



La experiencia de padecer migraña: el análisis de narrativas como estrategia metodológica para el estudio de este dolor crónico

The experience of living with migraine: narrative analysis as a methodological strategy to study this chronic pain

Romina Del Monaco

Resumen

El objetivo de este artículo es presentar el análisis de narrativas como una estrategia metodológica que permite acceder a las trayectorias de personas que padecen un tipo de dolor de cabeza categorizado como migraña. La relevancia de la relación entre lenguaje y experiencia en los estudios sociales sobre los padecimientos fundamenta el examen de las entrevistas a través de este tipo de estudio. Mediante la articulación del abordaje fenomenológico con el hermenéutico, se indaga a través del recurso del análisis narrativo en los sentidos y significados que los entrevistados le dan al malestar.

Desde una perspectiva metodológica cualitativa, el trabajo de campo consistió, en primer lugar, en observación participante y entrevistas en profundidad en un hospital público del AMBA a médicos neurólogos y a personas con migraña de sectores socio-económicos medios y medio-bajos que están incluidos en el mundo del trabajo y tienen acceso a los sistemas de atención de salud. Luego, se llevaron a cabo, a través de la técnica bola de nieve, entrevistas por fuera de la institución a personas con migraña y vínculos cercanos a ellos.

Palabras clave: Dolor crónico; Migraña; Análisis de narrativas; Experiencia; Lenguaje.

Abstract

Based in the social sciences, this text explores the analysis of the narratives as a way to study the experiences and practices of people who suffer a chronic pain referred to as "migraine". This methodological approach allows analyzing the diagnostics' constructions, treatments for headaches and the modifications that pain produces in different dimensions of everyday life. Through the combination of a phenomenological and a hermeneutic approximation, a narrative analysis of the senses and significances that the interviewees give to this sickness is conducted.

The theoretical and methodological perspective is inscribed in the domains of health sociology and anthropology, following the alignments of qualitative investigation and, specifically, the analysis of the narrative. At first, the field work consisted on in depth interviews and participant observation in a public hospital of the metropolitan area of Buenos Aires. In second place, through the snowball technique, interviews were made to other people either with migraines or with close ties to those who suffer it but outside the institution.

Keywords: Chronic pain; Migraine; Narrative analysis; Experience; Language.

Introducción

Mirtha tiene 56 años, se casó con Alberto cuando ella tenía 16 y él 19. Dice: *“me quise hacer la viva, pensé que iba a ser libre, así que dejé todo y recién terminé la secundaria hace 5 años, y siempre se lo digo a mis hijas para que no cometan el mismo error”*. Mirtha vivió con su pareja hasta los 52 años en Santa Fe, luego decidieron venirse a vivir a Capital Federal por distintas cuestiones que incluían cambios en el trabajo y, también, personales, como ver más seguido a Andrea y Lucas, dos de sus hijos, porque la mayor se fue a vivir a España. Cuando entrevisté a Andrea, su hija, mencionó que el casamiento de su hermana *“estuvo re divertido y la pasamos muy bien”*, aunque la única que no estuvo en la foto familiar fue Mirtha.

En la descripción que ella hace de lo sucedido ese día recuerda que fue a la iglesia y que, luego, llegó a la puerta del salón pero no pudo entrar: *“no tenía la voluntad. Porque podría haber ido al hospital para que me inyecten y hubiese podido ir a la fiesta pero ni atiné a decir eso”*.

El motivo que le impidió a Mirtha concurrir a la fiesta fue la aparición de la “migraña”. Para ella, el origen de este dolor responde a cuestiones emocionales, ansiedades, a que siempre fue muy *“inquieta”* y *“polvorita”*. En la familia existen otras teorías, resumidas por Andrea en: *“una hepatitis mal curada porque tiene problemas en el hígado, otra hipótesis es la escoliosis porque buscando las causas del dolor le encontraron muchas cosas”*. Otra posibilidad es:

El trabajo excesivo en la oficina y ese tipo de cosas... porque mi mamá no puede estar quieta y al trabajar millones de horas... o si no estaba trabajando se ponía a lijar una mesa... entonces decíamos que hay algo que le está fallando y que viene ligado a una hiperactividad que le puede generar dolor de cabeza.

En cambio, según Mirtha, su dolor de cabeza se remonta, por lo menos, a los diez años de edad cuando *“las faltas al colegio eran una constante”*. Sin embargo, dice que *“desde hace 25 años ese dolor se acrecentó”*.

De todas formas, los momentos y motivos atribuidos a la mayor o menor intensidad varían según los relatos de los distintos miembros de la familia. Si bien Mirtha narra que los dolores aumentaron hace 25 años por nervios y exceso de trabajo, en otros momentos refiere al casamiento de su hija mayor como *“punto de inflexión”*, porque reconoce: *“me cuesta el despegue de mis hijas”*.

Mirtha describe la migraña como un momento de *“profundo dolor y aislamiento donde lo único que aguanto es que me traigan botellas de agua fresca y pañitos para la frente”*. Por eso, menciona que *“hace dos meses nos fuimos con mi hermana y mi cuñado a Córdoba, y como estuve todo el viaje con dolor no pudieron escuchar música, entonces le dije a Julio, mi cuñado, ‘al final, te vine a cagar el viaje’”*.

Las trayectorias y consultas por los dolores fueron variadas: profesionales de su obra social y, cuando se mudó a Capital, hospitales públicos y privados, a lo que sumó el tratamiento con medicinas alternativas.

Si bien en sus relatos las referencias al trabajo y a la cuestión del *“despegue”* de sus hijas aparecen, según ella, como *“los desencadenantes del dolor”*, en el decir de los otros miembros de la familia entrevistados las explicaciones son heterogéneas, y los motivos a los que se les atribuye la aparición de los dolores varían de acuerdo con los contextos, experiencias, situaciones y vínculos con otros.

Para Andrea, los dolores de cabeza de su madre son *“algo más con lo que convive, un aspecto más de su personalidad, porque ella es demandante, se angustia por cualquier cosa, es exigente”*.

Para Mirtha, la descripción del dolor adquiere otros matices. Uno de los recursos que emplea para transmitir cómo es la migraña son las metáforas (algo que se repite en la mayoría de los entrevistados). Para ella, la migraña *“son como agujas que se te clavan en la cabeza, bombardeo, como algo que estalla por dentro”*. Incluso resalta que: *“No quisiera vivir más. Una persona no puede vivir así. Yo les digo a mi marido y a mis hijos... ‘ustedes no me lloren cuando me muera porque van a decir: ‘mamá no tiene más dolores de cabeza’”*.

Como en el caso de Mirtha y su hija, investigaciones sobre dolencias crónicas dan cuenta del lugar protagónico que tienen los relatos de quienes padecen y de su entorno como modo de acceder a dichas vivencias. Las expresiones verbales de los pacientes sobre sus experiencias con el malestar constituyen formas privilegiadas de transmisión y acceso –para los otros- a dolores que carecen de evidencias biológicas y sólo pueden ser explicados mediante palabras. De esta forma, el objetivo del trabajo es, a partir de una investigación realizada sobre dolores de cabeza categorizados por saberes expertos y legos como “migraña”, presentar el análisis de narrativas como una estrategia metodológica privilegiada para este tipo de estudios. La realización de entrevistas en profundidad visibilizó en las palabras de los entrevistados una articulación entre lenguaje y experiencias que, a través de una lectura específica, permitió someter los relatos de los entrevistados a un análisis detallado a través de esta técnica metodológica.

El protagonismo del relato en el padecimiento de la migraña

De acuerdo al análisis de los discursos biomédicos, los profesionales diferencian a las enfermedades en agudas y crónicas. En el caso de las primeras, las causas y etiologías suelen ser claras (es decir, hay lesiones orgánicas y/o tisulares o problemas fisiológicos) y los tratamientos se orientan a la curación. En cambio, las enfermedades crónicas se prolongan indefinidamente en el tiempo y, en general, carecen de etiologías precisas, y los tratamientos destinados a ellas tienen por objetivo la regulación y/o alivio de los síntomas pero no la curación. A su vez, tanto en las enfermedades agudas como en las crónicas, los síntomas y/o malestares tienen un correlato biológico, es decir, se realizan estudios cuyos resultados se encuentran por fuera de los parámetros considerados “normales” por la biomedicina.

En cambio, los dolores se consideran por la biomedicina como síntomas de las enfermedades porque son indicadores, señales o alarmas de que algo no está bien. También los saberes biomédicos los diferencian en agudos y crónicos. Los dolores agudos son definidos por los saberes expertos como una constelación de sensaciones displacenteras y expresiones emocionales asociadas al mal funcionamiento, fisiología y/o daño tisular, ya sea por inflamación o por lesión de tejidos y/o estructuras nerviosas, que se desarrollan en un intervalo de tiempo (Finkel, 2007: 20). Frente a estos dolores, las personas concurren a los profesionales que los estudian para brindar un diagnóstico y un tratamiento adecuados. En cambio, los dolores crónicos son cuadros que reaparecen en el tiempo y persisten más allá de los seis meses (Finkel, 2007).

En este último caso, algunos 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). Este aspecto los convierte en “enigmas” para la biomedicina, porque las explicaciones respecto de sus causas son heterogéneas, contradictorias y poco consistentes entre sí. Para quienes los padecen, las experiencias con ellos suponen modificaciones corporales, transformaciones emocionales e implicancias sociales (Good et al., 1994). Algunos dolores incluidos por estudios sociales y antropológicos en la categoría de “dolor crónico” son la fatiga crónica, el dolor de espalda, el dolor mandibular, el dolor de pecho y la migraña. (Good, 1994; Kleinman, 1994).

La migraña es un tipo de dolor de cabeza cuyas apariciones pueden ser recurrentes, aunque se desconoce la frecuencia y el momento en que se desencadenará. Algunos de sus principales síntomas son: náuseas, vómitos, molestias e intolerancia a la luz, al ruido, a los olores. También, se puede acompañar de molestias en las articulaciones, mareos, sensaciones de cosquilleo y una sensación particular denominada “aura” que, según los dichos de los pacientes, se trata de alteraciones visuales (destellos de luz, rayos) y, ocasionalmente, pérdidas temporarias y breves de memoria.

De acuerdo a la biomedicina, con variaciones regionales, la migraña es un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, niveles de ingresos y zonas geográficas. Más aún, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calificó a la migraña como una de las 20 enfermedades más discapacitantes con amplias consecuencias en distintos ámbitos de la vida y

con incidencias tanto a nivel físico como emocional que afectan el desempeño laboral y dificultan del normal desarrollo social.¹

A pesar de que los estudios epidemiológicos con cifras son escasos, de acuerdo con profesionales especialistas en el estudio de la migraña este dolor afecta en promedio, al 16% de las mujeres y 7% de los varones a nivel mundial. En la Argentina, estudios efectuados en el ámbito de la biomedicina sobre pequeños grupos y poblaciones acotadas a determinadas regiones permiten estimar mediante proyecciones que la migraña afecta en nuestro país, aproximadamente, al 12% de la población general (Zavala y Sarabia, 2006: 1).

La particularidad de este malestar es que desde los saberes biomédicos se lo diagnostica a partir de los relatos de quienes padecen sobre sus sensaciones y percepciones con el dolor. Además, en las consultas se efectúan test (tomografías, electroencefalogramas, resonancias) para descartar distintas enfermedades (tumores, esclerosis, anomalías en el cerebro, accidentes cerebro vasculares), pero si los resultados se encuentran dentro de lo esperado, es decir, dentro de los parámetros “normales” por los profesionales, se diagnostica “migraña”. Es decir, los profesionales se limitan a escuchar los relatos de los pacientes y determinar si las características mencionadas se corresponden con el conjunto de síntomas necesarios de reunir para ser diagnosticado con migraña. Entonces, tanto en las consultas médicas como en las interacciones con el entorno (familiares, amigos, parejas), la palabra de quienes padecen es lo único disponible para dar forma y transmitir el dolor.

A su vez, el estudio desde una perspectiva socio-antropológica que privilegie el análisis de las narrativas como forma de explorar y estudiar las percepciones y experiencias de aquellos con migraña cobra relevancia en la actualidad debido a las transformaciones socioeconómicas relacionadas con el despliegue del capitalismo contemporáneo y la implementación del neoliberalismo (Harvey, 2005). Desde la epidemiología los estudios ponen en relevancia las repercusiones de estos dolores de cabeza en los lugares de trabajo (por ausencia), aumento de gastos en servicios de salud por consultas reiteradas y un consumo excesivo de medicamentos. No obstante, se dejan de lado otras cuestiones que hacen a la convivencia con el dolor y su variabilidad de acuerdo con los niveles socioeconómicos.

Es por eso que, desde un abordaje social el estudio de lo que dicen los entrevistados requiere articular esas palabras con procesos sociales, culturales, económicos que están mediados por dimensiones morales, de género, corporales y emocionales. De este modo, la escucha y, luego, análisis específico de sus palabras permitió acceder a modos de simbolizar y modelar experiencias con el dolor que se hilvanan con otros eventos, prácticas y vivencias asociadas a sus modos de vida (relaciones laborales, composición familiar, relación consigo mismos y con otros, etc.) que modelan y, al mismo tiempo, son modeladas por el padecimiento.

El análisis de narrativas en la investigación

La perspectiva teórico-metodológica que se llevó a cabo sobre estos dolores de cabeza, se inscribe en el dominio de la sociología y antropología de la salud siguiendo los lineamientos de la investigación cualitativa.

La pertinencia del análisis de narrativas como estrategia metodológica seleccionada en conexión con la elección de las perspectivas fenomenológica y hermenéutica se fundamenta en la relación privilegiada que se observó entre lenguaje y experiencia en estudios sobre procesos de sufrimiento en general, y en el caso de la migraña en particular.

De acuerdo a investigaciones provenientes de la antropología médica, al contar una “historia sobre un padecimiento”, las personas recurren a distintas herramientas para dar forma y sentido a sus relatos. De acuerdo con Good, entrevistar a una persona con dolor es como observar el nacimiento del lenguaje ya que los entrevistados luchan por poner en palabras experiencias que, en muchos casos, se resisten a ello (Good, 1994: 30). Por eso, según este autor, los relatos de sus entrevistados suelen dividirse en un aspecto narrativo (búsqueda de un “origen” del dolor), otro

¹“La OMS reconoce a la migraña crónica como enfermedad incapacitante”. Télam [Sociedad], 15 de agosto de 2012. Disponible en <http://www.telam.com.ar/nota/34995/> (consultada enero 2013).

fenomenológico (darle forma al mundo de sufrimiento) y, finalmente, simbólico por la necesidad de que ese dolor tenga un nombre (Good, 1994).

Siguiendo esta tradición de estudios, en los dolores de cabeza categorizados como migraña, se identifica un proceso similar que conecta el análisis de las narrativas con los abordajes teórico-metodológicos mencionados previamente. Asimismo, si bien se emplearon distintas técnicas durante el trabajo de campo (observación participante, entrevistas semi estructuradas, entrevistas en profundidad, lectura de fuentes secundarias), la vía privilegiada de acceso fue el análisis de narrativas. En la medida en que se habla, los entrevistados van modelando sentidos, prácticas, experiencias y trayectorias con el dolor que luego son sometidos a un análisis específico.

El objetivo de este recurso metodológico fue producir sentido a partir de lo que las personas dicen y de sus modos de simbolizar y transmitir mediante las expresiones verbales, sus teorías sobre los dolores de cabeza, las relaciones con los médicos, la posibilidad de continuar o no los tratamientos, la relación entre sus biografías personales y el lugar otorgado al dolor, entre otras cosas. En este sentido, la combinación de la perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty con el abordaje hermenéutico de Ricoeur permitió articular el estudio de la experiencia con el abordaje interpretativo a fin de investigar los modos en que se perciben y describen ciertos sufrimientos y dolencias en contextos actuales en áreas urbanas.

Además, priorizar los abordajes seleccionados como fundamento del análisis de narrativas se explica porque estos dolores se caracterizan, entre otras cosas, por su indeterminación –tanto en los diagnósticos y tratamientos como en sus apariciones reiteradas en la cotidianidad-. Entonces, una de las formas de acceder a ellos es a través de lo que se dice sobre las experiencias y prácticas asociadas a la migraña tanto de parte de quienes padecen como de sus vínculos cercanos y los profesionales médicos. Es la falta de certezas lo que convierte a las palabras de los entrevistados en un acceso privilegiado a las particularidades del dolor y a su convivencia en la cotidianidad.

Por otro lado, el análisis de narrativas como recurso metodológico, puede tener algunas limitaciones como la pérdida de información, distancias, modificación de los relatos de acuerdo a los lugares y momentos en los que se realiza la entrevista. Sin embargo, en el hablar se produce un tipo de relato que al ser analizado visualiza la riqueza y variabilidad en los modos de simbolizar las experiencias.

A su vez, la traducción de experiencias en términos verbales tiene una lógica propia. Es decir, al describir y narrar la convivencia con los dolores se les da un sentido y se los ubica dentro de la biografía personal. No obstante, este proceso de simbolización visibiliza la imposibilidad de acceder a la “experiencia en sí”.

La elección del análisis de narrativas para el estudio de estos dolores crónicos de cabeza se ubica dentro de una trayectoria de estudios sobre procesos de padecimiento, enfermedad y sufrimiento que recurren a esta metodología para acceder a las experiencias de las personas mediante el relato de situaciones y eventos vividos con el dolor. Esto no implica reducir la vida a la dimensión del discurso, ya que la experiencia excede siempre las posibilidades de su narrativización. No obstante, narrar y contar se vuelven una dimensión fundamental en la vida de las personas y el significado de sus experiencias (Margulies et al., 2006; García, 2009). En este análisis se reconocen las relaciones del yo con los otros teniendo en cuenta los contextos y situaciones locales en que se producen dichas interacciones. Las prácticas y saberes sobre padecimientos están mediados por procesos sociales, económicos, políticos, morales y de género (Scheper Hughes y Lock, 1987; Farmer, 2003). Esta perspectiva permite determinar los modos en que dichos procesos toman forma, fragilizan, modelan y son modelados, se hacen evidentes, se ocultan o naturalizan, es decir, son vividos, corporizados, padecidos, resistidos y simbolizados por estos conjuntos sociales (Epele, 2010).

Interesa resaltar que tanto en este trabajo como durante el proceso de investigación, se realizó una diferenciación entre las categorías de “relato” y “narración”. Los relatos son las palabras de los entrevistados a las que se accede mediante las entrevistas en profundidad. En la medida en que las personas hablan dan forma y modelan experiencias y prácticas asociadas con

el dolor. En cambio, la narración y su análisis es el recurso metodológico que permite el estudio de estos dolores y se liga a las experiencias por medio de esos relatos.

Teniendo en cuenta que los dolores de cabeza adquieren características diversas de acuerdo con los conjuntos entrevistados se realizaron una serie de elecciones en torno a la conformación de la muestra.

En primer lugar, no sólo se identifican diferencias entre pacientes, profesionales y entorno sino también dentro de cada uno de estos grupos. A modo de ejemplo, no todos aquellos que dicen tener migraña concurren a los servicios de salud; consecuentemente, las trayectorias y convivencias con estos dolores requieren un estudio que no quede reducido a la institución hospitalaria. A su vez, si bien desde los saberes expertos la migraña es un dolor que afecta en mayor proporción a las mujeres, se decidió que la muestra esté conformada por varones y mujeres teniendo en cuenta las trayectorias de cuidado en ambos casos y las repercusiones –a partir de sus relatos– de padecer este dolor en distintos espacios de la cotidianidad atravesados por la variable de género.

También, mientras que la mayoría de los estudios se focalizan en un sector socioeconómico delimitado, en la investigación se incluyó un rango de variación de las condiciones de vida que va desde sectores medios bajos hasta sectores medios que están incluidos en el trabajo y tienen acceso a diferentes servicios de sistemas de salud. La denominación en estas categorías no es arbitrarias sino que resulta de la auto percepción y relatos de los propios sujetos. Además, se ha establecido su correspondencia con los niveles de ingresos y educativos también expresados por los entrevistados. Incluir esta variación hizo posible dar consistencia, en el análisis de las narrativas, a los modos en que las condiciones de vida, los tipos de trabajos, las opresiones rutinarias, la diferenciación de las formas de cuidado se encuentran mediadas por niveles socioeconómicos que intervienen en los modos de padecer y de buscar alivio y bienestar.

El trabajo de campo

El trabajo de campo fue desarrollado durante los años 2010 y 2011 en un hospital del Área Metropolitana de Buenos Aires. Luego, desde 2011 hasta diciembre de 2012 se llevaron a cabo, a través de la técnica bola de nieve, entrevistas por fuera de la institución. La población de estudio está conformada por mujeres y varones adultos (de 21 a 65 años) de niveles socioeconómicos medios y medios-bajos, es decir, que están incluidos en el mundo del trabajo y/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 un tipo de dolor de cabeza. La decisión de incluir personas de distintos sectores tuvo que ver con analizar mediante sus relatos las diferentes formas de convivir con el malestar y los modos en que este se articula con otras dimensiones. A modo de ejemplo, algunas de las prescripciones dadas por los profesionales ante los dolores de cabeza tales como consumir ciertos alimentos o realizar actividades físicas están mediadas por saberes e ingresos económicos que no siempre son posibles de alcanzar y que se visibilizan en los relatos de quienes padecen. Es en estos relatos donde se ponen de manifiesto diferentes trayectorias de cuidado con el dolor que quedan aparentemente ocultas en los discursos uniformes de la biomedicina.

También fueron entrevistados médicos/as neurólogos/as especialistas en tratamientos del dolor, en migraña, residentes, neurólogos en general (encargados dentro de la biomedicina de realizar el diagnóstico de la 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 en el tratamiento de estos dolores de cabeza.

Primera etapa: Como se señalaba más arriba, la primera etapa se llevó a cabo en el área de Neurología de un Hospital público del Área Metropolitana de Buenos Aires. El ingreso de los pacientes se realizaba mediante turnos previamente acordados y, en general, luego de consultas con otros profesionales –en general, médicos clínicos y/o neurólogos– del hospital los derivaban al gabinete especializado en cefaleas. En otros casos, llegaban por recomendaciones de algún conocido o luego de haber sido atendidos de manera particular con alguno de los profesionales y,

por motivos económicos, concurrían al hospital público, de atención gratuita, para continuar las consultas/tratamientos. Dentro de la institución se realizaron 40 entrevistas en profundidad a personas con migraña (28 mujeres y 12 varones). El rango etario iba desde los 21 hasta los 60 años. Las entrevistas a pacientes posibilitaron, además, conocer la cotidianidad y trayectorias de las personas más allá de los dolores de cabeza, ya que éstas narraron situaciones que excedían la convivencia con la migraña. Se entrevistó a 18 profesionales en el mismo hospital público en el que se entrevistó a los pacientes. Para ambos casos (médicos y pacientes) se utilizó una guía que se complementó e intercaló con preguntas espontáneas surgidas en el contexto de las entrevistas.

Segunda etapa: En una segunda etapa del trabajo de campo se realizaron entrevistas por fuera de la institución médica a través de la técnica de bola de nieve. El proceso consistió en acceder tanto a familiares y profesionales como a personas con migraña por fuera del hospital a través de contactos de otras que se encontraban dentro de la institución. En el caso de los profesionales, se preguntó si conocían a otros, que se especializaran en migraña. De esta forma, se entrevistaron a cinco médicos especialistas en estos dolores de cabeza por fuera del hospital.

En el caso de los pacientes, se consultó si tenían conocidos con migraña (en sus familias, lugares de trabajo, amigos), así como también si había personas vinculadas a ellos a quienes se pudiera entrevistar (es decir, vínculos próximos que compartían o convivían con otros que padecen estos dolores de cabeza). Se entrevistó a 14 personas con migraña en distintos contextos laborales (fábricas, oficinas, instituciones educativas, consultorios). Por último, se entrevistó a 22 personas vinculadas directa o indirectamente a personas con estos dolores de cabeza (familiares, parejas, amigos).

En ambas etapas del trabajo de campo, la técnica privilegiada fue la entrevista en profundidad. Se documentaron las narrativas acerca de las experiencias y percepciones de los grupos seleccionados. Las entrevistas fueron aplicadas con guías de pautas específicas, con consignas y preguntas abiertas que permitieron acceder a relatos más espontáneos, valoraciones y asociaciones propias de los entrevistados.

El proceso de diseño estuvo guiado por un conjunto de categorías en las entrevistas que, acorde con las investigaciones previas (Grimberg 2003; Margulies 2010), han probado ser de importancia en los estudios sobre padecimientos crónicos:

Personas con dolores de cabeza: Condiciones generales de vida: composición familiar, acceso al sistema educativo, trayectorias laborales y situación laboral actual, accesibilidad y barreras respecto del sistema de salud, Experiencias en relación con el padecimiento: momento en que empezaron los dolores de cabeza, asociación o no con alguna situación particular, características de las experiencias corporales y emocionales con el padecimiento, modificaciones del dolor en el tiempo (frecuencia, duración), existencia de familiares con migraña. Modificaciones en la vida cotidiana a partir de padecimiento: realización de actividades en el tiempo libre, cambio de hábitos y prácticas, reacciones y respuestas de familiares/amigos/pareja ante los dolores de cabeza. Trayectorias y prácticas de cuidado para la migraña: prácticas y estrategias de cuidado, características de los tratamientos, dificultades y obstáculos en sus desarrollos, consultas previas con otros profesionales, procedimientos de cuidado no bien aparece el dolor. Tiempo de concurrencia a la institución actual, relación con profesionales (actuales y previos), percepciones sobre las mejoras o no de las prácticas terapéuticas, etcétera.

Médicos neurólogos: Caracterización del padecimiento y diagnóstico: qué se entiende por dolor crónico, características de la migraña, etiología y explicaciones causales, síntomas frecuentes. Prácticas terapéuticas: tipos de tratamiento, formas de prevención (médicas y/o hábitos y costumbres que según los profesionales los pacientes pueden adquirir para disminuir la frecuencia de los dolores de cabeza), etcétera.

Personas vinculadas con aquellos que padecen: características atribuidas al padecimiento: qué es la migraña, diferencias o similitudes con otros dolores/enfermedades. Experiencias con el dolor: alguna vez tuvieron dolores de cabeza, sensaciones, experiencias. Experiencias con personas con migraña: tipo de relación, caracterización que realizan del sujeto con migraña, particularidades de la convivencia y/o situaciones compartidas, entre otras.

Las categorías empleadas permitieron acceder a ciertas cuestiones que visibilizaron las ventajas de esta estrategia así como también ciertas limitaciones que refieren a la importancia de lo que se dice en ciertos espacios y “barreras” que atraviesan dichos relatos. En el caso de las personas con dolores de cabeza el conjunto de aspectos problematizados fue enriquecedor porque permitió dar cuenta no sólo de las trayectorias de cuidado y las prácticas en torno al padecimiento, sino también distintas experiencias corporales y emocionales que median sus interacciones, las percepciones de sí mismos y de los otros y el lugar que ocupa la migraña en la cotidianidad. En el caso de los profesionales, las categorías empleadas permitieron identificar un tipo de relato, en general uniforme, con respuestas breves y muy similares entre sí. Predominaron prescripciones y “recetas” para prevenir y/o aliviar el malestar con resultados no siempre esperados por quienes padecen ya que al momento los tratamientos biomédicos tienen como objetivo el mantenimiento y/o reducción de los síntomas pero no su curación, y se caracterizan por ensayos de “prueba y error” ya que no siempre los mismos producen alivio a los pacientes. Otro aspecto en el que coincidieron la mayoría de los profesionales es en una delegación de responsabilidad hacia los pacientes respecto de sus dolores de cabeza. Para los profesionales los dolores son resultado de los “estilos de vida” (consumo de ciertos alimentos, bebidas, no realizar actividad física, etc.); en cambio, para los pacientes estos aspectos no son siquiera mencionados como posibles desencadenantes de su malestar. Más allá de la correspondencia entre ciertas prácticas y la aparición del dolor, hay cuestiones morales que median en los relatos y señalan prácticas “moralmente correctas y saludables” de otras que no lo son. Por ejemplo, en ninguno de los entrevistados se mencionó el consumo de bebidas alcohólicas o ciertos alimentos que sí son enfatizados por los profesionales como desencadenantes de la migraña. Para quienes padecen, sus dolores son asociados –en general– a los modos de vida urbanos y a los vínculos que establecen con otros.

El caso de las entrevistas a personas vinculadas a quienes tienen migraña fue particular porque el análisis de narrativas permitió distinguir dos momentos en sus respuestas que influyó en el estudio. En primer lugar, predominaban afirmaciones de “entendimiento” y “ayuda” a quienes padecen, mientras que a lo largo de las entrevistas estas afirmaciones se fueron transformando –de a poco– en “desconfianzas” y “exageración” que visibilizaba una serie de dudas respecto a la legitimidad del malestar.

En algunos casos, con el avance del trabajo de campo, este sistema de categorías fue revisado, ampliado y modificado. A partir de los relatos de los distintos grupos entrevistados, se incorporaron nuevas categorías relevantes y significantes para dar cuenta del padecimiento de la migraña. Las entrevistas fueron codificadas y analizadas sobre la base de categorías temáticas que guiaron el proceso de análisis de los datos.

El trabajo de investigación e interpretación se complementó con la recopilación, lectura y análisis de contenido de fuentes secundarias (documentos de circulación, publicaciones del Hospital, conferencias, investigaciones tanto desde la biomedicina como desde las Ciencias sociales), en las cuales se trata el tema de padecimientos crónicos en general y/o de la migraña en particular.

Resguardos éticos

El trabajo e investigación se adecuaron 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 entrevistados (manteniendo edad y género).

Las personas entrevistadas son mayores de 18 años. Para realizar el trabajo de campo en el servicio de salud se llevó a cabo el proceso de evaluación requerido a través del comité de ética, cumplimentando los requerimientos del hospital. Tanto el proyecto como las hojas de información y de consentimiento informado fueron aprobados en marzo de 2010.

Poner en palabras el dolor: lenguaje y experiencia

De acuerdo a lo señalado previamente, la estrategia metodológica privilegiada en este estudio permite analizar no el dolor corporal en sí, sino un aparato simbólico que tiene su propia lógica que es diferente de la lógica de la experiencia pero que, al mismo tiempo, puede inferir ciertas características de la misma a través del lenguaje.

Al expresar sus dolores, las personas imprimen una lógica que supone modos de simbolización que tiene que ver con clases sociales, géneros, relaciones laborales/familiares/vinculares, trayectorias de cuidado y de acceso a los servicios de salud que permite hacer inferencias sobre sus experiencias y prácticas. De esta forma, el interés y objetivo de la estrategia metodológica es la narración que los entrevistados realizan sobre otros sujetos, objetos, acontecimientos y eventos que surgen de la lógica narrativa.

De esta forma, la “lógica narrativa” permite acceder a experiencias de manera mediada por el lenguaje y por distintas variables que modelan (y al mismo tiempo son modeladas por) la convivencia con dolencias crónicas.

Asimismo, teniendo en cuenta la variabilidad y heterogeneidad de experiencias descriptas con estos dolores de cabeza fue posible inferir que la migraña constituye “algo más” de la vida de quienes padecen que se hilvana con otros eventos a partir de esa narración. De acuerdo con Ricoeur, mediante la narración de distintos eventos se configura una trama que permite que los fragmentos de experiencia adquieran un sentido como un todo (Ricoeur, 2000, 2009). En discusión con estudios de la lingüística tradicional que parten de un carácter a histórico y arbitrario del signo y la lengua (De Saussure, 2008), otros autores dan cuenta del carácter histórico ligado a procesos sociales que modelan el proceso de enunciación, el hablar y los dichos de los propios actores sociales. En su libro *¿Qué significa hablar?*, Bourdieu discute con el modelo lingüístico saussuriano porque señala que reduce la acción a actos de comunicación posibles, a aquellos que pueden ser descifrados mediante cifras o códigos. Es decir, argumenta, los intercambios lingüísticos son también relaciones de poder simbólico en las que se actualizan las relaciones de fuerza entre los locutores y sus respectivos grupos (Bourdieu, 2001: 11).

En estrecha vinculación con las discusiones sobre el lugar del lenguaje en los usos cotidianos, Wittgenstein (1986) elude la tentación de suponer que tiene que haber un proceso mental de pensar, creer, esperar o desear, independientemente del proceso de expresar, hablar. Es decir, no existe una conexión oculta entre la mente y una palabra, porque los significados del lenguaje dependen de las distintas acciones en las que se involucra y adquiere sentidos (Wittgenstein, 1986: 31).

Con respecto a la articulación entre lenguaje y experiencia, los debates en torno a esta última categoría son diversos. Turner (1986) sostiene que hay una relación dialéctica entre experiencia y lenguaje dado que hay experiencias que llevan al lenguaje pero también el lenguaje es el que les da forma a esas experiencias (Turner, 1986). Desde una perspectiva fenomenológica, Merleau-Ponty (2003) enfatiza el carácter vivencial de la experiencia cuando señala que la “experiencia de vivir en el mundo” no es algo pensado, sino vivido. Es decir, el mundo se encuentra en la intersección de mis experiencias y las del otro. Además, es inseparable de la subjetividad y de la intersubjetividad porque su unidad está integrada por la reasunción de mis experiencias presentes, de las experiencias del otro y de las experiencias del otro en las mías.

Esta articulación entre lenguaje y experiencia es retomada por una tradición de investigaciones sobre dolencias crónicas (Grimberg, 2003, 2009a, 2009b; Margulies et al, 2006; Margulies, 2010; Epele, 2010) que priorizan las narrativas como el recurso metodológico para explorar las percepciones, prácticas y vivencias con el dolor.

De acuerdo con Good (1994) las narrativas de pacientes crónicos siguen una estructura similar que se inicia con el momento de origen del dolor, y continúa con las trayectorias por distintos profesionales en búsqueda de alivio y diagnóstico, la realización de varios tratamientos y las descripciones sobre los vínculos entre el padecimiento y las experiencias de la vida cotidiana. En la misma línea, los estudios realizados por Kleinman en clases sociales medias y bajas proponen explorar la diversidad de experiencias teniendo en cuenta los contextos sociales y económicos a fin de que dichos malestares no sean reducidos a aspectos físicos y biológicos.

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, 1988, 1994). Es decir, interesa explorar dimensiones que rodean la convivencia con el dolor y dar cuenta de los modos diferenciales de padecer.

Como se mencionó en la introducción a partir del caso de Mirtha, uno de los recursos recurrentes que visibilizó el análisis de las narrativas empleados por las personas con migraña para transmitir las características de su dolor son las metáforas. Los estudios de Lakoff y Johnson (2009) parten del lugar privilegiado que tienen las metáforas en la vida cotidiana tanto en el lenguaje como pensamiento –conceptual– y acción. Señalan que los conceptos que rigen nuestro pensamiento y tienen consecuencias en las realidades cotidianas están estructurados en gran medida por metáforas. Por lo tanto, las metáforas estructuran tanto las maneras en que pensamos como nuestras experiencias y acciones (Lakoff y Johnson, 2009).

En las discusiones respecto de la utilización de metáforas en contextos de enfermedades y sufrimientos convergen dos posturas diferenciales. Por un lado, Sontag realiza un análisis en el que cuestiona el recurso de metáforas en contextos de enfermedad (Sontag, 2003: 11). Específicamente, para esta autora es necesario cuestionar y criticar el uso metafórico por los estigmas y sentidos sociales que adquieren las enfermedades y repercuten en quienes las padecen. En cambio, los trabajos de Kirmayer señalan el carácter productivo e inevitable del empleo metafórico para dar cuenta de las sensaciones de dolor. Siguiendo a Kirmayer (1992), se dice a qué se parece ese dolor y, en esa elaboración, la experiencia adquiere una forma, un color y una impresión.

De este modo, en distintos estudios sobre procesos de dolor y sufrimiento se hace referencia a las metáforas como la conexión entre cuestiones conceptuales con prácticas corporales donde el significado surge de esa capacidad de usar la experiencia para pensar metafóricamente y viceversa (Kirmayer, 1992, 2001; Lowe, 1994; Bonet y Tavares, 2007). Es decir, en la búsqueda de transmitir, mediante los relatos, ciertas sensaciones y situaciones, las experiencias se pueden traducir en metáforas y en formas de expresión que adquieren distintos sentidos y significados a partir del análisis de las narrativas de los actores involucrados.

En síntesis, el análisis de narrativas como estrategia metodológica permite acceder a los modos en que las personas dan forma a sus padecimientos y cómo dichas experiencias se articulan con otras vivencias de su cotidianidad. Es a través del estudio de estas narrativas que es posible dar cuenta de los procesos de construcción de sentido a partir de los cuales, y en interacción con “otros”, se organiza y reorganiza tanto la vida cotidiana de las personas afectadas como su propia biografía y su visión de sí y de los otros (Margulies et al, 2006).

Asimismo, dicho análisis sobre prácticas, experiencias y acciones visibiliza modos de convivir con las dolencias que son susceptibles de ser analizados a la luz de condiciones sociales y económicas de los distintos conjuntos sociales investigados (Alves y Rabelo 2009). A modo de ejemplo, las descripciones sobre la migraña se entremezclan con las de otros sufrimientos asociados a distintas situaciones, vínculos y malestares de la vida cotidiana. Hay dolores que surgen de los relatos de los entrevistados pero que no están categorizados, reconocidos o delimitados por el saber biomédico, sino que son sufrimientos vinculados a situaciones ordinarias que producen malestares. Los entrevistados describen “mal humor”, “discusiones”, “peleas”, “frustraciones” que generan sufrimiento y que, en los relatos, son relacionados con los dolores de cabeza.

Y yo... sufro dolores de cabeza muy fuertes, si bien tengo muchos problemas... tanto en casa como en el trabajo... Eh... yo siempre he tenido dolores de cabeza, pero estos habían sido ya... había empezado a ser un poquitito más fuertes, ya... me provocaban vómitos... No soportaba cada latido de corazón en la cabeza. El trabajo no me convenció nunca... Soy bueno en lo que hago... pero no lo quiero hacer más. Hace 40 años que soy tornero metalúrgico. Ya no lo quiero hacer más. Y tengo que seguir haciéndolo. No le encuentro la vuelta... Puedo tener la posibilidad y no le encuentro la vuelta de dejarlo... Arranca por ahí... Después tengo... me quedó mi hermano sólo, discapacitado en una casa sola, estaba mi mamá hasta hace dos años... Que se murió

mamá. No sé... hay un poco de todo... Todo lo que lleva al trajín de la vida... entera, ¿no? Como le debe pasar a cualquiera... (Leonardo, 58 años).

Leonardo asocia sus dolores de cabeza con distintos eventos de su cotidianidad. Si bien son hipótesis y suposiciones, se trata de momentos significativos en sus biografías que están delimitados espacial y temporalmente. En otros casos, también refirieron a diversas experiencias como: *“Me acuerdo porque era verano”, “era chica, porque yo jugaba con mis primos y cuando me agarraba el dolor me tenía que quedar quieta”* o *“mi papá está enfermo, así que bueno... ese fue el detonante de mis dolores de cabeza, porque el cuerpo somatiza en algo, y ahí te das cuenta que venís padeciendo nervios y tragando cosas de hace tiempo”*.

En estos casos, a través de contar sus experiencias con los dolores, las personas ubican cronológicamente el inicio de los mismos incorporándolos a las biografías personales. Estos relatos incluyen un acontecimiento que no necesariamente tiene que ver con el diagnóstico biomédico sino con un origen del que, al considerar su evidencia histórica, establece en la narrativa un tipo de configuración que distribuye e incluye distintos tipos de responsabilidades, angustias, tristezas y nervios generados en los primeros años de la infancia/adolescencia, que son recordadas como los comienzos del dolor.

Esta posibilidad de dar forma al comienzo del dolor fue posible a través de la realización de entrevistas en profundidad en las cuales se tuvo en cuenta distintas dimensiones de la cotidianidad. Luego, la aplicación del análisis minucioso de las narrativas de los diferentes actores entrevistados evidenció modos de dar sentido, significado y forma a la convivencia con un dolor que perdura a lo largo del tiempo.

Reflexiones finales

Detener la mirada en los detalles de los relatos de quienes padecen y aplicar un estudio exhaustivo al mismo a través del recurso metodológico del análisis de narrativas, evidencia puntos de cruce entre los dolores de cabeza y las biografías personales en las que se hilvanan diferentes eventos significativos, uno de los cuales es el padecimiento.

Para eso, la estrategia metodológica empleada en dichos relatos requiere tener en cuenta las referencias a dimensiones emocionales, corporales, vinculares que, a su vez, están atravesadas por diferencias socio-económicas, de género, laborales, de acceso a los servicios de salud, entre otras.

Para llevar a cabo esta tarea, el análisis de narrativas se convirtió en una herramienta privilegiada porque permitió identificar la heterogeneidad dentro de la aparente homogeneidad y dar cuenta de los distintos modos de padecer un dolor que desde el sentido común se asocia con algo “común” y “banal”. El registro a través de las narrativas visualiza que el análisis de lo que dice el otro que le pasa, sólo es posible sabiendo que ese lugar le corresponde al otro y que se da a través de la articulación de esas experiencias con el lenguaje en contextos y situaciones locales. En este sentido, si bien durante el trabajo de campo a personas con estos dolores de cabeza se encontraron algunas similitudes en los relatos a pesar de las diferencias socio-económicas, prevaleció la multiplicidad de vivencias en torno al padecimiento a partir de los detalles que rodeaban a cada uno de los relatos. Esta posibilidad fue posible mediante la escucha atenta de distintas dimensiones de su cotidianidad que articulaban aspectos subjetivos y personales con cuestiones contextuales que modelaban y eran modeladas por estos dolores de cabeza.

El resultado de esa combinación visibiliza un tipo de relato que es susceptible de ser sometido a un análisis exhaustivo en el cual se identifica una lógica particular que tiene que ver con los modos de simbolizar experiencias a través de la palabra.

Bibliografía

ALVES, P.; RABELO, M. (2009) "Nervios, proyectos e identidades: narrativas de la experiencia" en: Grimberg, Mabel (edit.) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia, pp.53-72.

BARBER, N.; MARGULIES, S. (2009) "Procesos de atención de personas que viven con VIH. Un enfoque desde las trayectorias terapéuticas". En: Grimberg, Mabel (ed.) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Coedición Facultad de Filosofía y Letras, UBA y Antropofagia, pp.93-110.

BONET, O.; TAVARES, F. (2007) "O Cuidado como Metáfora nas redes da prática terapéutica" En: Pinheiro y Mattos (eds.) *Razões Públicas para a Integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS UERJ-ABRASCO. pp. 263-277.

BOURDIEU, Pierre (2001) *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Akal.

EPELE, María (2001) "Violencias y traumas. Políticas del sufrimiento social entre usuarios de drogas". *Cuadernos de antropología social*. N°14. Buenos Aires: Instituto de Antropología social, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

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

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

FINKEL, Diana (2007) "Generalidades sobre el dolor". En: Zavala H, Sarabia B. (eds.) *Los dolores de Cabeza*. Buenos Aires: Publicación interna del Hospital Ramos Mejía de la Ciudad de Buenos Aires, pp.17-50.

GARCÍA, Guadalupe (2009) "Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la Ciudad de Buenos Aires". *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, año 15, n°32, pp.247-272.

GOOD, Byron (1994) *Pain as Human experience. An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press.

GRIMBERG, Mabel (2003) "Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH". *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 17, pp.79-99.

_____ (2009a) (Ed.) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.

_____ (2009b) "Sexualidad, experiencias corporales y género: un estudio etnográfico entre personas viviendo con VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(1):133-141.

HARVEY, David (2005) *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: AKAL.

KIRMAYER, Laurence (1992) "The body's insistence on meaning: metaphor as presentation and representation in illness experience". *Medical Anthropological quarterly New Series*, vol. 6, n°4: pp. 323-346.

_____ (2001) "Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment". *J Clin Psychiatry* 62 (supp 13): 22-28

KLEINMAN, Arthur (1988) *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. England: Harper Collins Publishers.

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

LAKOFF, G.; JOHNSON, M. (2009) *Metáforas de la vida cotidiana*. España: EdicionesCátedra.

LOWE, Donald (1995) *The body in late-capitalist USA*. Durham and London: Duke University Press

MARGULIES, S.; BARBER, N. RECODER, M. (2006) "VIH-SIDA y "adherencia" al tratamiento. Enfoques y perspectivas". *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología* número 003, pp. 281-300.

MARGULIES, Susana (2010) "Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida. Ensayo de antropología de la medicina". *Intersecciones en Antropología* 11: 215-225.

MERLEAU-PONTY, Maurice (2003) *Fenomenología de la percepción*. México: Fondo de Cultura económica.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) "Cefaleas" 2012 disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/> Fecha de consulta: enero de 2013

RICOEUR, Paul (2000) *Tiempo y Narración I. Configuración del tiempo en el relato histórico*. México: Siglo Veintiuno editores.

_____ (2009) *Tiempo y narración. El tiempo narrado*. México: Siglo Veintiuno Editores.

DE SAUSSURE, Ferdinand (2008) *Curso de lingüística general*. Buenos Aires: Planeta-Agostini.

SONTAG, Susan (2003) *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus Alfaguara.

SCHEPER HUGHES, N.; LOCK, M. (1987) "The Mindful Body: a prolegomenon to future work in medical anthropology". *Medical Anthropology Quaterly New Series*, Vol. 1, N°1 pp. 6-41.

TURNER, Victor (1986) *The Anthropology of experience*. Estados Unidos: University of Illinois Press.
WITTGENSTEIN, Ludwig (1986) *Los cuadernos azul y marrón*. Madrid: Tecnos s.a.

ZAVALA, H.; SARAIVA, B. (2006) "Impacto de la migraña en la calidad de vida". *Revista del Hospital Ramos Mejía*. Volumen XI - N° 3 - 2006.

Autora.

Romina del Monaco.

CONICET, Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA), Argentina.

Dra. en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Antropología Social y Política (FLACSO). Licenciada en Sociología (UBA). Becaria Posdoctoral del CONICET.

E-mail: rominadelmonaco@yahoo.com.ar

Citado.

DEL MONACO, Romina (2015). "La experiencia de padecer migraña: el análisis de narrativas como estrategia metodológica para el estudio de este dolor crónico". *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social - ReLMIS*. N°9. Año 5. Abril-Septiembre 2015. Argentina. Estudios Sociológicos Editora. ISSN 1853-6190. Pp. 22-35. Disponible en: <http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/121>

Plazos.

Recibido: 06/ 07/ 2014. Aceptado: 13/11/2014.