica se intenta revestir al síntoma de un carácter universal y natural alejado de cuestiones sociales, personales, corporales y culturales que influyen en los relatos de los pacientes.

Por otro lado, desde las ciencias sociales se focaliza en el carácter polisémico de los síntomas, dado que los distintos contextos y situaciones influyen en su construcción y significados. Existe una antropología interpretativa sobre la salud y enfermedad que percibe a los síntomas como expresiones que vehiculizan un sentido y que responden a mundos locales de significación (Martínez Hernández 1998: 646). A su vez, para Foucault, los síntomas son la forma en que se presentan las enfermedades porque son lo más visible y cercano que se tiene de ellas y, al ser la expresión de algo inaccesible, ocupan un lugar central en la mirada del médico (Foucault 2008). Por eso, este autor analiza cómo, a lo largo del tiempo, a pesar de que el síntoma tuvo un papel ingenuo, en realidad se trata de un fenómeno activo que significa a la enfermedad.

Como se mencionó previamente, la experiencia del padecimiento de la migraña es un ejemplo de dolor crónico en el cual el conjunto de síntomas la constituyen como tal. Se trata de una dolencia que carece –en términos de los saberes médicos– de una evidencia fáctica consistente, de una etiología precisa (compartida por todos) y de un tratamiento eficaz. Su etimología significa "mitad del cráneo", porque se siente en la mitad de la cabeza, y sus síntomas son, además del dolor, intolerancia al ruido, a la luz y a los olores, náuseas, vómitos, entre otros. Desde la práctica biomédica, la neurología se encarga de establecer un diagnóstico y posible tratamiento –siempre sujeto a modificaciones– que intente disminuir la frecuencia e intensidad de los dolores. Es decir, el resultado del tratamiento se evidencia no por la desaparición de la causa, sino por estar orientado hacia el control del síntoma "dolor de cabeza" (tampoco se habla de su desaparición). A pesar de que los neurólogos entrevistados dicen que "la migraña tiene un origen biológico, pero todavía no se pudo aislar el gen", tanto los profesionales como los pacientes saben que, por el momento, "no hay nada que la cure".

Para los profesionales, el origen de la migraña responde a un hecho orgánico; se trata de un proceso neurológico en el cual se alteran componentes en el cerebro y se produce el dolor. La mayoría de los médicos entrevistados consideran que "se trata de un factor genético" y que "la herencia predispone a tener o no este padecimiento. Se hicieron estudios que estiman que otros factores de riesgo que influyen son la personalidad del paciente y ser mujer, ya que en Argentina afecta a un 16% de mujeres y 6% de los varones más o menos" (Juan, médico neurólogo).

Sin embargo, en los relatos de los profesionales, los **gatillos** o **desencadenantes** del dolor tienen que ver con los comportamientos de los pacientes. Por eso, resaltan la necesidad de cambiar hábitos para mejorar la salud y controlar y reducir los dolores de cabeza fundamentados en la noción de “estilo de vida” proveniente de la epidemiología. Se habla de desencadenantes que influyen en la aparición del síntoma, aunque lo que se intentará señalar es cómo en la construcción etiológica de la migraña se los incluye como parte de sus explicaciones causales y se los confunde con los factores de riesgo.

A pesar de la aparente similitud entre ambas categorías, las diferencias residen en que las condiciones de riesgo se construyen en estudios sobre poblaciones y se fundan en conjeturas probabilísticas, aunque con el tiempo se incorporan en la clínica en términos de posibilidades de individuos singulares (Margulies 1998). En cambio, los factores desencadenantes se relacionan con aquellos precipitantes sociales que pueden favorecer a que una enfermedad ya existente se manifieste o no con mayor frecuencia. En el caso de la migraña, existen ciertos hábitos, alimentos, bebidas o comportamientos que los profesionales consideran perjudiciales porque predisponen a que se desencadene el dolor de cabeza (síntoma). No obstante, más allá de las explicaciones biológicas sobre la herencia y la genética, se desconoce por qué en condiciones iguales una persona puede tener migraña y otra no.

Desde el momento en que las explicaciones y tratamientos se orientan a los dolores de cabeza, la existencia de la migraña como enfermedad podría ser cuestionada. Se está en presencia de un padecimiento particular cuya realidad reside en los dichos de los pacientes sobre sus experiencias con el dolor. Por eso, una de las preguntas guía este trabajo es ¿qué queda de la migraña por fuera de los dolores y síntomas mencionados por los actores?

DOLORES DE CABEZA, TRATAMIENTOS Y (NO) CURA

La incidencia de la migraña es grande. Se estima el 15% de la población en general. Y afecta más a las mujeres que a los hombres. Desde el punto de vista socioeconómico afecta a un grupo de la población en plena etapa productiva, porque están estudiando o trabajando. Y el dolor te inhabilita porque te da náuseas, vómitos, te molesta la luz, un movimiento cualquiera te puede aumentar el dolor, y eso trae una limitación en la vida tanto laboral como social. Y hace que sea muy difícil entenderlo por el que no tiene dolor (Susana, médica neuróloga).

Si bien desde la biomedicina se busca construir y delimitar a las enfermedades como objetos de diag-

nóstico a partir del conocimiento de los procesos fisiológicos que intervienen en ellas (Good 1994a), en padecimientos como la migraña los límites se tornan difusos y se dificultan las categorizaciones cerradas.

El dolor tiene que ver con muchas cosas. Tiene que ver con la genética, tiene que ver con la experiencia propia, con la experiencia familiar, cultural, tiene que ver con razas, religión. Todo eso está relacionado de alguna manera con lo que uno siente. Hay razas, culturas que viven el dolor de determinada manera, entonces lo procesas distinto. Tiene que ver con circuitos endógenos también... tiene que ver con hormonas, con circuitos biológicos, o sea, bastante florido (Cecilia, médica neuróloga).

Para el saber biomédico los dolores son síntomas que alarman sobre la existencia de causas que hay que descubrir para establecer un diagnóstico con certezas y posterior tratamiento. Como se mencionó previamente, esta práctica distingue entre dolores agudos y crónicos de acuerdo con la frecuencia y cronología de aparición. Los dolores agudos remiten a un daño o lesión de los tejidos o sistema nervioso, su duración es corta y, en general, se encuentran localizados, por lo tanto los diagnósticos tienden a ser simples y los tratamientos no ofrecen dificultades importantes. Los dolores crónicos, en cambio, pueden tener o no base biológica, persisten en el tiempo, y los diagnósticos y tratamientos son complejos porque no siempre se conocen sus explicaciones causales; es decir, se visibiliza el síntoma pero no qué lo produce. Para la mayoría de los neurólogos entrevistados, el dolor crónico es algo que: “afecta la calidad de vida”, “es de larga duración”, “tiene una constelación que lo rodea”, “se prolonga más de tres a seis meses”, “tiene un componente emocional que limita, a diferencia del agudo”, “no está bien localizado”, “es difícil de tratar”. La temporalidad se convierte en una de las variables principales para definir esta categoría. También resaltan la dificultad de materializar el dolor en alguna parte del cuerpo.

La migraña produce una sintomatología dolorosa como resultado de una alteración cerebral [acerca de la] que se desconoce la causa pero [sobre la] que se cree que hay un componente genético-hereditario importante y que hay factores de riesgo que influyen, como ser mujer, la personalidad, el estilo de vida, etcétera (Eduardo, médico neurólogo).

La migraña es una alteración neurológica en la cual un grupo de neuronas se alteran, sobre todo alteran a sus receptores, [...] es una enfermedad neurológica que afecta más o menos al 10 o 15% de la población (Luis, médico neurólogo).

La migraña es una enfermedad del sistema nervioso donde se alteran determinados neurotransmisores del cerebro y generan una sintomatología dolorosa que puede

incluir náuseas, vómitos, fotofobia y sonofobia (Viviana, médica neuróloga).

La migraña es un tipo de cefalea primaria. Eh... por lo cual no tiene una causa todavía bien reconocida... que se caracteriza por un dolor en el cráneo, pulsátil... que dura entre cuatro y setenta y dos horas... que se acompaña de náuseas y vómitos o foto-sonofobia y puede tener aura o no. Es un dolor intenso que limita al paciente, que tiene que dejar de hacer sus actividades. ¿Causa?, no se sabe, hay varias teorías pero ninguna demostrada... digamos... la teoría se basa en que hay una vasoconstricción y luego vasorrelajación (Gabriela, jefa de residentes).

Se está en presencia de un fenómeno particular donde las explicaciones causales son fragmentarias y difusas. Se habla de genética pero también de *estilos de vida*, hay distintas teorías pero ninguna comprobada y la mayoría de los profesionales aseguran que hay tratamientos pero curar se cura muy poco porque no se puede erradicar una enfermedad genética (Andrea, médica neuróloga).

El proceso tradicional de dolor-diagnóstico-tratamiento-cura se mantiene con algunas modificaciones. Si bien tanto legos como expertos conocen la imposibilidad de curar esta dolencia, el diagnóstico constituye una etapa necesaria para ambos. Es una instancia que da una idea de que se vive en un mundo ordenado, donde la condición de uno es localizada por otros y se encuentra inscrita en categorías definidas por un saber reconocido y legitimado socialmente (Hilbert 1984).

El diagnóstico "migraña" surge de dos etapas. En primer lugar, la de la entrevista médica, en la que el profesional realiza un conjunto de preguntas a los pacientes y que le permiten caracterizar el dolor, su frecuencia e intensidad. En segundo lugar, es muy probable que se realicen resonancias magnéticas, tomografías computadas o electroencefalogramas, cuya función es descartar cualquier otra enfermedad. Si los resultados se encuentran dentro de los parámetros esperados por la neurología y los síntomas mencionados por los actores se corresponden con la caracterización neurológica de la migraña (que surge del relato de los pacientes), se la diagnostica y se procede a un tratamiento.

El diagnóstico sigue siendo un diagnóstico clínico. Es basado en el relato del paciente, no necesitamos un estudio en particular. Uno lo hace para descartar otras cosas, pero no para hacer el diagnóstico. El diagnóstico es el relato, y el dolor crónico usa métodos complementarios para descartar... y también hay mucho que recae... hay mucha responsabilidad del paciente (Lucía, médica neuróloga).

La migraña es un dolor de cabeza que se cree que hay una teoría hormono-vascular, y por definición es clínica, o sea uno hace el diagnóstico clínico por interrogatorio y recabando algunos datos en la historia clínica del paciente... de acuerdo a las características de ese dolor (Valeria, médica neuróloga).

La búsqueda que hace la práctica biomédica de una entidad objetiva, biológica y ahistórica que defina los diagnósticos correctamente se quiebra con la intervención del punto de vista subjetivo de los pacientes. El carácter científico está dado por la separación entre el cuerpo y la persona, aquello que el sujeto experimenta y percibe y su conexión con lo social se pueden tomar en cuenta pero no son esenciales para los médicos (Laplantine 1999). No obstante, en la experiencia de la migraña, los profesionales se enfrentan no sólo a que los síntomas no provienen de cuerpos despersonalizados, sino que además son las herramientas esenciales para construir un diagnóstico y darles cierta entidad a los padecimientos.

La gente suele llamar dolor de cabeza a cualquier cosa, pero la migraña tiene que tener ciertas características. Tiene que durar tanto tiempo, tener tal localización, agravarse con determinados factores, mejorarse con otros. Aparte, el tema es que te da náuseas, te da vómitos, te molesta la luz, un movimiento que te pueda aumentar el dolor (Federico, médico neurólogo).

La migraña es un dolor de cabeza que muchas veces está mal diagnosticado, poco diagnosticado. Pero en realidad, no se sabe bien la causa, aunque sí se sabe que hay un mecanismo de tipo vasoconstricción a nivel de algunas arterias que están localizadas en lugares específicos. Pero es muy compleja la migraña, hay muchos síntomas, están los que se llaman auras, que vienen inmediatamente antes del dolor de cabeza. Y después, los síntomas más comunes son el dolor, que es lo primero, fotofobia, a veces molestias a los ruidos. O sea, si vos tenés dolor de cabeza y te ponés a correr te va a doler más, y también muchas veces tienen náuseas, vómitos... (Mercedes, médica neuróloga).

La migraña es una enfermedad del sistema nervioso donde se alteran determinados neurotransmisores del cerebro y generan una sintomatología dolorosa, pero aparte del dolor, de malestar, de molestias a la luz, molestias a los ruidos, es una enfermedad genética que aparece en la adolescencia y es más frecuente en mujeres (Paula, médica neuróloga).

Se puede observar entonces que las explicaciones causales de los profesionales entrevistados sobre la migraña residen en aspectos biológicos (genética, por ejemplo) y en los dichos de los actores en las consultas. Se observa el protagonismo del plano subjetivo desde el momento en que la caracterización del padecimiento se construye a partir de las experiencias

emocionales y corporales de las personas. Los neurólogos recuperan los dichos sobre los síntomas, los objetivan y construyen la categoría de migraña. Más allá de la importancia que en la práctica biomédica tengan las evidencias fácticas de lesiones o daños orgánicos, en este caso no sólo tienen que conformarse con las percepciones de los legos, sino que además las escuchan, legitiman y construyen un diagnóstico a partir de ellas.

Tenés dos tipos de tratamiento: uno que es abortivo y el otro que es el preventivo. El abortivo es el que hacemos todos, me duele la cabeza y me tomo un analgésico... lo mismo para una migraña. Este es el abortivo que te lo puede indicar el médico y va a depender de la frecuencia e intensidad; y después está el preventivo, que generalmente se usa mucho en las migrañas. Donde vos indicas una medicación... que no es un analgésico... para evitar la recurrencia del dolor de cabeza y lo tiene que tomar diariamente (Norma, médica neuróloga).

El tratamiento no farmacológico para mí es lo más importante y se basa en saber cuáles son los desencadenantes y tratar de evitarlos. Es principal eso, por supuesto, con todas las otras cosas que... el exceso de peso, la falta de sueño, el sedentarismo, la obesidad... eh... me parece que son perjudiciales. Seguro que si el paciente hace más ejercicio eso mejora. En la migraña es fundamental el controlar los desencadenantes, que son diferentes en cada persona. Pero la verdad que cuando uno los sabe identificar, es importante (Gabriela, jefa de residentes).

Si bien en el próximo apartado se profundiza en la cuestión de los tratamientos y su relación con los factores de riesgo y desencadenantes, interesa señalar que, de acuerdo con la frecuencia e intensidad del dolor pueden ser **preventivos** (medicación diaria con el objetivo de reducir la aparición del síntoma a largo plazo) y/o **de rescate o abortivos** (medicación en el momento del dolor). Los tratamientos **farmacológicos** se combinan con cambios en la vida cotidiana de los pacientes que los profesionales llaman **medidas higiénico-dietéticas**, y tienen que ver con modificaciones en la alimentación, actividad física, manejo del estrés, entre otros. En este proceso se observa cómo los comportamientos se medicalizan y la eficacia de los tratamientos termina dependiendo de los cambios que los pacientes hagan o no en los modos de vida.

Hay tratamientos pero en general, curar, se cura muy poco. Uno puede tratar al paciente con medicación preventiva y con cierta expectativa que pueda reducir la frecuencia de la crisis y disminuir la intensidad y mejorar la calidad de vida. Pero de ahí a que se le prometa al paciente que puede llegar a erradicar eso... no, el problema es demasiado. Hay factores desencadenantes que si uno encuentra cuáles son puede facilitar las cosas (Carlos, médico neurólogo).

No hablamos de curación porque ¿qué es curar?, ¿curar una gripe?, porque volvé a tener gripe. Yo a todos les digo: 'curar, curás una apendicitis que yo digo nunca más'. Pero si definís curar... con que nunca más te va a volver a ocurrir y no, no curamos la migraña. Uno puede hablar de curación desde el punto de vista de que se trata, se mejora la calidad de vida del paciente, aliviarlo para que pueda desarrollar una vida lo más normal posible (Hernán, médico neurólogo).

No sé si uno dice que se cura, en realidad, qué se yo, se disminuye la frecuencia de las crisis... depende, es variable, no hay una respuesta lineal con eso (Catalina, residente Neurología).

Si con curar querés decir que le doy una pastilla y no vuelve a tener nada más de eso, eso no existe en ninguna enfermedad. Uno la puede aliviar, pero curar... no. Sería bárbaro... pero dicen que Cristo curaba, pero como eso pasó hace dos mil años... (Lucas, médico neurólogo).

En la práctica biomédica, usualmente, la última etapa del proceso luego del diagnóstico y tratamiento es la curación. Sin embargo, en las dolencias crónicas este esquema tradicional se altera y los pacientes saben que no pueden pensar en la cura como una posibilidad. Los profesionales entrevistados coinciden en que en el caso de la migraña las investigaciones se focalizan en el control y reducción de los síntomas. De esta forma, la eficacia de los tratamientos se mide por el control y reducción de la frecuencia e intensidad de los dolores de cabeza.

FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIALES EN LA ETIOLOGÍA DE LA MIGRAÑA

El saber anátomo-fisiológico en el que se basa la medicina promueve la autonomía del cuerpo en relación con el sujeto que lo encarna a fin de despersonalizar la enfermedad, verla como una falla del organismo y no de una persona dentro de un contexto determinado (Le Breton 2010).

Y bueno, lo genético es lo que más proclive te hace a tener migraña, o sea, son como factores de riesgo, tener la predisposición, ser mujer... O sea, si vos tenés hijos varones y mujeres y uno tiene la predisposición tenés más probabilidades [de] que la mujer tenga migraña (Susana, médica neuróloga).

Es hereditaria, eminentemente hereditaria. Es decir, en la familia, cuando hay un migrañoso siempre hay otros con migraña, no se da de forma esporádica. Es decir, en una persona con migraña hay una probabilidad de que más o menos el 60% o 70% de los familiares directos tengan también dolor de cabeza. Cualquier persona no puede tener migraña, la migraña viene de las personas que han nacido con esa predisposición cerebral...

a tener migraña. Cualquier persona puede tener dolor de cabeza pero migraña... tenés que ser un migrañoso (María, médica neuróloga).

Es una enfermedad genética, o sea que hay grupos familiares que la padecen y es más frecuente en las mujeres que en hombres en una relación de 4 a 1. Es una alteración a nivel cerebral. Lo que pasa es que en general los pacientes no saben, no han considerado que es un problema importante, entonces es difícil de detectar la herencia pero si uno les insiste y pregunta, seguramente van a encontrar un antecedente familiar y se dan cuenta de que tiene un componente genético hereditario (Eduardo, médico neurólogo).

La particularidad de los dolores crónicos es que el "conocimiento objetivo" del cuerpo no puede apartarse de la experiencia subjetiva. Como se puede ver en las entrevistas de los profesionales, surgen explicaciones que, si bien intentan combinar ambos factores, le otorgan un lugar central a la cuestión biológica e individual. Los médicos hablan de la migraña como una enfermedad genética, aunque son significativos los aspectos sociales que incorporan para comprenderla y explicarla.

En lugar de nociones universales, se encuentran posibles teorías y explicaciones difusas y fragmentarias de una enfermedad que carece de realidad ontológica, permanece en el tiempo y lo único que logra categorizarla y darle cierta unidad son los dichos de los pacientes sobre sus percepciones, sensaciones y experiencias con los dolores de cabeza.

Nosotros siempre les damos las medidas higiénico-dietéticas, que tengan una vida ordenada, que traten de evitar o manejar el estrés... O sea, se les dan pautas para que ellos tomen conciencia de cuáles son las cosas que tienen que tratar de manejar en otra forma. Que conozcan su enfermedad... y que sepan cuáles son los factores que pueden desencadenar... Yo entonces les digo a los pacientes que traten de investigar qué les hace mal para tratar de evitarlo y modificarlo (Eugenia, médica neuróloga).

Serían como medidas preventivas... para evitar que aparezca, en realidad son los hábitos diarios, yo y la mayoría de los neurólogos les indicamos para la migraña y cefalea tensional hacer ejercicio y en la migraña más ejercicios de relajación, taichí, yoga, pilates, ahora que está de moda. Después, se les recomienda no ayunar, o sea ser regulares y ordenados con la alimentación, se le recomienda un buen sueño, o sea, mínimo, las siete u ocho horas diarias... buena hidratación, evitar el café en lo posible. Por ahí el tabaco se le puede decir, y después hay un montón de medidas higiénicas, dietéticas que tienen que también están descritas, pero uno las va condicionando de acuerdo a lo que te comenta el paciente (Carolina, médica neuróloga).

En la combinación de los tratamientos farmacológicos con los no farmacológicos se observan desplazamientos de sentido mediante procesos de tipo metonímico que vinculan causas, factores desencadenantes y comportamientos sociales (Margulies 2010). Los factores externos se mezclan con lo orgánico y biológico, se plantean la herencia y la genética como causas de la migraña, pero también el consumo de determinados alimentos, el estrés, las horas de sueño, entre otros. Estos aspectos modifican la noción que desde la biomedicina se tiene de los pacientes como epifenómenos de acontecimientos fisiológicos que suceden en el cuerpo (Le Breton 2010), ya que los profesionales exigen responsabilidad y compromiso de las personas a largo plazo, más allá de cumplir con el tratamiento farmacológico.

La noción de autocuidado desarrollada por Epele (1997) permite analizar la manera en que, para ciertos padecimientos crónicos como la migraña, se delega en los sujetos gran parte de la responsabilidad del curso de su enfermedad. El autocuidado está conformado por indicaciones de los profesionales, que consisten, fundamentalmente, en cambios en los comportamientos y actitudes de los pacientes como forma de prevenir o reducir la aparición del dolor. El objetivo de estos preceptos es que aquellos que conviven con una dolencia crónica adopten determinados modos de vida que propicien el "cuidado de sí". De esta forma, se extiende sobre las formas de actuar y la cotidianeidad de las personas un saber ajeno cuya mirada normatizadora evalúa y sanciona determinados **estilos de vida** en relación con el conocimiento biomédico (Epele 1997).

También hay factores de personalidad, o sea personalidades exigentes, meticulosas tienen más predisposición, esta descrito como un factor de riesgo (Viviana, médica neuróloga).

Y, se habla un poco de lo que es la personalidad en la migraña. Los pacientes con un tipo de personalidad A que son por ahí más ansiosos, más competitivos, más obsesivos. Y hay algo muy comórbido que está muy asociado a los dolores crónicos, que es por ahí la depresión o los trastornos de ansiedad (Andrea, médica neuróloga).

Yo a toda la gente que veo con migraña la veo con una personalidad particular. Yo no sé si antes eran igual o si las migrañas y el hecho de que sea crónico les modificó la personalidad. Pero las veo como personas súper inquietas, desde... autoexigentes consigo mismas... que se toman la vida demasiado a pecho, ¿viste? Ese tipo de personalidad (Martín, residente Neurología).

O sea, los migrañosos tienen una personalidad muy obsesiva, es gente muy responsable. Tienen una característica especial de su personalidad. Entonces, generalmente, fijate que si son chicos de la secundaria son muy

cumplidores, tienen buenas notas, son abanderados. O son chicos muy responsables. La mayoría, no digo todos (Estefanía, médica neuróloga).

Algunos de los profesionales entrevistados hablan de la personalidad como un elemento **de riesgo** en la migraña, cuestión ésta que se empezó a plantear a mediados del siglo XX. Según estos estudios, se trata de personas obedientes, perfeccionistas, responsables y, si bien nuevas investigaciones epidemiológicas de la década del setenta cuestionaron tales argumentos, la creencia en personalidades migrañosas como algo biológico y propio del individuo en algunos casos se mantiene (Ramo *et al.* 1985). Considerar a la personalidad como un elemento más a tener en cuenta en los diagnósticos a pesar de las críticas (incluso dentro de la medicina) da cuenta de las ambigüedades que surgen en dolencias que carecen de evidencias fácticas y que dependen de relatos y percepciones personales.

No se sabe qué ocasiona la migraña, hay varias teorías pero ninguna demostrada. Digamos... la teoría se basa en que hay una vasoconstricción y luego una vasorrelajación de vasos cerebrales. Por eso la medicación más específica, para mí, actúa evitando esa vasoconstricción. Esa es la teoría, si vos decís por qué se produce, qué es el desencadenante o por qué alguien tiene más predisposición que otro... no se sabe, lo cierto es que la persona con migraña lo va a ser el resto de su vida. Puede variar un poco por los cambios hormonales, pero es algo que va a llevar (Gabriela, jefa de residentes).

Dentro de las migrañas hay distintos tipos, hay migrañas en las cuales ya están identificados los genes y lo hormonal también está vinculado, pero tiene que ver con un proceso... una respuesta del cerebro que es de lo más compleja y que involucra distintas estructuras. Antes ni siquiera se sabía bien por qué aparecía. Sí se sabe parte del mecanismo y se discute, y aparecen nuevas teorías y se sigue discutiendo. Pero creo que nada en la medicina puede decir por qué vos tenés migraña y por qué yo no tengo. Sí podemos saber qué le pasa a mi cerebro cuando tiene un episodio de migraña. Pero no por qué a uno le tocó y a otro no (Laura, médica neuróloga).

Frente a la seguridad y las certezas que usualmente caracterizan los relatos de los profesionales, en las entrevistas se observan dificultades para realizar afirmaciones sobre la migraña. Las respuestas sobre su etiología y explicaciones causales están repletas de expresiones como "se cree", "qué se yo", "depende", "no hay respuestas lineales en este caso". Más aún, entre los diferentes neurólogos surgen acuerdos y diferencias con respecto a determinadas cuestiones. Los puntos en común tienen que ver con que "algo orgánico hay"; es decir, existe un proceso biológico y neurológico que produce el dolor, a pesar de que se desconoce cuál es. También coinciden en la imposibi-

lidad de hablar de una cura y, consecuentemente, en la necesidad de que los pacientes se comprometan y tengan constancia en seguir los tratamientos y realizar cambios en sus modos de vida.

En cuanto a las ambigüedades y diferencias, se puede mencionar el mayor o menor protagonismo dado a lo biológico y a la cuestión genética. En algunos casos se habla de una relación lineal entre la herencia y tener migraña, "se nace o no con esa predisposición". En otros casos, si bien se reconoce que existe predisposición familiar, se rescata el papel que tiene el medio social de influir en la corporalidad y cotidianidad.

SÍNTOMA Y ENFERMEDAD: EL DOLOR DE CABEZA SE CONVIERTE EN LA MIGRAÑA

Los neurólogos toman los relatos de los pacientes sobre sus experiencias emocionales y corporales con los dolores de cabeza y los legitiman: no sólo se escucha y se reconoce lo que dicen las personas, sino que además, la falta de otro tipo de evidencias hace que se incorporen y legitimen esas percepciones como partes constitutivas de la definición biomédica del padecimiento.

No podés 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. Y encima cada vez que vomitaba la cabeza me iba a estallar, ¿viste? La fuerza que hace el cuerpo... horrible... (Carla, 42 años).

Tener migraña... es no aguantar la luz, físicamente no aguantás la luz, los olores, estás con náuseas... eh... los ruidos, lo que para cualquiera es una pavada, para vos es una bomba adentro de la cabeza. Y para solucionarlo te tomás un calmante, yo no hago más que eso y me acuesto y me duermo. A veces me tomo un Migral, pero me deja todo el cuerpo tembloroso y camino despacio, hago todo en cámara lenta (Paula, 36 años).

Si el dolor es muy intenso por ahí vomitás y pasas toda la noche vomitando y como no lo podés parar con nada tenés que ir al hospital para que te den una inyección de Buscapina. Porque no parás de vomitar, uno lo siente como que está liberando algo... hay mucha tensión en la cabeza y después de los vómitos... como que se libera y te sentís mejor (Jesica, 25 años).

Los relatos de los sujetos sobre sus experiencias con los dolores de cabeza coinciden con las características que los profesionales señalan sobre la migraña. De este modo, por un lado, los médicos hablan de un origen biológico y de una explicación genética, pero por otro lado, recuperan, sistematizan y convierten las palabras de las personas en síntomas "universales"

y “naturales” a través de los cuales diagnostican a todos aquellos que reúnan dichos requisitos. Interesa señalar cómo la “enfermedad” queda, de algún modo, subsumida en los síntomas, ya que tanto la etiología como las explicaciones causales y los tratamientos se orientan a los dolores de cabeza.

Digamos... hay una cuestión genética que predispone biológicamente. A eso, de nuevo, como todo en la medicina, le tenés que sumar los factores del medio. Yo puedo tener en mi familia predisposición de que haya antecedentes genéticos de problemas oncológicos, pero también el tipo de vida que llevo hace que eso se manifieste o no. Con la migraña pasa lo mismo. Si yo, además de tener familiares con migraña, duermo mal, como mal, me gusta tomar vino seguido y demás y... mis episodios de migraña van a ser cada vez más seguidos (Norma, médica neuróloga).

El origen... y muchas cosas... suele haber antecedentes familiares, se sabe que es algo vascular... fundamentalmente... qué sé yo... alguna disfunción del endotelio, tiene que ver con la vasoconstricción y vasodilatación y bueno... hay factores concomitantes, no está probado del todo, pero hay una alimentación determinada que desencadena por ahí las crisis... Qué sé yo, los nitratos, el chocolate, el café, generalmente eso se trata de evitar (Lautaro, residente Neurología).

La falta de evidencias fácticas y certezas que tiene la neurología sobre la migraña hace que se modifiquen los tratamientos más tradicionales y se incluyan variables que exceden lo biológico. Una de las explicaciones dadas por los profesionales es que la complejidad de algunos padecimientos crónicos requiere que se incorpore el control de los comportamientos de los pacientes para explicar etiologías y tratamientos. De esta forma, las condiciones de salud pasan a ser resultado de constelaciones particulares de factores de exposición y de probabilidades de desarrollo de enfermedades (Shim 2002, citado en Margulies 2010: 219) entendidas como “riesgo”.

En el caso de la migraña, para realizar su diagnóstico se conjugan aspectos aparentemente diversos y que no guardan relación alguna entre sí. Existen investigaciones epidemiológicas que hablan de una preeminencia del padecimiento por cuestiones genéticas y/o por ser mujer. Luego, mediante pruebas científicas se determina que hay un circuito neurológico de mecanismos de vasoconstricción y vasodilatación, aunque se desconocen los motivos de dicho proceso. Por último, se enumera un conjunto de variables denominadas **factores desencadenantes**, relacionados con los modos de vida que aparentemente influyen en la aparición de los dolores. No obstante, es interesante señalar los dichos de los profesionales en cuanto a la necesidad de realizar modificaciones en relación con la alimentación, el manejo del estrés y la actividad

física, entre otros, factores que se supone que estimulan la aparición de los dolores de cabeza (síntoma) y que por momentos son incorporados como **factores de riesgo** o explicativos de la enfermedad (migraña). Los profesionales consideran que deben inculcar a los pacientes otros modos de vida, porque el nódulo de las estrategias terapéuticas consiste en modificar los comportamientos habituales adaptando la vida social de la persona a la enfermedad (Saslavsky 2007).

En la migraña seguro es multifactorial. Primero porque no se sabe de dónde viene, así que tiene que haber varias cosas que uno no puede identificar... cierta predisposición genética hay... y sobre esa base genética influyen otras cosas, el medio, la parte del estrés, el estado de ánimo... todo eso influye y se mezcla y desencadena en una migraña. Una base orgánica tiene seguro, pero lo cierto es que el mal dormir, el estrés, el mal descanso influye (Rita, médica neuróloga).

Hay migrañas que evolucionan solas a la cronicidad, pero hay migrañas que cuando se agregan determinados rasgos de personalidad de los pacientes y se cronifican (Fernando, médico neurólogo).

La falta de explicaciones causales que den cuenta de la etiología de la migraña (más allá de lo genético) hace que los factores desencadenantes del síntoma por momentos se desplacen y ocupen el lugar de las explicaciones sobre las causas de la enfermedad. Una de las consecuencias es que los pacientes no sólo tienen que indagar en sí mismos para reconocer qué desencadena sus dolores de cabeza sino que, al mismo tiempo, si estos permanecen son, en parte, responsables de dicha situación.

REFLEXIONES FINALES

Si bien desde la antropología del dolor distintos autores analizan cómo las palabras de los pacientes crónicos son, en general, deslegitimadas por los profesionales en las consultas médicas, en el caso de la migraña se observó el proceso contrario. En este artículo, a partir de las entrevistas realizadas a médicos neurólogos y pacientes, se analizó cómo el saber biomédico construye la categoría clínica de migraña a partir de los dichos subjetivos de las personas. Las percepciones y experiencias corporales y emocionales sobre los dolores son escuchadas, categorizadas y convertidas en elementos “objetivos” que permiten formular un diagnóstico.

Se manifiesta el protagonismo de los síntomas, término cuyo origen etimológico es “coincidencia” y su significado puede estudiarse desde distintas perspectivas. Para la práctica biomédica, las relaciones de coincidencia se establecen entre manifestaciones y **procesos fisiopatológicos**, mientras que para las ciencias

sociales la coincidencia se produce entre significados y contextos culturales (Martínez Hernández 1998). No obstante, en el caso de la migraña, los profesionales vinculan los síntomas con aspectos biológicos y sociales porque, si bien dicen que se trata de una enfermedad genética, plantean que lo más importante a tener en cuenta para disminuir la frecuencia e intensidad de los dolores son los modos de vida de las personas.

La falta de una etiología clara y de tratamientos eficaces, entonces, hace que se combinen en las explicaciones causales del padecimiento aspectos biológicos con comportamientos sociales. Por un lado, aumenta el compromiso y la responsabilidad de los pacientes sobre el curso de su enfermedad, dado que tienen que modificar hábitos y conductas para evitar los dolores. Por otro lado, se tienden a confundir los factores de riesgo de la enfermedad –migraña– con los factores desencadenantes del síntoma –dolor de cabeza–. A partir del análisis realizado en este artículo, interesa señalar cómo la categoría migraña queda subsumida, por momentos, bajo las explicaciones y tratamientos biomédicos para los dolores de cabeza y cómo entonces el síntoma tiende a ocupar el lugar de la enfermedad.

Agradecimientos

Muchas gracias a María Epele por su generosidad y acompañamiento en este proceso continuo de aprendizaje en la escritura.

REFERENCIAS CITADAS

- Csordas, T.
1992 *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Epele, M.
1997 La lógica del (Auto) cuidado y sus consecuencias en la Institucionalización del VIH/SIDA. Trabajo presentado en el V Congreso de Antropología Social. La Plata, Argentina.
- Foucault, M.
2008 *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Freidson, E.
1978 *La profesión médica*. Península, Barcelona.
- Good, B.
1994a *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Good, B.
1994b A body in pain. The making of a World of Chronic Pain. En *Pain as Human experience. An anthropological perspective*, editado por M. J. Del Vecchio, P. Brodwin; B. Good y A. Kleinman, pp. 29-48. University of California Press, Berkeley.
- Hilbert, R.
1984 *The acultural dimension of chronic pain: flawed reality construction and the problem of meaning*. University of California Press, Berkeley.
- Jackson, J.
2000 *"Camp Pain". Talking with Chronic Pain Patients*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Kleinman, A.
1994 Pain and Resistance: The Delegitimation and Relegitimation of Local Worlds. En *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*, editado por M. J. Del Vecchio, P. Brodwin; B. Good y A. Kleinman, pp. 169-197. University of California Press, Berkeley.
- Laplantine, F.
1999 *Antropología de la enfermedad*. Del Sol, Buenos Aires.
- Le Breton, D.
2010 *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Margulies, S.
1998 "Candidaturas" y VIH: tensiones en los procesos de atención. *Cuadernos Médico Sociales* 74: 53-60.
2010 Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida. Ensayo de antropología de la medicina. *Intersecciones en Antropología* 11: 215-225.
- Martínez Hernández, A.
1998 Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. *Revista de la Asociación especialistas en Neuropsiquiatría* XVIII (68): 645-659.
- Merleau Ponty, M.
2003 *Fenomenología de la percepción*. Fondo de Cultura económica, México.
- Ramo, T., I. García Albea, R. Posada, A. Rodríguez, A. y F. Bermejo
1985 ¿Existe una personalidad jaquecosa? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* V (14): 313-321.
- Saslavsky, L.
2007 *¿Por qué no se cura (todavía) la diabetes? Un abordaje antropológico de la enfermedad considerada la epidemia del siglo XXI*. Antropofagia, Buenos Aires.

