

Fundamentos en Humanidades

Universidad Nacional de San Luis – Argentina

Año XIII – Número I (25/2012) 63/71 pp.

Ausencia de interdisciplinariedad en el abordaje de la persona que enfermó de diabetes. Reflexiones psicológicas sobre prevención de la salud

Absence of an interdisciplinary approach of the person who got diabetes. Psychological reflections on prevention of health problems

Mónica Patricia Latino

Universidad Nacional de San Luis

mlatino@unsl.edu.ar

(Recibido: 06/09/11 – Aceptado: 24/05/13)

Resumen

El trabajo profesional interdisciplinario -estatal o privado- da cuenta de un funcionamiento con modalidad vincular, que permite en la praxis operar como un todo conformando una trama de comunicación, trazando puentes en el abordaje del sujeto en su integridad bio-psico-social-cultural. Fundamento esencial, en el tratamiento en pos de la salud del individuo que enfermó de diabetes, a los fines de colaborar en el ámbito de la prevención, tanto en relación a su futuro de vida como la de sus descendientes.

En el marco del Proyecto de Investigación Proico 4-2-8904: "Psicología para la salud. Perspectiva interdisciplinaria sobre la prevención y la formación de profesionales de la salud (Diabetes e Hipertensión)", se intenta reflexionar y plantear algunas propuestas, desde una mirada psicológica, acerca de los beneficios que traería aparejado si hubiera una real práctica inter-profesional en el tratamiento de la persona que sufre de la enfermedad crónica mencionada.

Se analizarán dos casos clínicos obtenidos a través de las primeras entrevistas semi-estructuradas psicológicas, que muestran -en el tratamiento a seguir- la ausencia de trabajo conjunto inter-profesional en lugar de promover una mejor calidad de vida en los sujetos.

Abstract

Interdisciplinary professional work, either public or private, is characterized by a functioning with a linked modality that operates in the praxis as a whole, forming an interweaving of communication, establishing bridges in the approach to the subject as a bio-psycho-social-cultural integrity. This is essential in the treatment of the individuals who got diabetes, in relation to their future life prevention as well as that of their descendants. In the framework of the research project Proico 4-2-8904: "Psychology for health. Interdisciplinary perspectives on the prevention and training of health professionals (diabetes and hypertension)", this work seeks to reflect on and present some proposals, from a psychological perspective, about the benefits that would entail a true interprofessional practice in the treatment of the person who is suffering from this chronic disease. The data of two clinical cases, obtained from the first psychological semi-structured interviews, are analyzed, showing, in the treatment to be followed, the absence of interprofessional work which could promote a better quality of life in these subjects.

Palabras claves

interdisciplinarietà - modalidad vincular - funci3n materna primaria - prevenci3n - diabetes

Key words

interdisciplinarity - linked modality - primary maternal role - prevention - diabetes

La definici3n de salud promulgada por la OMS (1948) como "Un estado de completo bienestar f3sico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia" (OMS, 1998: 10) permiti3o entender que la misma constituye un medio para llegar a un fin, un recurso que favorece una vida individual, social y econ3micamente productiva. Concepto positivo que, llevado a la pr3ctica cl3nica de los profesionales que trabajan en pos de la salud, permite promover y desarrollar tanto los recursos personales y sociales como las aptitudes f3sicas de cada individuo que padece una patolog3a org3nica cr3nica.

Emprender el camino de la prevenci3n de la salud remite, necesariamente, a la noci3n de trabajo profesional interdisciplinario que reconozca un abordaje del sujeto en su integridad bio-psycho-social-cultural,

fundamento esencial en el marco de salud pública y privada. Concepción que parece haber quedado en el campo de un saber abstracto, con su consecuente dificultad de hacer posible una práctica profesional conjunta con profesionales formados en otras disciplinas del ámbito de la salud.

En el caso particular del tratamiento del paciente que sufre de diabetes, se piensa que la articulación del bagaje conceptual, metodológico y práctico de las diferentes especialidades que intervienen en el mismo conlleva que el sujeto alcance una calidad de vida que le permita convivir diariamente con su enfermedad. Sentirse sostenido desde el afecto y el conocimiento, ayudándole a construir otra especie de piel interna para contener aquellos dolores psíquicos pasados que han quedado sin procesar, y no sienta hoy tan agudamente el sentimiento de desamparo que la enfermedad le genera.

Se postula que el sujeto necesita de aquellos profesionales de la salud que, aunque no trabajen en un mismo espacio físico (llámese hospitales o centros de asistencia públicos o privados), conformen una estructura de red comunicacional trazando puentes interprofesionales, que favorezcan un nuevo aprendizaje de vida: cómo lograr ser sujetos autónomos, y sentirse dignos ante sí mismo a fin de integrarse a las vicisitudes que la vida en sociedad encierra.

En el marco del Proyecto de Investigación Proico 4-2-8904: "Psicología para la salud. Perspectiva interdisciplinaria sobre la prevención y la formación de profesionales de la salud (Diabetes e Hipertensión)", se intenta reflexionar acerca de los beneficios que trae aparejado la práctica inter-profesional en relación a la prevención de la salud del paciente que sufre de diabetes, desde una perspectiva psicológica.

Acorde al objetivo del presente trabajo, se analizarán a modo de ejemplo dos entrevistas psicológicas semi-estructuradas, de pacientes mujeres adultas, que realizan en la actualidad un tratamiento de su enfermedad.

Una de las modalidades psíquicas de los enfermos orgánicos crónicos en general, y de los sujetos que padecen diabetes en particular, da cuenta de la dificultad de vincularse con el sufrimiento que generan las diferentes situaciones de pérdidas y, como consecuencia al no poder elaborar sus duelos, aquellas se actualizan, se hacen presentes a pesar del paso del tiempo. Sobre todo, cuando la pérdida del funcionamiento corporal excita todos los sentidos, en el despertar de un dolor intenso, tanto en el cuerpo como en el alma, al informarle el médico que los exámenes clínicos muestran que tiene diabetes.

A partir de allí, el sujeto se enfrenta con una realidad tan concreta como compleja: ¿cómo vivir dentro de un cuerpo aquejado (o doliente) sin tomar contacto con dicha falta o carencia que origina angustia?

En el caso de Susana (57 años) (1), después de diecisiete años de divorciada, se enteró hace tres años por el profesional médico de su enfermedad, un día que se cayó en la playa y se quebró la cadera. Logró manifestar su sentimiento de gran desamparo y un cúmulo de ideas asociadas con la muerte que quedaron disfrazadas detrás de pocas palabras: “Fue terrible, se me vino el mundo abajo... Fue un golpe tonto, me resbalé y me lastimé la cadera, mejor dicho me quebré. Eso terminó de alterar mi vida. Estuve un año postrada en la cama, no me podía mover, tenía que hacer reposo para que eso sellara. Fue duro, se me vinieron muchas ideas a la cabeza, pero salí y lo hice por mis hijos. Yo pensaba: ¿qué iban a hacer si yo no estaba? El padre ni hablar, de él no se puede esperar nada... Es una persona fría que se cree que siempre tiene la razón”.

La realidad proveniente del mundo externo en el que vivía se desarmó, agudizado por el sufrimiento de soledad de una madre que no había contado con la contención afectiva por parte del padre de sus hijos. Angustia que la dejara paralizada, dependiendo aún más de algún sustento externo posible, pues carecía del suyo interno que no habría logrado desarrollar.

Ese mismo año mueren sus padres, y una hermana de coma diabético -quienes padecieron de diabetes y no tuvieron tratamiento-, otra de cáncer, así como el hijo de su hermano. Situaciones reales y sensaciones psíquicas de muertes dolorosas de seres queridos, que quedaron encubiertas en su expresión de un “tiempo de muy mala racha”, denominándola supersticiosamente como una cuestión de mala suerte.

Cuando el médico le informa que deberá inyectarse insulina, ella no pudiendo significar lo que resuena en su mundo emocional interno, queda inmersa en un estado de desolación que la lleva sólo a realizar acciones: “... No nada, que sé yo, ahora voy a tener que generar plata para comprar las agujas todos los días. Ya estoy haciendo empanadas y pizzas rellenas para vender, antes hacía esto para comprarle el buzo de la escuela a mi hija, pero ahora voy a tener que seguir haciéndolo, porque hay que tener todos los días para comprar las agujas...”.

Susana pareciera sentir su cuerpo como ajeno, repitiendo palabras vacías provenientes del profesional médico: “No me cuido mucho, el médico ya me dijo, pero es que los problemas no dejan de aparecer. Mi hijo que estudia en (X provincia), no tiene donde vivir. Es el tercer año que se va a estudiar, trabaja en el verano acá y en un sábado se farrea toda la plata, después me llama a mí por teléfono para que le mande dinero, y

¿de dónde quiere que lo saque? ¿Por qué no le pide al padre? A mí esto me hace mal, yo me preocupo y no tengo un peso para ayudarlo, los otros se las arreglan solos, pero X no hay caso, no entiende que yo no tengo que tener disgustos...”.

Al mismo tiempo, la falta de aquél sostén primario (Winnicott, 1986: 59), se expresa aún a través de un yo rudimentario, que no tiene fuerzas para cuidarse por sí mismo. Entonces, se sobreadapta al tener que ir sola al nutricionista por una mención del médico que, a la vez, le anuncia previamente lo que tiene que comer.

Ante una comunicación des-ligada entre profesionales, Susana la interpreta en lenguaje de acción, relacionándola con los costos materiales de un pensamiento operatorio del suma y resta: “El médico me dijo lo que más o menos tengo que comer, pero que es caro y apenas me alcanza para comprar la comida de todos los días, pero igual trato de no comer pan, dulces, facturas... Igualmente yo me controlo, llevo anotado en una libreta las mediciones de la mañana y de la noche, y después se las llevo al médico para que la vea, y me felicitó porque dice que los números se mantienen estables. Igual lo más importante, me dijo el doctor, que evite los disgustos...”.

La modalidad de tratamiento de su enfermedad la lleva a emplear la omnipotencia como defensa, arreglándoselas sola, quedando a merced de los comportamientos de su hijo X, como si tuviera que expiar alguna culpa.

En el caso de Beatriz, sucede algo similar. A los 31 años, separada, y con una hija de 7 años, se enteró hace apenas unos días que había enfermado de diabetes cuando comenzó a adelgazar y sentir mucha sed. En el momento en que el médico de la institución hospitalaria en la que trabaja se lo informó, sintió una angustia extrema asociada con la muerte y el derrumbe de vida cuando pudo manifestar: “Me quería morir, lloré mucho, se me vino el mundo abajo... El Dr. me dijo que no había podido elaborar el duelo de mi papá... A mí me cuesta llorar delante de alguien, pero cuando estoy sola lloro...”.

Durante la segunda entrevista se explayó más, al sentir que tenía un espacio donde volcar su dolor silenciado que no pudo hablarlo con nadie. Con la muerte de su padre se fueron también momentos afectivos importantes de su vida. En este lugar-tiempo de entrevistas psicológicas los hace presente al recordarlos gratamente con mucho amor y dolor: “... El siempre jugaba conmigo, me compraba cosas, me hacía cosquillas..... él era tan alegre (llora), recuerdo que era tan alegre, él se encargaba de todo, de ir al supermercado, de pagar las cuentas, manejaba el dinero. Cuando mi papá se murió tuvimos que aprender todo eso... Cuando to-

manos mates cerca de las ocho de la tarde, que es la hora que él llegaba, nos pasa algo parecido con mi hermana, sentimos su presencia, es como si él estuviera ahí, hasta el olor a aserrín que traía... hasta hace poco yo dormía con una camisa de él, porque de esa manera sentía su olor, pero ese olor se iba de a poco y un día no lo sentí más, la guardé a la camisa en un cajón... Al hablar con Ud. de mi papá me di cuenta que no tengo con quien hablar de él”.

El espacio psicológico le permitió recrear-rescatar tan buenos recuerdos, ligados a sensaciones sensoriales de olores de su padre que, si bien se perdieron con el tiempo, quedaron como huellas imborrables “de aserrín”.

Mientras, en su vida real, es el otro, su madre quien se encarga que cumpla con la dieta de las comidas: “... está encima mío todo el tiempo, que no coma esto o aquello, me tortura...”, conviviendo con el miedo, al que no le puede poder nombre. Lo proyecta en la hermana, a la vez que no puede hablarlo con su hija: “... mi hermana tiene miedo de tener diabetes y mi hija no sabe todavía...”.

No se la ha derivado al nutricionista, ni a la persona indicada para realizar algún tipo de actividad física. Por tanto, queda librada a su propio cuidado de un yo que idealiza lo que quisiera poder hacer: “... me estoy cuidando mucho en las comidas, todavía no he empezado a caminar o hacer algún tipo de ejercicio, pero cuando tenga un poco de tiempo voy a salir a caminar”.

Ante el sentimiento de desesperanza, y falta de soporte social que le provoca el tratamiento propuesto por el médico, también como en el caso anterior, se defiende omnipotentemente creyendo que ella sola logrará hacerlo: “... voy hacer todo lo que diga el médico, tengo que caminar, controlarme, tomar la medicación e ir a una nutricionista, pero no sé cómo voy hacer porque la dieta que ellos dan yo no puedo comprarla (llora)... Tengo que lograr no ponerme insulina...”.

Reflexiones

En el interjuego biológico-psíquico-social que comprende el ámbito de la salud humana, se observa a simple vista que estas personas experimentan solamente un tratamiento relativo al cuerpo por parte del médico, siendo él mismo quien indica la dieta que ayudará a no agravar la enfermedad. El dolor psíquico que ellas sienten cuando hablan de las pérdidas, pareciera quedar postergado al no tener un espacio de contención psicológica que brinde el tiempo necesario para escucharlas.

Se opina que las prácticas y estrategias médica-clínicas actuales de tratamiento, requieren con pronta urgencia, de un trabajo en equipo, a los fines que el paciente pueda desplegar los recursos internos, para lograr convivir con su enfermedad de una manera más natural.

Un quehacer profesional conjunto comprendería, básicamente, una terapéutica médica-psicológica que logre compaginar, simultáneamente, tanto la realidad externa como interna del sujeto que enferma de diabetes, creando espacios diferentes en los que pueda hablar con el psicólogo sobre las pérdidas, y encontrarle el significado que le otorga a las mismas desde la mirada de su propia subjetividad. Al sentirse sostenido y acompañado, colaborará en la atención personal del nutricionista, quien le indicará y hará el seguimiento de la dieta correspondiente, y al precisarle, adecuadamente, un programa de ejercicios físicos con horarios a cumplir semanalmente, incorporará paulatinamente otro estilo de vida.

En síntesis, tal como postula Mary Midgley, sería conformar un mundo grande (Bernardi, 2005: 41) en el que se incluyen diferentes tipos de realidades, no tratando de mirar a través de un único lente, sino que se invita a ser explorado desde diferentes mapas hechos desde múltiples perspectivas.

La presencia de interdisciplinariedad, reelaboración de un mismo problema desde distintas metodologías, estribaría en comenzar a armar mapas todos de un mismo mundo (Bernardi, 2005: 41), donde cada profesional de la salud, tras una misma búsqueda, llega a establecer un enlace o acuerdo, complementando los diferentes abordajes parciales y provisorios de los distintas disciplinas de la salud frente al sujeto bio-psico-social-cultural.

Todos los profesionales de la salud acuerdan en que se alcancen cambios en la morbilidad, en la mortalidad y en la calidad de vida, sin embargo en la praxis no traslucen estar al servicio de tender puentes apostando al bienestar de la vida del enfermo que sufre de esta patología orgánica crónica, lo cual pronuncia su grado de vulnerabilidad psicosomática. Sumado a ello, la carencia de sostén social, reflejada en una ausencia de programas de salud por parte del estado, obstaculiza aún más, las posibilidades que la persona posee para realizar modificaciones tanto a nivel yoico como vincular, favoreciendo así la disminución de sus defensas inmunológicas.

Se ha podido comprobar que, respuestas de estrés se relacionan con alteraciones en el estado inmunitario del organismo por el sobre esfuerzo, sea éste instaurado por orígenes internas o externas. Se propone, entonces, la elaboración de un programa interdisciplinario, que apunte a que el individuo, con patología de diabetes, incursione en otro estilo de vida coti-

fundamentos en humanidades

diana, y que promueva nuevos procesos de adaptación, el que se puede llevar a cabo con la intervención conjunta de todos los profesionales de la salud -especialmente el psicólogo como acompañante esencial- por la modalidad de tratamiento que de por vida requiere. El mismo, si se gestara al modo de un entramado vincular que opere en la práctica misma como un todo, como una unidad, impulsará que la mirada amplia, propia de la prevención de la salud, alcance la organización de estrategias adecuadas en relación a la enfermedad orgánica crónica en cuestión, a los fines de no pronunciar su sentimiento interno de minusvalía y diferencia o segregación.

San Luis, 5 de septiembre de 2011.

Notas

1- Tesis de Licenciatura en Psicología de la Alumna Patricia Girabel: "El cuerpo enfermo: La historia de vida y la relación con el trabajo cuando se padece de diabetes". UNSL, 2011.

Referencias bibliográficas

Bernardi, R. (2005). Un único cuerpo, pero suficientemente complejo. El diálogo entre el psicoanálisis y la medicina. En A. Maladesky y M. López (comp). *Psicosomática. Aportes teóricos-clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra.

Winnicott, D. (1986). El recién nacido y su madre. En *Los bebés y sus madres* (pp.59-67). Buenos Aires: Saberes Cotidianos.