

IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

Biomedicina y dolor crónico: aproximación al estudio de la Migraña.

Romina L. Del Mónaco.

Cita:

Romina L. Del Mónaco (2011). *Biomedicina y dolor crónico: aproximación al estudio de la Migraña*. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/269>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Dolor crónico y vida cotidiana: aproximación desde el estudio de la migraña

Romina L. Del Mónaco

Referencia institucional: Instituto de Investigaciones Gino Germani-Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de Buenos Aires-CONICET

e-mail: rominadelmonaco@yahoo.com.ar

Resumen:

En las últimas décadas los dolores crónicos se convirtieron en un problema de estudio relevante tanto para las Ciencias Sociales como para la Biomedicina. Con el progresivo aumento de la población que padece estas dolencias se encuentra también la dificultad de que en la mayoría de los casos no existen tratamientos eficaces. El objetivo de este trabajo es indagar desde la perspectiva de los sujetos algunos aspectos de su cotidianeidad para analizar lo que para ellos significa tener un tipo de dolor crónico denominado migraña. Este es un campo poco explorado desde las Ciencias Sociales a pesar de que se trata de una dolencia que afecta del 12 al 16% de la población en Argentina (se estima que al 7% de los hombres y 20% de las mujeres). Probablemente su naturaleza episódica, incierta etiología e ineficacia del tratamiento sean factores que contribuyen a la subestimación del problema. Sin embargo, la cronicidad y la falta de certezas en torno a sus causas y tratamientos modifican hábitos en la vida cotidiana que se mantienen en el tiempo y que pueden acarrear la imposibilidad de cumplir con compromisos laborales, familiares, etc. De este modo, se evidencian cambios en la calidad de vida que influyen en la subjetividad y en las relaciones sociales.

Palabras claves: Dolor crónico –Migraña –Biomedicina –Vida cotidiana.

LA INVESTIGACION

Este trabajo constituye una primera aproximación de una investigación mayor acerca de la relación entre la Biomedicina y el padecimiento crónico de la migraña. La estrategia metodológica propuesta es cualitativa, la información empírica analizada es resultado de entrevistas semi-estructuradas a pacientes y médicos-neurólogos de un Hospital Público del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). El trabajo de campo se llevó a cabo desde abril de 2010 hasta diciembre de 2010, se realizaron treinta y dos entrevistas a sujetos con migraña (veinticuatro mujeres y seis hombres) y a diez médicos-neurólogos del servicio de neurología de dicho hospital (médicos de planta y residentes).

Asimismo, como parte del trabajo de campo se realizó observación participante en Ateneos y congresos de la especialidad realizados en el Hospital. También se

utilizaron fuentes secundarias desde la perspectiva Biomédica y de las Ciencias Sociales (libros, investigaciones, revistas y estudios epidemiológicos).

PROBLEMATICA TEORICA

El dolor “normal” es aquella molestia temporaria que cualquiera puede tener y se distingue del dolor crónico en que este último transforma esa molestia en una experiencia que se continúa en el tiempo y se desconoce su duración e intensidad futura (Hilbert, 1984). La cronicidad estructura la subjetividad de quien padece y altera su vida cotidiana, la percepción del sufrimiento y la interacción con los otros.

Además, desde la Biomedicina el dolor crónico representa un caso específico que se diferencia de otro tipo de enfermedades por la amplitud clínica de esta categoría. En muchos casos se lo considera con un status anómalo y parcialmente legítimo (Good 1994). Por eso, la dificultad y complejidad de sus diagnósticos hace que escapen de las construcciones sociales sobre lo que es una enfermedad. Una de las particularidades que presenta es que a diferencia de las enfermedades agudas, algunos de estos dolores como la migraña carecen de una localización anatómica y determinación etiológica que permita dar una explicación de su causa y una solución definitiva.

En ese sentido, es relevante problematizar el modo en que la intersubjetividad característica del dolor crónico afecta y da forma a las experiencias cotidianas. Por eso es inviable considerar estos padecimientos meramente como algo “biológico” que le sucede a un individuo. Algunos aspectos que se manifiestan en las entrevistas tienen que ver no solo con los costos –económicos y sociales- de convivir con un pronóstico incierto sino también con la posibilidad de que el entorno más cercano comprenda el significado del dolor debido a la falta de legitimidad que tiene a diferencia de otros padecimientos.

MIGRAÑA: “ORIGEN” Y CARACTERÍSTICAS

La historia sobre el surgimiento de los dolores de cabeza data de épocas antiguas y su significado remite a la palabra hemicránea cuyo derivado en latín es “mitad del cráneo”. En cuanto a sus características, la migraña son crisis recurrentes de dolor de cabeza casi siempre descripta con un patrón específico: precedida de pródromos, a veces de auras y en algunas oportunidades acompañada de síntomas neurológicos focales o vegetativos. La duración de cada crisis es variable, desde 1 hora hasta 3 días, y también lo es su frecuencia, ya que aunque no suelen superar los 2 a 3 episodios por mes, puede haber períodos de crisis continuas (Zavala 2008). Como se mencionó es una dolencia que puede presentarse con aura. Es decir, el aura es una alteración recurrente que se manifiesta por crisis de síntomas neurológicos focales reversibles que usualmente se desarrollan en forma gradual durante 5 a 20 minutos y pueden durar hasta una

hora. Las manifestaciones son diversas y prevalece la visión borrosa, las luces deslumbrantes, la pérdida de visión y las alteraciones reversibles del lenguaje. En cambio, la migraña sin aura es más común y se manifiesta en forma de crisis que duran desde 4 hasta 72 horas, típicamente son hemicráneas, pulsátiles, de intensidad moderada a severa y provocan usualmente náuseas, fotofobia y/o sonofobia (Pearce 1993).

Un aspecto a tener en cuenta es que en este trabajo se hará referencia al término migraña como la forma que tienen tanto los profesionales como los sujetos de denominar a este tipo de dolor de cabeza. En ese sentido, se observa por parte de los pacientes la necesidad de darle una entidad específica y legítima al dolor a fin de diferenciarlo de *“los dolores de cabeza que tiene todo el mundo”*. Por ejemplo, en las entrevistas, ante la pregunta de ¿por qué viene al hospital? algunas de las respuestas más frecuentes fueron: *“Migraña, migraña crónica yo tengo”* (María, 43 años), *“Por el dolor de cabeza, cefalea migrañosa eso es lo que dicen”* (Rosa, 49), *“Mi problema es cefalea migrañosa. O sea padezco de dolores de cabeza...casi diariamente”* (Mirta, 54), *“Porque padezco migrañas desde la adolescencia”* (Julia, 40).

Asimismo, la coincidencia en torno a la denominación de “migraña” tanto por profesionales como por los sujetos –definición en un principio biomédica y luego apropiada por el saber popular- puede ser pensada no solo a partir de la legitimidad que tiene la Biomedicina sino también por el descrédito y características atribuidas socialmente al dolor de cabeza:

“El año pasado sentí que me moría del dolor, ah, más que nada cuando sufrí una cefalea en estallido, y que nadie podía comprender, porque por ahí un dolor de cabeza la gente lo minimiza con, bueno, te tomás una bayaspirina y punto” (Jessica, 26)

LA MIGRAÑA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES

Las narrativas de los sujetos que padecen y de los profesionales en torno al significado de la migraña se diferencian por pertenecer a dos planos que pueden considerarse relacionados pero al mismo tiempo muy distintos. Es lo que Kleinman (1994) denomina como la enfermedad (disease entendida en términos biológicos) y el malestar (illness como la experiencia subjetiva de ese dolor). Si bien en este artículo se hará referencia al ámbito del malestar es necesario mencionar que desde la Biomedicina hay cierto acuerdo en que la migraña es *“una enfermedad del sistema nervioso en donde se alteran determinados neurotransmisores del cerebro generando una sintomatología dolorosa”* (Médica Neuróloga). Es decir, se trata de una disfunción orgánica posible de ser medida por el especialista que sucede en un organismo individual.

El malestar, en cambio, incluye lo que dicha disfunción le significa al sujeto de acuerdo al contexto social, cultural y económico al que pertenece (Taussig 1992). En este aspecto se corporeiza la dimensión del malestar, es decir el significado cultural del término “migraña”, los sentidos que se le adjudican a la incomodidad, a los síntomas, a los signos y a su tratamiento.

Entonces ante la pregunta de ¿qué es la migraña? aparece el punto de vista del nativo, es decir de los sujetos que padecen, donde las categorías que la explican exceden la argumentación meramente biológica:

“Es no aguantar la luz, los olores, estás con nauseas, los ruidos, lo que para cualquiera es una pavada para vos es una bomba adentro de la cabeza” (Carla, 36 años).

“No puedes 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 te hace el cuerpo, horrible...” (Laura, 39 años)

Vida cotidiana

La cronicidad de la migraña modifica aspectos de la vida cotidiana de los sujetos. Las relaciones con los otros, las actividades laborales y sociales se encuentran condicionadas por la posible aparición repentina del dolor. Además, la incertidumbre se incrementa desde el momento en que la naturaleza de este padecimiento no está completamente determinada por el saber biomédico. En ese sentido, la subjetividad de los/as migrañosos/as (como los definen los profesionales) se encuentra atravesada por un horizonte confuso en relación a las explicaciones causales de su surgimiento, a las posibles medidas preventivas y a los tratamientos.

Como dice una entrevistada:

“No, no tengo idea...sería un milagro que desapareciera el dolor...quisiera que se vaya, pero no sé a qué se debe. Porque algunos médicos me decían que cuando se me vaya la menstruación me iba a doler menos, y dije “ahora sí se me va la menstruación por ahí...voy a estar tranquila y se me va a ir el dolor, pero no...peor (risa)”. (Mónica, 50 años).

Desde las Ciencias Sociales se desarrollaron investigaciones sobre la desorganización que produce la cronicidad en la vida cotidiana (Pecheny, 2002). Surge una sensación de ruptura con el mundo que los rodea y se experimenta en situaciones concretas:

“Hoy tengo todo organizado para ir a la casa de una amiga, pero el lunes hablamos me dijo: te espero el miércoles y yo le dije: no me esperes porque si me duele la cabeza no voy ni a lo de la doctora” (Rosana, 43).

“Yo siento culpa por no poder acompañarlos, porque a lo mejor ese día el fútbol era importante y mi hijo tenía ganas de que yo lo acompañara y no pude ir porque tenía un dolor de cabeza terrible. Imagínate que yo haría cualquier cosa por acompañar a mis hijos o disfrutar un día en familia pero hay cosas que te superan, hay días que en serio no me puedo mover. Prefiero el silencio, la oscuridad, y se me pasa un poco” (Gladys, 39 años).

El dolor y los otros

La complejidad de diagnosticar dolores crónicos como la migraña hace que escapen no solo de las categorías Biomédicas sino también de las construcciones sociales de los padecimientos por la falta de un sistema coherente de valores y creencias que emerjan de la experiencia del dolor (Good 1994).

Ello se evidencia en las narraciones de los sujetos a partir de las dificultades que en ciertos momentos encuentran para que su entorno más cercano acepte y comprenda su significado:

“La gente te mira como diciendo: “qué exagerada, tomate una aspirina y ya está” y bueno, pero creo que eso es básicamente...que a veces...nos pasa a todos...porque si no te pasó no lo podés entender...no podés estar en el lugar del otro...uno intenta a veces pero no se puede...el lugar del otro, porque es el lugar del otro” (Carla, 34).

“Y es feo, cuando a veces pasa...qué sé yo, ahora ya no me calienta, pero en un momento como que me molestaba que la gente me mirara mal. Cuando era pendeja...me duele la cabeza...esta cosa de: “ay, ¿tanto lío porque te duele la cabeza?”, y nadie me entendía a mí como me dolía la cabeza. Porque aparte es eso, el dolor de cabeza se cura con un Geniol...ya te lo dice la propaganda” (Valeria, 41 años).

En ese sentido, la construcción subjetiva del dolor crónico no siempre goza de la legitimidad social que tienen por ejemplo los dolores agudos. Entonces, la dificultad de significar y dar una entidad objetiva lleva a una búsqueda continua de credibilidad y legitimidad que no siempre se encuentra y que entonces incrementa los ámbitos no compartidos con los otros.

Costos de convivir con un pronóstico incierto

Este tipo de dolencias profundamente intrusivas genera falta de certezas a largo plazo y en distintos aspectos de la vida de la persona. El costo elevado de los tratamientos es también una variable recurrente (Pecheny, et al 2002)

principalmente en aquellos que conviven con la enfermedad desde hace varios años.

“Este bueno, te digo que fui a todos lados, desde Umbanda a iglesias Evangélicas, eh, los que te tiran las cartas...todo, todo lo que te puedas imaginar lo hice... y volví otra vez a la base. Dentro de todo esto es accesible, no es costoso...O sea el tratamiento es caro, los remedios son caros. Para la migraña el Valcote, el medicamento que tomo para la prevención, más el Naramig que es un remedio para el dolor de cabeza...Las seis pastillas te salen ciento cincuenta y cuatro pesos....Eso para la crisis. Y además para el dolor de cabeza la doctora me dio el tratamiento preventivo y los antidepresivos...Es así que un medicamento antidepresivo no lo pude comprar, sale doscientos veintiocho pesos” (Mirta, 54 años).

Incluso los médicos mencionan el factor económico ante la pregunta sobre las posibles dificultades para que los pacientes sigan los tratamientos:

“...eh, algunas medicaciones son caras. Esa es la dificultad...más económica...Los que son más que nada para prevención, son remedios más caros. Los otros para crisis más agudas son más baratos porque les podés dar Ibuprofeno, paracetamol...que son analgésicos mucho más económicos. Si, quizás esa es la primer dificultad, si no tiene obra social...si no...no tiene trabajo, quizás se les dificulta conseguir la medicación” (Médica residente de Neurología).

Más aún, como las modificaciones en los estilos de vida no garantizan la no aparición del dolor, la mayoría de las personas entrevistadas manifestaron la misma respuesta en relación a que los remedios que desde la biomedicina se denominan de “ataque” o “abortivos” pasan a convertirse en un elemento infaltable que los acompaña en la vida cotidiana. Además, dicha necesidad reside en que la efectividad de los remedios para la migraña aumenta siempre que se consuman ni bien empieza el dolor y disminuye su efectividad luego, principalmente si se llega a la instancia de náuseas y vómitos –muy común incluso en las migrañas sin aura-.

“Yo acá tengo el Naramig pero en mi casa tengo Buscapina inyectable, Certal inyectable, eh hay otro remedio también que lo tengo inyectable por cualquier cosa, tengo aguja, jeringa, todo. Hasta la chica de enfrente que da inyecciones yo la llamo en cualquier momento. Tengo todo equipado” (Mirta, 54).

“Y, me condiciona bastante el dolor, yo adonde voy, voy con los documentos y el ibuprofeno en la cartera. No me muevo de mi casa si no tengo ibuprofeno” (Carla, 36).

En ese sentido, el tiempo y el espacio están atravesados por la dolencia y dimensiones como la organización y planificación de la vida cotidiana comienzan a quebrarse. Más aún, el mundo privado se pierde de una relación “más estable”

con el mundo en el que los demás viven (Good 1994) y ello interfiere en la identidad y experiencias de las personas que padecen.

CONCLUSIONES

En este artículo se intentó dar cuenta de algunas de las características de la migraña a partir de las perspectivas de los sujetos y de los efectos que este dolor tiene en la vida cotidiana. Si bien desde la Biomedicina se encuentran explicaciones fundamentalmente biológicas sobre este padecimiento, en el caso de los sujetos con migraña fue interesante dar cuenta de cómo la restricción de ciertas actividades se relaciona con la aparición del dolor.

Asimismo, si bien al médico la posibilidad de diagnosticar una enfermedad le permite “materializarla” para luego identificarla y normalizarla –con un horizonte donde los límites son la cura o la muerte- no ocurre lo mismo con enfermedades crónicas como la migraña cuyo pronóstico incierto presenta límites difusos (Pecheny et al. 2002). Esta incertidumbre con respecto a su evolución y duración lleva a los sujetos afectados a situaciones de depresión, angustia, dificultades laborales, vinculares, problemas emocionales, trastornos en la calidad del sueño, pérdida de días de trabajo/estudio, disminución de actividades sociales, riesgo de suicidio, etc.

Entonces, a partir de las narraciones se ven las implicancias de este tipo de dolor en quienes los padecen. De este modo se resignifican los roles y las formas de relacionarse con los otros a partir de la cronicidad. Por eso, surgen cambios en los ritmos normales y cotidianos de las personas que pasan a ser pautados –a largo plazo- por necesidades que tienen que ver con el dolor, lo corporal y con los tratamientos.

BIBLIOGRAFIA

Good, B. (1994) “A body in pain. The making of a World of Chronic Pain” en *Pain as Human experience. An anthropological perspective*. Berkeley, University of California Press.

Hilbert, R. (1984) *The acultural dimension of chronic pain: flawed reality construction and the problem of meaning*. Estados Unidos. University of California Press.

Kleinman, A. (1994) *The Deligitimation and Religitimation of Local Worlds* en *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. Berkeley, University of California Press.

Pecheny, M., Manzelli, H. y Jones, D. (2002) *Vida cotidiana con VIH/Sida y/o Hepatitis C*. Buenos Aires. Buenos Aires, Centro de estudios de estado y sociedad. Serie de seminarios salud y política pública.

Taussig, M. (1992) La Reificación y La conciencia del Paciente. En Un Gigante en Convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente. España, Editorial Gedisa.

Zavala, H., Saravia, B. (2008) Los dolores de cabeza. Buenos Aires. Publicación interna del Gabinete de Cefaleas del Hospital Ramos Mejía.