**“La diabetes gestacional como respuesta a un problema de cuidados”**

Este es un trabajo que realicé durante los meses de noviembre y diciembre de 2021 en la maternidad “Ana Goitía” de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. Se trata de una mujer de 41 años, de 36.4 smg (en la primer entrevista) diagnosticada con diabetes gestacional. Se realizaron 3 encuentros presenciales y, luego del nacimiento de la bebé, otro telefónico.

Ella fue pudiendo construir el lugar que ocupa la diabetes gestacional en la conflictiva familiar que va narrando, la cual le produce angustia, enojo, impotencia y mucha incertidumbre. Así lo expresó ella misma en uno de los encuentros: “*Yo estoy segura que la diabetes me agarró por esta pelea”.*

A su vez, qué lugar ocupa el motivo de la pelea en su vida, es decir, su historización, cómo fue su infancia, la relación con su madre y con la abuela materna que la crió.

¿Es posible pensar a la diabetes gestacional como una enfermedad psicosomática, es decir, en tanto modalidad de respuesta no adecuada a un determinado conflicto? Y si no es así ¿Podemos pensarla como la punta de un ovillo de la cual se comienza a tirar y se van hilando conflictos?

Por otro lado, podemos decir, que es de suma importancia tener en cuenta a la diabetes gestacional en tanto problemática de salud a investigar y esto es, la salud integral de una persona y su comunidad: “*Las pacientes con DG tienen además un riesgo aumentado de desarrollar diabetes tipo 2 en los años siguientes a su embarazo, y sus hijos tienen mayor riesgo de desarrollar obesidad y diabetes. El amplio rango de prevalencia registrado refleja no solo la importancia de los factores genéticos y ambientales en distintas poblaciones, sino también la falta de unificación de criterios diagnósticos.”* (Voto, L. 2012).

- Primer encuentro 17/11/21 (36.4 smg):

F es una mujer de 41 años que cursa su tercer embarazo. Ella va todas las semanas a control obstétrico debido a su diabetes gestacional, diagnosticada en el cuarto mes de su embarazo. Vive con su hijo de 5 años y su marido, padre de su hijo y de la bebe que está por venir. Su hija mayor tiene 17 años (J), actualmente no vive con ella sino con su padre, ex marido de F.

Las entrevistas presenciales se llevan a cabo en el pasillo de la maternidad, mientras aguarda a ser llamada por la obstetra del centro de día de Diabetes Gestacional. Al acercarme a ella y preguntarle si quiere conversar, me dice que sí y cuenta que actualmente trabaja en una casa de familia como empleada doméstica hace varios años, allí se siente a gusto y planea entrar en licencia cerca de la semana 39 de embarazo. Su marido es albañil, actualmente se encuentra con trabajo, pero es por unos meses.

Al preguntarle sobre la bebé, F cuenta que se llamará S y nacerá en los primeros días de diciembre. Se muestra muy histriónica y sonriente, sin embargo indagando un poco sobre cómo se enteró de su embarazo dice haberse sentido contenta pero le duró poco porque su hija mayor no lo tomó bien, le dijo que ya no tenía edad para tener un bebé y que no iba a querer a su hermana. Eso la impactó y la hizo sentir mal. F comienza a angustiarse, llora y dice que por eso no puede terminar de disfrutar de su embarazo.

Le pregunto sobre cómo fue la relación con J, ella dice que la crió prácticamente sola, ya que se separó del padre cuando la niña era muy pequeña. El motivo de la separación fue a partir de una pelea donde hubo violencia física, quiso denunciarlo pero temía represalias de él. Sin embargo, dicha separación es algo de lo que se sintió siempre muy orgullosa ya que su abuela materna, quien la crió, siempre le dijo que no debía quedarse nunca con un hombre que la maltratase.

Se ocupó fervientemente de que su hija sólo se ocupe de hacer la tarea, que estudiara *“para que no sea una cualquiera y se embarace a los 12 años como les pasa a todas las chicas del barrio. Creo que yo me equivoqué en eso porque nunca la dejé ir a ningún lado, ni ir a hacer un mandado, o lavarse sus cosas, ni sus bombachas. Yo sólo quería que se ocupara de estudiar. Todo venía muy bien hasta que vino la pandemia, ahí empezó a vivir como una mugrienta, su habitación era un desastre, me llamaban de la escuela porque no se conectaba a las clases o no entregaba la tarea. Le empecé a revisar su celular, hablaba con gente que yo no conocía y peleamos mucho, me decía que yo no la dejaba hacer nada y que la violentaba verbalmente. Ahí le pegué una cachetada y ella me la devolvió. Yo estaba embarazada de 4 meses. Fue muy feo. Desde ese día se fue de casa. Pensé que se habría ido a lo de mi hermana y que volvería pronto, pero a los dos días viene la policía a mi casa. Me asusté porque lo primero que pensé fue que venían a buscar a J porque se había mandado alguna… pero no, me venían a buscar a mí. J me había denunciado por maltrato físico y psicológico.*

*Por esos días me diagnosticaron la diabetes, estoy segura que fue por eso, lo venía pensando por eso quería hablar con una psicóloga. ”*

Ante esta situación, le pido que me cuente un poco más sobre cómo fue la pelea de aquél día con su hija, cuenta que no fue sólo una cachetada, sino que se “lastimaron enserio”. Cuando fue a la comisaría tuvo que declarar y allí le dijeron que la joven ahora, se encontraba viviendo con el padre. Lo que a F le hace pensar que entonces J se venía hablando con él a espaldas de ella (hasta el momento el padre no tenía contacto fluido con su hija) y que además, toda esta situación podría haber sido impulsada por este hombre.

Finalizando el primer encuentro, noto que F necesitaba desahogarse, que además de angustiada estaba enojada. Como si su hija la hubiera traicionado después de “haberla cuidado tanto, tanto”. Además me quedo pensando en la reacción de J cuando se entera del embarazo de su madre, así que intervengo preguntando sobre la sexualidad de su hija, si conversaban sobre eso o no… F me responde que de ninguna manera. J a los 13 años le dijo que quería tener novio y ella *“se lo prohibió rotundamente ya que era muy chiquita para esas cosas*”. Se queda pensando y me dice *“a lo mejor fui muy estricta*”.

* Segundo encuentro 24/11/21 (37.4 smg):

Ese dia converso sobre este caso con mis compañeras; les resultaba raro cómo F desestimaba la violencia que ejercía sobre su hija, y además que en la comisaría le informaran que la joven se iba a quedar con el padre… algo de lo que yo no me percaté. Pienso que verla con tanto sufrimiento me hizo posicionarme en un lugar de cierta resistencia y no seguir indagando un poco más sobre eso. Así que busqué a F para poder retomar esos temas, pensando que se la podría derivar a Trabajo Social para que la orienten respecto a sus derechos y cómo proceder como madre de J.

La encuentro en el Hospital de Día, esperando para el control de la diabetes. La saludo y me dice que se sintió muy bien después de conversar. Le pregunto si quiere continuar hablando, acepta.

Le pido que me cuente sobre su familia, dónde creció y con quién. F tiene una mamá y 5 hermanos. Su papá falleció en un accidente automovilístico al estar ella en la panza de su mamá. Luego de nacer, su madre se pone en pareja con un hombre que tomaba y era violento, por lo que su mamá decide que F viviera con su abuela materna. Sus hermanos siguieron viviendo con su mamá y la pareja. F dice que su abuela era muy estricta *(“mucho mas de lo que soy yo”),* que le pegaba cuando se portaba mal, pero que en esa época era muy común, no estaba mal visto, jamás se le habría cruzado por la cabeza demandarla como hizo J. Le recuerdo lo que me contó la vez pasada, que su abuela siempre le dijo que no hiciera lo que hizo su madre: quedarse con alguien que la maltrate… sin embargo la violencia no es sólo matrimonial o de género, sino también existe de una madre hacia una hija. F se sorprende, me dice que no es lo mismo, ella no es violenta, sólo muy estricta.

Observo que enseguida se pone muy resistente, me cuenta lo que sufrió cuando su abuela falleció. Pienso que tocar el tema de su abuela e invitarla a deconstruir esa figura podría desestabilizarla mucho y, teniendo en cuenta su embarazo, tal vez no sea el momento.

Le sugiero que hable con las trabajadoras sociales del hospital, que ellas podrían orientarla en cómo proceder con el caso de su hija. Me dice que lo va a pensar y me agradece por la atención.

* Tercer encuentro 1/12/21 (38.4 smg):

En este encuentro veo a F esperando a ser atendida como siempre en el control de diabetes gestacional. Ella sola me pregunta si hoy podemos hablar, le digo que sí y nos sentamos en un banco del hospital. Esta vez me habla mucho de S, que está muy ansiosa por conocerla, que ya tiene preparado todo en la casa y que le dijeron que podría tener un parto vaginal teniendo en cuenta cómo venían las cosas. La veo entusiasmada y le digo que es muy importante también, a pesar de todos los problemas, que pueda pensar en la llegada de esta nueva bebé, que además de hacerle muy bien a ella, también es importante para S que tenga un lugar y una familia que la espere. Le pregunto si sueña con ella o se la imagina. Me dice que sí, y se le llenan los ojos de lágrimas. Porque cuando se la imagina se acuerda mucho de su hija mayor, piensa que se le va a parecer mucho.

Continúa hablándome de su esposo con quien tiene una buena relación, “es un buen padre”. Por lo que le digo que entonces S podría llegar a parecerse a su hermana, pero no va a ser lo mismo, ya que ella tiene un padre muy diferente del que tiene J.

Se queda pensando, me cuenta que a veces tiene algunas peleas con su esposo sobre la puesta de límites con su hijo, a veces se complica porque el padre le dice todo que sí y ella es “la mala”. Le digo que es muy importante que converse sobre eso (hago hincapié en la incomodidad que le genera a ella ser la mala) pero que además, no se desautoricen frente al niño. Me dice que eso es muy difícil, porque a ella cuando algo no le gusta *“le hierve la sangre”* y no puede evitar gritarle (a su marido y a su hijo). Le pregunto si eso no es una respuesta violenta frente a algo que podría resolverse de otro modo. Me responde que es muy difícil criar sin pegar gritos: *“¿cómo hago para que hagan lo que les pido? ¿Cómo puedo seguir siendo una buena madre, estricta, sin gritar?”*.

* Cuarto encuentro (teléfonico) 15/12/21:

Ese día imaginé ya no encontrar a F en el hospital de día. Así que procedí a llamarla por teléfono. Cuando me atiende se alegra, me cuenta que su bebé había nacido el sábado anterior, por parto vaginal, fue muy rápido y sin complicaciones. A los dos días les dieron el alta y pudieron irse a su casa. Se lamenta haber estado sin su marido en la sala de parto (no entendió por qué no lo dejaron pasar). Le pregunto si se siente bien, me dice que sí, que su hija es hermosa y que ahora necesita estar con ella, pero cuando se sienta con mas fuerzas, intentará retomar el vínculo con J.

Sabemos que existen enfermedades o procesos que atañen al cuerpo, requiriendo tratamiento o intervenciones sobre el mismo. La psicoanalista Inés Sotelo advierte que desde el psicoanálisis, el estatuto del cuerpo cobra otra dimensión diferente al de la medicina, ya que *“los problemas de llevar un cuerpo, con sus modos de satisfacción y de goce, exceden los problemas del órgano”* (Sotelo, I. 2009).

Podemos pensar en la relación directa que puede haber entre el conflicto con la hija mayor y la diabetes gestacional en este caso. El obstetra Michael Odent señala el “efecto nocivo” de los estados emocionales o conflictos que atraviesan algunas mujeres durante el embarazo: *“Cuanto más sabemos sobre la importancia de los estados emocionales de la mujer embarazada, más podemos tomar en consideración el posible "efecto nocivo" de los cuidados prenatales. Por ejemplo, cuando una mujer embarazada no es feliz porque está dominada por alguien (por ejemplo, un jefe autoritario) o por una situación (como un embarazo no deseado), tiene la tendencia a segregar niveles elevados de ciertas hormonas como el cortisol, y el cortisol es un inhibidor del desarrollo fetal. De todas maneras, ciertos estados emocionales (no estar contenta, estar deprimida, estar dominada por una situación o por alguien) están caracterizados por un alto nivel de glucocorticoides y estas hormonas son inhibidoras del crecimiento fetal. Nadie ha propuesto la hipótesis de que estos estados emocionales son precisamente los riesgos primarios para enfermedades cardiovasculares en la edad adulta, mientras que el crecimiento fetal limitado es sólo un efecto temprano”.* (Odent, M.)

La misma paciente encuentra una relación entre el conflicto que la atraviesa y la enfermedad, con lo cual allí fue posible encontrar “la punta del ovillo” para que ella misma pudiera hablar y hacerse preguntas. Y esto siempre y cuando, hubiese alguien del otro lado para alojar esto. Ese es un posible lugar en la maternidad para la psicología perinatal, ya que muy claramente se vio desde la primera entrevista cómo F fue construyendo una trama significante, un sentido que permitiría darle forma a la diabetes gestacional primero, y al “ser estricta” después, en su ser madre. Y todo este entramado fue siempre generándose durante los encuentros sobre un significante: *cuidado*. Para la paciente, el ser estricta con sus hijxs como lo era se sustentaba en su tarea de cuidado, la cual fue así transmitida (o interpretada) por parte de su abuela materna, quien la crió. Y ese cuidado implicaba ser “la mala”, gritarles (violencia verbal) y hasta pegarles, descuidando así, paradójicamente, el bienestar de sus hijxs. Incluso, el de ella misma.

Encontrar en esa sala de espera un lugar donde los cuidados del cuerpo se den de una manera diferente, como a través de la palabra, permite que algo de esa rigidez se desplace, se conmueva y pueda advenir una pregunta, como la que se formuló en el último encuentro antes del parto. Así también lo describe Alicia Oiberman: *“incorporar la palabra en las maternidades, que la madre pueda expresar sus emociones en esos momentos, cuando las palabras tienen alas y pueden permanecer, no se las lleva el viento, pero siempre y cuando nosotros como psicólogos perinatales las podamos sujetar.”* (Oiberman, A. 2013).

Para ello también es importante tener en cuenta la modalidad en la que se llevó a cabo dicho trabajo: sala de espera de Hospital de Día de Diabetes Gestacional. Un dispositivo de cuidado del cuerpo de la mujer y del/a bebé, de control, seguimiento y prevención. Allí, las mujeres pasan largas horas esperando a hacer atendidas y además a completar el proceso que cada estudio requiere donde es importante la variable del tiempo y ayuno - alimentación. Allí entonces, se hace necesario *“incluir la dimensión psicológica de la problemática de la madre y el bebé, y ayudar a la madre en esta etapa de crisis y vulnerabilidad.”* (Oiberman, A., Galindez, E., Mansilla, M. 2013).

Pensando entonces en la representación que tiene esta paciente en relación al “cuidar” podemos tener en cuenta lo que sostiene la Dra. Antropóloga Valeria Alonso en su investigación: *“Investigaciones cualitativas realizadas en México encontraron pensamientos y sentimientos similares en cuanto a las condiciones biomédicas de la diabetes, pero diferencias de género en los procesos de subjetivación: si para los varones la diabetes los vulnera y los desafía, para las mujeres se constituye en un castigo. Para las mujeres de los sectores populares, la diabetes se relaciona con afecciones negativas de rabia y tristeza y con la pérdida de placer alimentario. Las diferencias de género tienen su reflejo en las prácticas de cuidado. Se encontraron desventajas para el autocuidado en las mujeres y mayor vulnerabilidad para afrontar el control glucémico en los sectores populares”* (Alonso, V. 2020). Es importante tener en cuenta, sin dar por sentado el peso que tiene el entorno, el género, edad y estrato social y cultural del que proviene cada sujeto ya que son variables que determinan muchas veces los modos de padecimiento y problemáticas que acontecen.

¿Es posible entonces que la diabetes gestacional venga a “advertir” en este caso, a partir de una situación límite de violencia y agresión, los des – cuidos que F fue pasando por alto? Donde a su vez, no sólo se lo pregunta en relación a su hija mayor, sino también con el menor, el rol que juega en relación a la pareja parental, etc.

**Bibliografía:**

* Alicia Oiberman. *“Nacer y Acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal”.* Lugar Editorial. 2013.
* Laura Elena Trujillo Olivera, Austreberta Nazar Beutelspacher, Emma Zapata Martelo y Erin I. J. Estrada Lugo. “*Grupos domésticos pobres, diabetes y género: renovarse o morir”.* Universidad Autónoma de Chiapas. 2008.
* Michel Odent. “*El posible efecto nocebo del cuidado prenatal”.* Primal Health Research.
* Vigil de Gracia, P. Olmedo, J. “*Diabetes gestacional: conceptos actuales”.* Ginecol Obstet Mex, 2017.
* Liliana Susana Voto y col. “*Consenso de diabetes. Recopilación, actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes gestacional”.* Consenso. 2012.
* Ines Sotelo y col. *“Perspectiva de la clínica de la urgencia”.* Grama Ediciones. 2012.