

El malestar de la diabetes: tres mujeres frente al espejo, la palabra y la muerte¹

The discomfort of diabetes: three women in front of the mirror, the word and death

Juan José Cleves-Valencia
Rita Patricia Ocampo-Cepeda

Resumen

Este artículo da cuenta de la investigación que aborda la manera como se ha configurado la relación de tres mujeres diabéticas –cuyo tratamiento médico incluye el recurso a la insulinoterapia– con su condición crónica. Dicha relación es dilucidada, fundamentalmente, tomando como punto de partida el ternario real, imaginario y simbólico planteado por el psicoanalista francés Jacques Lacan. Es un estudio que, además, examina los modos de relación instaurados en las prácticas médicas frente a la diabetes. Metodológicamente opta por una forma de investigación cualitativa a través de entrevistas en profundidad.

Palabras clave: Diabetes; Insulinoterapia; Relación realidad-imaginario-simbólico.

Abstract

This article discloses research which addresses the relationships constructed by three diabetic women – whose medical treatment

¹ Artículo producto del trabajo de investigación *El malestar de la diabetes: tres mujeres frente al espejo, la palabra y la muerte* efectuado en el grupo Cultura y Desarrollo Humano del Instituto de Psicología de la Universidad del Valle - Meléndez sobre la configuración de la relación con el malestar de la diabetes expresado por tres mujeres con tratamiento de insulinoterapia.

* Docente del Instituto de Psicología de la Universidad del Valle, Cali, Colombia. Psicólogo, Universidad del Valle. Correo electrónico: juan.cleves@correounivalle.edu.co.

* Docente del Instituto de Psicología de la Universidad del Valle. Cali, Colombia. Psicóloga, Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali. Magíster en Psicología, énfasis en Psicología Cultural, Universidad del Valle. Estudiante del Doctorado en Psicología Social, Universidad del Valle. Correo electrónico: rita.ocampo@correounivalle.edu.co.

Recibido: 6 de noviembre de 2017 Aprobado: 16 de febrero de 2018

ISSN: 0122-1213 (Impreso) ISSN-e: 2389-993X Doi: 10.25100/prts.v0i26.6595

includes insulin therapy - with their chronic condition. This relationship is fundamentally explained with reference to the ternary real, imaginary and symbolic put forward by the French psychoanalyst Jacques Lacan. Furthermore, the study examines the types of relationships established regarding diabetes within medical practice. In terms of methodology, the study opted for a qualitative approach and used in-depth interviews.

Keywords: Diabetes; Relationship; Real; Imaginary; symbolic.

Sumario: 1. Introducción, 2. Metodología, 3. Hallazgos, 4. Conclusiones, y 5. Referencias bibliográficas.

1. Introducción

Esta investigación parte de una inquietud sobre cómo escuchar en el trabajo terapéutico el sentido del malestar de las personas que sufren la diabetes. Conocer los mecanismos fisiológicos, sus efectos en el corto y largo plazo, y su modo de cuidado no parece suficiente para quienes deben hacer cambios en su vida y su sentido de sí cuando escuchan el diagnóstico de la enfermedad. Las peticiones de familiares y allegados – ora exhortativas, ora suplicantes, ora airadas, ora desesperadas– no bastan para que los dolientes de esta condición tomen decisiones en procura de su bienestar. Tal observación hizo que este trabajo abordara la dimensión psicológica que subyace al modo como tres mujeres, cuyo tratamiento médico incluye insulinoterapia, se hacen cargo de su enfermedad.

De la diabetes hay que decir que es una enfermedad crónica en la que el cuerpo no puede producir suficiente insulina o usarla de manera eficaz. Fundamentalmente, se distinguen dos tipos de diabetes; a saber, la Diabetes Tipo I y la Diabetes Tipo II. Las personas con Diabetes Tipo I pueden llevar una vida saludable por medio de la combinación de insulinoterapia diaria –que usualmente incluye un esquema de insulina basal y uno de acción rápida– una dieta saludable, ejercicio físico regular, y monitoreo médico permanente. Por su parte, la mayoría de las personas con Diabetes tipo II no requiere de dosis diarias de insulina para vivir. Muchas de ellas pueden manejar su condición por medio de medicación oral, una dieta sana y mayor actividad física. En algunos casos, no obstante, se requiere la insulinoterapia cuando los niveles de glucosa en la sangre no pueden ser regulados (Federación Internacional de la Diabetes, 2014).

La insulina, a su vez, es una hormona que produce el páncreas y que permite a la glucosa de los alimentos entrar en las células del cuerpo donde será convertida en la energía necesaria para que los músculos y tejidos funcionen en la vida diaria. El organismo de una persona con diabetes, finalmente, no absorbe adecuadamente la glucosa. Esta sigue circulando por la sangre y con el paso del tiempo va deteriorando los tejidos del cuerpo. Tal daño puede implicar discapacidades, amputaciones y complicaciones

en la salud que pueden ser mortales (Clínica Mayo, 2016; Federación Internacional de Diabetes, 2014; International Diabetes Federation, 2015).

La revisión de las investigaciones antecedentes permitió identificar, en primer lugar, que la diabetes comporta repercusiones en las diferentes esferas de la vida humana y, además, una configuración particular de la imagen de quien la vive (Ledón-Llanes, 2011); en segundo lugar, que la alimentación –fundamental en el cuidado de la enfermedad– es un acto simbólico por excelencia que excede la función puramente nutricia y que está inserto en una red de relaciones familiares y culturales (Alcaraz-Moreno, 2009; Cardoso-Gómez, 2006; Castro-Sánchez, 2007); y, finalmente, que el saber médico está en un brete porque –además de dirigirse a un organismo meramente biológico– (Bueno-Restrepo, 2012; Gómez-Gallego, Unda-Mosquera, y Toro-Martínez, 2015; Hoyos, Duvaltier y Giraldo, 2003; Párraga-Parra, 2007; Sirtori, 2011) suele fundamentar su intervención desde la idea de la educación y con tratamientos y protocolos estandarizados (Hoyos, Duvaltier y Giraldo, 2003; Párraga-Parra, 2007; Sirtori, 2011). Adicionalmente, la continua revisión de literatura psicoanalítica, la escucha de las historias de las participantes en el trabajo de campo, y el tiempo para reflexionar sobre las distintas expresiones de la relación con la condición diabética, permitió plantear la pregunta de investigación ¿Cómo se configura la relación con la diabetes en tres mujeres cuyo tratamiento médico implica la insulino terapia?

La idea de relación que aquí se plantea tiene que ver con la cotidianidad que viven las participantes y con el conocimiento que han construido sobre su malestar. Pero también es propuesta desde los aportes del Psicoanálisis lacaniano a propósito de los registros de lo real, lo imaginario y lo simbólico (Murillo, 2011), como ternario configurador de la relación de las personas, muchas veces no consciente, con su cuerpo, con sus semejantes y con la cultura. Llevados al campo específico de la diabetes, estos conceptos tienen que ver, respectivamente, con la experiencia de cercanía y búsqueda de la muerte (Bassols, 2014; Milmaniene, 1995b y Nasio, 2008), con la vivencia del cuerpo y del otro como referente de ser y de hacer que se puede encarnar o rechazar (Lacan, 1978 y Nasio, 2008), y con la posibilidad de escritura del

malestar en una historia de sí por medio de prácticas y discursos familiares y culturales (Gérez-Ambertín, s.f.; Lacan, 1975 y Tenorio, 2004).

Además del aporte que se puede hacer desde la Psicología cuando se develan los aspectos subjetivos de la posición asumida por las personas frente a su malestar, y al arrojar luces sobre el tipo de relación instaurado por el personal médico y el consecuente impacto de sus intervenciones, proponer una aplicación concreta del ternario lacaniano a una problemática específica relacionada con la salud también constituye otra contribución disciplinar. Una investigación como esta se justifica holgadamente con la revisión de los informes presentados por un referente a nivel mundial como La Federación Internacional de Diabetes, la cual sostiene que se trata de un fenómeno con un coste económico y humano innegable que cada vez aumenta sus proporciones (FID, 2014; IDF, 2015).

2. Metodología

Paradigma y validez. Una investigación de este tipo se ubica en un paradigma hermenéutico, entendido como un proceso interpretativo cuyo propósito es comprender la realidad del modo en que ocurre cotidianamente (Ruiz-Olabuánaga, 2012). Aquí la validez tiene que ver con la posibilidad de que una persona, en medio de una relación con el investigador, pueda abrirse para mostrar su mundo y sus sentidos de vida (D'Andrade, 1986).

Tipo de estudio. Estudio exploratorio, con metodología cualitativa, que procede mediante el estudio de casos clínicos individuales elaborados con base en entrevistas en profundidad. Fueron encuentros enmarcados en la cotidianidad y en condiciones apropiadas que les permitieron a las participantes hablar de temas que les resultaban dolorosos, preocupantes o privados.

Participantes. Tres mujeres con diabetes tipo I o tipo II con las siguientes características: 1) Mayores de edad. 2) Diagnosticadas con diabetes hace más de un año. 3) Adscritas al Régimen de salud contributivo o subsidiado del Sistema de salud colombiano². 4) Sin complicaciones resultantes del

²A aquellos lectores no familiarizados con el Sistema de Salud de Colombia es necesario aclararles que un colombiano puede acceder a servicios de salud bajo dos regímenes: el

efecto a largo plazo de la diabetes como: amputaciones, nefropatías, pie diabético o retinopatías (Clínica Mayo, 2016; FID, 2014; IDF, 2015). 5) Con preservación de sus procesos cognitivos básicos y superiores y, 6) Con insulino terapia como tratamiento médico.

Muestreo. La estrategia de muestreo utilizada es el bola de nieve.

Técnicas para la producción de los datos. Con una metodología cualitativa, este estudio empleó la entrevista en profundidad como técnica de producción de datos. Se llevaron a cabo entre cinco y siete entrevistas con cada una de las tres participantes. La duración de cada una osciló entre los 45 y los 150 minutos.

Para el encuentro inicial con las participantes, y antes de conversar con ellas sobre el propósito de la investigación, se diseñó un guion de entrevista semiestructurada con preguntas abiertas con base en las categorías inductivas. En los siguientes encuentros se modificaron los guiones de manera que se adaptaran a las narraciones que traían las participantes a los encuentros, de modo que se orientaran hacia los objetivos de la investigación.

Instrumentos para la producción de los datos. Tras la revisión de los antecedentes sobre el problema de investigación se definieron unas categorías de análisis preliminares. Después de los encuentros con las participantes se hizo una modificación a estas categorías y se propuso una categorización final que incluyera la información emergente.

Proceso de producción de la información. El primer paso para la producción de la información fue la transcripción literal de la totalidad de las entrevistas grabadas. Posteriormente se construyó un cuadro que sintetizara los resultados de las entrevistas y que permitiera visualizar las diferencias en las historias de vida de cada participante. A continuación se escribieron sus historias con un estilo literario que partió de las trazas de su

contributivo y el subsidiado. En el primero el usuario recibe atención médica una vez hace una contribución pecuniaria mensual de acuerdo con los ingresos que percibe. En este caso se le denomina cotizante y tiene la potestad de registrar como beneficiarios a su cónyuge e hijos menores de 25 años. En el segundo, el Estado subsidia los servicios en salud de los desempleados, los hijos de los cotizantes que no tienen el estatuto de estudiante y a las personas de estratos socioeconómicos uno y dos. Ningún colombiano puede beneficiarse, al mismo tiempo, de los regímenes contributivo y subsidiado de salud.

discurso. Se empleó una estrategia narrativa extradiegética omnisciente³ que permitiera al lector viajar a la experiencia de las entrevistadas⁴ (Álvarez-Gardeazabal, 1984). En seguida se hizo un análisis clínico individual con base en la categorización final. A éste sucedió otro, esta vez en términos de divergencias, puntos de encuentro y particularidades de las experiencias.

Contextos en que se llevó a cabo la producción de los datos. Las participantes decidieron los lugares, horarios y fechas de los encuentros. En el caso de la señora N, todas las entrevistas se llevaron a cabo en su domicilio. Con la joven D, todos los encuentros se hicieron en la institución donde actualmente cursa sus estudios de educación superior. Con la señora M, el proceso se efectuó en su consultorio clínico y en su domicilio.

Categorización de la información. La tabla 1 muestra las categorías de análisis del estudio. Estas categorías incluyen lo emergente del proceso investigativo.

Tabla 1: Categorías de análisis del proceso investigativo

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	
Categoría	Definición
Cotidianidad	Ilustra aquellas actividades, condiciones, compromisos o situaciones de la vida diaria de los participantes que facilitan o dificultan el cuidado de la enfermedad.
Conocimiento médico de la enfermedad	Entendimiento de la diabetes como patología. Se adquiere por vía de la experiencia personal, los familiares, los eventos educativos, las consultas con los profesionales de la salud, los medios de comunicación y las lecturas personales.
Dimensión imaginaria de la enfermedad	Aspectos relacionados con la vivencia del cuerpo y la imagen de sí y del otro, que permiten actuar y responder ilusoriamente a la pregunta de quién se es.
Dimensión simbólica de la enfermedad	Saber creado y recreado constantemente en el lenguaje, configurado en la cultura y usualmente aprendido en la familia, que valida saberes y da lugar a prácticas, creencias y metas vitales alrededor de la enfermedad.

³ Las historias de vida pueden consultarse en la versión completa del trabajo de grado “El malestar de la diabetes: tres mujeres frente al espejo, la palabra y la muerte”, disponible en la biblioteca Mario Carvajal de la Universidad del Valle (Sede Meléndez) en Cali-Colombia.

⁴ El lector encontrará una muestra de esta estrategia de presentación de los resultados en los epígrafes del apartado *Discusión de resultados*.

Dimensión real de la enfermedad	Repeticiones actuadas con carácter de exterioridad que no tienen un estatuto simbólico por su carácter traumático. Retención de la libido en zonas erógenas del cuerpo que comporta padecimiento consciente y satisfacción inconsciente.
---------------------------------	--

Fuente: elaboración propia

3. Hallazgos

A continuación, se presenta la tabla 2 que sintetiza los resultados obtenidos de las entrevistas en profundidad con las tres participantes. Está dividida en seis apartados: el primero brinda al lector los datos generales de las entrevistadas, y los otros cinco muestran los resultados obtenidos en las categorías de análisis descritas en la tabla 1.

Tabla 2: Hallazgos de la investigación

	SEÑORA N	JOVEN D	SEÑORA M
Datos generales			
<i>Edad</i>	52	20	42
<i>Ocupación</i>	Ama de casa.	Estudiante Universitaria.	Psicóloga clínica.
<i>Estado Civil</i>	Casada.	Soltera.	Separada dos veces.
<i>Estrato socio económico</i>	3	3	5
<i>Nivel educativo</i>	Bachillerato incompleto.	Pregrado en Licenciatura en Ciencias Naturales (en curso).	Pregrado en Psicología, cursos de actualización, un semestre de especialización.
<i>Edad al momento del diagnóstico</i>	40	13	18
<i>Periodicidad del control médico</i>	Mensual.	Cuatrimstral.	Bimensual.

<i>Aspecto de difícil manejo en el cuidado de la condición</i>	La dieta: alimentos en forma de harinas, dulces y fritos.	La dieta: alimentos en forma de dulces.	Lo afectivo-emocional y su situación económica y laboral.
Cotidianidad			
<i>Estresores</i>	Ansiedad personal. Situación familiar (Decisiones de sus hijos).	La vida universitaria. El manejo de su temperamento.	Ansiedad personal. Situación laboral y económica. Aspiraciones no satisfechas de independencia
<i>Actividades de disfrute</i>	Salir a comer con su familia, visitar su familia, enseñar su religión a otras personas.	Ir a fiestas (de los 14 a los 16 años), ir a cine, jugar videojuegos en línea, escuchar música pop, salir con su familia.	El canto, la música clásica, la pintura, visitar museos, viajar.
Conocimiento médico de la enfermedad			
<i>Características del lenguaje utilizado para referirse a la condición</i>	No emplea lenguaje técnico y preciso. Tiene muchas preguntas sobre la dinámica de la enfermedad. Ubica al profesional como la fuente de conocimiento sobre la diabetes. No suele hacer lecturas sobre su enfermedad.	En ocasiones emplea lenguaje técnico y preciso. Ubica al profesional y a su experiencia como la fuente de conocimiento sobre la diabetes. No suele hacer lecturas sobre su enfermedad.	Posee un conocimiento amplio. Emplea lenguaje técnico y preciso. Realiza lecturas de libros e investigaciones sobre su condición.

<i>Oportunidades de conocimiento de la enfermedad</i>	Asiste a conferencias que brinda la institución tratante.	Asistió a dos conferencias sobre diabetes. Programas televisivos.	Realiza trabajo en clínica para la diabetes. Psicoterapia (individual y en constelaciones familiares). Asistencia a charlas, seminarios y conferencias. Campamentos para el cuidado de la diabetes en Canadá. Conocimiento de productos para el cuidado de la condición en Viena.
Dimensión imaginaria			
<i>Otros malestares actuales</i>	Hígado graso, hipotiroidismo, dolor en las manos, frecuente daño de estómago.	Emetofobia.	Trastorno mixto de ansiedad y depresión.
<i>Cambios en el cuerpo</i>	Aumento de peso, resequead de la piel, disminución de la libido y cambios en los órganos internos del cuerpo.	Aumento de peso en los últimos meses.	Inestabilidad en el peso corporal.
<i>Valoración de la realización personal</i>	Quisiera haber cambiado sus metas vitales de ser madre y ama de casa.	Se proyecta como profesional en Licenciatura en Ciencias Naturales.	Satisfecha con su profesión. Actualiza constantemente su saber.
<i>Otras enfermedades o dolencias actuales</i>	Hígado graso, hipotiroidismo, dolor en las manos, frecuente daño de estómago.	Emetofobia.	Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

<i>Historia previa de enfermedad</i>	Ninguna.	Emetofobia.	Osteomielitis Hepatitis Hipoglucemia no diagnosticada.
<i>Características del diagnóstico</i>	Es dado de repente. No hay reacción emocional fuerte ni mucha ideación.	Es dado de repente. Es sentido como un alivio.	Es dado de repente. Hay una fuerte reacción emocional. Busca activamente alternativas de solución.
<i>Cambios corporales</i>	Cambios remitidos al aumento de peso, a la resequedad de la piel, a la disminución de la libido, y a cambios en los órganos internos del cuerpo.	Cambios remitidos al aumento de peso en los últimos meses.	Cambios remitidos a la inestabilidad en el peso corporal.
<i>Periodicidad del control médico</i>	Mensual.	Cuatrimestral.	Bimensual.
Dimensión real			
<i>Experiencias de cercanía a la muerte</i>	La agonía de su madre y hermana.	Ninguna.	Viaje a Viena ⁵ Una crisis hipoglucémica ⁶ El trabajo clínico con pacientes con Sida ⁷ .

⁵La señora M tomó la decisión de viajar a Viena para participar de un congreso en Psicología Clínica. Por esos días ella había leído en la literatura médica que los pacientes diabéticos tipo I normalmente vivían hasta los 25 años, y tenía un quiste en un ovario que, según un médico, era resultado de su deseo no nombrado de ser madre. El médico que atendía el crecimiento del quiste le indicó que no viajara a Europa porque el quiste crecería, seguramente ella no podría caminar, y tendría que hacerle una cirugía en vez de un procedimiento laparoscópico.

⁶Tiene que ver con un episodio de pérdida de consciencia y de emergencia médica dado que la señora M decidió aumentar su dosis de insulina para disfrutar de un postre que le habían obsequiado.

⁷Se trata de una experiencia en la que la señora M, antes de terminar sus estudios de pregrado, se entrenó y participó en proceso de bien morir, de pacientes de Sida en etapa terminal.

<i>Manifestaciones de goce corporeizado</i>	Perfección del mundo y la humanidad en la figura mítica del paraíso cristiano.	Síntomas emetofóbicos desde los siete años.	Ninguna.
Dimensión simbólica			
<i>Origen familiar</i>	Nace en Tolima en sector rural. Su esposo es del Cauca, sector rural.	Cali, sector urbano.	Cali, sector urbano.
<i>Creencias religiosas</i>	Testigo de Jehová.	Católica.	Católica. Tiene creencias no occidentales.
<i>Cuidado familiar</i>	Por el esposo.	Por la madre.	Por la madre.
<i>Transformación del patrón dietético</i>	La familia continúa con su patrón dietético. El esposo es la figura de cuidado.	La familia continúa con su patrón dietético. La madre es la figura de cuidado.	La familia continúa con su patrón dietético. La madre es la figura de cuidado.
<i>Representaciones de la enfermedad</i>	Como una enfermedad que le impide ser una persona normal. Como una enfermedad, traicionera, que puede acabar con su cuerpo y que es perceptible por los demás identificándola como persona enferma.	Como un estilo de vida, como una amenaza a la integridad de su cuerpo, como una condición controlable, y como oportunidad de mostrar agradecimiento y de ser consciente de sí misma.	Como condición que puede tener o no tener y como oportunidad de ser más consciente de sí misma.

<i>Discursos de la salud empleados para comprender la enfermedad.</i>	Médico convencional, popular, psicológico.	Médico convencional, religioso, psicológico.	Médico convencional, médico alternativo, popular, trascendental, psicológico.
<i>Percepción de la institución médica</i>	Como un lugar que obstaculiza el tratamiento.	Como un seguro contra la enfermedad.	Como un lugar que en ocasiones obstaculiza el tratamiento.
<i>Percepción de la enfermedad</i>	Como algo que impide ser normal.	Como algo que limita la integridad.	Como una oportunidad para ser más consciente de sí misma.
<i>Cambios en el médico tratante</i>	Cambio permanente de médico tratante.	Dos médicos tratantes desde la afiliación a la EPS. Seis años con el mismo endocrinólogo.	Cambio permanente de médico tratante.
<i>Percepción de la dieta</i>	Difícil de cumplir. No normal. Poco sabrosa. Con porciones no satisfactorias.	Puede implementarse. Encuentra otras alternativas de alimentación satisfactorias. Dichas alternativas son percibidas como costosas.	Puede implementarse. Encuentra otras alternativas de alimentación satisfactorias.
<i>Búsqueda de otras alternativas de tratamiento</i>	Emplea remedios caseros sin abandonar medicación. El remedio casero se concibe como un apoyo al tratamiento pero no como una cura.	No emplea remedios caseros. Concibe que ellos pueden ser útiles para personas con Diabetes Tipo II.	Emplea remedios caseros sin abandonar medicación. Recurrió a medicinas alternativas (dieta ayurvédica), al saber del Calendario Maya, y a un proceso de ingesta de Yagé.

Fuente: elaboración propia

Lectura de los hallazgos

La señora N.

(...) Muy a su pesar, porque es la imposibilidad de comer normalmente, llevar la dieta sugerida por los especialistas en salud nunca ha podido entrar en una negociación que le resultara más benevolente con ella misma. Porque los remedios naturales le han mostrado no cortar de raíz con la diabetes. De pronto ayudarán a regular toda esa dulzura de la sangre, como mucho. Así, la bendita dieta nunca ha dejado de ser la alternativa para convivir pacíficamente con la diabetes: se reafirma en su lugar, presumida, tras cada derrota que se anota el equipo de los remedios naturales.

El anterior epígrafe expresa un aspecto fundamental de la relación de la señora N con su enfermedad que indica la pugna constante entre su deseo -inserto en una serie de significados familiares y culturales según los cuales alimentarse abundantemente representa una forma de diversión, de cuidar y relacionarse con el otro, y de ser mujer, madre y esposa- y el deber de asumir un patrón dietético distinto del que ha tenido, es decir, el que los profesionales en salud le prescriben. En esta tensión, el incumplimiento de la dieta aparece como un acto inmediato por medio del cual libera la tensión acumulada “desatándose”, como ella misma lo expresa.

Atender las distintas enfermedades que padece, la periodicidad mensual de su control médico, y la asunción de ideales culturales de autorrealización diferentes de los de su lugar de origen, de índole colectivista (Pipher, 2004), le hacen cuestionarse quién ha sido y qué ha logrado con su vida. Ella vive una imagen de sí misma como la de una mujer venida a menos que ve en sus hijos la repetición de una historia personal. Con estas pérdidas también es posible entender cómo el asumir la dieta sugerida es una pérdida más de algo que a ella la define y que de ningún modo es accesorio.

La vivencia cercana de la agonía y muerte de su hermana es un episodio insoportable e inoperante simbólicamente, incapaz de fundar un conocimiento sobre la finitud (Milmaniene, 1995a), que la sume en una sensación continua, repetida, de no tener otro destino más allá que el de la muerte (Milmaniene, 1995b), por un lado; pero también supone una reacción imaginaria de rechazo y pugna con el personal médico, acentuada

por la lidia constante con las condiciones institucionales de la entidad de salud que la atiende y por su experiencia personal de negligencia médica.

La forma directa como le dieron el diagnóstico hace que la reacción de la señora N sea la de vivirlo como si no le concerniera directamente y, por ende, en que sea poco lo que puede hacer con él. Finalmente, su vivencia de la enfermedad de modo discreto y oculto tiene que ver con una imagen de sí en la que no puede reconocerse, nublada por la vulnerabilidad; pero también con la idea de la enfermedad como visible, delatora, silenciosa y traicionera.

La joven D.

Actualmente, la joven D es experta en identificar cuándo un alimento tiene azúcar o cuándo no la tiene. Porque el papel puede con todo. Puede decir, mendaz, que el contenido de equis producto no tiene azúcar. Pero su paladar, infalible, siempre le dirá si el alimento en cuestión estaba o no exento de azúcar. A este nivel de pericia ha llegado por la dieta. Porque llegó a manejarla tan bien que su endocrinólogo, boquiabierto frente a un caso clínico que bien ameritaría ser publicado en una revista especializada, decidió retirarle la insulina de su tratamiento. Esa jovencita era la paciente ideal, como no había conocido ninguna otra en su experiencia: la que hacía la dieta, la que tenía su rutina de ejercicio, la que cumplía con todas las metas de los exámenes de laboratorio, incluso de esa Hemoglobina Glicosilada que casi nadie logra satisfacer, la que ya no tenía hiperglucemias. Qué dicha tan grande la del médico: casi que ni podía creer.

La relación de la joven D con su condición tiene que ver, esencialmente, con la imagen que ella tiene de sí misma. Como estudiante riñe con su hermano –un joven sobresaliente en su pregrado y que va a la par de su plan de estudios- y como mujer con la novia de él –una estudiante destacada en dos carreras de la Facultad de Ciencias Exactas y que además descuella por su diligencia en casa-. Es una joven que constantemente intenta regular sus emociones y que encontró en el manejo de su enfermedad una forma de emular un ideal, esta vez el del médico, de lo cual devino un conocimiento infalible que emanó de su cuerpo y que le permitió cuidar su condición. Como todo ideal y como todo lo referido al yo, su relación con la condición

aparece moldeada por el desconocimiento (Braunstein, 2006 y Sampson, 1998), aquel que se manifiesta en su posterior imposibilidad de continuar con la dieta prescrita por el médico.

Por medio de su síntoma emetofóbico pone en juego una dimensión imaginaria de goce corporeizado por la retención de lo que no puede ser expulsado y que expresa el rechazo a su madre. Esto indica una carga afectiva importante en su relación. Sólo se dirá -de acuerdo con los objetivos del estudio- que esta emetofobia, a su vez, le sirve como garante de cuidado de la condición crónica porque la hiperglucemia en su cuerpo está asociada a las náuseas, es decir, a aquello que ella se esfuerza por evitar pues supone el vómito.

Para ella la diabetes es algo íntimo -que comparte únicamente con los suyos y que ha vivido de manera privada- por los imaginarios sociales sobre su tratamiento que lo vinculan al consumo de drogas inyectables, pero también por el rechazo a la finitud en el plano de su narcisismo como defensa ante el temor intenso de la decrepitud y amputación de su cuerpo. Esta enfermedad, por tanto, la hace vulnerable al decir de los otros. En el momento de las entrevistas la condición no le había planteado algunos interrogantes sobre su proyecto de vida como el de la opción de ser madre. Sin embargo, sí aparece dentro de sus metas vitales y es una preocupación que empieza a tomar forma a partir de la conversación con el investigador.

La tensión de la vida universitaria, sus aspiraciones profesionales y algunos pasatiempos esperables de su momento vital son elementos que la impulsan a la vida. Esta mujer no ha vivido el deterioro de su imagen corporal externa o interna. De manera similar, su estado de salud actual, exento de otras dolencias, y su historia de enfermedad antes del diagnóstico no han configurado una idea de sí como persona enfermiza.

El momento del diagnóstico, aunque fue dado abruptamente, es sentido como un alivio pues le indica qué hacer para detener el sufrimiento por las náuseas generadas por su hiperglucemia. Su origen familiar urbano, y su afinidad por objetos del saber relacionados con las ciencias exactas, validan a la ciencia y a la medicina como formas legítimas de cuidado de sí. Por tanto, ella pone su salud en esas manos sin ningún tipo de aprensión. Finalmente, el apoyo materno con los trámites institucionales en la entidad

que le brinda servicios de salud constituye un apoyo que aliviana su vivencia de la condición.

La señora M.

(...) El muro de contención para las corrientes impetuosas de sus emociones que era la señora M había empezado a agrietarse. Y luego caería al piso vuelto añicos. En el largo y reñido contrapunteo entre sus mociones afectivas y lo que aspiraba ser se impusieron las primeras. Ahora ya no era capaz, ya no podía, ya no tenía que, como usualmente se decía a sí misma. Nada de eso. Los pensamientos positivos y la Cosmovisión Maya que le permitían levantarse cada mañana de su cama a perseguir sus metas, motivadores y entusiastas, también la habían llevado a un nivel de auto-exigencia y desconocimiento de sí que a esas alturas era insufrible. No le habían dado margen para liberarse, paulatinamente, en un camino más seguro, de tanta presión.

La forma que ha tomado la relación de la señora M con su malestar tiene que ver, en buena parte, con el modo en que sus emociones le han permitido hacer algo, de manera activa, con su condición. Día tras día ella intenta contenerse y en algunos momentos, como lo indica el epígrafe, ha sido sobrepasada por su emocionalidad; sin embargo, en el momento en que ella recibió su diagnóstico, ésta le permitió empezar un proceso de duelo, de búsqueda, de aceptación, y de conocimiento de sí y de la enfermedad. Así, las búsquedas de una eventual cura le han permitido comprender qué le cabe esperar del tratamiento de la enfermedad y de su cuerpo.

El caso de la señora M muestra que ella ha podido narrar su historia de vida y subjetivar su condición por el conocimiento de sí misma que ha logrado en su proceso psicoterapéutico individual y grupal en constelaciones familiares. Pero también por la mediación imaginaria y simbólica de su trabajo en clínica de la diabetes. A su vez, sus experiencias de cercanía a la muerte; bien sea para aferrarse a la vida, como en el caso del viaje a Viena; para asomarse a la muerte, en su trabajo clínico para ayudar a *bien morir* a pacientes con Sida; o para vivir con terror la cercanía a la muerte, en el episodio de la crisis hipoglucémica; muestran la manera en que lo real de la muerte empieza a ser simbolizado, a ser incluido en su historia personal.

Del caso de la señora M llama la atención el modo como su historia previa de enfermedad allana un terreno sobre el cual puede asentarse el diagnóstico de la diabetes. Por otra parte, ella creció rodeada de especialistas médicos como forma válida de cuidado de sí y la alimentación abundante no aparece como un elemento que la defina como mujer, como esposa o como madre. A este respecto hay que decir que, para su figura principal de cuidado, su madre, la alimentación abundante no es una manera de brindar cuidado al otro, y que sus compañeros sentimentales, a su vez, tuvieron hábitos alimenticios saludables.

En su historia la maternidad aparece como una posibilidad de interrogarse a sí misma y como una apuesta por la libertad del acto mediado simbólicamente (Milmaniene, 1995b) que, justamente, como acto de liberación mediada, es el que mejor le permite ceñirse a las prescripciones de su tratamiento médico. De la señora M se puede decir que la vida emocional figura como un aspecto que roba su sosiego. Ella es una mujer con ansias de independencia económica, con deseos de educar a su hijo con autonomía, y que atraviesa un momento en el que percibe un retroceso pues tiene que vivir de nuevo con su madre y a expensas de ella. Entonces su sosiego emocional se ve amenazado constantemente.

El saber del Calendario Maya y de discursos psicológicos como el Humanismo y la Programación Neurolingüística permiten a la señora M hacer una lectura de su salud emocional y orgánica que, como lo expresa el epígrafe, conllevan al desconocimiento de sí misma y a la acumulación excesiva de tensiones.

Para ella la diabetes es una condición que puede tener o no. Es una oportunidad de ser más consciente de sí. Su enfermedad es algo que puede ser público a pesar de que sea consciente de las mitificaciones que la rodean; por ejemplo, aquellas que asocian su tratamiento a la drogodependencia por el uso de jeringas. Estas no son un motivo para que adopte posiciones defensivas. Finalmente, más allá de las fluctuaciones de su peso, ella no ha vivido el deterioro de su cuerpo en su imagen externa o interna.

4. Conclusiones

Este estudio permite comprender que las participantes padecen diabetes, pero viven en un sentido más amplio. Viven con todo lo que esto supone: con metas, con aspiraciones, con redes de relaciones, con pasatiempos, con gustos y con otras preocupaciones. Entonces no es posible desconocer estos aspectos que enriquecen o empobrecen su mundo limitándolo o no a su condición de diabetes.

A nivel imaginario, la diabetes aparece aquí como una enfermedad que hace a las participantes conscientes de su cuerpo en su imagen vista, en su imagen sentida, y en el concurso de tensiones no nombradas (Nasio, 2008). Esto quiere decir que la diabetes pone de relieve un cuerpo que regularmente desconocemos, que incluso podemos maltratar, y que paradójicamente nos genera sensación de libertad y control.

Hacer esta investigación, y de acuerdo con lo planteado por autores como Canguilhem (1971) y Sontag (1996), impulsa a poner de relieve la necesidad de representaciones de salud y de enfermedad que generen menos inconformidad y sufrimiento en sus dolientes. Por ejemplo, la enfermedad puede entenderse como un modo que tiene el cuerpo de funcionar ante determinadas condiciones internas o ambientales (Canguilhem, 1971). Sería deseable entender, además, que en sentido estricto ninguna enfermedad es un desarreglo o un desorden y que, por el contrario, tiene un mecanismo fisiológico que obedece a una lógica (Canguilhem, 1971). Para que sea posible la inscripción simbólica del malestar a partir de unos significados mucho menos nocivos se requiere que las narraciones de la diabetes que la presentan como un estilo de vida y no como una enfermedad crónica circulen más en la moneda corriente de nuestros relatos (Bruner, 2002).

Encontrar otro tipo de apoyo en la cultura, esta vez relacionado con la consideración e inclusión de las personas diabéticas en las propuestas alimenticias, también es preciso. Es cierto que existe variedad de opciones en materia de endulzantes y golosinas libres de azúcar. Pero también lo es que la mayoría de los anuncios publicitarios de nuestra cultura exaltan una alimentación antagónica al manejo de la diabetes, y que las ofertas de los productos no igualan en variedad y precio a los de la alimentación

canónica. Este tipo de condiciones pueden facilitar que un individuo que elige seguir las directrices de un discurso como el médico, legítimo para él, no sienta que lucha día a día contra la corriente en el cuidado de su condición.

Al final de este trabajo es posible identificar que se requiere promover posiciones más autónomas y críticas en el cuidado de la diabetes. Los pacientes que optan por la medicina tradicional como forma de cuidado pueden conocer la enfermedad con suficiencia, cautela y propiedad. No tienen que, necesariamente, asumir la voz de los especialistas en salud y de lo que indica la literatura especializada como la verdad última sobre su condición pues ambos, como toda empresa humana, son falibles. Esto lo ilustra claramente la literatura especializada y el concepto médico existente en los días en que la Señora M recibió su diagnóstico. De acuerdo con ellos, la esperanza de vida de las personas con Diabetes Tipo I era de 25 años.

Por otra parte, la experiencia de las participantes da sustento a lo encontrado en el trabajo de Castro-Sánchez (2007), a propósito de que una condición como la diabetes requiere ciertos apoyos familiares que permitan sentirse acompañado, cuidado y considerado. Estos apoyos usualmente tienen que ver con la adquisición de nuevos hábitos alimenticios, con el conocimiento de la enfermedad y del tratamiento que debe implementar el miembro de la familia, con el acompañamiento en los trámites en la institución médica, y con la posibilidad de abrir espacios de diálogo que permitan nombrar el sufrimiento.

A nivel imaginario, la vivencia del deterioro del cuerpo y la presencia pasada o actual de otros malestares también inciden en la manera como se configura la relación con la condición de diabetes. No es lo mismo vivir con la diabetes hace siete años, ser una mujer de apenas 20 años de edad y sin ninguna otra dolencia, que tenerla hace 24, ser una mujer de 42, con un diagnóstico psiquiátrico y con experiencias previas de malestar. Y esto tampoco es igual a tener la condición hace 13 años, sentir que no se domina, y empezar a vivir la incidencia de la vejez, de otras dolencias, y de los efectos de la diabetes en el cuerpo. Son una serie de elementos, que minan el sentido de salud del cuerpo, de posibilidad de proyección, de valía personal y de dominio de la enfermedad.

En los tres casos estudiados la manera en que fueron dados los diagnósticos concuerda en ser directa y sin preámbulos. En estas situaciones los médicos pasaron por alto la experiencia humana de enfermar: la dimensión del malestar -que pone de relieve la propuesta de Kleinman,⁸ Eisenberg & Good (1978) y Kleinman & Benson (2006)- que trasciende a los órganos y a las estructuras biológicas. Es de suma pertinencia, entonces, recordar a la medicina del siglo XVIII que era, ante todo, un arte del cuidado del otro enmarcado en un diálogo entre el médico y el enfermo; pero también que la enfermedad existe, en primer lugar, porque hay un ser humano que, en consulta, reporta sentirse enfermo (Canguilhem, 1971).

5. Referencias bibliográficas

- Alcaraz-Moreno, N., Chávez-Acevedo, A.M., Amador-Fierros, G. Reyes-Alfaro, A.C., Loya-Bayardo, J.I y Vargas-Ruelas, M.R. (2009). Influencia del patrón cultural dietético del paciente dietético en el apego al régimen alimenticio. *Cultura de los cuidados*, 13(25), 104-110.
- Álvarez-Gardeazabal, G (1984). El narrador. En G. Álvarez-Gardeazabal, *Manual de crítica literaria* (pp. 19-44). Bogotá: Plaza y Janés Editores.
- Bassols, M. (2014). Psicoanálisis, ciencia y real. *Virtualia: Revista digital de la escuela de la orientación lacaniana*, (28), 7-14.
- Braunstein, N. (2006). Goce y ética en la experiencia psicoanalítica. En N. Braunstein, *El goce, un concepto lacaniano* (pp. 289-336). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bueno-Restrepo, J (2012). Ecos del deseo en el cuerpo, el enigma de la autoinmunidad. *Affectio Societatis*, 9(17), 2-13.
- Bruner, J (2002). Los usos del relato. En J. Bruner, *La fábrica de historias: derecho, literatura y vida* (pp. 11-58). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Canguilhem, G. (1971). Examen crítico de algunos conceptos: de lo normal, de la anomalía y de la enfermedad, de lo normal y de lo experimental. En G. Canguilhem, *Lo normal y lo patológico* (pp. 83-111). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Cardoso-Gómez, M. (2006). La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes. *Cultura, dieta y diabetes. Cuicuilco*, 13(37), 129-142.
- Castro-Sánchez, A. (2007). La nutrición como ruptura cultural: La experiencia de los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*, 9(1), 26-33.

⁸ Médico antropólogo, pionero en el campo de la antropología médica, profesor de antropología médica y psiquiatría transcultural en la Universidad Harvard.

- Clínica Mayo. (2016). *El libro esencial de la diabetes de la Clínica Mayo*. México: Intersistemas Editores.
- D'Andrade, R. (1986). Three scientific worldviews and the covering law model. En D. W. Fiske, & R. A. Shweder (Ed.) *Metatheory in Social Science. Pluralism and Subjectivities* (pp. 19-41). Chicago: The university of Chicago Press.
- Federación Internacional de la Diabetes. (2014). *Atlas de la Diabetes de la FID*. (6 ed.). Recuperado de <http://www.fundaciondiabetes.org/general/material/61/atlas-de-la-diabetes-de-la-fid-6-edicion--actualizacion-de-2014-1>.
- Gérez-Ambertín, M. (s.f.). *Acerca del Nombre-del-Padre en Lacan*. Recuperado de: <https://sites.google.com/a/fundpsicsigmundfreud.org/articulos-de-interes/home/acerca---del---nombre-del-padre---en---lacan>.
- Gómez-Gallego, J.J., Unda-Mosquera, Y.T., y Toro-Martínez, C. (2015). Cuerpo y cáncer de mama: una aproximación psicoanalítica. *Ciencia & Salud*, 3(11), 33-40.
- Hoyos, J., Duvaltier, I. y Giraldo, W. (2003). Límites de los programas de promoción y prevención. Una perspectiva psicoanalítica. *Iatreia*, 16(2), 132-139.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness and care. Clinical lessons from anthropologic and cross cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251-258.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *Plos Medicine* 3(10), 1673-1676. Doi: 10.1371/journal.pmed.0030294.
- Lacan, J. (1975). *Seminario 22: RSI*. Recuperado de: <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.1.10.6%20CLASE%20-06%20%20S22.pdf>.
- Lacan, J. (1978). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan, *Escritos 2* (pp. 99-106). México: Siglo XXI Editores.
- Ledón-Llanes, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488-499.
- Murillo, M. (2011). La hipótesis de los tres registros -simbólico, imaginario y real- en la enseñanza de J. Lacan. *Anuario de investigaciones*, (18), 123-132.
- Milmaniene, J. (1995a). Cuerpo y escritura. En J. Milmaniene, *El goce y la ley* (pp. 65-77). Buenos aires: Paidós.
- Milmaniene, J. (1995b). Repetición: identidad y diferencia. En J. Milmaniene, *El goce y la ley* (pp. 27-34). Buenos aires: Paidós.
- Nasio, J. (2008). El concepto de imagen del cuerpo, de Lacan: nuestra lectura. En J. Nasio, *Mi cuerpo y sus imágenes* (pp. 51- 117). Buenos Aires: Paidós.
- Párraga-Parra, H. (2007). La promoción de la salud es... ¿la promoción del deseo? *Poiésis*, (13). Doi: 10.21501/16920945.388.

- Pipher, M. (2004). Las zonas de tiempo: De una cultura comunitaria a una individualista. En M. Pipher, *Un país desconocido: invitación a explorar el mundo de nuestros mayores y acercarnos entre generaciones* (pp. 57-86). Bogotá: Norma.
- Ruiz-Olabuánaga, J. (2012). *Metodología de la Investigación Cualitativa* (5ª Ed.). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sampson, A. (1998). Ética, moral y psicoanálisis. *Revista Colombiana de Psicología*, (7), 81-93.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas. El Sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus.
- Tenorio, M. C. (2004). *Saber genealógico de niños y niñas de 6 y 7 años*. (Tesis doctoral) Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra, España.

Cómo citar este artículo:

Cleves-Valencia, J.J. y Ocampo-Cepeda, R.P. (2018). El malestar de la diabetes: tres mujeres frente al espejo, la palabra y la muerte. *Prospectiva*, (26), 211-233. Doi: 10.25100/prts.v0i26.6595.