

Dolor crónico, tratamientos y cuidado: el compromiso del paciente con migraña.

Romina Del Monaco.

Cita:

Romina Del Monaco (2012). *Dolor crónico, tratamientos y cuidado: el compromiso del paciente con migraña*. VII Jornadas de Sociología de la UNLP. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-097/484>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRxp/Q9s>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar>.

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>.

VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata

Mesa n° 35

Título de la ponencia:

Dolor crónico, tratamientos y cuidado: el compromiso del paciente con migraña

Autora: Mg. Romina Del Monaco

Pertenencia Institucional: Instituto de Investigaciones Gino Germani-Facultad de Ciencias Sociales (UBA)-CONICET

Correo electrónico: rominadelmonaco@yahoo.com.ar

Dolor crónico, tratamientos y cuidado: el compromiso del paciente con migraña

Introducción

Desde una perspectiva socio antropológica esta ponencia explora la instancia del tratamiento del dolor crónico de la migraña. El análisis surge de una investigación más amplia sobre vida cotidiana, percepciones y experiencias de personas con esta dolencia crónica.

La falta de explicaciones causales sobre el padecimiento no sólo repercute en un diagnóstico difuso sino que se traduce en el tipo de tratamientos. En el relato de los profesionales se observa como a través de un conjunto de medidas que incluyen cambios en los comportamientos y modos de vida se delega en los pacientes parte de la responsabilidad del origen y curso de la migraña. La relación entre cronicidad y cuidado genera de parte de los pacientes un alto grado de incertidumbre en torno a que es lo que están haciendo mal. En el caso de los profesionales, en cambio, aumenta el reclamo sobre la falta de adherencia y la necesidad de compromiso y responsabilidad. Además, ya no se busca una cura sino que el objetivo es el mantenimiento, se trata de controlar los síntomas y disminuir la frecuencia e intensidad de las crisis.

Para cumplir con las normas médicas los actores deben realizar pequeñas elecciones que se diferencian de aquellas decisiones ligadas a una lógica de medio-fines. Se trata de un proceso en el cual actividades de la vida cotidiana se encuentran medicalizadas y por lo tanto deben ser controladas por la persona “dependiendo” de su compromiso la evolución del malestar.

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). Consistió en entrevistas en profundidad a pacientes (veintiséis mujeres y ocho varones) y quince entrevistas semi-estructuradas a médicos neurólogos. También se realizó observación participante en distintos espacios del hospital como ateneos a residentes de neurología y charlas informales con pacientes, profesionales y personal del sector.

Asimismo, se llevaron a cabo observaciones en la sala de espera de los consultorios que permitieron conocer las dinámicas de interacción de los pacientes entre sí, con profesionales y personal de turnos.

Dolor crónico y tratamientos: aproximación a través del estudio de la migraña

La relevancia de indagar desde una perspectiva socio-antropológica en la etapa del tratamiento de la migraña reside en que como es un padecimiento que carece de una etiología clara y explicaciones causales precisas, la eficacia desde la práctica biomédica ya no se mide en términos de curación sino que el objetivo es el mantenimiento e intento de mejora de los síntomas. El paciente es interpelado a adquirir un papel activo y comprometido en el cuidado de su enfermedad donde la curación ya no es un horizonte posible.

Uno de los problemas que mencionan los profesionales entrevistados es la falta de adherencia a los tratamientos. Cabe aclarar que esta noción proviene de la biomedicina y es pensada como un comportamiento, actitud de cumplimiento o incumplimiento y se construye sobre un modelo del “deber ser” caracterizado por una fuerte marca de responsabilidad individual de las pacientes frente a la enfermedad y su resolución. Así se plantea una tipología discursiva que clasifica a los actores en buenos y malos, es decir, en pacientes adherentes o potencialmente adherentes y en pacientes no adherentes (Margulies et al, 2006:289). Esta separación de la enfermedad como cosa en sí de la experiencia de quien padece fomenta que en las intervenciones terapéuticas se piense en cuerpos objetivos separados de sus experiencias corporales y emocionales. No obstante, en padecimientos crónicos se observa como la “adherencia” se transforma en un modo de vida en el cual se modifican horarios, alimentos, actividades a largo plazo. Esta extensión del campo de acción tradicional de la biomedicina a la vida cotidiana que Foucault (2008) denomina medicalización permea distintas actividades y comportamientos de las personas hecho que modifica la relación consigo mismas y con los otros. Aquellos que son “saludables” en las últimas décadas gozan de un estatuto social diferente de quienes tienen alguna enfermedad.

La salud se instala como un concepto clave que provee de interés dentro del orden socio-cultural porque tiene un dominio simbólico importante para crear y recrear al sí mismo en relación a un “sí mismo social” que guía ciertas pautas aceptadas o no (Crawford, 1994). De esta forma, decidir ser “saludable” pasa a estar ligado a cuestiones como la moral, el control de sí y la buena presencia. Si bien después de recibir un diagnóstico los pacientes son autónomos para decidir seguir o no con los tratamientos prescritos por los profesionales, distintas investigaciones demuestran como terminan eligiendo cosas similares fruto de técnicas disciplinarias de cuidado y de que ante una enfermedad la capacidad de decisión se modifica sustancialmente (Mol, 2008).

Si bien la relación entre posibilidad de elección, percepción de autonomía y salud establece un vínculo entre medios (tratamiento) y fines (cura) el aumento en las últimas décadas de los dolores crónicos modifica el circuito habitual e incorpora nuevas dificultades. Los dolores se pueden dividir en agudos y crónicos, mientras que los primeros tienen una duración máxima de seis meses y en general su etiología y diagnóstico son precisos, los dolores crónicos modifican la percepción de la relación entre salud-enfermedad-atención porque se trata de padecimientos que perduran en el tiempo, en general no tienen una etiología precisa y como las explicaciones causales son fragmentarias los tratamientos también lo son. 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).

En este sentido, para el saber médico el dolor crónico es problemático para ser sistematizado porque a diferencia del dolor agudo que cumple una función vital como símbolo de alarma, el dolor crónico ha perdido dicha función y se ha convertido en la enfermedad misma, un padecer que irrumpe y trastoca la cotidianeidad por tiempo indeterminado. La experiencia del padecimiento de la migraña es un ejemplo de dolor crónico cuyos síntomas principales son dolores de cabeza, náuseas, vómitos, molestias al ruido, luz y olores. A partir de las entrevistas realizadas a profesionales se observa como el proceso de dolor-diagnóstico-tratamiento-cura de esta dolencia sufre modificaciones significativas que se traducen en las estrategias adoptadas por los profesionales en los tratamientos.

La falta de certezas sobre la etiología del dolor repercute en las características de las prescripciones médicas y en que los médicos entrevistados ya no hablan de cura sino de mantenimiento de la enfermedad. Esta particularidad, propia de los dolores crónicos, hace que las expectativas y estrategias tanto de pacientes como profesionales se modifiquen y se incorpore la incertidumbre como una variable a tener en cuenta en este tipo de dolencias.

El tratamiento comienza con una elección y posterior responsabilidad de los pacientes sobre su gestión. Como se mencionó previamente, a diferencia de enfermedades agudas donde se espera una cura y las elecciones se miden en términos de medios-fines, el dolor crónico de la migraña consiste en pequeñas elecciones que se realizan constantemente en la vida cotidiana y que tienen que ver con cambios en los modos de vida. Por lo tanto, se trata de un proceso que se reformula y varía constantemente y si bien estas elecciones suponen mejoramientos en el cuidado de los actores no siempre dan lugar a los resultados esperados.

Por eso, en esta ponencia se indaga en los relatos de profesionales y pacientes sobre aspectos del tratamiento y se analiza la relación entre percepción de autonomía y elección, auto cuidado como respuesta ante la falta de explicaciones sobre el padecimiento y, consecuentemente la responsabilidad/responsabilización de los sujetos frente a sí mismos, a los médicos y a su entorno. Es decir, a partir de las entrevistas realizadas a médicos neurólogos y a personas con migraña interesa señalar que la cronicidad instala una nueva forma de tratar el padecimiento. Se delega en los pacientes parte de la responsabilidad de su enfermedad complementando lo farmacológico con medidas “higiénico dietéticas”. Este proceso de auto cuidado que consiste en una complejización de los factores involucrados en una enfermedad supone que variables psicosociales sean sistematizadas e incorporadas como indicadores del “modo o estilo de vida” que deben ser conocidas y controladas con el objetivo de mejorar, controlar o impedir la enfermedad (Epele, 1997).

Frente a esta responsabilidad que adopta el paciente sobre el cuidado de su enfermedad, si el malestar continúa surgen dos explicaciones o percepciones de acuerdo a los actores que se trate. En el caso de los profesionales se habla de falta de compromiso o adherencia al tratamiento. De parte de los pacientes, el sentimiento de incertidumbre y por momentos de culpabilización invade la vida cotidiana porque si el dolor persiste significa que “algo mal están haciendo” o que “no saben qué hacer para evitar el dolor”. La necesidad de construir un sí mismo saludable, aceptado socialmente se ve impedida por un dolor que se mantiene en el tiempo ante el cual las posibilidades de acción son múltiples porque las variables que aparentemente intervienen en su desarrollo también lo son.

A fin de organizar el escrito se analiza en primer lugar, las modificaciones en los relatos de los profesionales sobre la relación entre dolor-diagnóstico-tratamiento-cura. En el caso de los dolores crónicos se habla de mantenimiento de la enfermedad, control de síntomas o intentos de reducir su frecuencia e intensidad. Lo relevante es que ante la pregunta sobre si la migraña tiene curación o no, los profesionales contestaban que “en realidad casi nada tiene curación porque algo como una gripe yo lo trato pero volvés a tener gripe”. Entonces, una de las características que construyó a lo largo del tiempo la legitimidad de la medicina moderna y que tiene que ver con la eficacia en la curación de ciertas enfermedades, ante el aumento progresivo de padecimientos crónicos hace que los intentos explicativos sobre la relación entre diagnóstico-tratamiento-cura se modifiquen.

En segundo lugar, se analiza la lógica de auto cuidado como una práctica que el saber biomédico incorpora en los tratamientos de dolencias crónicas. Se indaga en sus características y en las particularidades que esta lógica implica para los profesionales. Por último, luego de analizar las estrategias a través de las cuales se construyen los tratamientos para el dolor crónico, se indaga en la relación que se establece entre responsabilidad, incertidumbre y culpabilización en un contexto en el cual el “sí mismo saludable” da forma e interviene en las relaciones cotidianas. Es decir, el hecho de que los profesionales resalten que las decisiones de la vida cotidiana del paciente pueden influir en el desarrollo de la enfermedad hace que esas micro elecciones estructuren una forma de convivir con el malestar en la cual la persona es en parte responsable de sus acciones, comportamientos y padecimientos. Esta culpabilización funciona como mecanismo de control en la cotidianeidad a partir de lo que se establece como correcto o no hacer y modifica e influye en la constitución del sí mismo y en la relación con los otros.

De la cura al mantenimiento

El modelo epistemológico de referencia de la biomedicina son las Ciencias Naturales y por eso su objetivo es diagnosticar y tratar la “causa” de la enfermedad para aliviar el sufrimiento y porque en ello reside su legitimación social (Laplantine 1999). En este sentido, la racionalidad biomédica se caracteriza por la producción de discursos generalizantes con validez universal, un carácter mecanicista basado en la relación medios-fines y un carácter analítico que presupone que el funcionamiento del todo está dado por la suma de las partes (Camargo, 1997). Esta construcción médica de la enfermedad como hecho objetivo, científico y biológico desprende un diagnóstico, un tratamiento y luego una cura y por eso conocerla requiere de un proceso previo de investigación de síntomas, de daños o lesiones, realización de estudios/análisis, entre otros. Con la información recabada, los profesionales pueden establecer un diagnóstico certero para dar un tratamiento que intervenga en las causas del malestar. 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).

De esta forma, la práctica biomédica puede resolver mediante investigaciones y tratamientos enfermedades agudas pero se ve cuestionada por el crecimiento de padecimientos crónicos (como la migraña) que no responden al modelo etiológico normatizado. Es decir, dolencias cuyos síntomas no se les puede asignar ninguna determinación etiológica y en general tampoco una

localización anatómica. La cronicidad evidencia la imposibilidad de reducir la experiencia del dolor a mecanismos biológicos y objetivos (Good, 1994) porque se altera la secuencia tradicional de dolor-diagnóstico-tratamiento-cura y se plantean nuevos interrogantes que recubren a estas dolencias y a quienes padecen de una sensación de profunda incertidumbre.

Curación no...pero que mejore los síntomas si, y generalmente cuando entra en la menopausia se va solito...si a eso le llamamos curación, si (Médica neuróloga).

Curar...hay tratamientos, como todo...pero curar...se cura muy poco. Uno puede tratar al paciente y con cierta expectativa de poder reducir la frecuencia de la crisis...disminuir la intensidad y mejorar la calidad de vida. Pero de ahí a prometerle al paciente que se puede erradicar...no...el problema es demasiado (médico neurólogo)

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 de cabeza. El resultado del tratamiento se evidencia no por la desaparición de la causa sino por estar orientado hacia el control de su síntoma principal: “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*”.

En los relatos de los profesionales no sólo se acepta la imposibilidad de curar a la migraña sino que además se considera a la curación (uno de los pilares sobre los que se edificó la legitimidad de la biomedicina) como un aspecto secundario en el tratamiento de las enfermedades. En las últimas dos décadas el aumento de los padecimientos crónicos modificó el abordaje biomédico de las enfermedades y entonces ya no se puede hablar de una relación medio-fines o tratamiento-cura sino que las múltiples variables que se supone intervienen en los padecimientos hacen que los profesionales hablen de procesos, tratamientos, mantenimiento y cuidado más que de curación.

*Porque volvés 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... eh... una apendicitis. Y ahí no, no curamos, no curamos la migraña.
Tampoco no se cura la hipertensión, no se cura el asma, no se cura las alergias... Y
sin embargo la gente se trata. Lo cual está muy bien. Si uno... habla de curar desde el
punto de vista de... mejorar al paciente, aliviarlo, para que pueda desarrollar una
vida lo más normal posible..., sí es válido decir que se puede curar (médico
neurólogo).*

*Curación no...pero que mejore los síntomas si, y generalmente cuando entra en la
menopausia se va solito...si a eso le llamamos curación, si. (Médica neuróloga)*

El hecho de que tanto pacientes como profesionales sepan que no hay una cura para la migraña y que el objetivo de los tratamientos sea mantener y controlar los síntomas genera cambios en la percepción sobre el dolor, la enfermedad y el significado de los tratamientos (conocidos por el saber lego como paso previo a la curación). Si bien estos cambios influyen tanto en pacientes como en profesionales, el objetivo de este trabajo es hacer referencia a estos últimos quienes mencionan que “*en realidad muy pocas enfermedades se curan*”.

Más allá de la realidad o no de dicha afirmación, interesa como el relato se modifica en un contexto en el cual el crecimiento de los dolores crónicos pone en duda muchos de los supuestos biomédicos.

Migraña y auto cuidado

Desde la perspectiva médica la noción de “cura” se encuentra ligada a la posibilidad de que luego de un tratamiento se detenga al malestar y se alcance una curación. En cambio, la idea de cuidado tiene que ver con actividades como seguir cierta alimentación, ejercicios, entre otras. Sin embargo, en la actualidad muchas de las enfermedades son crónicas entonces estos dos aspectos se superponen e incluso el cuidado adquiere por momentos mayor relevancia (Mol, 2008). Se trata, entre otras cosas, de encontrar los factores que influyen en el padecimiento y ello incluye para la práctica médica cuestiones sociales, psicológicas y biológicas.

Bueno, hay tratamientos de ataque...nosotros lo llamamos de ataque para la crisis, que son específicos y efectivos para la crisis...que te hacen pasar rápidamente. Y cuando esas crisis son frecuentes hay tratamientos preventivos que hacen que esas crisis se distancien o sean menos intensas. Entonces de acuerdo a la frecuencia que tenga la crisis uno elige el tratamiento preventivo, de ataque o los dos. Eso depende del paciente y depende de la presentación de...de la enfermedad. Y bueno, a eso le tenés que sumar que nosotros siempre les damos medidas higiénico dietéticas, que tengan una vida ordenada, que traten de evitar o manejar el estrés...o sea, se les dan pautas como para que ellos tomen conciencia de cuáles son las cosas que tienen que tratar de manejar, que conozcan su enfermedad y que sepan cuáles son los factores que pueden desencadenársela o agravársela. (Médica neuróloga)

Como se ve en el relato de la profesional, una vez que se le diagnóstica al paciente migraña, de acuerdo a la frecuencia e intensidad de los dolores corresponde una medicación preventiva y/o abortiva más un conjunto de cambios que las personas deben hacer en su vida cotidiana denominados por el saber biomédico como “medidas higiénico-dietéticas”. Esto modifica la noción que desde la práctica médica se tiene de los enfermos como epifenómenos de acontecimientos fisiológicos que suceden en el cuerpo (Le Breton, 2010) ya que los profesionales exigen responsabilidad y compromiso de los pacientes a largo plazo más allá de cumplir con los medicamentos. La noción de auto cuidado desarrollada por Epele (1997) permite analizar como en ciertos padecimientos crónicos como la migraña se delega en los pacientes gran parte de la responsabilidad del curso de su enfermedad a partir del control que deben hacer de comportamientos y hábitos cotidianos que son posibles (aunque no comprobados) de influir en el desarrollo del malestar.

En este sentido, si bien acuerdo con Mol en que en la lógica de cuidado los pacientes tienen un rol activo que no se reduce a la posibilidad de “elegir” sino que se preocupan por lo que deben hacer durante el proceso de tratamiento de su enfermedad (Mol, 2008), también considero que surgen límites muy delicados entre la responsabilidad y la responsabilización que recae sobre la persona en el marco de ciertas enfermedades crónicas como la migraña.

Después se les recomienda no ayunar, o sea ser regular y ordenado con la alimentación, se le recomienda un buen sueño, o sea, mínimo siete u ocho horas diarias...después una buena hidratación, evitar el café en lo posible, el tabaco. Y después hay un montón de medidas higiénico dietéticas que también...pero uno las va condicionando de acuerdo a lo que te comenta el paciente (médica neuróloga).

Estos preceptos enunciados como modos de prevenir la aparición de una migraña pueden ser pensados como un conjunto de lógicas de auto cuidado. El objetivo es que aquellos que conviven con una dolencia crónica adopten determinado modo de vida que propicie el “cuidado de sí” (Epele 1997). No obstante, los pacientes con migraña manifiestan no solo la dificultad para adoptar ciertos hábitos y mantenerlos en el tiempo, sino principalmente la posibilidad de encontrar cuál de los múltiples factores es el causante del dolor. Se extiende entonces sobre la cotidianidad de los sujetos un saber ajeno cuya mirada normatizadora evalúa y sanciona determinados estilos de vida en relación al conocimiento biomédico (Epele 1997). Lo relevante es que estas estrategias de auto cuidado demuestran como el saber médico ya no concentra su poder solo en la institución médica sino que ejerce influencia en otros ámbitos y espacios supuestamente más alejados del tratamiento y relacionados con aspectos y cuestiones más íntimas y personales de los actores.

El migrañoso es muy sensible, tendría que acostarse y levantarse a la misma hora, comer cada cuatro horas, tomar mucho agua...tres o más veces por semana hacer actividad física. Es decir, si pone en marcha esas pautas...evitar las xantinas...café, té, mate, chocolate, coca, Pepsi, tienen xantinas que son muy excitantes (médico neurólogo).

En el relato de los profesionales, uno de los problemas que tienen los tratamientos para enfermedades crónicas es la falta de adherencia de los pacientes. No obstante, es necesario dar cuenta de la redefinición que adquiere esta noción desde el momento en que ese cumplimiento se pasa a medir en función de cambios o no en el modo de vida. Es decir, ya no sólo se trata de seguir por un plazo estipulado un tratamiento farmacológico sino de cumplir con modificaciones en la alimentación, horas de sueño, actividad física, estrés, entre otros. La salud se encuentra

entonces ligada a un tipo de cuerpo saludable en el cual los desvíos son medicalizados a través de prácticas y comportamientos que deben realizar las personas (Crawford, 1994).

Porque salir a caminar, bajarte antes de la parada del colectivo... Qué sé yo, no sé... organizarte con la comida, comer mejor... Eso digamos, si uno... ataca esa cuestión que es más barata..., digamos, vas a tener más resultado, tendrías menos dolor... Más que preocuparte por el medicamento más específico... Es verdad, hay algunos que son más caros, pero... digamos, que uno podría mejorar... significativamente las condiciones de los pacientes si logra de alguna manera convencer... o adherir al paciente a que haga un montón de cambios (médico neurólogo).

La relación que se propuso al comienzo de este escrito entre auto cuidado, responsabilidad y responsabilización se debe a que en las entrevistas a profesionales se observa que si bien aún no se han determinado las causas de la migraña, el reclamo de compromiso y responsabilidad que se les pide a los pacientes repercute en el hecho de que si los dolores de cabeza no disminuyen se debe a que estos no está cumpliendo con todas las recomendaciones proporcionadas (se hace alusión principalmente a la dimensión no farmacológica).

Responsabilidad, incertidumbre y culpabilización: la necesidad de “ser saludable”

Creo que una de las cosas más difíciles de lograr es el compromiso de los pacientes con dolor crónico...es el involucramiento, la aceptación... decir, bueno... usted es el responsable de esto, de llegar a buen puerto, no de los médicos. Y... es difícil hacerles entender esto a los pacientes. Por eso los pacientes buscan alguna cosa mágica... y van peregrinando de médico en médico, que lo único que hacen es cambiarles la pastilla (médico neurólogo).

En las sociedades occidentales actuales “ser saludable” es una noción central para la constitución del sí mismo por los significados que le da a esa persona (responsable, con control de sí, entre otros) (Crawford, 1994). De este modo, cumplir con los tratamientos indicados genera una imagen moralmente correcta ligada al compromiso con las pautas dadas por los profesionales. No

obstante, en el caso de dolores como la migraña, el cuidado de sí es una de las prescripciones del tratamiento que debe mantenerse por tiempo indeterminado. De este hecho se desprenden un conjunto de elementos que es necesario señalar para dar cuenta de cómo la lógica de auto cuidado ofrece espacios de decisión que aumentan la relativa autonomía del actor frente a la biomedicina pero al mismo tiempo lo responsabilizan de su situación. La incertidumbre aumenta con respecto a los momentos de aparición del dolor, a la evolución del tratamiento, las mejoras o no a partir de los cambios realizados en los comportamientos (desde dejar de comer lácteos hasta levantarse siempre a un mismo horario o realizar actividad física).

Elementos de las lógicas de cuidado y de elección propuestos por Mol se conjugan en el padecimiento de la migraña aunque con ciertas particularidades. Por un lado, la imposibilidad de pensar en términos de medios-fines por la falta de una cura hace que el cuidado sobre la dolencia este presente pero como un proceso individual. Por otro lado, las decisiones de los actores no tienen que ver con una elección luego del diagnóstico sino con elecciones parciales y fragmentarias que forman parte del tratamiento pero que se corresponden con modificaciones en actitudes y comportamientos de su cotidianeidad. Se trata de medidas más complejas de medir su eficacia, cumplimiento y posibilidad de realización.

Considero que en el caso de la migraña la relación entre elección y cuidado repercute en un tipo de tratamiento llevado a cabo por individuos aislados (no se encontraron al momento grupos ni redes de personas con migraña) en los cuales la exigencia de responsabilidad y compromiso se torna por momentos en responsabilización y culpabilización hacia los pacientes. A diferencia de otras dolencias donde si existe evidencia fáctica de daño o lesión orgánica y la elección y el cuidado se establecen en función de algo que existe y que es reconocido por otros, en la migraña se está frente a una no enfermedad. Como se mencionó previamente, los tratamientos se orientan al mantenimiento y control de los síntomas, los estudios clínicos no dan cuenta de ninguna lesión y las explicaciones se orientan a dar cuenta de los posibles porqués de los dolores de cabeza (síntoma principal) pero no de la enfermedad “migraña”.

Y, a que se debe varía. Capaz que un día comí un chocolate y me cayó re mal...y dolor de cabeza. O fui al gimnasio y dolor de cabeza después...o las tensiones también, alguna comida...pesada...El calor, yo sé fija que el calor me hace dolor la cabeza. Cuando duermo mucho, cuando duermo poco...No hay un factor que desencadenante que diga:

ah, sí elimino esto...ya está. Porque puede ser...depende del momento, cualquier cosa
(Jessica, 29 años).

Al ser las variables sociales las principales responsables de que se desencadene o no el dolor (alimentos, horas de sueño, actividad física, entre otras) el cuidado no solo es parte del proceso de tratamiento sino que puede influir o no en el desarrollo de la enfermedad. Este es uno de los aspectos que genera incertidumbre en las personas ya que son muchas las variables a tener en cuenta para evitar el dolor.

O sea, el mecanismo que tiene el paciente para decir estoy mal o... no... no funciona es o el médico, o los tratamientos son caros o... no hay tratamiento para esto. Y la base de esto... sí, que esto, lo más barato..., la base, no es que sea la solución... pero la base no la hacen... Es como... el terreno fértil en el cual vos podés sembrar y construir... (Médica neuróloga).

El cuidado de la salud para prevenir la aparición de los dolores de cabeza depende de cambios en el comportamiento, hábitos y acciones del paciente. Un sí mismo saludable es aquel que acepta estas prescripciones y las cumple a fin de evitar la posible aparición de un dolor disruptivo y molesto en la cotidianeidad del sujeto y de su entorno. De este modo, la salud se convierte en un aspecto dentro del cual se ubican cuestiones morales y disciplinares de normalización y control ya que se trata de prácticas que le dan forma al individuo moderno (Crawford, 1994). Se trata de una persona cuya moral está ligada a una preocupación y compromiso por su bienestar. Más allá de las mejoras o no en el estado de salud (en el caso de los padecimientos crónicos el cuidado no siempre garantiza la no aparición de los síntomas), un sí mismo responsable y preocupado por el cuidado personal es valorado y estimado socialmente.

Algunas reflexiones finales

El objetivo de esta ponencia fue explorar e indagar en las características del tratamiento del padecimiento crónico de la migraña, a partir de los relatos de los profesionales y de quienes padecen, teniendo en cuenta la relación entre cronicidad, auto cuidado, responsabilidad/responsabilización. De estas categorías se desprenden cuestiones como la

incertidumbre que implica padecer un malestar del cual se desconoce su surgimiento y cura, los tipos de elección/es que deben llevar a cabo los actores y las diferencias que se observan entre estas decisiones y las realizadas en enfermedades agudas donde la lógica se presenta más en términos de medios (tratamiento)-fines (cura).

A partir de las entrevistas realizadas a médicos interesa señalar como la falta de explicaciones causales sobre el origen de la migraña hace que se desarrollen estrategias desde la práctica médica que consisten, entre otras cosas, en exigir compromiso y responsabilidad a los pacientes durante los tratamientos (centrados principalmente en cambios en los modos de vida). Este aspecto modifica la percepción de lo que significa una enfermedad y la lógica de dolor-diagnóstico-tratamiento-cura sufre algunas fracturas incorporando las nociones de proceso y cuidado como elementos estructurales del tratamiento. Uno de los aspectos que inaugura este tipo de padecimientos es que ya no se habla de curación sino que el mantenimiento y control de los síntomas pasan a ser las nociones empleadas por los profesionales para dar nombre a los objetivos, expectativas de los tratamientos.

En una sociedad en la cual la salud y el cuidado se encuentran vinculados a cuestiones morales y de control de sí, las personas con migraña tienen la responsabilidad de comprometerse con los tratamientos farmacológicos y con las “medidas higiénico dietéticas” prescritas por los profesionales. No sólo se trata de mantener una imagen respetable frente a la práctica médica, sino también frente a una sociedad que exige un sí mismo saludable y comprometido en el cuidado de su salud.

Bibliografía

- Camargo, Jr., K. R. de. (1997) “A Biomedicina”. *PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva*. 7(1); pp. 45-68. www.scielo.org
- Crawford, R. (1994) “Boundaries of the Self and the Unhealthy Other: - Reflections on Health, Culture and AIDS”, *Social Science and Medicine*, 38(10): 1347–65.
- Epele, M. (1997) La lógica del (Auto) cuidado y sus consecuencias en la Institucionalización del VIH/SIDA. Presentado en el V Congreso de Antropología Social. La Plata Argentina.
- Foucault, M (2008) El nacimiento de la clínica. Siglo veintiuno editores, Argentina
- 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.
- Jackson, J. (2000) “Camp Pain” Talking with Chronic Pain Patients Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Laplantine, F. (1999) Antropología de la enfermedad. Buenos Aires, Ediciones del Sol.
- Margulies, S.; Barber, N.; Recoder, M.L. (2006) VIH - SIDA y "Adherencia" al tratamiento. Enfoques y perspectivas. *Antípoda Revista de Antropología y Arqueología*. Universidad de los Andes, ISSN (versión en línea): 2011-4273, Colombia.
- Mol, A. (2008) *The logic of Care. Health and problem of patient choice*. Routledge.