

# Migraña y (des)encuentros: encierros y relaciones vinculares a partir de dolores de cabeza crónicos

 Romina Del Monaco\*

*Fecha de recepción: marzo de 2014. Fecha de aceptación: abril de 2015.*

## Resumen

Basándose en las ciencias sociales, este texto explora y analiza la relación entre los relatos de quienes padecen dolores de cabeza crónicos categorizados como “migraña” y las personas de su entorno. Para lograr este propósito, el estudio conecta la noción de “(des)encuentros” con las categorías de “yo” y “tú”. El trabajo de campo se realizó en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires donde se entrevistó a médicos neurólogos y a personas con migraña mientras que por fuera del hospital se entrevistó a vínculos cercanos (familiares, amigos). Estos dolores de cabeza plantean el tema del aislamiento como una cuestión central que los diferencia de otros padecimientos crónicos porque sus características discapacitantes modifican rotundamente la cotidianeidad. De este modo, a través del análisis de narrativas, es posible visualizar el problema y las particularidades de la relación entre “yo” y “otros” asociada a la separación y el encierro. Es decir, estas prácticas de alejamiento están atravesadas por experiencias de sufrimiento y desencuentro que involucran tanto a quienes tienen migraña como a sus vínculos cercanos.

### Palabras clave

*Dolor crónico  
Migraña  
Relaciones vinculares  
Desencuentros  
Encierros*

## Migraine and (dis)encounters: Isolation and relationships in the suffering of chronic headaches

### Abstract

Based in the social sciences, this article explores and analyzes the relationship between narratives of people with chronic pain categorized as “migraine”, and people related to these patients. For this purpose, the study connects the notion of failed meetings with the categories of “I” and “you”. Fieldwork was conducted in a public hospital in the Autonomous City of Buenos Aires, where neurologists and patients suffering migraine

### Key words

*Chronic pain  
Migraine  
Social relationships  
Failed meetings  
Isolation*

\* Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Magíster en Antropología Social y Política (FLACSO). Licenciada en Sociología (UBA). Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA). Docente de la materia Psicología Social de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Correo electrónico: rominadelmonaco@gmail.com.

were interviewed. Outside the hospital, interviews were conducted with the patients, friends and family. According to the interviews, the appearance of migraine creates isolation and certain practices that modify the relationship with others. Unlike other chronic conditions, isolation is a central issue in these kinds of headaches because their symptoms greatly affect and modify everyday life. Through the analysis of narratives it is possible to visualize the problem and the specificities of the relationship between “I” and “others” associated to separation and isolation. That is, these practices of withdrawal are affected by experiences of suffering and failed encounters that involve not only patients but also their families and friends.

## Enxaqueca e desentendimentos: isolamento e relacionamentos vinculares a partir do padecimento de dores crônicas de cabeça

### Resumo

#### Palavras-chave

*Dor crônica  
Enxaqueca  
Relacionamentos vinculares  
Desentendimentos  
Isolamento*

O objetivo do artigo é, a partir do padecimento de dores de cabeça classificadas como enxaqueca, analisar a relação entre as histórias dos doentes e de seu ambiente através de um eixo que ligue a ideia de desentendimentos com as categorias de eu e tu. O trabalho de campo foi realizado em um hospital público da Cidade Autônoma de Buenos Aires, aonde foram entrevistadas pessoas com enxaqueca e neurologistas médicos. E fora do hospital foram entrevistados familiares e amigos. A enxaqueca levanta a questão do isolamento como uma questão central porque seus sintomas modificam-se fortemente todos os dias. Através da análise das narrativas, tornam-se visíveis as separações e encerramentos entre os pacientes e suas famílias. Isto é, quem padece esse sintoma diz fechar-se e precisar afastar-se de tudo e de todos. Estas práticas de afastamento e fechamento são atravessadas por experiências de sofrimento e desentendimentos, envolvendo tanto os doentes de enxaqueca como outras pessoas.

“Enfrentémoslo.  
Los otros nos desintegran. Y si no fuera así, algo nos falta”  
(Judith Butler, 2009: 50).

### Introducción

La migraña es un tipo de dolor de cabeza crónico cuyas apariciones pueden ser recurrentes, aunque se desconoce la frecuencia y el momento en que se desencadenará. Además, puede estar acompañada de náuseas, vómitos, molestias e intolerancia a la luz, al ruido, a los olores y, generalmente, afecta a la mitad de la cabeza. A diferencia de otros malestares crónicos, se trata de un problema mundial, con variaciones regionales, que afecta a personas de todas las edades, niveles de ingresos y zonas geográficas. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la prevalencia de la migraña es alta calificándola como una de las veinte enfermedades más discapacitantes con amplias consecuencias en distintos ámbitos de la vida y con incidencias tanto a nivel físico como emocional que interviene en el desempeño laboral y dificulta el normal desarrollo social.<sup>1</sup>

Más aún, el análisis de estos dolores de cabeza cobra particular relevancia debido a las transformaciones socioeconómicas relacionadas con el despliegue del capitalismo contemporáneo y la implementación del neoliberalismo (Harvey, 2005). Es decir, ante el lugar protagónico que adquiere el trabajo en las sociedades capitalistas, las

1. “La OMS reconoce a la migraña crónica como enfermedad incapacitante”. *Télam [Sociedad]*, 15 de agosto de 2012.

enfermedades —en especial aquellas que se prolongan indefinidamente en el tiempo— amenazan, entre otras cosas, la continuidad laboral.

Si bien son escasos los estudios epidemiológicos con cifras tanto a nivel mundial como local, profesionales especialistas en la migraña estiman que este dolor afecta al 14% de los individuos en países occidentales y, en promedio, al 16% de las mujeres y al 7% de los varones a nivel mundial. En la Argentina, investigaciones efectuadas en el ámbito de la biomedicina sobre pequeños grupos y poblaciones acotadas a determinadas regiones permiten estimar mediante proyecciones que la migraña afecta en nuestro país, aproximadamente, al 12% de la población general (Zavala y Sarabia, 2006; Buonanotte, 2008).

A modo de ejemplo, un estudio realizado por profesionales médicos en un hospital de Ciudad de Buenos Aires concluyó, a partir de la realización de encuestas a personas con diagnóstico de migraña, que el 80% de ellos consumían fármacos en forma diaria, lo que les representaba entre un 5% y un 18% de sus ingresos mensuales. Además, el 98% de los encuestados declararon que debían dejar de efectuar sus tareas de dos a seis veces por mes. Otro aspecto era la evaluación del estado de cada persona, donde la mayoría no se declaraban satisfechos con su vida. En las entrevistas que se efectuaron surgieron rasgos de ansiedad y depresión en el 76% de los casos (Zavala y Sarabia, 2003).

A pesar de la alta incidencia de este tipo de dolores de cabeza, en el mapa de dolencias y sufrimientos abordados por las ciencias sociales y la antropología, la migraña ha sido objeto de poco interés tanto a nivel local como global. En nuestro país, la mayoría de las investigaciones sobre cronicidad se han concentrado en enfermedades crónicas, generalmente en poblaciones vulnerables, y refieren a padecimientos como el VIH (Epele, 1997; Grimberg, 2000, 2003, 2009; Kornblit, 2000; Pecheny, 2003; Margulies, 2006, 2010), diabetes (Saslavsky, 2007) y malestares crónicos en general (Domínguez Mon, 2012; Mendes Diz 2012; Schwarz, 2012).

Más aún, al no poner en juego la vida de los pacientes, la migraña se ha convertido en una forma rutinizada de sufrimiento que pierde importancia ante otros padecimientos asociados a “catástrofes de salud” y que tienen directas consecuencias en la supervivencia de determinados conjuntos y poblaciones (Kleinman, 1997). No obstante, la investigación sobre estos dolores de cabeza ha posibilitado identificar una serie de aspectos y problemáticas que lo diferencian de otros malestares crónicos abordados por las ciencias sociales, constituyendo su estudio un verdadero aporte a la temática sobre el sufrimiento y la cronicidad desde una perspectiva antropológica.

En primer lugar, teniendo en cuenta que la biomedicina tiene un modo de concebir a los sujetos (Dias Duarte, 2003) y de realizar diagnósticos donde se privilegian aspectos biológicos fundamentados en evidencias empíricas (Camargo, 1997; Lock, 2010), algunos estudios antropológicos plantean la falta de reconocimiento de los médicos a los relatos de los pacientes con dolencias crónicas (Good 1994; Kleinman 1994; Jackson 2000). En cambio, en el caso de la migraña, la construcción diagnóstica se da a la inversa y a partir de las palabras de quienes las padecen, proceso que no se ha encontrado en otras enfermedades crónicas.

En este sentido, la secuencia del diagnóstico de la migraña se puede resumir en dos pasos centrales. Primero, los profesionales realizan preguntas asociadas a la frecuencia e intensidad de los dolores de cabeza, síntomas que los acompañan, momentos en el día en los que suelen aparecer y si son asociados con algo en particular. Luego se efectúan estudios complejos como tomografías computadas, electroencefalogramas o resonancias magnéticas que permiten tomar imágenes del cerebro. Uno de los motivos por los que se realizan estos estudios es para descartar tumores, esclerosis, anomalías

en el cerebro o accidentes cerebrales vasculares. Si los resultados se encuentran dentro de los parámetros esperados por la biomedicina, es decir, si no se registran alteraciones y/o anomalías, el diagnóstico es migraña (Del Monaco, 2012b).

Más aún, lo paradigmático y particular de la migraña, a diferencia de otros dolores y enfermedades investigadas, es que en este caso si bien los profesionales “escuchan” y “creen” en los síntomas de los pacientes, socialmente hay una serie de sentidos y connotaciones negativas vinculadas a estos dolores de cabeza.

Siguiendo a Susan Sontag (2003), las enfermedades están rodeadas de significados y de luchas en torno a cómo vivirlas, entenderlas y asimilarlas en las discusiones así como a la formación de estereotipos que influyen en las experiencias de sufrimiento y en la vida cotidiana. En el caso de la migraña, suele ser asociada socialmente con excusas, mentiras y/o manipulaciones.

Otro de los aspectos centrales de la migraña refiere al tema del aislamiento, porque sus características discapacitantes modifican rotundamente la cotidianidad y promueven una dinámica específica del “yo” y del “otro” asociada al encierro y al alejamiento de todo y todos. Asimismo, estos dolores de cabeza escapan a las categorizaciones que intentan distinguir lo “normal” de lo “patológico” y la “salud” de la “enfermedad”. Se trata de un padecimiento que no puede ser clasificado debido a su particular construcción diagnóstica, a las trayectorias respecto a los tratamientos y al tipo de vínculos que se establece con otros a partir de la convivencia prolongada con el dolor. Teniendo en cuenta este conjunto de especificidades, su estudio constituye un aporte significativo a las investigaciones socio-antropológicas sobre la temática.

En este artículo, el objetivo es problematizar la relación entre quienes padecen las migrañas y su entorno a partir del análisis de sus narrativas mediante la noción de “(des)encuentros” en un eje que conecte instancias de sentir y ser sentidos, mirar y ser mirados, reconocer y ser reconocidos.

De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española (RAE), desencuentro significa: “encuentro fallido o decepcionante”, y en estos casos —que involucran tanto acciones de los que tienen migraña como de su entorno a partir del malestar— se incluye desde no concurrir a la fiesta de colegio de un hijo o “levantarse del almuerzo familiar” por los dolores de cabeza hasta relatos en los que se enfatiza la falta de registro del otro, quien “se va lo más lejos posible cuando aparece el dolor” (Florencia, 26 años).

Desde una perspectiva relacional y procesual, las personas se constituyen a partir de los lazos que las ligan con los otros. El “yo” no existe al margen del “tú”, sino que es ese vínculo el que lo crea (Butler, 2009). De esta forma, los individuos están expuestos a las miradas de otros y cuando hablan lo hacen —inevitablemente— para ellos en una búsqueda de escucha, credibilidad y reconocimientos (de palabras, de acciones o, también, de padecimientos).

Las relaciones entre quienes padecen migraña y sus entornos sociales están marcadas por imprevistos y situaciones que pueden modificar su cotidianidad, ya que reuniones y encuentros se pueden transformar en esperas, retrasos, des tiempos, desencuentros que agregan nuevos malestares y sufrimientos al dolor que ya se padece. Se trata de pequeñas formas minúsculas y, por momentos, imperceptibles maneras de relacionarse pero también de evitarse, de no mirarse o de no sentir a esos otros. Por eso, investigar en el carácter vincular del dolor teniendo en cuenta que las nociones de “yo” y “tú” son categorías analíticas construidas socialmente posibilita dar cuenta de historias que no

son blancas o negras sino que están permeadas y atravesadas por la multiplicidad y la superposición de relatos y grises ya que, por momentos, la migraña se convierte en un elemento de cohesión; y en otros, en un factor de disrupción, dependiendo de los contextos y las personas involucradas.

## El estudio

La perspectiva teórico-metodológica se inscribe en el dominio de la sociología y antropología de la salud siguiendo los lineamientos de la investigación cualitativa. El trabajo de campo fue desarrollado durante los años 2010 y 2011 en el servicio de neurología de un hospital público del Área Metropolitana de Buenos Aires.

Dentro de la institución médica se realizaron cuarenta entrevistas en profundidad a personas con migraña (veintiocho mujeres y doce varones); el rango etario iba desde los 21 hasta los 60 años. Además, se entrevistó a dieciocho médicos neurólogos en el mismo hospital. La decisión de incluir profesionales de la neurología reside en que desde la biomedicina es esta especialidad la encargada de realizar el diagnóstico y el tratamiento de la migraña. Luego, desde julio de 2011 hasta diciembre de 2012 se llevaron a cabo, a través de la técnica “bola de nieve”, entrevistas por fuera de la institución a veintidós personas (mujeres y varones adultos de entre 21 y 65 años de edad) vinculadas, en forma directa o indirecta, con quienes tenían migraña.

Tanto dentro como fuera del hospital se entrevistó a personas de niveles socio-económicos medios y medios-bajos, es decir, que están incluidos en el mundo del trabajo y/o el sistema de atención de salud —ya sea público o privado— que viven en el Área Metropolitana de Buenos Aires. A diferencia de estudios que desde las ciencias sociales trabajan con poblaciones vulnerables, en muchos casos excluidas del ámbito laboral formal y con diferentes obstáculos en el acceso a los sistemas de salud, esta investigación se focaliza en aquellos que tienen trabajo y acceden a consultas médicas.

Este recorte del referente empírico permitió indagar y analizar los modos de padecer de manera crónica vinculados a las transformaciones que produce el capitalismo contemporáneo en quienes están “incluidos”, que generalmente quedan invisibilizados frente a la emergencia social que generan las enfermedades y las catástrofes de salud en poblaciones pobres y vulneradas. La decisión de acotar la población de estudio al Área Metropolitana de Buenos Aires se debe a que en dicha área geográfica se encuentra la mayor cantidad de instituciones y profesionales especializados en el tratamiento de estos dolores de cabeza.

El examen de las entrevistas se realizó a través del análisis de narrativas. Esta decisión se fundamenta y 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 (Good, 1994; Kleinman 1994; Alves 1995; Grimberg, 2000, 2003; Recorder, 2005; Margulies, 2006, 2010; Barber, 2006; Del Monaco, 2012a, 2013b).

El análisis de narrativas se retoma desde un abordaje sobre procesos de salud y enfermedad que discute con las pretensiones de neutralidad moral y objetividad científica señalando que las prácticas y saberes sobre padecimientos y malestares están mediados por procesos sociales, económicos, políticos, morales y de género (Scheper Hughes, 1992; Farmer, 2003; Epele, 2010). 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 el significado de sus experiencias (García, 2009). En síntesis, las narrativas permiten

visualizar los modos en que los sujetos dan forma a distintas experiencias (Grimberg, 2009) construyendo sentidos y significados a partir de los que, en interacción con “otros”, se organiza su propia biografía, la visión de sí mismos y de los otros (Margulies, 2006).

En cuanto a los 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 participantes así como también de resguardar su identidad. Con respecto al manejo de la información y para evitar cualquier rasgo identificatorio o personal se modificaron los nombres de los entrevistados (manteniendo edad y género). Todas las personas entrevistadas son mayores de 18 años. 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 cumplimentando los requerimientos del hospital.

### Clausuras y aperturas: presencias por las ausencias

Los dolores se llenan de significados que varían de acuerdo con los sujetos que los enuncian y configuran modos de vivir. En estos padecimientos se narra, por momentos, la convivencia de distintas sensaciones como “angustias”, “fracasos” y “pérdidas” que intervienen en las relaciones cotidianas.

Se observa que en algunas situaciones los dolores de cabeza se reifican, se objetivan y se convierten luego en la causa de discusiones y agresiones entre las personas. A diferencia de las justificaciones que desde el sentido común se establecen entre ciertos grupos sociales, por ejemplo: “los niños y los borrachos tienen razón”, en la migraña, ciertas expresiones —consideradas fuera de lugar— se piensan como consecuencias de los dolores de cabeza y son dimensiones asociadas a “la enfermedad” que en otras circunstancias estarían mal vistas y se asociarían a la personalidad.

En las narrativas de aquellos que conviven con quienes padecen migraña o pertenecen a sus redes sociales próximas se identifican y analizan una serie de aspectos que ponen en evidencia los modos en que los dolores son experiencias vinculares que complejizan una mirada lineal y, al mismo tiempo, combinan elementos y sentidos aparentemente contrapuestos; es decir, el objetivo es problematizar e ir más allá de enunciados como “me creen”, “no me creen”, “le creo”, “no le creo”.

Las experiencias con la migraña se inscriben en los cuerpos a través de la producción de distintas sensaciones y emociones (Lutz 1990; Das, 2001; Bonet, 2003; Otegui Pascual, 2009). Por ejemplo, aquellos que conviven con quienes tienen estos dolores de cabeza describen modificaciones significativas en los estados de ánimo ante la repentina aparición del malestar.

De acuerdo con Maurice Merleau Ponty (2003), la persona “es en el mundo” a través de su corporalidad, y la aparición de un dolor cambia momentáneamente el vínculo entre el “yo” y los “otros” porque surgen distintos estados que intervienen en las acciones y movimientos. Además, no se puede saber si el otro sufre o si el dolor del otro es en alguna medida diferente a mi dolor (Wittgenstein, 1968). Tampoco se puede sufrir como los otros ni con los otros, y por eso los dolores crean distancias que se vuelven infranqueables para los demás.

En los relatos del conjunto de entrevistados con migraña se visualizan un conjunto de expresiones a través de las cuales estructuran sus experiencias ante la aparición del dolor. Se trataba de oposiciones tales como: “adentro/afuera”, “real/irreal”, “oscuridad/claridad”. Estas expresiones de sensaciones dicotómicas se pueden resumir en las nociones de “apertura” y “clausura” (Del Monaco, 2012a).



Se han denominado “clausuras” aquí a esos momentos que la mayoría de los entrevistados han descrito como “de encierro”, que son aquellos en los que el dolor agudo provoca el hermetismo y el alejamiento de todos y de todo. A su vez, esta noción modifica las concepciones sobre los cuerpos, las experiencias, la cotidianidad y la noción de “enfermedad”. De este modo, padecer migraña puede significar percibir cierto aislamiento o la imposibilidad de ser comprendido por los que “no están adentro”. Los pacientes refirieron en forma reiterada a esto: “me quedo en mi mundo”, “el que lo ve de afuera no entiende”.

Asimismo, los relatos de los pacientes sobre las percepciones de sus entornos muestran que las “clausuras” marcan distancias difíciles de traspasar, refiriéndose a una regulación de las acciones y prácticas mayor que la habitual. Las personas dijeron necesitar encerrarse y aislarse durante los momentos de dolor. Este problema instala una relación particular con el padecimiento, del que el entorno queda —aparentemente— excluido. Los dichos sobre las sensaciones de encierro son espaciales y simbólicos dado que, según quienes las padecen, es difícil que los demás entiendan las características de la migraña, configurando así espacios clausurados para los otros a los que no pueden acceder.

Algunos ejemplos de las “clausuras” varían entre “desconectar teléfonos”, “cerrar cortinas”, “decir que no molesten hasta que yo decida aparecer nuevamente”, “poner paños fríos en la frente”, “darme un baño”, “tomar agua helada”, entre otras. Se trata de tomar en consideración diferentes prácticas de cuidado que están mediadas por los diferentes contextos en los que viven los sujetos y que incluyen formas de atención y de búsqueda de alivio que se diferencian notablemente de las prescripciones biomédicas (Menéndez, 1998, 2003). Por otro lado, dentro de las situaciones de apertura se encuentra el “aparecer nuevamente” luego de los episodios con migraña y “continuar como siempre”.

Quienes rodean al migrañoso, por su parte, dicen: “mi mamá sin dolor es re tranquila, pero si está con migraña... ¡mejor correr!” (Federico, 39 años); “ya te das cuenta que se le está pasando porque le vuelve a cambiar la cara... tiene los ojos más chiquitos pero está mejor... le podés hablar, por lo menos” (Nicolás, 46 años); “mi esposa es muy divertida pero este dolor la transforma” (Martín, 43 años). Estas son sólo algunas referencias entre otras que ponen de manifiesto sus percepciones y el hecho de que son espectadores de las constantes transformaciones a partir del dolor pero también de sus mejoras:

En casa es conocido, nos juntamos a almorzar y tengo que empezar con: “che, no vengan porque Alfredo no puede, está con jaqueca. Pero lo podemos pasar a la noche porque es posible que a la noche esté bien”. Porque a las siete empieza a ceder. Es un jaquecoso de libro. O sea, que socialmente juntarnos con amigos se complica porque si de golpe se siente mal da vergüenza, cómo decir al otro (Liliana, 70 años).

Pueden verse en este caso situaciones de clausura (cancelación del almuerzo con amigos) y de apertura luego de la mejoría (juntarse con los amigos para cenar), cuando el migrañoso puede “salir de su encierro”.

Asimismo, en los relatos sobre las sensaciones de alivio aparecen expresiones como “parece que te hubiera pasado un camión por encima pero cuando pasa estás re bien” o “quedás como flotando” (Flavia, 41 años). Son formas particulares de dar cuenta de estas mejorías. Incluso, algunas personas observan que “te sentís mucho mejor después del dolor, quizás es por la pastilla, no sé” (Elisa, 37 años).

A mí me relaja cuando estoy hablando. Por eso te digo que siento que el dolor está bajando. Hoy amanecí con el dolor punzante, terrible, que querés pegar, gritar, no sabés qué hacer cuando te ataca porque no quiero ver a nadie ni que me hablen, pero cuando me empieza a pasar ya vuelvo a la normalidad (Brígida, 41 años).

Después de que se te fue el dolor es como si revivieras, es como si resucitaras. Sentís que revivís. Y ni hablar cuando tenés esas migrañas que se te desencadena todo, todo, con vómito, con todo. Como que te sentís que en el momento te querés morir, ¿viste? Después cuando pasó todo, es como que te sentís como liberado (Elisa, 37 años).

Tanto Brígida como Elisa describen experiencias luego de la migraña en las que se conjugan sensaciones “terribles” con “volver a la normalidad” o “sentirse liberada”. Los indicios que dan cuenta de estas mejoras incluyen “hablar con alguien”, “comer algo liviano” y “salir de la habitación”. Sin embargo, algo que surge en la mayoría de los relatos es que la mejoría no implica volver al estado previo al malestar. Hay casos en los que se habla de “cimbronazos en el cuerpo”, “sentirte medio abombada”, “como en una nube”, “con el cuerpo flojo”, entre otras referencias que ponen en evidencia que las aperturas están rodeadas de sensaciones que dependen de los sentidos atribuidos al dolor y que dan forma a estos relatos. Las coincidencias entre ellos refieren a que las señales mencionadas previamente —hablar, comer, mirar, etcétera— indican un “comienzo de vuelta a la normalidad”.

Los vómitos son una de las señales más “físicas” que permiten avizorar cierta mejoría. Si bien son situaciones complejas de atravesar durante las crisis porque “te tenés que estar levantando y lo único que querés es tener la cabeza apoyada en la almohada” (Natalia, 23 años), vomitar es un indicio de que los dolores están por pasar. Varios entrevistados hicieron referencia a “no ver la hora de vomitar para sacar todo y poder seguir”.

Yo la dibujo como una curva de Gauss. Empieza y sube, sube, explota y después empieza a bajar. Después podés seguir con tu vida. Primero hay una escalada al punto alto de dolor y si yo lo freno con una pastilla antes de que suba puede ser más leve pero si no, si te tomás la pastilla cuando está a pleno olvidate. Si yo estoy con un dolor de cabeza horrible, porque me agarró en un lugar en donde no tenía pastillas o lo que sea... yo, hasta que no vomite, no se me pasa y después del vómito ya empiezo a estar mejor soy yo de nuevo (Sergio, 49 años).

En el pasaje de las “clausuras” a las instancias de “apertura” y, nuevamente, encuentro con los otros, con el mundo exterior y con “la vida normal” hay un elemento que juega un papel central: el *Migral*. Se trata de pastillas cuya función es menguar los dolores de cabeza o evitar que empeoren los síntomas, siempre que se tomen a tiempo. Más aún, algunos entrevistados destacan que ante situaciones importantes o eventos que no quieren cancelar y encuentros a los que “sí o sí quiero ir” toman un *Migral* “por las dudas de que aparezcan los dolores de cabeza”. Por otro lado, la descripción de las relaciones con quienes conviven en la misma casa es variable: algunos dicen encontrar ayuda y comprensión mientras que otros señalan que sus dolores no son tenidos en cuenta y, por lo tanto, tampoco sus necesidades.

Explorar las miradas y los dichos de los entrevistados evidencia prácticas que producen y transforman regímenes de visibilidad-ocultamiento, modelos de subjetividad e identidad, experiencias corporales, modos de ver y de verse a través de la mirada de otros (Epele, 2009).

Indagar en las estrategias de ocultamiento o de visibilidad da cuenta de lo que se deja ver o la importancia de que ciertos aspectos del malestar permanezcan ocultos. A su vez, la búsqueda de “paz y tranquilidad” para transitar mejor los dolores puede verse interrumpida por los cambios que se realicen o no en los hogares de quienes padecen. Por eso, a pesar del ocultamiento, la interacción entre los “adentros” y “afueras” modela los modos de padecer y de relacionarse con otros. Elisa (37 años) menciona que “tengo migraña desde chica y en mi casa éramos cinco hermanos, o sea, hay un montón de gente en la casa así que me tuve que adaptar a todos los demás. Nadie se adaptó a mis



migrañas haciendo silencio, siempre era un quilombo”. Entonces, en lugar de que los demás se “acostumbren” a las migrañas, fue ella quien se acostumbró a los otros.

Y cuando me separé, que me fui a vivir con mis padres. Y yo a veces llegaba del trabajo y le decía a mi papá “¿Sabes que me duele mucho la cabeza y las piernas?”. Y entonces mi papá me decía: “Acostate. Bañate y acostate, que yo te despierto para la hora de la comida”. Así que mi papá era re-caballero en ese sentido. Y bueno, yo lo dejaba porque a él le encantaba cocinar. Y o sea, que mi papá me re-entendía cuando yo le decía que me dolía la cabeza (Julia, 52 años).

La heterogeneidad de las respuestas de otros frente a los dolores de cabeza muestra situaciones ordinarias de la convivencia que se ven modificadas, o no, por estos malestares. Quienes tienen migraña resaltan la importancia de “no ver a nadie” mientras tienen dolor. Por eso, debido a las características de estos dolores, los cambios de ánimo, los alejamientos y los aislamientos se vuelven un modo de transitarlo y de evitar peleas, conflictos y discusiones innecesarias.

El encierro permite “descontrolarse controlados”, lejos de otros, para “no arrepentirme de lo que pueda decir o hacer”. ¿Qué significados adquiere el aislamiento?, ¿de qué me aísló? Una de las respuestas recurrentes es que “me aísló porque no doy más del dolor” pero también: “me aísló para que no me vean” (Jessica, 27 años).

Frente a las dificultades que implica en otras situaciones continuar de forma “habitual” con la vida cotidiana a pesar del dolor, el aislamiento —en los casos en que es posible— se convierte en una forma de ocultamiento, tanto por las características que rodean al dolor para el afectado como por las consecuencias que pueden originar en las interacciones con otros.

Nosotros estamos acostumbrados a reunirnos en familia, y hay veces que justo en ese momento me ataca la migraña y yo no puedo ver cruzar una mosca. Una vez que se me pasó soy un santo, pero en ese momento soy un diablo. Es muy feo. Yo no se lo deseo a nadie, porque vos sos de una forma y te das vuelta totalmente. Por ejemplo, que sé yo, viene tu hijo y te habla, y capaz que te enojas con él sin ningún motivo (Juan Carlos, 53 años).

Uno de los objetivos centrales del aislamiento y la clausura es la búsqueda de alivio. Según los pacientes, se trata de momentos aparentemente individuales en los que se “retiran” de las interacciones cotidianas para “conseguir tranquilidad y paz”. Sin embargo, la posibilidad de que esa comodidad se logre efectivamente depende de una serie de modificaciones tanto internas como externas a la “habitación del dolor”. De acuerdo con Edward Casey (1997, 2001), los lugares no son algo abstracto sino que están permeados por contextos y diferentes eventos que están en continua relación con los cuerpos. Hay espacios para comer, para dormir y, en los relatos de los sujetos con migraña, también hay lugares específicos para padecer.

### **Casa tomada: “esa frase la tengo grabada, a mamá le duele la cabeza”**

Los dolores de cabeza crónicos también terminan generando silencios repentinos, escondites, alejamientos y alteraciones en los lugares de encuentro —de unos y otros. Hay repeticiones y modificaciones sistemáticas en las casas que son vistas como parte del dolor y, muy probablemente, a lo largo del tiempo dejan de ser cuestionadas.

Como se mencionó previamente, para unos se trata de aislarse y separarse del resto; pero, para los otros también implica separarse de estas personas que, durante los

episodios, se transforman en sujetos “insoportables”, “demandantes”. A continuación, los relatos de Federico y Florencia coinciden en que en ambos casos sus madres tienen migraña y conviven con esta situación desde pequeños. Dicha convivencia convirtió a la migraña en algo poco preocupante porque sus apariciones y consecuentes mejoras se volvieron algo ordinario y propio de la cotidianidad. La mayoría de los recuerdos de ambos se centran en los cambios dentro de las casas:

Mi mamá tiene siempre dolores de cabeza. Desde que nació me acuerdo y se pone insoportable. Ya la veías llegar, ya veías que se acostaba a la siesta, ya veías que no se despertaba, ya veías que no se prendía la luz, que se enojaba si había música. Los almuerzos, se iba. Tipo asado familiar los domingos con la familia de ella o la familia de mi papá, sí, se iba a acostar. No podías estar. Preferible no estar en casa. (Risas). Se ponía muy loca mi mamá (Florencia, 26 años).

Una de las cuestiones descritas por Florencia es el recuerdo de los dolores de cabeza de su madre “desde que nació”. La permanencia del dolor instala ritmos, cambios, rostros, actitudes y palabras que se naturalizan y pasan a formar parte de la vida familiar. “Mamá está con migraña” se vuelve una oración recurrente dentro del contexto familiar que irrumpe y reacomoda situaciones, eventos, reuniones y programas familiares. En algunos casos: “se pone insoportable”, “me hace dejar de escuchar música”, “se va del almuerzo” y, en especial, las referencias a que “era preferible no estar en casa”.

Que hablemos bajo, no gritemos, vayamos afuera a jugar al fútbol o que no hagamos mucho ruido si mi mamá estaba acostada porque le dolía la cabeza. Y claro, de más chico era: “pero le duele siempre la cabeza”. Ahora que me pongo a pensar y analizar. Pero en ese momento era como que te molestaba porque no podía hacer algo que quería, jugar, o gritar fuerte. Pero sí, esa frase la tengo grabada: “a mamá le duele la cabeza” (Federico, 39 años).

El testimonio de Federico coincide en parte con los de otros entrevistados; sin embargo, el hecho de que tenga grabada la frase “a mamá le duele la cabeza” inaugura un aspecto no analizado hasta el momento que son las sensaciones y las experiencias del círculo íntimo del paciente. El dolor es algo que “los marca” de distintas formas porque esa convivencia instala cambios crónicos. Explorar en las descripciones de los que quedan fuera evidencia un conjunto de modificaciones que alteran las rutinas familiares y que permanecen en los recuerdos a pesar de que, como el caso de Federico, hayan pasado treinta años.

Las descripciones adquieren matices de acuerdo con los “compromisos” que parecen vincular a unos con otros. Cuanto más lejana e impersonal es la relación, más frecuentemente aparecen situaciones de enojos y molestias por las consecuencias de estos encierros. En entrevistas realizadas a hijos de personas con migraña, los cambios en las casas se recuerdan con una mezcla de acostumbramiento, disgusto y enojo por la imposibilidad de continuar haciendo determinadas actividades como “jugar”, “escuchar música” o “reunirse con amigos”.

La situación se modifica cuando los relatos provienen de parejas. En estos casos, en general, el padecimiento ya se conoce desde que se comienza a salir con la persona en cuestión y las respuestas tienden a ser más “políticamente correctas”. Los relatos están mediados por aparentes sensaciones de comprensión, ayudas, ocuparse de los hijos, de “alcanzar paños fríos y un té”. Las descripciones de experiencias como “espectadores participantes” visibilizan que aquellas clausuras y aislamientos que relataban quienes tienen migraña se terminan convirtiendo en importantes presencias de esos otros mediante un tipo de “ausencia presente” que incluye cambios en la cotidianidad y ritmos de la casa.

## Mal humor y violencia: ¿“síntomas” que objetivan problemas?

Resulta llamativo que tanto pacientes como vínculos cercanos le otorguen a la migraña una entidad central en los estados del sentir. En las descripciones de los entrevistados, los dolores de cabeza aparecen como una “enfermedad” que produce un conjunto de malestares y síntomas dentro de los cuales se encuentran los cambios de ánimo, el mal humor y la agresividad con el entorno.

El análisis de narrativas sobre este aspecto hizo que fuera necesario preguntar si los cambios de ánimo son resultado de la migraña o si es al revés, ya que lo que predomina es considerar a estos dolores como una cuestión objetiva que produce mal humor y maltrato.

Por momentos se objetiva a la migraña, se la ubica por fuera de las personas y sus relaciones y se la considera productora de sensaciones con connotaciones negativas. Esto es así porque el dolor contamina distintos espacios de la vida; entonces, en estos casos: ¿la migraña actúa como categoría objetiva que produce malestares y termina catalizando sensaciones que “se esconden” debajo del dolor? Es decir, ¿la migraña se convierte en una especie de fusible que esconde para no poner en discusión problemas relacionales?

En los relatos se describe a la migraña como una enfermedad caracterizada por cuestiones “biológicas” que producen “agresividad”, “enojo”, “mal humor”. Pilar relata situaciones frecuentes que recuerda de su niñez y adolescencia entre su madre con migraña y la chica que limpiaba en su casa:

En casa trabajaba una chica de empleada doméstica, digamos. Y esta chica iba a casa y tenía pasión por cambiar de lugar los muebles. Entonces hacía un ruido terrible (risas) y mi mamá se levantaba con el dolor de cabeza y bueno, en vez de decirle: “no cambies los muebles de lugar, me duele la cabeza”, era “no tenés que cambiar los muebles de lugar, tenés que limpiar solamente” (risas). Era como una desesperación (Pilar, 29 años).

De acuerdo con Pilar, como con otros entrevistados, los “cambios de muebles de lugar” y los ruidos sólo se convertían en problema cuando surgían las migrañas de su madre. Aparentemente durante los momentos de padecimiento hay cierta “libertad” de tratar mal y de decir cosas que en situaciones ordinarias no se dirían. Es decir, los supuestos maltratos y gritos hacia la empleada no tenían consecuencias “importantes” porque “eran por la migraña”.

Hay una cosa que yo noto y es que se pone peleadora. Se pone peleadora. Lo que pasa es que no siempre es condición necesaria (risas). Puede pelear y no tener dolor de cabeza (risas), pero a veces está particularmente peleadora y termina con dolor de cabeza. Los neurólogos se lo explican a partir de un neurotransmisor. El dolor de cabeza y la agresión van de la mano, sí, sí está muy peleadora y después eso termina en dolor de cabeza. También eso puede ser porque está irritable porque le duele la cabeza (Martín, 43 años).

En algunos casos, como en el que describe Martín, esta referencia está más implícita que en otros ya que estos síntomas se explican por un “neurotransmisor” que vincula a la agresión con los dolores de cabeza de su pareja. En los relatos, el origen de esta asociación reposa en explicaciones que objetivan la migraña, la aíslan de su contexto y la convierten en una “enfermedad que produce mal humor”.

Alfredo antes de tener el dolor y antes de saber él que va a tener el dolor se pone muy agresivo por cosas tan tontas y triviales que vos decís “¿qué pasó?”. Por ejemplo

Alfredo es un tipo que nunca trata mal y él tiene con vos un trato buenísimo pero a veces llega a casa y dice: “¿por qué me pusiste esto acá?” y grita de una manera como si se hubiera transformado en otro (Liliana, 70 años).

Ninguno de los entrevistados atribuye los cambios de ánimo a discusiones de pareja, a cambiar efectivamente los muebles de lugar o a no llevarse bien con el otro. En cambio, se trató de “biologizar” esas actitudes y de atribuir las al dolor. En algunos casos, la migraña “libera” estados que se ocultan y recién se ponen en la superficie transformados en síntomas del dolor. Esta situación da cuenta de la multiplicidad de puntos de vista desde los cuales se hacen foco y se construye un padecimiento. Para unos y para otros la migraña se vuelve un catalizador de distintas cuestiones propias de los modos de vida, de las relaciones con otros, de los problemas en general, y en ella se depositan esos malestares. Es decir, se visualiza qué tensiones entre quienes padecen y los otros se pueden ocultar en la migraña.

## Usos, abusos y reconocimientos de los dolores de cabeza

Los dolores de cabeza se revisten de diferentes sentidos y usos para los sujetos involucrados; en algunos casos, se convierten en un botín de lucha por buscar reconocimiento al padecer. Las personas con migraña resaltan la necesidad de que sus dolores sean reconocidos por otros y, en el caso de esos otros, los reconocimientos adquieren matices que combinan y superponen elementos aparentemente contrapuestos entre sí cuando resaltan que “algo hay pero el tema es qué se hace con eso”.

En el conjunto de familiares y amigos del migrañoso son recurrentes afirmaciones como “para mí exagera”, “le creo aunque a veces no sé qué pensar”, entre otras. Estas palabras articulan formas de reconocimiento de otros que intervienen en los procesos de subjetivación marcados por “creencias” y “desconfianzas” en torno a lo que es o parece un malestar.

La migraña tiene ciertas particularidades que la conforman como un tipo de dolor por momentos extraño, confuso, ambiguo y diferente. Así como hay cuestiones consideradas parte del malestar, hay otras que se convierten en satélites evitables. Esta última opción incluye una serie de actitudes, prácticas y dichos de quienes tienen migraña y que el entorno describe como herramientas con las que manejan situaciones y relaciones y que se convierten en “usos y abusos” del padecimiento.

Dentro de los enunciados más recurrentes figuran en primer lugar la “manipulación” y, en segundo lugar, los dolores de cabeza como “escondites” para “no enfrentar” ni lidiar con determinadas situaciones que producen “angustia” y “temores”. Las “manipulaciones” incluyen utilizar los dolores para evitar realizar ciertas actividades o para recibir un trato especial. Las prácticas oscilan entre exagerar “para que le alcances una taza de café” o también para no concurrir a determinado lugar.

A mí con mi suegro a veces me suena que le duele en un nivel mucho más bajo que otras veces; porque le cambia la cara y todo. A veces está con una cara que decís: “Mamita... te hago upita, qué sé yo. ¿Qué puedo hacer por vos?”, ¿viste? Hago cualquier cosa porque la verdad es que te parte el alma. Y hay veces que decís: “Dale, macho, hacé un esfuercito. Tomate un café, ponete un poco de pilas y bancátela. Después si te duele más, sí acostate” (Enrique, 51 años).

Yo sentí en la convivencia que ella manipulaba con el tema de tener migraña. Era lo que sentía yo, por ejemplo... no sé, vos te juntabas a estudiar y le avisábamos antes: “Mirá que a las 4 me junto a estudiar en el comedor”, y empezaba con: “Eh...

bueno, sí, pero hablen bajo porque yo con la migraña...”. Y nosotras seguíamos con lo que estábamos haciendo, no es que íbamos detrás de ella (Victoria, 29 años).

De las entrevistas realizadas, el caso de Victoria es el más indirecto porque no tiene un vínculo de pareja ni familiar con la persona con migraña. Se trata de alguien con quien comparte y divide gastos en una casa que alquilan con una tercera persona. Entonces, las descripciones sobre las manipulaciones son mayores porque el carácter más impersonal de esta relación hace que se considere no sólo que “desde las enfermedades siempre se manipula a otros” sino que, en el caso particular de la migraña, se hace un “uso” especial que genera que uno se “predisponga a que la migraña apareciera”.

Otro de esos “usos” del dolor tiene que ver con esconderse y no enfrentar determinadas situaciones y eventos. Entonces en algunos casos el entorno lo describe como algo que —de manera consciente o no— aparece para “protegerlos”, un “refugio seguro, una amiga conocida que lo salva de enfrentarse a las cosas” (Liliana, 70 años).

Los análisis caseros que realiza el entorno de quienes tienen migraña coinciden en numerosas ocasiones respecto de la “realidad” del dolor, pero también de su utilidad para no enfrentar situaciones o para manipular a otros. En algunas oportunidades se coloca a los pacientes en un lugar de debilidad e imposibilidad ante el cual la migraña “los viene a salvar” de enfrentarse a situaciones y personas.

## Dolores más o menos sentidos

Los quiebres y fracturas que producen estos dolores difieren de acuerdo con el conjunto de entrevistados. Indagar en los relatos de quienes tienen migraña en relación con otros se cubre de otros sentidos un poco más homogéneos que están marcados porque “no entienden”, por la “falta de comprensión” y porque “no escuchan”.

El año pasado cuando me empezó a pasar, mi marido como que se empezó a pudrir porque yo llegaba del consultorio: “Me está doliendo la cabeza, tengo ganas de vomitar”, me tiraba ahí y él se empezó como a embolar de escucharme a mí: “Me duele la cabeza”, “me duele la cabeza”, “me duele la cabeza” (Analía, 31 años).

Las diferencias entre unos y otros evidencian a su vez las múltiples formas de ver, sentir y reconocer a este padecimiento. Estas recurrencias en los relatos de personas con migraña hace de los sentimientos y, específicamente, del “dolor no sentido” (Maldavsky, 1996) uno de los modelos dominantes. Es decir, los dolores de cabeza tienen un estatuto y una realidad cotidiana que se ven condicionados por procesos de reconocimiento por parte de otros tanto de su estatuto de realidad como de su significación y legitimidad.

Siguiendo a Maldavsky (1996), el sentir es ser sentido por otros. En y por estos vínculos, a través de prácticas corporales y simbólicas, en las experiencias del contacto corporal, de las miradas, del ser hablado, de dar respuesta, de anticipar e interpretar al otro, emergen las categorías sociales del sentir, el reconocimiento, legitimación y elaboración de las experiencias emocionales (Epele, 2010: 230).

Tengo vergüenza de decir que siempre tengo dolor de cabeza. Procuero de no mostrar que me duele todo el tiempo la cabeza; pero también hay momentos en que uno quiere contar, que requiere desahogar. Quiere decir: “Ay, me duele la cabeza hoy”. No soportás también sola vos las cosas y querés contar (Brígida, 41 años).

En las experiencias de dolor intervienen procesos de reconocimiento por parte de otros en los que se ponen en juego tanto su estatuto de realidad como su significación y legitimidad. Por otro lado, fue posible visibilizar experiencias que refieren al “sufrimiento del que no le duele”, es decir, los relatos de aquellos que conviven con quienes padecen migraña y que sufren de diferentes modos la presencia de este dolor. A lo largo del tiempo producen percepciones que en los relatos combinan el reconocimiento de ciertos síntomas con la utilidad de otros a fin de encontrar beneficios a determinadas situaciones. Sin embargo, la variabilidad de respuestas en torno a los sentidos que producen en esos otros ver padecer a sus vínculos cercanos combina de manera indistinta “angustias”, “penas”, “culpas”, “bajar la persiana”, “borrarse”. Madres que discuten con sus hijos por los dolores de cabeza del padre o hijos que discuten con sus padres por los dolores de sus madres son elementos recurrentes en los relatos.

Mirá la semana pasada fue el cumpleaños de mi nieto y él no fue. Mis hijos son los que se enojan más. Si los escucharas “Mamá, buscate un amante, dejate de joder”, me dicen. Y yo lloro mucho a veces. Te digo más, yo estudié astrología, por ejemplo por las jaquecas de Alfredo, para poder salir de esto, que era como una locura y saber que estaba estudiando o haciendo algo y no irme de farra con mis amigos y eso me hacía sentir muy culpable, pero el estudiar no (Liliana, 70 años).

A las reuniones de la escuela no iba, o sea, que la esperaba y no llegaba. Y después aparecía mi papá solo. Era por el dolor de cabeza. Y después yo me vine a estudiar a Capital y medio no es que me borré, pero no había celulares y mi mamá llamaba desesperada al departamento, no me encontraba y como que no sé, se ponía mal, se angustiaba. Entonces cuando llamaba me decía: “¡A mí que me duele la cabeza y yo no sé dónde estás, me levanto a la noche pensando que te pasó algo, que tomaron la facultad...!” (Pilar, 29 años).

Liliana mencionó que no se sentía bien si salía sin su pareja mientras a él le dolía la cabeza. Entonces, decidió buscar algo relacionado con el estudio para “sentir menos culpa”. Pilar, en cambio, destacó dos hechos que parecen desconectados pero que en realidad se vinculan entre sí. Por un lado, en la adolescencia, las “esperas” fallidas a su madre en campamentos y reuniones de escuela y el “no es que me borré, pero me vine a estudiar a Capital”; por otro, cuando llamaba su madre a Buenos Aires era ella quien no encontraba a su hija.

### **A modo de conclusión: (des)encuentros, dolores, vos y yo**

“De alguna manera tratamos el dolor que, a mi criterio, no sólo es somático o referente al cuerpo sino que también hay mucho en el sentimiento que uno le pone a ese dolor y siempre hay que tratar de ponerse en el lugar del otro”  
(Sofía, Médica)

La superposición de explicaciones —por momentos biologizadas y por otros, sociales, sobre la “utilidad” del malestar— permitió identificar una multiplicidad de relatos en torno a este dolor que, unidos a las palabras de los profesionales médicos, conforman una dolencia particular pero, sobre todo, un padecimiento cuyos sentidos confluyen, se superponen y coinciden pero también se diferencian, distinguen y chocan entre sí. Un dolor aparentemente individual que obliga a quienes lo padecen a aislarse y separarse de otros instala un conjunto de cuestionamientos y dudas respecto de cómo son las relaciones con otros, qué dicen sentir quienes no padecen, si se trata sólo de desconfianzas o de creencias o si se reconocen y escuchan estos dolores de cabeza.



Responder algunas de estas preguntas requiere considerar y analizar los procesos de construcción subjetiva a partir de sufrimientos y malestares que perduran en el tiempo y que, de algún modo, se terminan convirtiendo para unos y otros en parte de la vida cotidiana.

Las categorías de “encuentros” y “(des)encuentros” permiten evidenciar distintos aspectos de las experiencias con el padecer que se relacionan entre sí. En primer lugar se observan procesos de visibilidad y ocultamiento ante los dolores que son descriptos tanto por quienes padecen como por los otros. En segundo lugar, se relatan posibles usos y abusos del dolor para manejar determinadas situaciones o “llamar la atención”. De esta forma, el “yo” no padece sólo, aislado y separado de un “tú” que da forma y modela a través de la escucha, la mirada y el reconocimiento —o no— a esos otros que padecen.

Asimismo, quienes comparten la cotidianidad con quienes tienen migraña, también se ven afectados y atravesados de diferentes formas por este malestar. Es decir, los dolores de cabeza tienen repercusiones más allá de los más directamente afectados.

Ocultarse, ser visto, mirar, exponerse a la mirada de otros, aparentar y mirarse son acciones que definen un dominio de prácticas corporales, posiciones e identidades que, a través de una dinámica de tensiones y conflictos atraviesan las relaciones sociales (Epele, 2010).

En este sentido, los (des)encuentros son formas de no encontrarse, no mirarse, no escuchar ni reconocer(nos) dentro de múltiples situaciones locales en las que se interactúa con otros. Esta noción excede (pero también incluye) a aquellas definiciones que asocian los desencuentros con esperar dos horas y media en una esquina a alguien que no llega. Los encuentros fallidos involucran distintas acciones, prácticas, experiencias de no reconocer ni sentir a otros.

La migraña es un dolor que desde la biomedicina se atribuye a los “estilos de vida”, a la “genética” o a la “herencia”, entre otras variables “objetivas”. Sin embargo, se realizaron numerosas entrevistas y en los distintos grupos sociales estos motivos no aparecen como las razones que los entrevistados encuentran a los dolores de cabeza. En cambio, las referencias apuntan a aquellos que nos constituyen pero que también nos fracturan. Estos dolores muestran lo vincular del dolor, su carácter relacional, las constantes referencias de los distintos entrevistados a padecer en función, en relación, por o para los otros, aunque estén solos.

“De alguna manera tratamos el dolor que, a mi criterio, no sólo es somático o referente al cuerpo sino que también hay mucho en el sentimiento que uno le pone a ese dolor y siempre hay que tratar de ponerse en el lugar del otro”, dijo Sofía, una médica. Es decir, no estamos conectados unos a otros por ser seres racionales, sino más bien porque estamos expuestos unos a otros, necesitados de un reconocimiento en el que los lugares de reconocer y ser reconocidos no son intercambiables (Cavarero, 2000).

Hay sentimientos, emociones y sentidos que anteceden y producen como consecuencia distintos malestares y sufrimientos (dentro de los cuales se encuentran los dolores de cabeza). A pesar de las diferencias relativas a contextos y situaciones particulares hay búsquedas para ser escuchados, mirados, reconocidos y queridos por otros. De acuerdo con Butler:

No es como si un “yo” existiera independientemente por aquí y que simplemente perdiera a un “tú” por allá, especialmente si el vínculo con ese “tú” forma parte de lo que constituye mi “yo”. Si bajo estas condiciones llegara a perderte, lo que me duele no es sólo la pérdida, sino volverme inescrutable para mí. ¿Qué “soy”,

sin ti? Cuando perdemos algunos de estos lazos que nos constituyen, no sabemos quiénes somos ni qué hacer. En un nivel, descubro que te he perdido a “ti” sólo para descubrir que yo también desaparezco (Butler, 2009: 48).

Los dolores ponen en la superficie este problema que aparece escondido detrás de la búsqueda de independencia y del desarrollo de la autonomía. Frente a contextos en los que se resalta como valor destacado el éxito individual, predomina (al mismo tiempo y de diversos modos) la búsqueda de encuentros que —a veces por los dolores de cabeza y otras veces por distintas características de la cotidianidad y de los vínculos actuales— quedan inconclusos.

## Bibliografía

- » ALVES, Paulo César. 1995. “A experiencia da enfermidade: considerações teóricas”. *Cadernos Saúde Pública Rio de Janeiro*, 9(3): 263-271.
- » BONET, Octavio. 2003. “Emociones e sofrimentos nas consultas médicas. Implicações da sua irrupção”. *Teoria e Cultura*, 1(1): 117-138.
- » BUONANOTTE, Carlos Federico, FERNÁNDEZ, Alicia Ruth y ENDERS, Julio. 2008. “Impacto de la migraña en estudiantes universitarios”. *Migrâneas cefaléias*, 11(4): 225-228.
- » BUTLER, Judith. 2009a. *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- » BUTLER, Judith. 2009b. *Dar cuenta de sí mismo. Violencia ética y responsabilidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- » CAVARERO, Adriana. 2000. *Relating Narratives: Storytelling and Selfhood*. Londres: Routledge.
- » CAMARGO, Kenneth Rochel. 1997. “A Biomedicina”. *PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva*, 7(1): 45-68.
- » CASEY, Edward. 2001. “Between Geography and Philosophy: Why does it mean to be in the Place-World?”. *Annals of the Association of American Geographers*, 91(4): 683-693.
- » DAS, Veena. 2001. “Language and Body: Transactions in the Construction of Pain”. En: A. Kleinman, V. Das, M. Lock (Eds.). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- » DEL MONACO, Romina. 2012a. “Dolor crónico, corporalidad y clausuras: percepciones y experiencias sobre la migraña”. *Revista Latinoamericana sobre cuerpos, emociones y sociedad*, 4(8): 17-28.
- » DEL MONACO, Romina. 2012b. “Dolores de cabeza, síntomas y enfermedad. Un abordaje social sobre la construcción clínica de la migraña”. *Intersecciones en Antropología*, 13: 501-511.
- » DIAS DUARTE, Luis Fernando. 2003. “Indivíduo e pessoa na experiencia da saúde e da doença”. *Ciencia y Saúde Colectiva*, 8(1): 173-183.
- » DOMÍNGUEZ MON, Ana María. 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”. A. Dominguez Mon, A. M. Mendez Diz, P. Schwarz y otros. *Agencia y cuidado en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles*. Documentos de trabajo Nro. 60. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani-FacSo / UBA. pp.32-44.
- » EPELE, María. 1997. “Lógica Causal y (auto)cuidado. Paradojas del control médico del VIH-SIDA”. *Revista del Centro de Ciencias Etnolingüísticas y Antropológico Sociales*, s/n: 87-94.
- » EPELE, María. 2001. “Violencias y traumas. Políticas del sufrimiento social entre usuarios de drogas”. *Cuadernos de Antropología Social*, 14: 117-137.
- » EPELE, María. 2009. “Etnografía, fragmentación social y drogas: Hacia una Política de las Miradas”. *Etnografías Contemporáneas*, 3: XX-XX
- » EPELE, María. 2010. *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.

- » FARMER, Paul. 2003. *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New Poor*. Berkeley: University of California Press.
- » GARCÍA, Guadalupe. 2009. "Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la Ciudad de Buenos Aires". *Horizontes Antropológicos*, 32: 247-272.
- » GRIMBERG, Mabel. 2000. "Género y VIH-Sida. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH". *Cuadernos Médico Sociales*, 78: 41-54.
- » GRIMBERG, Mabel. 2003. "Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH". *Cuadernos de Antropología Social*, 17: 79-99.
- » GRIMBERG, Mabel (Ed.). 2009. *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.
- » HARVEY, David. 2005. *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: AKAL.
- » JACKSON, Jean. 2000. "Camp Pain" *Talking with Chronic Pain Patients*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- » KLEINMAN, Arthur. 1994. "Pain and Resistance: the Delegitimation and Relegitimation of Local Words". En: M-J. DelVecchio Good, P. Brodwin, B. Good y A. Kleinman (Eds.). *Pain as human experience: An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press. pp. 169-198.
- » KLEINMAN, Arthur. 1997. "Everything that Really Matters: Social Suffering, Subjectivity and the Remaking of Human Experience in a Disordering World". *The Harvard Theological Review*, 90(3): 315-335.
- » KORNBLIT, Ana Lía. 2000. *SIDA. Entre el cuidado y el riesgo. Estudios en población general y en personas afectadas*. Buenos Aires: Alianza Editorial.
- » LOCK Margaret y NGUJE Vinh-Kim. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*, Oxford: Wiley-Blackwell
- » LUTZ, Catherine. 1990. "Engendered Emotion: Gender, Power, and the Rhetoric of Emotional Control in American Discourse". En: C. Lutz y L. Abu-Lughod (Eds.). *Language and the Politics of Emotion*. New York: Cambridge University Press.
- » MALDAVSKY, David 1996. *Linajes abúlicos. Procesos tóxicos y traumáticos en estructuras vinculares*. Buenos Aires: Paidós.
- » MARGULIES Susana, BARBER Nélide y RECODER, María Laura. 2006. "VIH-SIDA y 'adherencia' al tratamiento. Enfoques y perspectivas". *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 3: 281-300.
- » MARGULIES, Susana. 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.
- » MENÉNDEZ, Eduardo. 1998. "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". *Estudios Sociológicos*, 46: 37-67.
- » MENÉNDEZ, Eduardo. 2003. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciênc. saúde coletiva*, 8(1): 185-207.
- » MENDES DIZ, Ana María. 2012. "Las enfermedades crónicas, un nuevo paradigma de abordaje desde lo médico y social". En: A. Dominguez Mon, A. M. Mendez Diz, P. Schwarz y otros. *Agencia y cuidado en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles*. Documentos de trabajo Nro. 60. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani-FacSo / UBA. pp. 21-31
- » MERLEAU PONTY, Maurice. 2003. *Fenomenología de la percepción*. México: Fondo de Cultura Económica

- » OTEGUI PASCUAL, Rosario. 2009. “El sufrimiento: la forma sociocultural del dolor”. En: M. Grimberg (Ed.). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia. pp. 147-166.
- » PECHENY, Mario y MANZELLI, Hernán. 2003. “Las experiencias de vivir con enfermedades crónicas: una comparación entre el HIV/sida y la hepatitis c”. En: J. R. Macías y otros (Coord.). *Temas de enfermedad por HIV-sida*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Sida.
- » RECODER, María Laura. 2005. “‘No se desespere por el cambio... su vida está comenzando ahora’. Crónica de una cronicidad HIV-sida, tratamiento médico y vida cotidiana”. Actas del Primer Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario, 11 al 15 de julio de 2005, publicación en CD.
- » SASLAVSKY, Liliana. 2007. *¿Por qué no se cura (todavía) la diabetes? Un abordaje antropológico de la enfermedad considerada la epidemia del siglo xxi*. Buenos Aires: Antropofagia.
- » SCHWARZ, Patricia. 2012. “Las mujeres y el cuidado en las enfermedades crónicas. Entre la autonomía y la heteronomía”. En: A. Dominguez Mon, A. M. Mendez Diz, P. Schwarz y otros. *Agencia y cuidado en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles*. Documentos de trabajo Nro. 60. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani-FacSo / UBA. pp. 69-84
- » SCHEPER HUGHES, Nancy. 1992. *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley y Los Ángeles: University of California Press.
- » SONTAG, Susan. 2003. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus Alfaguara.
- » WITTGENSTEIN, Ludwig. 1968. *Los cuadernos azul y marrón*. Madrid: Tecnos.
- » ZAVALA, Héctor y SARAVIDA, Bibiana. 2003. “Epidemiología e impacto socioeconómico de la migraña”. *Revista Argentina de Neurocirugía*, 28(2): 79-84.
- » ZAVALA, Héctor y SARAVIDA, Bibiana. 2006. Impacto de la migraña en la calidad de vida. Publicaciones del hospital Ramos Mejía. Buenos Aires. <http://www.ramosmejia.org.ar/r/200603/4.pdf>