

DOLORES CRÓNICOS E INCERTIDUMBRE: PROCESOS DE PRECARIZACIÓN BIOMÉDICOS Y LABORALES A PARTIR DE LA MIGRAÑA EN EL CONTEXTO POST 90 EN BUENOS AIRES, ARGENTINA.

CHRONIC PAINS AND UNCERTAINTY: BIOMEDICAL AND LABOR PRECARIZATION PROCESSES FROM MIGRAINE IN LATE 90S AND EARLY 2000S IN BUENOS AIRES, ARGENTINA.

Romina Del Monaco
Dra. en Ciencias Sociales (UBA)
CONICET/IIGG/UBA
rominadelmonaco@gmail.com¹

RESUMEN

A partir de una investigación sobre el dolor crónico de la migraña, el objetivo de este trabajo es examinar la relación entre estas dolencias y una serie de transformaciones económicas, sociales y políticas que acontecieron y se radicalizaron a fines de la década de los años 90 en Argentina. En dicho período, los procesos de precarización, flexibilización laboral y dificultades de acceso a los servicios de salud pusieron en evidencia la complejidad de abordar y dar respuestas a malestares que se prolongan en el tiempo e intervienen en una cotidianeidad marcada por la inestabilidad, incertidumbre y exclusión.

El estudio de estos dolores visualiza distintas precariedades ante las que estamos expuestos/as en relación a los sistemas de salud, ámbitos laborales y relaciones personales que quedan ocultas detrás de los imperativos en torno a ser individuos responsables a cargo del cuidado de sí mismos. Esto se vincula, además, con que la migraña es un tipo de dolor de cabeza crónico que carece de una etiología precisa, de evidencia empírica, tratamientos eficaces y, consecuentemente, poco reconocimiento social. En este sentido, se indaga en la relación entre estos dolores crónicos y los procesos de precarización como técnicas de gubernamentalidad que producen incertidumbre en distintos ámbitos de la cotidianeidad. En personas con migraña esto redundaría en una delegación y responsabilidad por el curso de su malestar.

Esta privatización de los cuidados supone que la responsabilidad es individual y que las dificultades que implica convivir con esta dolencia crónica se corresponden con la mayor o menor capacidad de gestionar y resolver dicho problema. A su vez, las concepciones dicotómicas en torno a la salud/

enfermedad son discutidas por estos malestares ya que los cuidados van más allá de tratamientos durante un período determinado e incluyen modos diferenciales de convivir y lidiar con el dolor. La perspectiva de esta investigación es cualitativa, la herramienta empleada fue el análisis de narrativas y se realizaron entrevistas a médicos/as neurólogos/as, personas con migraña y a familiares y vínculos cercanos a quienes padecen en Buenos Aires, Argentina.

Palabras clave: Dolor crónico – Precarización – Migraña – Neoliberalismo – Biomedicina

ABSTRACT

Based on a research about the chronic pain of migraine, the objective of this work is to examine the relationship between these pain and the socio-economic transformations in late 90s and early 2000s in Argentina. In this period, the processes of precariousness, labor market flexibility and difficulties in accessing health services highlighted the complexity of responding to pains that last over time and intervene in daily lifemarked by instability, uncertainty and exclusion.

The study of these headaches visualize different precariousness to which we are exposed in relation to the health systems, work environments and personal relationships that are hidden behind the imperatives around being an “entrepreneur”. Migraine is a type of chronic headache that lacks a precise etiology, empirical evidence, effective treatments and, consequently, little social recognition. In this sense, I investigate the relationship between these chronic pains and the processes of precariousness as a kind of governmental techniques that produce uncertainty in different areas of everyday life. One of the results of living with a chronic pain is a delegation to patients for the course of the treatment.

This privatization of care means that the responsibility is individual and that the difficulties involved in living with a chronic condition correspond to the greater or lesser individual capacity to manage and solve this problem. However, the dichotomous conception of health / illness is discussed by chronic pains since care goes beyond treatments and includes differential ways of living and dealing with discomfort in everyday life. The perspective of this research is qualitative, the tool used was the analysis of narratives and interviews were conducted with neurologists, people with migraine and relatives to those who suffer in Buenos Aires, Argentina.

Keywords: Chronic pain – Precarization – Migraine – Neoliberalism – Biomedicine

INTRODUCCIÓN

La migraña es un tipo de dolor de cabeza que es considerada, por organismos de salud internacionales como la OMS, una de las enfermedades más incapacitantes, ya que modifican e intervienen en la vida cotidiana de quienes la padecen (OMS, 2016). Se estima que este dolor afecta al 14% de los individuos en países occidentales y que constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta neurológica y de asistencia a las guardias (Sevillano, Manso Calderón y Cacabelos Pérez, 2007). 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 este país, aproximadamente, al 12% de la población general (Zavala y Sarabia 2006). A pesar de las cifras y de que estos dolores de cabeza son muy frecuentes en distintos sectores socio-económicos, el hecho de no poner en riesgo la vida de quienes padecen hace que se conviertan en formas rutinizadas de sufrimiento que pierden importancia ante otros malestares que tienen un principio y final o, de aquellos sufrimientos asociados a “catástrofes de salud” con consecuencias visibles y directas en la supervivencia de las poblaciones (Kleinman, 1997). En primer lugar, la migraña carece de evidencia empírica, de etiologías claras y precisas en torno a su surgimiento y los tratamientos no siempre tienen los resultados esperados. Consecuentemente, desde las ciencias sociales, su estudio constituye un verdadero aporte a la temática sobre sufrimiento y cronicidad. Asimismo, el análisis de los dolores crónicos en general, y de la migraña en particular, cobra relevancia en la actualidad debido a las transformaciones socioeconómicas relacionadas con el despliegue del neoliberalismo (Harvey, 2005, 2017) que intervienen en los modos de vida y en las formas de lidiar con determinados padecimientos en la cotidianeidad. En Argentina, el aumento de la flexibilización y precariedad laboral, privatizaciones, altas tasas de desempleo y marginación social (Svampa, 2005) durante la década de los años 90 repercutió en los distintos sectores sociales de manera particular y derivó en una fuerte crisis a principios de los años 2000. Estos contextos de inestabilidad y fragilidad en el mundo del trabajo intervinieron en los modos de gestión y cuidado de dolencias que se prolongan en el tiempo ya que las ausencias en los empleos podían amenazar o poner en peligro la continuidad laboral.

El estudio de los dolores crónicos como la migraña permite visualizar un universo complejo donde, de acuerdo a los actores involucrados, las referencias al “dolor” se vuelven por momentos polisémicas. El dolor puede ser la causa o el resultado de problemas de salud, de una cuestión hereditaria, de dificultades en seguir determinados “estilos de vida”², pero también está presente cuando se habla de problemas personales, vinculares, laborales o económicos. Esta multiplicidad de explicaciones en torno a los motivos que pueden originar un dolor de cabeza expone la condición frágil y poco certera de quienes padecen frente al malestar y, al mismo tiempo, devela que esta condición no es una característica intrínseca ni una condición pasajera o episódica de ciertos padecimientos sino una nueva forma de regulación que caracteriza nuestra época histórica. De acuerdo con Lorey, la precarización en el neoliberalismo se encuentra en un proceso de normalización que hace posible un tipo de gobierno determinado sobre los cuerpos y subjetividades mediante la inseguridad e incertidumbre (Lorey, 2016). Sin embargo, esta precarización como gubernamentalidad queda oculta detrás de modelos de subjetividad centrados en los individuos

2 Si bien las explicaciones que la biomedicina provee sobre la migraña se analizan brevemente en el próximo apartado de este trabajo, el estilo de vida es una categoría que proviene de la epidemiología y, según la Organización Mundial de la Salud, se trata de: “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener esos patrones de comportamiento”. (OMS, 1998: 9)

como empresarios de sí, responsables de la gestión de distintos ámbitos de su cotidianeidad, incluido el de la salud (Foucault, 2008; Harvey, 2017). También, de la hegemonía de los datos e investigaciones basadas en la evidencia empírica como referencias certeras para evaluar distintas prácticas y comportamientos (Hacking, 2011). Esta “estabilidad ficticia” se disuelve cuando aparecen dolores que perduran en el tiempo y visualizan los inconvenientes de transitar ámbitos laborales inestables y flexibilizados, de concurrir a consultas médicas que no siempre tienen respuestas en torno a los tratamientos o de transitar en ámbitos sociales con dolores cuya legitimidad y reconocimiento social se encuentran, por momentos, cuestionados.

Basado en una investigación cualitativa sobre los dolores crónicos de cabeza, el objetivo de este trabajo es examinar y analizar, a partir de las narrativas de los distintos actores entrevistados/as, las características que adquieren estas tecnologías de precarización en aquellos/as que padecen dolores de cabeza categorizados como migraña, especialmente, en relación a los sistemas de atención de salud y en los ámbitos laborales en el contexto post años 90 en Buenos Aires, Argentina. El argumento de este artículo es que, en las narrativas de quienes padecen, el aumento o mayor visibilidad de malestares crónicos como la migraña se enmarca en contextos de precarización que producen aumento de la desocupación, exclusión y fragmentación social. A su vez, teniendo en cuenta que los modelos de subjetividad predominantes en las sociedades neoliberales actuales reducen a los sujetos a individuos responsables de gestionar su cotidianeidad, las prácticas de cuidado se privatizan y quedan reducidas al plano individual. En este proceso, la dicotomía salud/enfermedad se vuelve más ambigua ya que se convive con el dolor y se invisibilizan las precariedades a las que están expuestos quienes padecen, relacionadas con las dificultades de acceder a servicios de salud, con la incertidumbre en torno a la eficacia de los tratamientos y con el hecho de convivir con un diagnóstico poco reconocido y no legitimado socialmente que puede irrumpir e interrumpir en cualquier momento ámbitos laborales y compromisos personales.

METODOLOGÍA

La perspectiva teórico-metodológica del trabajo se inscribe en el dominio de los estudios sociales y antropológicos de la salud siguiendo los lineamientos de la investigación cualitativa. La herramienta privilegiada en el desarrollo de esta investigación fue la entrevista en profundidad. 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 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; Grimberg 2003; Margulies 2010; Epele, 2010). Asimismo, se señala que las prácticas y los saberes sobre padecimientos y malestares están mediados por procesos sociales, económicos, políticos, morales y de género (Farmer, 2003).

El trabajo de campo fue desarrollado en dos etapas: en primer lugar, durante los años 2010 y 2011 en el área de Neurología de un hospital público del Área Metropolitana de Buenos Aires, donde se desarrollaron entrevistas con personas diagnosticadas con migraña y médicos/as neurólogos/as y residentes del área de neurología (especialidad dentro de la biomedicina

encargada de realizar el diagnóstico de la migraña)³. Las entrevistas con los/as pacientes fueron realizadas dentro del hospital de manera individual (sin presencia de médicos ni acompañantes). En una segunda etapa del trabajo de campo, durante el periodo 2011-2013 se realizaron entrevistas por fuera de la institución médica a través de la técnica de bola de nieve a personas con migraña en sus lugares de trabajo, a profesionales –médicos/as neurólogos/as- y se incorporaron familiares y personas vinculadas directa o indirectamente con quienes tenían migraña. 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/as en el tratamiento de estos dolores de cabeza. En ambas etapas, la población de estudio está conformada por personas adultas (de veintiuno a sesenta y cinco años) de niveles socioeconómicos medios y medios-bajos, es decir que están incluidas en el mundo del trabajo o el sistema de atención de salud –ya sea éste público o privado–, que viven en el Área Metropolitana de Buenos Aires, y que –como característica principal– padecen de migraña.

DOLORES CRÓNICOS Y NEOLIBERALISMO: PADECER A LARGO PLAZO EN CONTEXTOS VELOCES Y EFÍMEROS

En las últimas décadas, los dolores crónicos se han convertido en objeto de estudio y problematización desde las ciencias sociales teniendo en cuenta que son malestares que intervienen de manera significativa en la cotidianeidad alterando e interrumpiendo relaciones laborales y vinculares (Kleinman, 1994; Good, 1994). Además, se trata de enmarcar las características de estos padecimientos frente a los cambios y las modificaciones que acontecen sistemáticamente, a ritmos cada vez más acelerados, en relación con ámbitos como el trabajo y la vida cotidiana. Más aún, la OMS destaca que estos dolores son un motivo de inquietud para la salud pública debido a los costos que acarrearán y a las faltas en los ámbitos laborales (OMS, 2016). Hablar de cronicidad, en general, requiere tener en cuenta que se trata de malestares que carecen de respuestas unívocas o tratamientos específicos desde los saberes expertos biomédicos. De acuerdo con la biomedicina, los dolores crónicos son cuadros que reaparecen en el tiempo y persisten más allá de los seis meses (Finkel, 2008). Algunos de estos dolores se pueden prolongar en el tiempo sin motivos certeros y sin indicadores biológicos claros acerca de su etiología (es decir, indicadores de alteraciones estructurales, orgánicas y fisiológicas). A diferencia de los dolores agudos, los crónicos tienen un estatus incierto dentro de los saberes expertos biomédicos, por su carácter atípico y por las dificultades que presentan para ser diagnosticados y tratados (Good, 1994). Este aspecto hace que las explicaciones desde el saber biomédico sobre sus causas sean heterogéneas, fragmentarias y, a veces, contradictorias entre sí. De hecho, en las consultas médicas de la migraña se efectúan distintas evaluaciones como

3 Resguardos éticos: esta 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/as 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/as entrevistados/as (manteniendo edad y género). Los sujetos entrevistados/as son mayores de 18 años. Para realizar el trabajo de campo se llevó a cabo el proceso de evaluación requerido a través del comité de ética cumplimentando los requerimientos del hospital. Tanto el proyecto como las hojas de información y de consentimiento informado fueron aprobados en marzo de 2010.

tomografías, electroencefalogramas o resonancias para descartar distintas enfermedades “graves” pero, si los resultados se encuentran dentro de lo esperado, es decir, dentro de los parámetros “normales” según los profesionales, se diagnostica migraña. En ellas se combinan factores como condiciones genéticas, hereditarias u hormonales con cuestiones más sociales que incluyen una variedad de elementos que encierra la categoría “estilo de vida” como tomar alcohol, consumir ciertos alimentos, dormir mal, no realizar actividad física o realizarla en exceso, no manejar el estrés; es decir, múltiples situaciones que dificultan para los/as pacientes saber qué es lo que está produciendo los dolores de cabeza. Específicamente, pueden estar acompañados de náuseas, vómitos, molestias e intolerancia a la luz, al ruido, a los olores; y, generalmente, son dolores que afectan la mitad de la cabeza (Del Monaco, 2012).

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ señalan que la prevalencia mundial de la cefalea⁵ (al menos, una vez en el último año) en los adultos es de aproximadamente 50%. Entre la mitad y las tres cuartas partes de las personas de dieciocho a sesenta y cinco años han sufrido una cefalea en el último año, y el 30% o más de este grupo han padecido migraña. De acuerdo con esta organización, con variaciones regionales, la migraña es un problema que afecta a personas de todas las edades, niveles de ingresos y zonas geográficas en todo el mundo y genera incidencias tanto a nivel físico como emocional (OMS, 2016). De todas formas, en estos informes se dejan de lado otras cuestiones que hacen a la convivencia con el dolor y su variabilidad de acuerdo con niveles socioeconómicos.

En la Argentina, estudios realizados en pequeños grupos poblacionales y acotados a regiones particulares señalan que algunas de las consecuencias del padecimiento de la migraña son el consumo excesivo de fármacos, la suspensión de tareas diarias varias veces al mes, sensaciones de insatisfacción, ansiedad y depresión, deterioro de las actividades sociales y disminución del rendimiento académico (Zavala y Saravia, 2003; Buonanotte, Fernández y Enders, 2008).

Es en este sentido que interesa problematizar las articulaciones y tensiones entre el contexto post 90 en Argentina y los dolores de cabeza como expresiones, en los relatos de quienes padecen, de incertidumbres, problemas laborales, discusiones y conflictos en las relaciones vinculares e insatisfacción en los modos de vida cotidianos, entre otras cosas. La decisión de establecer ese quiebre temporal se debe a los cambios sociales y económicos durante dicho periodo histórico que derivaron en una crisis a comienzos del año 2001 (Svampa, 2005). La desocupación pasó en el Gran Buenos Aires del 6% al 17,9% entre 1991 y 2000 (Kessler y DiVirgilio, 2008) y, estas transformaciones repercuten en los distintos sectores sociales de manera específica ya que estas modificaciones trastocaron fuertemente derechos vinculados al campo de la salud, educación y trabajo aumentando la desigualdad, polarización social y pobreza estructural. Además, se incrementaron los empleos precarios e inestables y se trató de un contexto de fuerte protesta social seguida de represión estatal y descrédito de los representantes políticos (Visacovsky, 2012). Teniendo en cuenta la complejidad de estos contextos socio-económicos, los estudios realizados por Kleinman, en clases sociales medias y bajas, permiten analizar la diversidad de experiencias con el dolor a fin de que dichos malestares no sean

4 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/> (consulta: mayo de 2019).

5 La diferencia entre “cefalea” y “migraña” reside en que la primera abarcan distintos dolores de cabeza, dentro de los cuales la migraña es uno de ellos.

reducidos a aspectos físicos y biológicos (Kleinman, 1994). Desde este enfoque, se sostiene que la convivencia con dolores crónicos hace que las experiencias sean polisémicas y tengan distintos significados que van más allá de los eventos asociados a la enfermedad (Kleinman, 1994). Por ejemplo, en sus narrativas los/as entrevistados/as se refieren tanto a las dificultades de conseguir turnos en los servicios de salud, a los bajos salarios y a las situaciones de fragilidad e inestabilidad laboral, como a la falta de credibilidad que encuentran quienes padecen en distintos contextos -laborales, personales, educativos- ante estos dolores de cabeza.

Estas coyunturas de precarización y retiro del estado en esferas como la salud, educación y servicios sociales se enmarca en un proceso mayor donde se traslada dicha responsabilidad estatal al ámbito privado e individual convirtiendo cuestiones estructurales en fallas personales ante las que se deben hacer cargo quienes padecen, desarrollando distintas prácticas y cuidados de sí (Castell, 2012; Harvey, 2005). Esta batalla por los minutos, por el ritmo e intensidad de la vida laboral adquiere un protagonismo muy importante haciendo que los/as trabajadores/as aprendan a responder a los sentidos del tiempo que marca el sistema productivo neoliberal (Harvey, 2017). Entonces, la posibilidad de cumplir con las demandas y tareas en periodos acotados de tiempo se convierte en una capacidad del individuo valorada social y moralmente. En este contexto, la pregunta acerca de qué sucede con aquellos/as que padecen de manera prolongada en el tiempo y que sus experiencias con el malestar interrumpen o modifican la cotidianeidad adquiere relevancia teniendo en cuenta que cumplir con estas demandas se convierte, en muchos casos, en una posibilidad de mantener un empleo, vínculos o mantener un sentido de “pertenencia” e inclusión en distintas esferas sociales.

PRIVATIZAR LA GESTIÓN DE LA MIGRAÑA: INCERTIDUMBRE Y AMBIGÜEDAD BIOMÉDICA ANTE LOS DOLORES DE CABEZA

Yo tengo un amigo que también tiene migraña, y él pasa por situaciones de nervios igual que yo. Si se pelea en la casa, le agarra un dolor tan zarpado que se pone loco. En mi caso, a veces, me doy cuenta qué me provoca el dolor. Cuando yo me pongo nerviosa..., qué sé yo, me pongo a escribir mucho, o cuando llego tarde a algún lado, llego corriendo el colectivo, ¿viste? En general, el dolor se me genera por los nervios que son previos... No sé qué otra palabra usar pero nervios, ansiedad, preocupación, ¿viste? (Laura, 25 años)

Los dolores crónicos de cabeza se mezclan y conviven con otros malestares cotidianos que, según los/as entrevistados/as repercuten y crean condiciones para la aparición y la permanencia del malestar. La falta de estabilidad laboral, familiar, de proyectos, la imposibilidad de alcanzar determinados objetivos son motivos que se describen como desencadenantes de los dolores de cabeza. Más aún, una entrevistada resalta que “hay situaciones que a una la superan. Entonces estás convencida de que querés cambiar algo, no podés y te das la cabeza contra la pared. Y así toda tu vida, ¿viste? Imaginate toda la vida dándote la cabeza contra la pared”. Este “darse la cabeza contra la pared” no siempre se asocia a grandes problemas, sino que, en la mayoría de las personas entrevistadas, tiene que ver con pequeñas cosas que se suman hasta

que la cabeza estalla y no va más.

El tema de la cura yo interpreto que sería... no es que es una cura, sino... Hay algo en tu cuerpo que está gritando porque vos no estás tratándolo bien, imagino. O sea, yo las podría resolver, por ejemplo, previniendo, teniendo una vida tranquila. Yo si tuviese mi casa propia, no tendría tampoco ese tipo de preocupación. Si tuviera un trabajo mejor y pudiera terminar el profesorado, ya está (Laura, 25 años).

Si bien estas tecnologías de precarización nos atraviesan más allá de padecer o no un malestar crónico, este tipo de dolencias las ponen en evidencia ya que quienes padecen de manera prolongada deben convivir con una doble precariedad. Es decir, el dolor se convierte en parte de la vida cotidiana y en un elemento más con el que lidiar en el mundo del trabajo, las relaciones vinculares, el sistema de salud, con el no saber, con las respuestas ambiguas sobre posibles orígenes de los dolores y formas de reducir su intensidad y frecuencia. De hecho, a partir del análisis de las narrativas, es posible visualizar que en los relatos de quienes padecen, estos dolores no siempre están categorizados, reconocidos o delimitados por el saber biomédico y son sufrimientos vinculados con situaciones ordinarias de la cotidianidad como *mal humor, discusiones, peleas, frustraciones*, que generan sufrimiento y que son relacionados (aunque no necesariamente) con los dolores de cabeza.

La médica, neuróloga, dijo que la única solución es que lleve una vida normal y saludable, dormir y comer bien, porque es algo con lo que voy a tener que convivir, la migraña es crónica. Yo le pregunté de dónde venían estos dolores. Me explicó que no se sabe bien, puede ser por la vida que llevás, si comés mal, no hacés ejercicio, problemas hormonales, circulatorios, depende. A veces, se hereda de los padres o de algún familiar cercano. Por eso me preguntó si yo tenía algún familiar con migraña, y la verdad que dudé, porque dolores de cabeza uno siempre escucha, pero... ¿migraña? (Marina, 35 años)

La mayoría de las personas entrevistadas hacen referencia al carácter crónico e incurable de la migraña, a que no se sabe muy bien qué es y a que en las trayectorias por distintos profesionales y centros de salud no hay respuestas. Dicen que, en las consultas, los médicos señalan que *esto es crónico, así que hay que tratar de reducir la frecuencia e intensidad del dolor pero todavía no hay cura para la migraña*.

La tradición biomédica de producción de datos basados en las ciencias naturales y estadísticas hace que se busque predecir y evaluar malestares a partir de información probabilística (Rose, 2012). De esta forma, en sociedades donde el campo científico y determinados modos de producción de conocimiento ocupan un lugar protagónico, los efectos que tiene hablar de malestares que carecen de evidencias empíricas son centrales, ya que los reviste de poco reconocimiento tanto médico como social. Ante la pregunta sobre qué es el dolor crónico, los/as profesionales entrevistados/as lo describen como: *algo que afecta la calidad de vida; es de larga duración; tiene una constelación que lo*

rodea; se prolonga más de tres a seis meses; tiene un componente emocional que limita, no está bien localizado y es difícil de tratar. De algún modo, no sólo se establece el bienestar y la salud como estados normales y la enfermedad como aquella excepción que hay que tratar sino también que hay dolores que están más legitimados que otros y este aspecto proviene de la producción de datos y categorías biomédicas.

Dolor crónico es cuando el paciente tiene sensación de dolor que persiste. La definición exacta de tiempo no tengo exactamente, pero en cefaleas para mí sería más de 15 días por mes, pero puede variar. (Médica neuróloga)

La migraña es un dolor de cabeza que muchas veces está mal diagnosticado, poco diagnosticado. Pero en realidad no se sabe bien la causa, aunque sí se sabe que hay un mecanismo de tipo vasoconstricción a nivel de algunas arterias que están localizadas en lugares específicos. Pero es muy compleja la migraña, hay muchos síntomas. (Médica neuróloga)

La migraña aparece como una cuestión individual que carece de etiología y que su surgimiento o su permanencia en el tiempo responde a las acciones que hace o deja de hacer quien padece. Si bien no existen certezas en torno a qué produce estos dolores de cabeza, los saberes biomédicos contribuyen a la responsabilización individual señalando distintas prácticas (mediante la noción de “estilo de vida”) que pueden realizar quienes padecen para disminuir su intensidad. Entonces, al tiempo que los/as profesionales informan cuáles son las conductas adecuadas para prevenir los dolores de cabeza, delegan en los sujetos la responsabilidad de controlar, estar atentos sobre su propio cuerpo y modificar prácticas y comportamientos.

Lorey resalta que el esfuerzo como aspecto fundamental para “ser alguien” está asociado con una moralidad positiva. De esta forma, los esfuerzos, compromisos y voluntad para lograr determinados objetivos se convierten en técnicas de sí como formas de gubernamentalidad que apelan a sujetos de acción que son capaces de estar en condiciones de conducirse a sí mismos, de regularse y de aprender a tener un cuerpo que se cuida (Lorey, 2016). En el caso de las instituciones de salud y de los procesos de enfermedad, se trata de traducir y privatizar esa gestión de malestares a los individuos. De esta manera, la imposibilidad de los sujetos de hacer frente a determinadas cuestiones, que van desde reducir la intensidad de sus dolores de cabeza hasta poder acceder a los servicios de salud y realizar los estudios correspondientes, ya no tendrá que ver con una disminución de los recursos del estado sino con una responsabilidad propia e individual (o falta de ella) en gestionar bien sus recursos, decidir y elegir responsablemente entre las opciones posibles qué es lo mejor para sí. Esta privatización implica que prácticas y actividades llevadas a cabo por otras instituciones sociales (salud, trabajo, etc.) se desplazan e integran al terreno de las relaciones vinculares próximas (Epele, 2008).

La atención al paciente con dolor crónico es el compromiso, 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 también la adhesión al tratamiento es muy variable, en general los pacientes no adhieren como en otras enfermedades neurológicas (Médico neurólogo).

Son los hábitos diarios, indicamos para la migraña hacer ejercicio de relajación, taichi, yoga, pilates, ahora que está de moda. Después se les recomienda no ayunar, o sea, ser regulares y ordenados con la alimentación; se les recomienda un buen sueño, o sea, mínimo siete u ocho horas diarias, buena hidratación, evitar el café en lo posible, y por ahí el tabaco se les puede decir. Después hay un montón de medidas higiénicas, dietéticas que también están descriptas, pero uno las va acondicionando de acuerdo con lo que te comenta el paciente (Médica neuróloga).

Lo que queda por fuera en estas prescripciones en torno al dolor son las distintas teorías sobre sus posibles orígenes y permanencia en el tiempo que incluyen la importancia de las historias de vida y las biografías particulares dentro de contextos sociales, económicos, políticos y morales, entre otros. Se apunta a sujetos responsables que, de a poco, terminan siendo responsabilizados si no alcanzan las metas propuestas. Esta versión neoliberal del cuidado instala que la respuesta ante los malestares y padecimientos depende de quienes padecen, delegando en ellos la gestión del malestar y del tratamiento. Este proceso de retiro a lo individual y de privatización de lo público a lo íntimo supone no sólo una reestructuración de las prácticas y funciones de instituciones estatales y no estatales sino también una reformulación de los espacios sociales, haciendo de la intimidad uno de los últimos refugios para la resolución de múltiples tensiones, conflictos de la historia de vida y de la cotidianeidad (Epele, 2008: 309). Más aún, las trayectorias de cuidado a partir de la individualización del malestar son muy heterogéneas entre sí. En algunos casos dicen consultar de manera recurrente a distintos/as profesionales para tener *más de una opinión*, mientras que algunos/as pacientes reconocieron convivir durante años con dolores de cabeza hasta decidirse a ver a un/a médico/a. También, si bien en general, la institución biomédica es la primera donde se realizan consultas, se observa una alternancia/combinación con diferentes saberes y modos de tratar. Por ejemplo, algunos/as pacientes indagan en otras posibilidades terapéuticas como terapias psicológicas, homeopatía, acupuntura, reiki, “yuyos”, curanderos, “remedios mágicos”, religiones, yoga, etc. Lo importante de estos casos es que, a través de la circulación de prácticas y saberes respecto de los dolores, los diagnósticos dejan de estar a cargo sólo de los/as profesionales biomédicos (Del Monaco, 2017).

Estas formas de autogobierno o participación activa de los individuos transforman las nociones de cuidado y atención. Es decir, en aquellas enfermedades que suponen un “inicio y final” el cuidado se piensa en términos de atención e involucra temporalidades y espacialidades determinadas. En cambio, lo que se plantea en este trabajo es que padecer determinados malestares, como la migraña, expone la necesidad de cuidados ampliados que no se reduzcan a un tratamiento durante un periodo de tiempo. Pensar el cuidado como una cuestión ampliada implica determinados modos de ser y residir en el mundo y en vínculo con otros donde se focalice en estas prácticas

más allá de situaciones concretas de enfermedad. En este caso, estos cuidados implican romper con la presunción del bienestar como la norma, porque al percibir al bienestar como un modo estándar de existencia no sólo se inventa a la enfermedad como algo temporal sino que se hace lo mismo con el cuidado (Hedva, 2015). Es decir, por un lado, incluye prácticas que pongan el foco en dar cuenta y contextualizar los procesos de sufrimiento y malestar atravesados por condiciones estructurales. Por otro lado, implica pensar estas prácticas como acciones que hacen frente a dichos sufrimientos y que discuten con las nociones de enfermedad como aspectos individuales, aislados, ante los que deben hacer frente los sujetos como individuos autónomos. Se trata de tejer redes de apoyo, de acompañamiento, de cuidados ante distintos eventos de la cotidianeidad que exceden y van más allá del estar o no “enfermos”. Como respuesta a la precariedad que nos atraviesa cotidianamente y que es parte del sistema capitalista y de los procesos productivos, Lorey plantea concebir las formas de cuidado como un aspecto que permite reconocer la relacionalidad con otros y, por lo tanto, nuestra vulnerabilidad y constitución situada, parcial e inacabada dentro de las relaciones en las que vivimos.

TRABAJAR Y PADECER: CON-VIVIR CON DOLORES Y PRECARIEDAD LABORAL

La cronicidad de la migraña hace que por momentos se cronifiquen, también, modos del sentir y el decir ante otros/as y, las concepciones individualizantes del cuidado mencionadas en el apartado anterior se trasladan, también, a distintos ámbitos, como el laboral. En estos casos, padecer un dolor crónico altera los ritmos, las frecuencias productivas y se convierte en una amenaza por distintas cuestiones que incluyen desde reconocimientos hasta la posibilidad de pérdida de trabajo. Entonces, en los espacios de trabajo, a pesar de las diferencias entre los sectores socio-económicos, hay distintas formas de convivir con el dolor. Algunas personas dicen que prefieren *modificarlo por algo más creíble*, otros destacan que prefieren *hablar de sus dolores para que los otros les den importancia* y, finalmente, *algunos deciden ocultar* cuando aparece el dolor por la falta de legitimidad y reconocimiento que dicen encontrar en estos ámbitos frente a los dolores de cabeza. En este sentido, se trata de visualizar la dimensión política y moral de los sufrimientos que hace que algunos padecimientos tengan mayor legitimidad que otros. Las variables de género, los sectores socio-económicos a los que se pertenece, los ámbitos en los que se padece, las posibles evidencias empíricas o no de su existencia se convierten en elementos centrales que hacen que mientras algunos dolores pueden convertirse en modos de resistencia ante opresiones, hay otros que son deslegitimados y atravesados por dudas y desconfianzas (Kleinman, 1994). De acuerdo con Lowe (1995), los cuerpos en las sociedades contemporáneas están –en parte– socialmente contruidos por el tipo de trabajos que realizan, por los productos que consumen, las políticas de género y distintas dimensiones que involucran promesas de bienestar. Es por eso que los trabajos que desempeñan las personas y la conformidad –o su ausencia– con ellos ocupa un lugar importante en su constitución subjetiva. En contextos donde la competencia e incertidumbre son elementos frecuentes, mostrarse vulnerable ante dolores o enfermedades (en especial, aquellas denominadas crónicas) se convierte en un problema para los trabajadores, debido a los costos económicos y sociales (*estigmas, burlas, cargadas, desconfianzas, risas*) que rodean a ciertos malestares

que gozan de poca legitimidad en relación con otras dolencias (Del Monaco, 2014). Incluso, algunos autores destacan que, frente a ciertos malestares, los/as trabajadores/as desarrollan estrategias para *adormecer* esos sufrimientos (Ghisleni y Crespo Melo, 2005). Se trata de modos de “acostumbramiento” a trabajar con dolor que involucran una serie de procesos complejos en los que intervienen las percepciones sobre el propio padecimiento y las formas de actuar con él.

De hecho, las dos veces que tuve que suspender, tuve que blanquear con mis pacientes. Eso sí me da cosa porque decir..., qué sé yo, vos suspendés porque se te quedó el auto, tuviste un accidente, se te murió alguien... como algo más así... o porque tenés fiebre... y por ahí se supone que no debería suspender por un dolor de cabeza. Pero, bueno, justamente no es un dolor de cabeza. Y las dos veces fue así: “Se me parte la cabeza, no puedo más, me está latiendo”. O sea, le expliqué los síntomas. Por ahí sí necesité explicar el síntoma para mostrar que era grave, que no era que me estaba haciendo la boluda, que era viernes a la noche, y no tenía ganas de atender. (Gabriela, 31 años)

Procuró de no mostrar que me duele todo el tiempo la cabeza porque me da vergüenza. Pero también hay momentos 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. (Susana, 44 años)

A los motivos mencionados se suman, como detonantes de los dolores, *estar preocupados o trabajar en algo con lo que no estás conforme, pero tampoco podés hacer mucho*. La mayoría de las personas destacan, como dimensiones que favorecen el inicio de la migraña, los aumentos de horas trabajadas y la imposibilidad de *recuperarse y descansar*.

Si bien la migraña es atribuida a diversas causas, las personas tienden a coincidir en que es el uso excesivo de la cabeza lo que produce el malestar. El análisis de las narrativas de los distintos grupos entrevistados –teniendo en cuenta las diferencias de sus trabajos– muestra que las largas jornadas laborales, los esfuerzos prolongados en el tiempo, el agotamiento, el cansancio, el dormir mal, descansar poco o comer mal, la competencia y el maltrato laboral son algunas de las cuestiones que desencadenan dolores de cabeza. Es decir, según ellos, no hay una explicación, sino que se combinan distintos eventos y experiencias de los modos de vida que, reunidas, resultan en dolores de cabeza. Es posible visibilizar en los relatos una diferenciación en torno a las partes del cuerpo que producen migraña. En algunos casos (en sectores medios-bajos) el esfuerzo y el cansancio que involucran todo el cuerpo son los que terminan produciendo el malestar, un padecimiento que involucra la corporalidad total y que modifica, también, las relaciones familiares, que se tornan más problemáticas. Mientras que, en los denominados sectores medios, el involucramiento del cuerpo en la producción del dolor se centra y focaliza en la cabeza y son los “usos excesivos” de esta parte del cuerpo los que terminan produciendo migraña (Del Monaco, 2014).

Yo supongo que es por mi sistema de vida... La ansiedad, el trabajo que fue siempre muy malo... Soy tornero metalúrgico, hace cuarenta años, ya no lo quiero hacer más y tengo que seguir haciéndolo. No le encuentro la vuelta, pienso que puede ser el trabajo, eh..., me cambió mucho, porque yo era casi dueño donde estaba, y vengo acá, y el trato no es el mismo, no es muy buen trato ni nada. Además, trabajar siempre en galpones cerrados... Hace cuarenta años que estoy, llegó un punto que tengo que decidir yo, decir basta y... hacer. Pero... ahora no puedo, lo haré después... (Leonardo, 58 años)

Investigaciones sociales sobre el trabajo en estas épocas señalan que, a medida que las empresas incrementan la búsqueda de ganancia y rentabilidad, disminuyen el reconocimiento y el cuidado hacia otros (Sant'Anna, 2001). Y, siguiendo el planteo de Hedva, la enfermedad es una construcción capitalista como lo es su opuesto binario percibido, el bienestar. Entonces, la persona con *bienestar* está lo suficientemente bien como para poder ir a trabajar mientras que la persona enferma es la que no puede (Hedva, 2015). De hecho, Harvey resalta que una de las formas de medir las enfermedades en el capitalismo actual es a través de la cantidad de días de trabajo perdidos (Harvey, 2005). En estos casos, se piensa en padecimientos con fecha de vencimiento, ya que el objetivo es reintegrarse lo antes posible y restablecer el "bienestar" mencionado previamente a dicha interrupción. No obstante, dolores crónicos como la migraña rompen, por distintos motivos, con esta dicotomía entre bienestar y enfermedad. En primer lugar, el malestar deja de ser una condición que tiene un recorte espacio temporal y se convierte en parte de la cotidianidad de quien padece y de sus vínculos cercanos. A su vez, los/as entrevistados/as narran como, en general, deben continuar con distintas actividades de la vida cotidiana no sólo por su carácter crónico sino principalmente por los sentidos y reconocimientos atribuidos socialmente. De esta forma, las definiciones que provienen desde los organismos de salud en torno a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS) se ponen en duda desde el momento en que este supuesto estado de bienestar se ve amenazado en cualquier momento por la aparición de los dolores de cabeza. Es en este sentido que las dicotomías en torno a lo saludable/enfermo se tornan ambiguas, difusas y poco claras. Más aún, muestran que la enfermedad no es una excepción a estados "normales" de bienestar sino que hay múltiples modos cronificados de padecer que atraviesan a los sujetos y permanecen en el plano de lo no visible justamente por no responder a las categorías biomédicas expertas.

Uno intenta a veces, pero no se puede..., el lugar del otro, porque es el lugar del otro... y hay cosas que, si no te pasan, no las entendés. Por eso hay algunos que te dicen: "Ay, sí, a mí me pasa lo mismo", y vos decís: "Bueno, hay alguien que entiende que el dolor de cabeza es insoportable", y no te dice: "Tomate una aspirina". Y hay otros que no, pero bueno, es eso... Está bien, suerte para el que no sabe qué es... y que no lo sepa... Está buenísimo... (Flavia, 41 años)

Estas palabras articulan formas de reconocimiento de otros que

intervienen en los procesos de subjetivación. Hablar de reconocimiento social y de subjetividad implica transitar por territorios confusos, hechos de experiencias, relatos y prácticas que están marcadas por desconfianzas, dudas, por lo que puede ser verdad o mentira, entre otras cosas (Epele, 2010). Contrariamente a la estabilidad que se busca en ámbitos laborales, vinculares, médicos, estos dolores de cabeza hacen estallar las certezas con las que intentamos manejarnos e instalamos, en cambio, la ambigüedad y el no saber como parte de la cotidianeidad. Son malestares que nos exponen a la falta de certezas y, al mismo tiempo, visualizan el carácter ficticio, más allá de tener o no dolores de cabeza, de la seguridad en torno a vínculos, horarios, trabajos y expectativas. En cambio, permiten visibilizar que la incertidumbre es parte constitutiva de sociedades actuales donde la precarización como gubernamentalidad implica que tanto los ámbitos laborales como distintos espacios de la cotidianeidad están atravesados por la incertidumbre, lo frágil y efímero.

CONCLUSIONES

En este trabajo se analizó la articulación entre el surgimiento o mayor visibilidad de un tipo de dolores de cabeza categorizados como migraña y las transformaciones socio-económicas post años 90 en Buenos Aires, en un hilo que conectó ambos procesos con la categoría de precarización.

La migraña adquiere, en las últimas décadas, mayor presencia en distintos ámbitos al punto de ser considerada por los organismos internacionales de salud como la OMS una de las enfermedades más discapacitantes que produce, entre otras cosas, un aumento de la concurrencia a los servicios de salud y dificultades para concurrir a los trabajos. En ambos casos se trata de cuestiones que empresas privadas y organismos gubernamentales analizan como “pérdidas” ya que implica destinar mayores recursos y personal a las instituciones de salud y, al mismo tiempo, se reduce la productividad y aumentan las faltas en los lugares de trabajo.

Desde la perspectiva de quienes padecen, los orígenes o motivos de aparición de estos dolores de cabeza están repletos de experiencias que se vinculan con problemáticas laborales y vinculares en torno a la (im)posibilidad de cumplir determinados objetivos, de no tener un trabajo estable y de discusiones familiares, entre otras cosas. A su vez, la alteración de los ritmos y exigencias en las sociedades actuales hace que sea imposible deslindar estas problemáticas de las transformaciones socio-económicas ya que al mismo tiempo que aumenta la fragmentación y precariedad social, disminuye la participación del estado en distintas esferas de la cotidianeidad como la salud y educación. De esta forma, no sólo exponen las deficiencias en los servicios de salud ante la falta de respuestas en torno a su origen y diagnóstico, encubiertas en una privatización de los cuidados y una gestión individual de la enfermedad sino que además visibilizan múltiples formas de padecer que quedan ocultas por no ser categorizadas y delimitadas desde saberes expertos. Padecer dolores crónicos se convierte, por momentos, en una experiencia disruptiva, porque son malestares que aparecen de manera inesperada en distintas situaciones de la cotidianidad, aunque son dichas apariciones reiteradas las que convierten la dolencia en un elemento más de las rutinas diarias. Lo que permanece oculto al privatizar los cuidados son las inequidades estructurales que intervienen en los modos de padecer, enfermar y buscar alivio y que responden a políticas de precarización que exceden a la migraña y forman parte de tecnologías de

gobierno. De esta forma, padecimientos como la migraña ponen en la superficie las múltiples precariedades ante las que estamos expuestos, la cuestión de la fragilidad ante el no saber, de la convivencia con algo rodeado de incertidumbre que produce desconfianza y dudas. Los sentidos alrededor de estos dolores vinculados con lo trivial y poco preocupante hacen que, para muchas personas que padecen, no parezca algo muy importante decir: "Tengo migraña".

FINANCIAMIENTO

Esta investigación fue realizada con el financiamiento del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (PIP-CONICET 2014-2016-11220130100193CO-) y de la Universidad de Buenos Aires (UBACYT 2018-20020170100239BA-).

BIBLIOGRAFÍA

Buonanotte, F; Fernandez y Enders (2008). Impacto de la migraña en estudiantes universitarios. *Migrâneas&Cefaléias*, vol. 11, N° 4, pp. 225-228

Castell, R. (2012). El ascenso de las incertidumbres, Buenos Aires. FCE.

Del Monaco, R. (2012) Dolores de cabeza, síntomas y enfermedad: un abordaje social sobre la construcción clínica de la migraña. *Intersecciones* N° 13, p. 501-511

Del Monaco, R (2014) El dolor en las relaciones laborales. Experiencias corporales y trabajo en el padecimiento crónico de la migraña. *RBSE-Revista Brasileira de Sociologia da Emoção* Vol 13 (38), p. 189-203

Del Monaco, R (2017) Corporalidad, modos de sentir y cuidado: un análisis sobre las narrativas de profesionales biomédicos y personas con dolores de cabeza crónicos a partir de otras formas de tratar el malestar. *Revista Latinoamericana de estudios sobre cuerpos, emociones y sociedad*. 12 (9), p. 71-82

Epele, M. (2008). Privatizando el cuidado. Desigualdad, intimidad y uso de drogas en el Gran Buenos Aires, Argentina. *Antípoda* N°6 pp. 293-312.

Epele, M. (2010) *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós

Farmer, P. (2003) *Pathologies of power. Health, human rights, and the new poor*. Berkeley: University of California Press.

Finkel, D. (2008). Generalidades sobre el dolor crónico en H. Zavala y B. Saravia (eds) *Los dolores de cabeza*. Publicación interna del hospital Ramos Mejía de la Ciudad de Buenos Aires, pp. 17-50.

Foucault, M. (2008). *La hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires. Fondo de Cultura

Económica.

Ghisleni, A.; Crespo Melo (2005). *Trabalhador contemporaneo e patologias por hipersolicitação*. *Psicología: Reflexão e Critica*, vol. 18 N° 2, pp. 171-176.

Grimberg, M. (2003). *Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH*. *Cuadernos de Antropología Social*, núm.

17, pp.79-99.

Good, B. (1994). *Pain as Human experience. An anthropological perspective*. Berkeley. University of California Press.

Harvey, D. (2005). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid. Akal

Harvey, D. (2017). *La condición de la posmodernidad. Investigación sobre los orígenes del cambio cultural*. Buenos Aires. Amorrortu editores.

Hacking, I. (2011). *La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*. Barcelona. Gedisa

Hedva, J. (2015) "Teoría de la mujer enferma" texto adaptado de la conferencia "Mi Cuerpo es una Prisión de Dolor así que Quiero Dejarlo como Mística Pero También lo Amo Y Quiero que Tenga Relevancia Política". Los Angeles, 7 de octubre de 2015. Esta publicación también se encuentra en: <http://www.maskmagazine.com/not-again/struggle/sick-woman-theory>

Kessler, G.; Di Virgilio, M. (2008). *¿Qué queda de la nueva pobreza? Transformaciones en las últimas dos décadas*. V Jornadas de Sociología de la UNLP, 10, 11 y 12 de diciembre de 2008, La Plata, Argentina. EN: Actas. La Plata: UNLP. FAHCE. Departamento de Sociología.

Kleinman, A. (1994). *The Deligitimation and Religitimation of Local Worlds En: Brodwin, P., Kleinman, A., Good, B., Del Vecchio Good, M., (eds.) Pain as Human experience. An anthropological perspective*. Berkeley. University of California Press, pp.169-197.

Kleinman J.; Kleinman A. (1997). "The appeal of experience; the dismay of images: cultural appropriations of suffering in our times". En Kleinman A.; Das V. y Lock M. (eds). *Social Suffering*. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press

Lorey, I. (2016). *Estado de inseguridad. Gobernar la precariedad*. Buenos Aires. Traficantes de sueños.

Lowe, D. (1995). *The Body in Late-Capitalist USA*, Durham-Londres. Duke University Press.

Margulies, S. (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*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). "Cefaleas" 2016 disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/> Fecha de consulta: mayo de 2019

Sant' Anna D.B. (2001). *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade*

Contemporânea. San Pablo. Estação Liberdade.

Sevillano García, M.D.; Manso Calderón, P.; Cacabelos Pérez (2007). *Comorbilidad en la migraña. Depresión, ansiedad, estrés y trastornos del sueño*. Revista de Neurología, vol. 45, N° 7, pp. 400-405.

Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE. Editorial Universitaria 2012.

Svampa, M. (2005). *La Sociedad Excluyente. La Argentina bajo el signo del Neoliberalismo*. Buenos Aires. Taurus.

Visacovsky, S. (2012). *Experiencias de descenso social, percepción de fronteras sociales e identidad de clase media en la Argentina post-crisis*. Pensamiento Iberoamericano. Madrid; p. 133 - 168.

Zavala, H.; Saravia, B. (2003). *Epidemiología e impacto socioeconómico*

de la migraña. Revista Neurológica Argentina, N° 28, pp. 79-84.

Zavala, H.; Saravia, B (2006). Impacto de la migraña en la calidad de vida. Publicaciones del hospital Ramos Mejía. Buenos Aires, disponible en: <http://www.ramosmejia.org.ar/r/200603/4.pdf>