



Revista de Estudios Marítimos y Sociales

Publicación científica de carácter semestral

Año 14 - Número 19 - julio de 2021 - Mar del Plata - Argentina - ISSN 2545-6237

Género y Subjetividad en Complicaciones Graves de la Diabetes: Aportes para la Prevención Específica

Gender and Subjectivity in Severe Complications of Diabetes: Contributions to Specific Prevention

Valeria Alonso [^]

[^] Instituto Nacional de Epidemiología (INE); Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), Argentina.

Correo electrónico: valeria.alonso@gmail.com

[^] Instituto Nacional de Epidemiología (INE); Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS). Email: valeria.alonso@gmail.com

Valeria Alonso "Género y Subjetividad en Complicaciones Graves de la Diabetes: Aportes para la Prevención Específica", *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, Nº 19, julio 2021, pp. 236-264.



Género y Subjetividad en Complicaciones Graves de la Diabetes: Aportes para la Prevención Específica

Gender and Subjectivity in Severe Complications of Diabetes: Contributions to Specific Prevention

Valeria Alonso[▲]

Recibido: 31 de agosto 2020

Aceptado: 28 de enero 2021

Resumen

Este trabajo se propone comprender las determinaciones que hacen que las personas tratadas por diabetes sufran progresivas complicaciones de su situación de salud. Su objetivo consistió en analizar las determinaciones sociales y subjetivas de las complicaciones graves por diabetes mellitus en pacientes varones y mujeres en rehabilitación. Con una aproximación cualitativa de enfoque etnográfico se realizaron entrevistas en profundidad según el método biográfico a pacientes con amputaciones derivadas de la diabetes en tratamiento en un instituto nacional de rehabilitación situado en la ciudad de Mar del Plata, Argentina, entre los años 2018 y 2019. Las entrevistas se combinaron con la observación participante y la revisión de las historias clínicas. La información generada relaciona los procesos sociales de subjetivación de género con la experiencia del diagnóstico y la gestión de la diabetes. Los resultados se discuten en sus encuadres teóricos y prácticos con antecedentes en el estudio de las enfermedades crónicas y revisiones críticas del psicoanálisis y suman elementos al desarrollo de una epidemiología sociocultural. Se proponen alternativas para la adecuación de los servicios públicos de atención y rehabilitación de acuerdo con una perspectiva pertinente a la subjetividad y al género.

Palabras clave: género – complicaciones de la diabetes – rehabilitación – investigación cualitativa.

Abstract

Through this paper, we set out to understand the determinations which make that people treated for diabetes suffer progressive complications to their health. The main objective was to analyze the social and subjective determinations of serious complications due to diabetes mellitus in male and female patients in rehabilitation. With a qualitative ethnographic approach and following the biographical method, in-depth interviews were conducted with patients with amputations derived from diabetes undergoing treatment at a national rehabilitation institute located in the city of Mar del Plata, Argentina, between the years 2018 and 2019. The interviews were combined with participant observation and review of medical records. The information generated relates the social processes of gender subjectivation with the experience of the diagnosis and management of diabetes. The results are discussed within their theoretical

[▲] INE/ANLIS (Instituto Nacional de Epidemiología, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud), Mar del Plata, Argentina. Antropóloga UBA (Universidad de Buenos Aires). Magíster en Ciencias Sociales y Salud FLACSO, Doctoranda en Psicología UNMdP. valeria.alonso@gmail.com Agradecimientos: a las directoras de tesis de doctorado, Débora J. Tajer (Universidad de Buenos Aires) y Ana E. Ostrovsky (Universidad Nacional de Mar del Plata).



and practical frameworks along with antecedents in the study of chronic diseases and critical reviews of psychoanalysis which contribute to the development of a sociocultural epidemiology. Alternatives are proposed for the adjustment of public care and rehabilitation services according to a perspective pertinent to subjectivity and gender.

Key wards: gender – diabetes complications – rehabilitation – qualitative research.

Introducción

Las complicaciones de la diabetes pueden ser muy graves y llegar a comprometer la calidad de vida y ponerla en riesgo. Este trabajo se propone comprender las determinaciones que hacen que varones y mujeres tratados por diabetes sufran progresivas complicaciones de su situación de salud. Se parte de la consideración social e histórica de los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención para articular las dimensiones particulares del género a través de las trayectorias subjetivas de los y las pacientes que han experimentado las complicaciones más graves de la diabetes como la amputación de sus miembros inferiores. Se analiza la experiencia del diagnóstico y la gestión de la diabetes en el marco de las intersecciones de género y clase social que atraviesan la sociedad patriarcal. Las preguntas que orientaron el estudio fueron los modos en los que los varones y las mujeres acceden al diagnóstico, cuáles fueron sus trayectorias subjetivas en la gestión de la enfermedad, cuáles fueron las determinaciones sociales que condujeron a las complicaciones. El estudio se denominó Trayectorias subjetivas y complicaciones graves de la diabetes mellitus en pacientes varones y mujeres en rehabilitación y formó parte del plan de tesis de Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Su objetivo consistió en analizar las determinaciones sociales y subjetivas de las complicaciones graves por diabetes mellitus en pacientes varones y mujeres en rehabilitación.

Los estudios en profundidad de enfoque etnográfico con énfasis en la constitución social de la subjetividad abordan los procesos de salud, enfermedad y atención-prevención desde su complejidad e historicidad ahondando en dimensiones no exploradas por la epidemiología clásica [Menéndez 1998a]. La recuperación de la problemática del sujeto no significa la negación de las determinaciones sociales sino al contrario, la valoración de la dimensión subjetiva de las prácticas de salud contribuyó



con la apertura de espacios de diálogo interdisciplinario en el campo de la salud colectiva [Almeida Filho y Silva Paim 1999]. La determinación social de la salud constituye un enfoque desarrollado por la epidemiología crítica latinoamericana [Breilh 2013] que articula los modos de vivir, de enfermar y de morir de los grupos sociales con las formas de reproducción social, de acuerdo con la identificación de procesos que conectan las dimensiones de la sociedad en general, las particularidades de los grupos sociales y la singularidad de los sujetos. La contextualización socio-histórica de los problemas de salud resulta central para la construcción de abordajes más complejos que recorran los distintos niveles de análisis entre los modos de reproducción social y de producción de subjetividad en relación con la salud y la enfermedad, la atención y la prevención. Las revisiones críticas del psicoanálisis resultan contribuciones teóricas y prácticas que circulan en los mismos sentidos de la salud colectiva hacia la emancipación social. En ellas, la subjetividad es entendida como emergencia del vínculo social, cuyos procesos de subjetivación se materializan en la dimensión del cuerpo [Fernández 2008]. Se trata de subjetividades producidas en situación, de carácter esencialmente social y vividas por los sujetos en sus existencias singulares. Al instalarlo en el lugar social, el deseo se reconceptualiza como potencialidad creadora [Guattari y Rolnik 2005].

Desde la articulación entre la salud colectiva y los estudios de género, Tajer [2009a] incorpora la subjetividad relacionada con el proceso de salud, enfermedad y atención-prevención, en sus especificaciones por género y clase social. Su trabajo aporta a la comprensión de las diferencias entre varones y mujeres de distintos estratos sociales en los modos de enfermar y de consultar que impactan en la construcción diferencial de vulnerabilidad. La perspectiva de género permite abordar la salud como resultado de la determinación social, puesto que desborda el análisis de la determinación biológica sobre la diferencia sexual anatómica. Contextualiza la influencia de las condiciones sociales que conforman la subjetividad diferencial entre varones y mujeres y permite construir perfiles epidemiológicos generizados. Estas particularidades posibilitan repensar las acciones para intervenir en el proceso de salud, enfermedad y atención de forma específica [Castañeda Abascal 2014]. El género fue entendido originalmente como el conjunto de representaciones sobre la diferencia sexual que atribuye



características femeninas y masculinas a cada sexo. La revisión crítica de la categoría plantea las limitaciones de entender el género como simbolización de la diferencia sexual y sus efectos en la naturalización del ejercicio de la violencia simbólica contra las mujeres y las personas homosexuales [Lamas 2002]. Como producto de este proceso crítico, motorizado por los movimientos feministas y diversos, la perspectiva de género incluye hoy las problemáticas de las mujeres, los varones y de los colectivos de la diversidad sexual e identitaria.¹ Incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud implica asumir un enfoque de derechos, como explica Tajer [2009a], que en la sociedad patriarcal característica de la cultura occidental supone examinar los modos en los que las mujeres y otras disidencias viven, enferman y mueren respecto de los modos hegemónicos masculinos. Posteriormente, se incorpora la perspectiva feminista de la interseccionalidad a los estudios de género y la salud colectiva. Esta perspectiva, analizada por Couto, De Oliveira, Alves Separavich y Do Carmo Luiz [2019], dirige su mirada a la comprensión de los efectos de la intersección de dos o más ejes de opresión que producen las desigualdades en salud, de modo que el género se analiza en sus intersecciones con la etnia y la clase social para explicar los efectos en las vulnerabilidades diferenciales en salud.

Algunos/as autores/as señalan que la emergencia de las enfermedades crónicas ha contribuido a generar un cambio de sentido en la significación de la enfermedad. Según Méndez Diz [2012] la enfermedad deja de ser considerada un proceso agudo que puede terminar en la muerte y se convierte en un estado crónico que puede sufrirse durante largos períodos de la vida. La linealidad entre el síntoma, el diagnóstico y el tratamiento, la curación o la muerte es reemplazada por un esquema más complejo que incluye la gestión de la cronicidad y la convivencia con la enfermedad. El estilo de vida comienza a tomar protagonismo en la prevención de las enfermedades crónicas. Según Menéndez [1998a], el concepto de estilo de vida fue reducido por la epidemiología clásica a la conducta de riesgo en el nivel individual, pero en realidad fue desarrollado por las ciencias sociales como un concepto situado en la intersección de las clases sociales, los grupos intermedios y los sujetos. El reconocimiento de la dimensión social del estilo de vida se corresponde con las propuestas de la epidemiología sociocultural

¹ En este trabajo no se han encontrado pacientes con identidades trans.



[Haro 2011], la que promueve un desplazamiento del enfoque de riesgo individual a la vulnerabilidad en relación con las condiciones de vida de los grupos sociales y reconduce la preocupación sanitaria hacia un abordaje integral de la determinación social de la salud y la enfermedad.

Para la epidemiología clásica el estilo de vida es una variable más. Su definición como comportamiento o conducta individual incorpora dimensiones más cercanas al orden moral que al campo de la salud [Domínguez Mon 2012] debido a la sobre-responsabilización del comportamiento personal en las medidas de prevención y la correspondiente culpabilización individual de la ocurrencia de la enfermedad o su complicación. En cambio para la antropología, el estilo de vida integra una forma global de vida de los grupos sociales [Menéndez 1998b] que resulta más próximo al concepto de los modos de vivir, de enfermar y de morir de la epidemiología crítica y de la perspectiva de género en salud. La trayectoria del/a paciente es interpretada como un hecho social, puesto que se reconoce especialmente el carácter histórico particular del proceso de salud, enfermedad, atención y prevención. Las aproximaciones sociológicas coincidieron en considerar la experiencia del padecimiento crónico como un fenómeno social. Pero han encontrado dificultades en el estudio de los niveles subjetivos [Castro Pérez 2000] y se han concentrado en la construcción social de la enfermedad. Encuentran que siempre los problemas fisiológicos son revestidos de significaciones sociales, de modo que las enfermedades están particularmente impregnadas de una significación cultural que no deriva directamente de la naturaleza de la condición. Consideran que la enfermedad tiene una significación cultural y que su experiencia está socialmente construida [Conrad & Baker 2010].

Los estudios sobre la lepra utilizaron por primera vez la categoría de enfermedades estigmatizadas. Posteriormente se analizó la construcción social de otras enfermedades consideradas estigmatizadas y estigmatizantes, como la epilepsia, el cáncer, el VIH-sida y las enfermedades de transmisión sexual. Las enfermedades estigmatizadas resultaron siempre mucho más difíciles de tratar. El estigma sobre la lepra llegó a ser considerado en occidente como la encarnación del mal y un castigo divino y fundamentó su colocación en la base del disciplinamiento social durante la Edad Media europea [Sontag 2003, Foucault 2004]. La diabetes es una enfermedad crónica que algunos



autores consideran el reemplazo actual de la lepra, puesto que su diagnóstico habilita a la disposición de los cuerpos, como una forma de colonización territorial de los sujetos que fundamenta la expansión de un mercado de productos médicos y dietéticos para su tratamiento [Chapela 2010]. Además del sufrimiento que genera la enfermedad, la diabetes se constituye en un problema central de salud del siglo XXI debido a su impacto creciente en la salud colectiva, que precisa ser abordado desde las múltiples intersecciones sociales y subjetivas que determinan sus manifestaciones y dificultan la prevención de sus complicaciones.²

En este trabajo se analizan las experiencias del diagnóstico de diabetes desde la perspectiva de género y clase social, en las trayectorias de los y las pacientes que han sufrido la amputación de uno de sus miembros inferiores debido a las complicaciones de esta enfermedad. La información generada relaciona los procesos sociales de subjetivación de género con la gestión crónica de la diabetes, para contribuir con la prevención de la amputación de miembros inferiores, la complicación más frecuente de la diabetes avanzada. Los resultados se discuten en sus encuadres teóricos y prácticos con antecedentes en el estudio de las enfermedades crónicas y las revisiones críticas del psicoanálisis para sumar elementos desde el campo de la subjetividad y el género al desarrollo de una epidemiología sociocultural. Al final se proponen alternativas para la adecuación de los servicios públicos de atención y rehabilitación de acuerdo con una perspectiva pertinente a la subjetividad y al género.

La diabetes como problema de salud

La diabetes se presenta como problema de salud debido a su impacto creciente en la morbilidad y mortalidad de las poblaciones. La enfermedad se explica por la hiperglucemia crónica con alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas, como resultado de la disminución de la secreción o de la acción

² En la actual pandemia de COVID-19 nuevos estudios confirman la vulnerabilidad de las y los pacientes con diabetes a la severidad de la infección y una mayor letalidad [Pinto & Bertolucci 2020, Rodacki 2020].



de la insulina.³ Si la hiperglucemia no se trata pueden ocurrir complicaciones micro - retina, riñón, nervios- o macrovasculares -cerebro, corazón, miembros inferiores- [World Health Organization 2016]. Estudios realizados en Argentina aseguran que la diabetes se diagnostica tardíamente. Se estima que dos tercios de los y las pacientes desarrollan complicaciones crónicas [Gagliardino et al. 2013]. La neuropatía diabética es la complicación más frecuente y es la que se diagnostica más tardíamente. El pié diabético consiste en uno de sus efectos posibles. Se denomina así al pié que tiene al menos una úlcera y constituye el principal motivo de amputación de la extremidad [Samper Bernal et al. 2010].

La diabetes como problema epidemiológico fue abordada recientemente por los estudios de género [Cruz-Bello et al. 2014]. Investigaciones cualitativas realizadas en México encontraron 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 [Reyes Luna et al. 2015]. Estas diferencias 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 [Salcedo-Rocha et al. 2008, Concha Toro y Rodríguez Garcés 2010]. Estas desventajas se asociaron con déficit en el manejo de los recursos económicos y la posición subalterna de las mujeres en la estructura doméstica [Trujillo Olivera y Nazar Beutelspacher 2011]. Estudios específicos con pacientes mujeres mostraron representaciones negativas de la enfermedad en el plano alimentario y terapéutico, con interferencia en los tratamientos [Siqueira Péres et al. 2008]. Estos hallazgos se conjugaron con una simbolización femenina de la diabetes, representada por “tener azúcar” en la sangre y calificada con connotaciones negativas: caprichosa, presumida, pegajosa, tremenda y traicionera [Torres-López et al. 2005].

En una revisión de trabajos etnográficos realizados en México, Mercado Martínez y Díaz Medina [2010] encontraron que las dimensiones trabajadas fueron las experiencias y vivencias de las personas con diabetes, las trayectorias del padecimiento y los modos de atención. García Serrano, Crocker y García De Alba [2017] realizaron un estudio en

³ La diabetes se clasifica en tipo 1, tipo 2, diabetes gestacional y otros tipos específicos. La de tipo 2 representa la forma más frecuente (Ministerio de Salud de la Nación 2010).



una comunidad del pueblo Wixarika y definieron las siguientes dimensiones: conceptualización de la diabetes, terapéutica, origen y situación sociocultural de la diabetes. También entre los wixáritari, Quiñonez Tapia, Vargas Garduño y Soltero Avelar [2019] encontraron que el proceso de comprensión y aceptación de la condición de diabetes es largo, confrontativo y doloroso, con impacto en las prácticas de cuidado de la salud. Montesi [2018] señaló una conexión entre diabetes y emociones fuertes y negativas entre los indígenas ikojts. Un trabajo realizado en Chiapas exploró los modos en los que las relaciones de género en la interacción doméstica generan oportunidades desiguales para el autocuidado de diabetes con foco en la precariedad económica y la violencia [Trujillo Olivera et al. 2008].

En Argentina, Saslavski [2007] plantea que a la medicalización de la vida de las personas diabéticas se suma una moralización del acto biomédico, que deja de ser un procedimiento técnico para transformarse en un eje moral organizador de la vida del/la enfermo/a. El control del peso corporal es uno de los puntos significativos de esta moralización. Domínguez Mon [2017] encuentra un conflicto entre las prácticas de cuidado de sí de adultos/as mayores que viven con diabetes y la perspectiva diabetológica centrada en el autocuidado, propia de la biomedicina. Este conflicto se vincula con los mandatos de género, según los cuales las tareas de cuidado están reservadas a las mujeres, mientras los varones no logran enfrentar la diabetes hasta que perciben las complicaciones. Un trabajo de Hirsch y Alonso [2020] que incorpora la dimensión étnica en intersección con el género, no encontró sentidos asociados con la enfermedad crónica en una comunidad tapiete, pero sí expectativas de curación de la diabetes a través de estrategias diferenciales entre los varones y las mujeres, en un contexto de relaciones refractarias con la biomedicina y subalternidad con la sociedad nacional.

Los trabajos cualitativos en VIH-sida y enfermedad cardiovascular resultan antecedentes epistemológicos y metodológicos para la investigación en diabetes con perspectiva de género. Las investigaciones etnográficas de Grimberg [2003, 2009 entre otras] incorporan las dimensiones de las experiencias corporales, la sexualidad y el género para la comprensión de los efectos de la cronificación del VIH-sida. El trabajo de Pecheny, Manzelli y Jones [2002] reconoce la eficacia simbólica del diagnóstico de



VIH-sida vinculada con su capacidad de significar socialmente la dolencia. Sus dimensiones de análisis son las vivencias del diagnóstico y los tratamientos de varones y mujeres, contextualizadas en el estrato socioeconómico. La discusión acerca de los alcances de la irrupción del diagnóstico de una dolencia crónica en la vida de las y los pacientes es un antecedente importante. ⁴ Las investigaciones de Tajer en enfermedad cardiovascular articulan los estudios de género, el psicoanálisis y la salud colectiva e incorporan la subjetividad en su profundidad al estudio de las enfermedades crónicas con perspectiva epidemiológica crítica. Estos trabajos [Tajer 2009a, Tajer et al. 2014] indagan en la vulnerabilidad de género y clase social relacionada con los modos específicos de vivir, enfermar y morir, y con los modos de ser atendidos/as y acceder al diagnóstico. Descubrieron que la enfermedad cardiovascular fue simbolizada socialmente como “enfermedad del varón” y esta significación otorgó mayores herramientas a la población masculina para enfrentarla.

Metodología

La emergencia de las enfermedades crónicas favoreció el reconocimiento de los métodos cualitativos de investigación, debido a la importancia otorgada a los estilos de vida en el cuidado de estas enfermedades y al énfasis en la experiencia y la convivencia con el padecimiento. El trabajo en profundidad permite construir el perfil epidemiológico de los grupos sociales, si se incluye la información económica, política y sociocultural en la que se despliega la trayectoria de salud de los/as sujetos/as. Los métodos cualitativos permiten develar información generalmente oscurecida u oculta en la investigación epidemiológica clásica de las enfermedades crónicas e incorporan las interpretaciones en base a la perspectiva de los/as sujetos/as [Menéndez 1998a]. Recuperan la voz de actores/as significativos/as e incorporan una escucha atenta a los padecimientos subjetivos que puede contribuir a aliviar el tránsito por el proceso de salud, enfermedad y atención.

⁴ La idea de la enfermedad crónica como interrupción biográfica fue introducida por Bury en 1982 y retomada por los estudios en VIH-sida en la década de 1990 [Hydén 1997, Herzlich 2004].



Este trabajo tiene un abordaje cualitativo que combina la descripción etnográfica con la interpretación de los relatos de las trayectorias subjetivas de los y las participantes. A la manera de la descripción densa se generaliza conceptualmente dentro de casos particulares, realizando una forma de interpretación cercana a la inferencia clínica en psicología [Geertz 2003], que sitúa en contexto las unidades de sentido analizadas. Reconoce las relaciones de desigualdad y subalternidad entre los géneros y las clases sociales en la sociedad patriarcal capitalista. Con este enfoque, se realizaron entrevistas en profundidad según el método biográfico, combinadas con observación participante y la revisión de las historias clínicas.

Se entrevistaron varones y mujeres adultos/as que se encontraban en tratamiento por complicaciones de la diabetes en un instituto nacional de rehabilitación psicofísica situado en la ciudad de Mar del Plata, Argentina, entre los años 2018 y 2019. De acuerdo con un muestreo intencional, la invitación a participar se realizó según el criterio diagnóstico de neuropatía y amputación por diabetes. Se realizaron historias de vida temáticas [Chárriez Cordero 2012] con siete mujeres, todas las que se encontraban en tratamiento de rehabilitación durante el período, y siete varones.⁵ Los varones son amplia mayoría en los ingresos al Instituto por amputaciones de etiología diabética: en 2018 ingresaron treinta varones y cinco mujeres con estas características. Como es habitual en los estudios cualitativos, se sumaron en forma progresiva a las entrevistas acompañantes y familiares de los y las pacientes. Con cada participante se mantuvieron varios encuentros, los primeros en el instituto y luego se incorporaron otros lugares de encuentro como el hogar o la asociación vecinal. Los relatos se concentraron en tres momentos: las dimensiones subjetiva, cultural y social a lo largo de la vida, el diagnóstico de diabetes y sus circunstancias, y la gestión de la enfermedad y la ocurrencia de la complicación. La información se contextualizó en datos socio-demográficos básicos como la edad, el lugar de nacimiento y de residencia actual, la adscripción étnica, la composición del hogar y la situación previsional.⁶

⁵ Según Chárriez Cordero [2012], las historias de vida temáticas “delimitan la investigación a un tema, asunto o período de la vida del sujeto, realizando una exploración a fondo del mismo” [2012:54].

⁶ La edad de las mujeres entrevistadas fue de 84 años en la paciente con mayor antigüedad hasta 39 en la más reciente. Los varones entrevistados tenían entre 44 y 69 años. Según las estadísticas de ingreso al



El procesamiento de la información incluyó una exploración del material, de acuerdo con una lectura fluctuante⁷ y la identificación de núcleos de sentido en diálogo con las dimensiones y categorías teóricas [De Souza Minayo 2013]. El análisis interpretó la lógica interna de las trayectorias de varones y mujeres en su relación con la diabetes en perspectiva de género. En los relatos se prestó especial atención al redescubrimiento de la trama subyacente [Good 2003].⁸ La incorporación de esta perspectiva en el análisis se produjo luego de observar que las y los entrevistados dejaban entrever una verdad subjetiva a medida que avanzaba la relación intersubjetiva en el campo. Este descubrimiento develaba vivencias y experiencias de la infancia que por displacenteras no ingresaban al discurso en un primer encuentro. El estudio fue aprobado por la Comisión de Revisión Ética y Científica de INAREPS (Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur).⁹

Dimensiones de análisis

El registro de campo se organizó de acuerdo con las dimensiones generales, particulares y singulares de la determinación social de salud y consideró las intersecciones de género y clase social en las experiencias subjetivas. En los relatos se consideró especialmente la manifestación de trauma infantil, las circunstancias en las que se recibió el diagnóstico de diabetes, las características del tratamiento, la explicación de la enfermedad, las trayectorias de las complicaciones y las expectativas futuras. En la dimensión general se observó una fuerte vinculación entre la diabetes, la precariedad social y la amputación de la extremidad, en una situación de vulnerabilidad económica que comparten los varones y las mujeres entrevistados/as. Los y las participantes residen en su mayoría en los barrios periféricos de Mar del Plata o en localidades costeras vecinas. Ninguno/a se reconoció integrante o descendiente de pueblos originarios; sólo algunos comprenden el

Instituto, la proporción entre varones y mujeres se mantuvo entre 2018 y 2019, pero la edad de las mujeres disminuyó.

⁷ Según De Souza Minayo [2013] la lectura fluctuante corresponde a la etapa inicial del análisis del material de campo; comprende la atención emergente de la investigadora en la búsqueda de coherencia interna de la información.

⁸ Good [2003] estudia la estructuración cultural de la estrategia narrativa en la constitución de la enfermedad. La trama subyacente se devela en las alternativas narrativas de la enfermedad.

⁹ Se solicitó a los/as participantes la firma de un consentimiento informado para la revisión de su historia clínica y la publicación de la historia de vida. Las entrevistas fueron revisadas por los/as participantes quienes eligieron su seudónimo.



quechua.¹⁰ Reciben una pensión por discapacidad o una jubilación y acceden a la atención de salud a través de PAMI o Incluir Salud.¹¹ Proviene de una clase social trabajadora, la mayoría migrante de otras provincias del país y algunos/as nacidos/as en Mar del Plata.

De acuerdo con la dimensión particular del género, se observó que los varones llegaron a la amputación atravesando una cantidad progresiva de operaciones, muchas veces en soledad. Las mujeres lograron acceder a redes de solidaridad de género sostenidas por otras mujeres: hijas, nietas, hermanas. Todas las mujeres estuvieron acompañadas en las entrevistas, la mayoría por mujeres, hijas, nietas o madres, y algunas también por un nieto o un sobrino varón. En cambio, los varones acudían solos a los tratamientos de rehabilitación.

Desde la dimensión singular, en el nivel subjetivo se encontró que la amputación supera la diabetes como ruptura biográfica, debido a la crudeza de las intervenciones y el ingreso al mundo de la discapacidad. En la mayoría de las trayectorias subjetivas existió un diagnóstico que muchas veces no fue posible ser escuchado, debido especialmente a la prioridad femenina otorgada al cuidado de la familia y los estereotipos masculinos relativos a las exigencias laborales.

A lo largo del trabajo de campo se observó un proceso de deterioro progresivo en varios/as pacientes: nuevas amputaciones, infecciones recurrentes, pre-infartos, pérdida de la vista, destrucción de la dentadura, disoluciones de parejas, dificultades de acceso a la pensión, aislamiento social, barreras de movilidad, pérdida de espacios protegidos. Este deterioro en las condiciones de salud ocurrió en un contexto de políticas neoliberales que recortaron los recursos de los servicios de salud, los apoyos alimentarios, los traslados, los talleres de capacitación, las subvenciones de los servicios públicos en los hogares; incrementaron las barreras de movilidad en el transporte público; sumaron dificultades administrativas y anularon pensiones por discapacidad. La situación observada entre las y los pacientes con amputaciones como producto de la

¹⁰ Estos participantes provienen de la Provincia de Santiago del Estero y no relacionan el manejo del quechua con una identidad étnica definida. Futuros estudios en enfermedades crónicas realizados en comunidad posibilitarían profundizar esta dimensión.

¹¹ Las y los entrevistados que trabajaban en forma no registrada y lograron tramitar una pensión no contributiva por discapacidad cuentan con el Programa Federal Incluir Salud como cobertura de salud.



diabetes entre 2018 y 2019 en Mar del Plata mostró las deficiencias en el cumplimiento de los derechos que asisten a las personas con discapacidad. En este contexto se afianzaron progresivamente durante el trabajo de campo las relaciones intersubjetivas. Escuchar la complejidad de las experiencias narradas por las y los interlocutores convocó un compromiso de largo plazo con la recuperación del potencial deseante que podían producir esas subjetividades.

Relatos de experiencias en el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes

Se presentan fragmentos de las experiencias relatadas por algunas de las mujeres y los varones entrevistados en relación con el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes. Los relatos se remontan a la infancia y llegan a su situación vincular y social actual.

Lisa reside en el Barrio Belgrano, uno de las zonas periféricas de la ciudad, muy lejos de la costa, más allá de la ruta 88. Barrio de trabajadores/as, la mayoría migrantes de otras provincias, que vinieron a Mar del Plata en busca de oportunidades. Con 84 años, Lisa está siempre acompañada por sus nietas e hijas. Cuenta que llegó de Bahía Blanca muy pequeña a trabajar en el servicio doméstico:

A los 14 años llegué a Mar del Plata. Vivía en la casa de mi hermana. Ella me consiguió trabajo en un departamento en Rivadavia y España. Limpiaba, también sabía cocinar, ocho años estuve. Después trabajé en España y Colón, hasta que me casé. Después en el pescado, era envasadora y mi marido filetero [Lisa, 84 años].

Recuerda que trabajando en la industria del pescado se enteró que tenía diabetes a los 50 años de edad. En 2013 fue amputada sobre la rodilla derecha, luego de varias amputaciones previas. Lisa no refiere cambios en su vida después del diagnóstico fuera del tratamiento con insulina que se lee en su historia clínica. Ella y su nieta explican:

Yo tomaba mucha agua. Una compañera me dijo que yo debía tener diabetes, me mandó al médico y sí, era verdad. Fui al Hospital Regional con una hija. Me puse nerviosa porque a nadie le gusta estar enfermo. Me dieron pastillas pero por poco tiempo, después me las cambiaron por insulina [Lisa, 84 años].

Hace cinco años que le cortaron la pierna. Primero le cortaron el dedo gordo, después en el talón se le empezó a hacer otra úlcera, entonces le hicieron un estudio



y le dijeron que tenía hasta más arriba. Se cayó un montón de veces, porque se deprimía porque no podía hacer nada, ella quería lavar los platos, no le gusta que la tengan que llevar al baño, pedir que la lleven a hacer los mandados, eso es lo que más le pesa a ella [Ana, la nieta, 26 años].

La Negra tiene 73 años, se crió en un paraje rural cercano a Termas de Rio Hondo. Vino a Mar del Plata en busca de trabajo en la década de 1970 y junto con su familia se instaló en el Barrio Belgrano. Relata que no fue a la escuela sino directamente a trabajar al campo, en la cosecha de la caña de azúcar. Desde los 11 años venía con su mamá a trabajar en la temporada. Luego de los 15 años comenzó a viajar sola. Recuerda que trabajó como niñera, ayudanta de cocina en hoteles, servicio doméstico y finalmente en la industria del pescado como emprolijadora. Su marido fue filetero, ahora están jubilados. La Negra explica que se jubiló gracias a una moratoria, porque su trabajo doméstico previo no fue contabilizado.

Su papá murió cuando ella tenía 10 años. Relata que ella fue testigo del asesinato de su padre:

Estábamos en una fiesta, entró un hombre, se sentó frente a mi padre, sacó un arma y le disparó al corazón. Murió al llegar al hospital. Me dijo: me quema. Yo no me lo olvido nunca más. El hombre dejó el arma y se fue. Mi familia, mis hermanos no hicieron nada. Después lo reconocieron en el pueblo y lo llevó la policía. Nunca supe qué pasó, ¿por qué? Igual, no se necesita el cariño del padre [La Negra, 73 años].

Comenta que hace cincuenta y cuatro años se casó con el hombre que fue su primer novio. Tuvo cuatro hijos, dos varones y dos mujeres; también sufrió dos abortos y la llegada de la menopausia a la edad de 44 años, según la historia clínica. La Negra cuenta que ella realiza las tareas domésticas: “yo hago todo en la casa. Mi marido no sabe, no me gusta como hace las cosas. Tenemos la misma edad, pero es como un niño, hace todo mal. A esta altura... no me voy a separar, pero no lo aguanto mucho” [La Negra, 73 años].

En 2006 recibió el diagnóstico de diabetes tipo II; en 2017 llegó la amputación bajo rodilla derecha, luego de una primera operación de pié diabético. Cuenta su experiencia con el diagnóstico: “yo no le di ni p... Fui al médico y me dice te voy a hacer unos



estudios para saber qué tenés y bueno me saltó que tenía diabetes, claro yo no le di p... ni nada...” [La Negra, 73 años].

La Negra afirma que no realizó ningún tratamiento para la enfermedad durante estos doce años:

Nunca, abandoné. Qué se yo, yo me veía bien. Estaba limpiando atrás y me rompió un plato mi nieto y a mí me gustaba tirar balde, baldeando y tiré las ojotas y me quedé descalza, empecé a sacar agua y me pinché con un pedacito del vidrio del plato, yo sentí que me pinché y bueno no le hice caso [La Negra, 73 años].

Lisa y la Negra manifestaron seguir al frente del cuidado de las familias a pesar de las complicaciones: “me sorprende la abuela. La abuela no ve, pero cocina, limpia, toma mate...” [Ana, la nieta, 26 años]. Más o menos recuperadas de la amputación, lograron sostener la posición femenina ligada al ámbito doméstico: “me gusta cocinar, hacer las cosas de mi casa. Yo ahora cocino, lavo, limpio, hago todo. Yo tengo la mesada, yo para lavar me cargo sobre la pileta y lavo ahí en la cocina, me paro en la mesada y cocino” [La Negra, 73 años].

La Gorda es una mujer de 59 años. Reside en Villa Gesell con su mamá, su hermana y su sobrino de 19 años. Él la acompaña con el tratamiento de rehabilitación en Mar del Plata. Ella cuenta que su madre y su padre eran caseros en la casa de la familia fundadora de Cariló, uno de los balnearios más exclusivos y excluyentes de Argentina. Recuerda que cuando terminó la escuela primaria a los 11 años, comenzó a trabajar como empleada doméstica en esa misma casa. La secundaria la hizo de noche en Villa Gesell, mientras continuaba trabajando como empleada doméstica. Afirma que a los 25 años descubrió ella misma que podía tener diabetes. La Gorda no puede evocar sus sentimientos de aquel momento:

Yo trabajaba con un médico que tenía una clínica aparte del consultorio... Fui para que me hiciera una receta y veo un cartel que decía una de cada cien personas es diabética y no lo sabe, si usted tiene *tatata* todos los síntomas. Leo los síntomas y pensaba: ese lo tengo, ese lo tengo. Menos los últimos tres, todos los tenía. Y le dije quiero hacerme un análisis, era la curva de glucosa, te hacían tomar té con azúcar y te iban sacando sangre. Y ahí me salió, en ese momento tenía 220 [La Gorda, 59 años].



La Gorda fue diagnosticada de diabetes tipo II en 1998. Sufrió una amputación sobre rodilla izquierda en 2017. Relata su estadía en el hospital de Villa Gesell, acompañada por su hermana:

Mi hermana me curaba todos los días. Y yo me orinaba. Vivía sentada, todo el día en la cama y un día en diciembre le digo al traumatólogo: amputan porque yo quiero vivir, porque me estaba muriendo de dolor. Qué te puedo decir, tenía todas las llagas y después que me amputé a los dos o tres meses gente que me había visto antes de amputarme me decía es impresionante lo que te cambió la cara. Arriba de la rodilla [La Gorda, 59 años].

La Gorda cuenta que le gusta bailar desde la adolescencia y lo sigue haciendo aun amputada de una pierna: “yo siempre digo, vivir es hermoso, hermoso es bailar ¿no podemos vivir bailando?” [La Gorda, 59 años]. En su historia clínica se lee que se cayó por utilizar muletas “sin supervisión”. Manifiesta que de joven tenía la ilusión de casarse y tener hijos, pero una experiencia de violencia de género la hizo desistir. Ahora se dedica al cuidado de su sobrino adolescente.

La Mina ingresó en 2018 al instituto para comenzar su tratamiento de rehabilitación después de haber perdido una pierna muy joven, a los 39 años, por complicaciones de la diabetes. Cuenta que nació y vivió siempre en Lobería. Tiene una pensión por discapacidad y un emprendimiento de repostería. La acompaña su madre durante las entrevistas. La Mina explica:

Mi problema de diabetes es que soy diabética insulino-dependiente pero nunca fui como que me llamaran las cosas dulces. Lo mío fue más como un mal control, como que yo no me adapté a la enfermedad y nunca, nunca me controlé, nunca me cuidé, nunca me corregí; la insulina me la daba cuando me sentía descompuesta, entonces fue como que mucho tiempo mala letra [La Mina, 39 años].

La Mina afirma que vivió con su mamá hasta los 13 años, cuando se mudó a la casa de sus abuelos en el campo. No conoció a su padre. No terminó la escuela secundaria debido a su primer embarazo, pero sí realizó trabajos de limpieza doméstica en su adolescencia.



Comenta que comenzó a fumar tabaco a los 14 años y jamás lo dejó hasta la amputación, fumaba tres atados de cigarrillos por día. Así lo interpreta la Mina:

Ahora estoy más gordita, cuando fumaba era más flaca. Igual por mi trabajo, no digo que te lleve a fumar pero es un trabajo estresante. Yo los fines de semana suelo tener doce tortas, masas dulces y yo siempre trabajé sola. Era como que estaba dos o tres días parada trabajando, no dormía, no descansaba, fumaba y me apuraba con los horarios [La Mina, 39 años].

Según la historia clínica tenía 20 años cuando le diagnosticaron diabetes tipo I en 1998. En 2017 sufrió una amputación bajo rodilla derecha. Ella cuenta que al separarse de su primera pareja, dejó a su hijita de un año al cuidado de sus abuelos para ir a trabajar a La Plata. La Mina afirma que cuando le dieron el diagnóstico no comprendía qué era la diabetes:

Estaba trabajando en una pizzería y empecé a ir al baño, tomaba mucho líquido e iba al baño. Era joven, imagínate que no entendía nada, pensé que me estaba deshidratando por el calor de los hornos. La chica que estaba ahí me dice que no era posible que fuera tan así, yo tomaba agua y me iba al baño. Hasta que me descompensé, estuve dos días así, me descompuse mal. Me agarró híper y me llevaron, me internaron y ahí me declararon. Ni siquiera sabía lo que era diabetes. [...] Las enfermeras me dijeron que me tenía que inyectar y yo pensé que era una broma, pensé, cómo me voy a inyectar sola, aparte no me imaginaba. Con el tiempo aprendí, igual fue mucho como te contaba, yo me lo tomé como que se me iba a pasar [La Mina, 39 años].

La Mina relata que siguió adelante con su vida después del diagnóstico. Se reencontró con su hija y retomó sus relaciones de pareja. Tuvo otros dos hijos y se reconvirtió laboralmente con un emprendimiento propio, siempre muy exigida por el sostén de la familia.

El registro de las interacciones con los participantes varones mostró una masculinidad permanente amenazada por la desintegración corporal y las intervenciones y tratamientos médicos. Se observaron mejores posicionamientos vinculares en los ámbitos públicos, pero deficiente manejo de las relaciones vinculares en lo afectivo. Soledad, pérdida de vínculos amorosos, quiebres en las redes de sostén social caracterizan la situación subjetiva de muchos de los entrevistados.



Nerón, un hombre de 54 años cuenta que nació y vivió en Mar del Plata, en la misma casa familiar del Barrio Las Avenidas. En 2006 recibió el diagnóstico de diabetes tipo II, en 2015 sufrió la primera amputación sobre rodilla derecha, en 2019 la amputación sobre rodilla izquierda, ambas luego de varias operaciones. Afirma que siempre fue rebelde, nunca soportó la autoridad, ni en la escuela, ni en el trabajo, ni en la familia, ni en los servicios de salud:

Yo con 99% de mi familia estoy peleado hace mucho. Nunca me puedo callar la boca. Cuando hay algo que no me gusta lo digo y lo digo de frente y generalmente suena mal, porque es políticamente incorrecto. Con ese tipo de cosas siempre terminamos mal. Yo sé que tendría que ser distinto y ser un poco más hipócrita, pero no me sale y menos a esta altura del partido [Nerón, 54 años].

Con la amputación de la primera pierna hace cinco años dice en la historia clínica que Nerón se desplaza en silla de ruedas. Él cuenta que prácticamente no sale fuera del tratamiento de rehabilitación en el instituto. Nerón afirma no tener hijos, reconoce haber tenido varias relaciones con mujeres pero no llegó al matrimonio. Manifiesta que tampoco quiso terminar la escuela secundaria. Cuenta que tuvo distintos trabajos, pero nunca duró demasiado en ninguno; entonces comenzó a forjar cuchillos que vendía personalmente. Tampoco realizó aportes jubilatorios: “nunca me preocupé por si tenía aportes o no aportes, por eso tengo también hoy una pensión no contributiva” [Nerón, 54 años].

Nerón recuerda que recibió el diagnóstico de diabetes los 43 años de edad luego de una intervención por cetoacidosis, comenta que su cuerpo no respondió al tratamiento con insulina. Estaba en pareja cuando recibió el diagnóstico. Dos años después llegó la separación. Como fue antes de la amputación él no encuentra una relación con la diabetes.

El Chacho, un hombre joven de 49 años, es uno de los pacientes preferidos del Instituto: “un paciente muy colaborador” se lee en la historia clínica. Cuenta que asiste a los tratamientos de rehabilitación en el gimnasio e hidroterapia en la pileta, es un referente del taller de cerámica, está terminando el secundario con el plan FINES y realiza los cursos de informática. Relata que nació en Mar del Plata, desde que se separó luego de



la amputación vive con su madre y su padre en el Barrio 2 de Abril, cercano al aeropuerto. También perdió su último trabajo como chofer.

Recuerda una infancia armoniosa en Villa Primera. El relato es muy optimista sin manifestar conflicto, hasta que emerge la trama subyacente. El Chacho vivió con su abuela desde muy pequeño, porque sus padres trabajaban en una ONG como familia sustituta de doce niños. No había en esa casa capacidad para más niños. Relativo a la adolescencia, el Chacho cuenta que dejó la escuela secundaria para trabajar: “porque empecé a trabajar en un supermercado a la vuelta de mi casa y como que dejé de estudiar, no me gustaba, me costaba mucho estudiar, por la plata del trabajo” [El Chacho, 49 años].

Comenta que la muerte por diabetes de su suegro, diez años atrás, lo motivó a realizarse un estudio que originó el diagnóstico. En 2008 recibió el diagnóstico de diabetes tipo II; en 2017 le amputan la pierna sobre rodilla derecha. Manifiesta no haber sentido nada más que “tomar conciencia” cuando recibió el diagnóstico. Continuó enfocándose en el trabajo y la familia. No reconoce haber modificado ningún aspecto de su vida: “seguí viviendo normal. Como te digo alternando, se me ponían las pilas, se me terminaban, iba, venía. Comía como un animal, llegue a pesar 170 kilos, así, altibajos” [El Chacho, 49 años].

Roberto tiene 57 años, relata que nació en el norte de la provincia de Córdoba, pero se crió en Santiago del Estero. Afirma que hizo hasta segundo grado de la primaria porque no le gustaba la escuela. La otra escena de Roberto fue el abandono de su padre primero y su madre después. Recuerda que su madre lo llevó a Santiago del Estero a la edad de 9 años, lo dejó en la casa de la abuela, le dijo que iba a comprar facturas y nunca más volvió. Cuenta que a los 13 años un tío abuelo lo trajo a trabajar a Balcarce, a la cosecha de la papa. En Balcarce se relacionó siempre con varones y no se casó ni tuvo hijos: “todos varones, en papa trabajan todos varones, no hay mujeres, es el trabajo más pesado que hay” [Roberto, 57 años]. Agrega que el trabajo es jornalero, se cobra los sábados, no hay inscripción:



No, todo en negro, yo tengo trabajo en blanco en otro puesto en Santa Fe, en Colón, ocho años estuve ahí, de eso tengo el aporte y es lo que mandaron pero no me alcanzaba para jubilarme y no me quisieron jubilar [Roberto, 57 años].

A los 50 años Roberto recuerda que tuvo que atenderse de urgencia por una neumonía, oportunidad en la que los análisis arrojaron diabetes. Dos años después, en 2013 fue amputado sobre la rodilla en una sola operación en el hospital de Balcarce. En su historia clínica se lee “paciente con diabetes no controlada”. Después del diagnóstico, Roberto afirma que continuó trabajando. Considera que el gran cambio en su vida fue la amputación:

Dejé de trabajar ya cuando me cortaron la pierna, ahí se me terminó todo. Ahí cambió mi vida, la pierna, le dije a mi hermana no se si no me voy a matar. Así que me mandaron al psicólogo. Fui, después los otros estaban haciendo kinesio y me dijeron que no me haga mala sangre, que ellos caminaban, que había que poner voluntad y hacerle caso a la doctora y así iba a caminar y ahí vi que había algo. Yo andaba en una silla de ruedas prestada [Roberto, 57 años].

Se observó que la mayoría de los y las entrevistadas con amputación no pudieron sostener los tratamientos luego del diagnóstico de diabetes porque éste no pudo ser escuchado o porque la dinámica de responsabilidades familiares y laborales impidieron dedicarse al propio cuidado. Esta dinámica parece haber seguido las posiciones estereotipadas de género que vinculan a las mujeres con los cuidados familiares y a los varones con las funciones proveedoras de sustento. Se sostiene que fue la amputación de la extremidad y no el diagnóstico de diabetes la que amenazó la continuidad de estas posiciones, especialmente la de los varones. Las mujeres lograron continuar con las tareas del cuidado y la reproducción familiar gracias a las redes de solidaridad de género. A la manera de Sally, el personaje de Tim Burton en *El Extraño Mundo de Jack* [Selick 1993], una muñeca de trapo que remendaba ella misma su cuerpo después de cada caída, las mujeres amputadas por diabetes continuaron la marcha. Siguieron adelante, en silla de ruedas, muletas o prótesis, mantuvieron sus lugares femeninos especialmente en los ámbitos domésticos, pero también laborales y comunitarios. Los varones, en cambio, al perder sus trabajos, los medios de sustento, con la llegada de la



discapacidad se deprimieron, perdieron sus parejas, vieron mermar los emblemas de su masculinidad y este escenario fue para muchos insoportable.

Discusión

En la dimensión general, la comprometida situación social y económica de las mujeres y los varones entrevistados, empeorada por las políticas neoliberales en Argentina, se suma a la experiencia indefinida de la condición de diabetes para agravar la magnitud de las complicaciones en unas trayectorias de salud que pueden ser definidas como deteriorantes¹² Las complicaciones vasculares, oftalmológicas, odontológicas, inmunológicas fueron recurrentes y ocurrieron en un contexto que se caracterizó por las dificultades institucionales de coberturas, traslados, pensiones, jubilaciones, certificados de discapacidad.¹³

Estas consideraciones se profundizan en su dimensión particular de acuerdo con los estereotipos de género: las mujeres, sujetas del mandato de sostén de la reproducción doméstica y los varones, en su rol en la provisión del sustento económico. Pero para la mayoría de las mujeres entrevistadas, esta responsabilidad doméstica del cuidado se articula con la responsabilidad en la provisión del sustento familiar. Como se evidenció en otros trabajos [Tajer *et al.* 2014], se encuentra en ellas la doble exigencia, doméstica y asalariada, en la postergación de su condición de salud. La conjunción de dos ejes de opresión, dada por el género y la clase social, se explica desde el concepto de interseccionalidad [Couto *et al.* 2019], definido como la generación de un lugar social atravesado por relaciones de poder sobrepuestas que caracterizaría las posiciones de subordinación en las que las mujeres vivencian sus experiencias de salud.

Entendiendo que existe una relación entre el pasado y el presente en la trayectoria biográfica del sujeto, se incluyó una nueva dimensión de análisis en la ocurrencia de la complicación de la diabetes, basada en las experiencias traumáticas de la infancia que

¹² Según estudios cualitativos desarrollados en México las trayectorias de las personas con diabetes pueden ser estables, oscilatorias o deteriorantes y estos atributos se vinculan especialmente con la clase social [Mercado Martínez y Díaz Medina 2010].

¹³ Según la Ley Nacional 23753, el Programa Nacional de Diabetes (PRONADIA) reglamenta la cobertura del 100% de la insulina y superior al 70% de los demás insumos para el tratamiento de la diabetes y su los incorpora al Programa Médico Obligatorio. En 2013 se sancionó la Ley Nacional 26914, que incorpora nuevos medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol al 100% [Lawrynowicz y Alonso 2013].



emergen de los relatos. La mayoría de los y las participantes ha manifestado haber tenido que dejar la escuela para trabajar a edades muy tempranas. Las mujeres han trabajado en el servicio doméstico, en las mismas casas en las que trabajaban sus madres o en otras contactadas por hermanas o primas en los nuevos ámbitos urbanos. Así se han constituido en la reproducción de unas relaciones laborales de subalternidad desde la infancia o la adolescencia. En unas relaciones que, signadas generacionalmente, en pocos casos han podido resolverse por fuera del matrimonio. En Mar del Plata, la industria del pescado ha jugado un rol importante en la asalarización de estas mujeres ya adultas. La vivencia temprana de experiencias de subordinación pudo haber contribuido con las limitaciones propias de la sociedad patriarcal al ejercicio del derecho a la salud en la vida adulta.

En la dimensión singular, se observó que el diagnóstico de diabetes no ha operado como una ruptura biográfica, no ha significado un antes y un después en la vida de estos sujetos. Pecheny, Manzelli y Jones [2002] habían observado en las y los pacientes crónicos de VIH-sida una ruptura biográfica en el momento del diagnóstico, aunque este quiebre vital no necesariamente indicaba la adhesión a los tratamientos médicos. Probablemente revestida de otros sentidos no asociados con la transmisión y la muerte, el diagnóstico de diabetes para la mayoría de las mujeres y todos los varones entrevistados no provocó grandes cambios en la vida cotidiana. Varones y mujeres amputados por diabetes han manifestado haber continuado con su vida normal luego del diagnóstico.

En el mencionado contexto social de subalternación, ante el diagnóstico de diabetes parece emerger la reactualización de un mecanismo infantil definido por el psicoanálisis, la negación de la realidad para la protección del yo del displacer frente a las amenazas externas [Freud 1965]. La negación del diagnóstico podría responder al despliegue de procesos de defensa que, al servicio del principio del placer, pone entre paréntesis el principio de realidad [Freud 1992]. Esta interpretación conduce a revisar la negación del diagnóstico de diabetes como una dificultad en el autocuidado, una visión propia del modelo biomédico, y reubicaría esta respuesta en el complejo ámbito de los dispositivos de defensa del yo. Con el tiempo, la defensa por negación conllevará



efectos paradójales en la salud del sujeto por haber contribuido a obstaculizar la prevención de las complicaciones de la diabetes.

Distinta es la irrupción de la discapacidad. La amputación constituye una verdadera ruptura biográfica en múltiples sentidos: la mutilación del cuerpo individual, la afectación del cuerpo social, la emergencia de un nuevo cuerpo político, nace un nuevo sujeto acreedor de otros derechos, los de la discapacidad. La pérdida de un miembro puede originar una sensación fantasma: se siente la pierna que ya no está. Además de ser un peligro potencial para la estabilidad física del sujeto, que puede caer en sus intentos fallidos de movilidad, la pérdida de un miembro inicia un proceso de duelo, un afecto orientado a tramitar esa pérdida, que arriba al acatamiento de la realidad paso a paso, mientras la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico. El duelo constituye una afectación normal frente a un proceso de pérdida, mientras que la melancolía inaugura un proceso patológico [Freud 1993]. La complejización del duelo en melancolía se manifestó en varios de los varones entrevistados, que han relatado procesos agudos de depresión, algunos con ideación suicida. Este proceso no fue observado entre las mujeres, quienes a la manera de Sally, logran recomponerse después de cada pérdida y vuelven a incorporarse para continuar con el sostén de ellas mismas y sus familias. Gracias a sus redes de solidaridad las mujeres son capaces de sobrellevar el duelo por la pérdida del miembro sin caer en estados melancólicos.

Según Tajer [2013], desde la perspectiva de género, el psicoanálisis ha logrado ciertas reformulaciones de la femineidad, tales como el abandono del masoquismo como núcleo de lo femenino, la revisión del superyó femenino, el pasaje de la envidia del pene a la envidia del lugar social masculino. Estas revisiones permiten nuevas miradas sobre los mecanismos de defensa y especialmente de sus rasgos más funcionalistas en la evitación del displacer. Desde la articulación de las lógicas colectivas en la producción de la subjetividad que plantea Fernández [2008], los mecanismos de negación del diagnóstico pueden interpretarse mejor como líneas de fuga o resistencia de prescripciones sociales representadas por la biomedicina. La complejidad de los dispositivos de resistencia puede articularse de manera diferencial en las posiciones de género que reproducen la desigualdad en las sociedades urbanas contemporáneas: la



sobrecarga femenina de la doble responsabilidad doméstica y asalariada y la exigencia masculina para mantener el rol protagónico en el sostén económico del hogar.

Resulta importante que la elaboración de las estrategias diferenciales de prevención incorpore la complejidad de las determinaciones sociales y subjetivas que intervienen en la negación del diagnóstico de diabetes. Las dimensiones generales y particulares, articuladas con las pérdidas singulares relacionadas con la enfermedad y la amputación del cuerpo pueden generar efectos devastadores en la subjetividad que precisen de estrategias de reparación de los recursos subjetivos de defensa y del fortalecimiento de los vínculos sociales de sostén económico y afectivo. La incorporación de dispositivos grupales en los servicios de salud, capaces de movilizar el deseo en transferencia desde el campo grupal, podría colaborar con la prevención de las complicaciones de la diabetes. A estos desafíos se suma la transversalización de la perspectiva de género. Como plantea Tajer [2012:28], la perspectiva de género se caracteriza “por incorporar una nueva mirada acerca de las diferencias y especificidades en salud de mujeres y varones desde una perspectiva de ciudadanía y de derechos”. Incorporar esta perspectiva implica reconocer en la sociedad patriarcal la especificidad de los mandatos sociales por género y las relaciones asimétricas de poder que generan en las mujeres la intersección de las condiciones de sometimiento y subalternación y otorgan a los varones mejores posibilidades de poder social y vincular. Esta diferencia instituye formas específicas de la organización de amar y trabajar, es decir, los modos en que los sujetos viven, enferman y mueren [Tajer 2009a]. Pero trabajar con las formas del malestar humano, darle palabras al dolor, consiste en potenciar la multiplicación de modos deseantes, situados en la contingencia de la historia y la diversidad de las expresiones subjetivas, para la actualización de modos de vivir, de enfermar y de morir menos sufrientes y más satisfactorios para las mujeres, los varones y otros géneros.



Bibliografía

ALMEIDA FILHO, NAOMAR Y JAIRNILSON SILVA PAIM

1999 La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 40 (75): 5-30.

BREILH, JAIME

2013 La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1): 13-27.

CASTAÑEDA ABASCAL, ILEANA ELENA

2014 El marco teórico en la investigación en salud con enfoque de género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40 (2): 249-257.

CASTRO PÉREZ, ROBERTO

2000 *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca, Universidad Nacional Autónoma de México.

CHAPELA, MARÍA DEL CONSUELO

2010 Diabetes, obesidad, ocultamientos y promoción de la salud, en *En el debate: Diabetes en México*, María del Consuelo Chapela (Ed.). México DF, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco: 135-163.

CHÁRRIEZ CORDERO, MAYRA

2012 Historias de vida: una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5 (1): 50-67.

CONCHA TORO, MARÍA DEL CARMEN Y CARLOS RENÉ RODRÍGUEZ GARCÉS

2010 Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria*, 19 (1): 41-50.

CONRAD, PETER Y KRISTIN BAKER

2010 The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51: 67-79.

COUTO, MARCIA THEREZA; ELDA DE OLIVEIRA, MARCO ANTÔNIO ALVES SEPARAVICH Y OLINDA DO CARMO LUIZ

2019 La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*, 15: 1994.

CRUZ-BELLO, PATRICIA; IVANONNE VIZCARRA-BORDI, MARTHA KAUFER-HORWITZ, ALEJANDRA BENÍTEZ-ARCINIEGA, RANJITA MISRA R. Y ROXANA VALDÉS-RAMOS

2014 Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. *Papeles de Población*, 80: 119-144.

**DE SOUZA MINAYO, MARÍA CECILIA**

2013 *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

DOMÍNGUEZ MON, ANA

2012 Estilos de vida y Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNTs): revisión del uso etnográfico de una categoría aplicada al abordaje de los cuidados a la salud en sectores medios urbanos, en *Agencia y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles*, Ana Domínguez Mon, Ana María Mendez Diz, Patricia Schwarz, María Rosas, Paula Estrella, Magdalena Camejo y Paula Caruso. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires: 51-68.

2017 Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colectiva*, 13 (3): 375-390.

FERNÁNDEZ, ANA MARÍA

2008 *Las lógicas colectivas. Imaginarios cuerpos y multiplicidades*. Biblos, Buenos Aires.

FOUCAULT, MICHEL

2004 *Naissance de la biopolitique*. Seuil/Gallimard, Paris.

FREUD, ANNA

1965 *El yo y los mecanismos de defensa*. Paidós, Buenos Aires.

FREUD, SIGMUND

1993 Duelo y melancolía, en *Obras Completas Vol. XIV*, Sigmund Freud. Amorrortu editores, Buenos Aires: 1-12.

1992 Más allá del principio de placer, en *Obras Completas Vol. XVIII*, Sigmund Freud. Amorrortu editores, Buenos Aires: 1-62.

GAGLIARDINO, JUAN; JOSÉ COSTA GIL, MARÍA FAINGOLD, LEÓN LITWAK Y GRACIELA FUENTE

2013 Insulina y Control de la Diabetes en la Argentina. *Medicina*, 73: 520-528.

GARCÍA SERRANO, VYLIL; RENÉ CROCKER Y JAVIER GARCÍA DE ALBA

2017 Creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2 de la etnia Wixarika del occidente de México. *Revista Chilena de Antropología*, 35: 113-130.

GEERTZ, CLIFFORD

2003 *La interpretación de las culturas*. Gedisa, Barcelona.

GOOD, BYRON

2003 *Medicina, racionalidad y experiencia*. Anagrama, Barcelona.

GRIMBERG, MABEL

2003 Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de Antropología Social*, 17: 79-99.



2009 Sexualidad, experiencias corporales y género. Un estudio etnográfico entre personas viviendo con Vih en el Area Metropolitana de Buenos Aires. *Cadernos de Saude Publica*, 5 (1): 133- 141.

GUATTARI, FÉLIX Y SUELY ROLNIK

2005 *Micropolítica y cartografías del deseo*. Editora Vozes Ltda., Petropolis.

HARO, JESÚS ARMANDO

2011 *Epidemiología Sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

HERZLICH, CLAUDINE

2004 Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 14 (2): 383-394.

HIRSCH, SILVIA Y VALERIA ALONSO

2020 La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud Colectiva*, 16: 27-60.

HYDEN, LARS-CHRISTER

1997 Illness and Narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19 (1): 48-69.

LAMAS, MARTA

2002 *Cuerpo, diferencia sexual y género*. Taurus, México DF.

LAWRYNOWICZ, ALICIA Y VALERIA ALONSO

2013 El tratamiento de la diabetes mellitus en la normativa sanitaria argentina: una sistematización. *Rev Argent Salud Pública*, 4 (16): 39-44.

MÉNDES DIZ, ANA MARÍA

2012 Las enfermedades crónicas. Un nuevo paradigma de abordaje desde lo médico y lo social, en *Agencia y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles*. Ana Domínguez Mon, Ana María Mendez Diz, Patricia Schwarz, María Rosas, Paula Estrella, Magdalena Camejo y Paula Caruso. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires: 36-50.

MENÉNDEZ, EDUARDO

1998a Antropología Médica e Epidemiología, en *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências*. Rita Barradas, Maurício Lima Barreto, Naomar Almeida Filho y Renato Veras [Orgs.]. Rio de Janeiro, FIOCRUZ: 81-103.

1998b Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 16 (46): 37-67.

**MERCADO MARTÍNEZ, FRANCISCO JAVIER Y BLANCA ALEJANDRA DÍAZ MEDINA**

2010 Vivir y morir de diabetes en México ¿qué piensan y qué hacen las personas que la padecen?, en *En el debate: diabetes en México*, María del Consuelo Chapela (Ed.). México DF, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco: 11-133.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

2010 Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Argentina. Disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000076cnt-2012-08-02_guia-breve%20-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf.

MONTESI, LAURA

2018 “Como si nada”: Enduring violence and diabetes among women in Southern Mexico. *Medical Anthropology*, 37 (3): 206-220.

PECHENY, MARIO; HERNÁN MANZELLI Y DANIEL JONES

2002 Vida cotidiana con VIH / SIDA y/o Hepatitis C. Diagnóstico, Tratamiento y Proceso de Expertización. *Serie Seminarios Salud y Política Pública CEDES*, V, agosto. Disponible en <http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3878/1/SSPP200205.pdf>.

PINTO, LANA & MARCELO BERTOLUCCI

2020 Type 2 diabetes as a major risk factor for COVID-19 severity: a meta-analysis. *Arch Endocrinol Metab*, 64 (3): 199-200.

QUIÑONEZ TAPIA, FRANCISCO; MARÍA DE LOURDES VARGAS GARDUÑO Y RUBÉN SOLTERO-AVELAR

2019 Los wixáritari con diabetes mellitus y sus vínculos con la enfermedad: desde la aparición del síntoma hasta una primera explicación. *Salud Colectiva*, 15: 1-15.

REYES LUNA, ADRIANA GUADALUPE; ALEJANDRA SALGUERO VELÁZQUEZ Y OLIVIA TENA GUERRERO

2015 Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II: significado y diferencias de género en hombres y mujeres. *Alternativas en Psicología*, XVIII (32): 125-144.

RODACKI, MELANIE

2020 Severity of COVID-19 and diabetes mellitus: there is still a lot to be learned. *Arch Endocrinol Metab*, 64 (3): 195-196.

SALCEDO ROCHA, ANA LETICIA; JAVIER EDUARDO GARCÍA DE ALBA GARCÍA, MARÍA JOSÉ FRAYRE TORRES Y BERENICE LÓPEZ COUTINO

2008 Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 46 (1): 73-81.

SAMPER BERNAL, DANIEL; MARÍA DEL MAR MONERRIS TABASCO, MARTA HOMS RIERA Y MARIONA SOLER PEDROLA

2010 Etiología y manejo de la neuropatía diabética dolorosa. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 17 (6): 289-296.

**SASLAVSKI, LAURA**

2007 *¿Por qué no se cura [todavía] la diabetes? Un abordaje antropológico de la enfermedad considerada la epidemia del siglo XXI*. Antropofagia, Buenos Aires.

SELICK, HENRY

1993 *El extraño mundo de Jack*. Estados Unidos, Touchstone Pictures, Walt Disney Pictures, Skellington Prodcutions.

SIQUEIRA PÉRES, DENIS; LAÉRCIO JOEL FRANCO; MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS Y MARÍA LUCÍA ZANETTI

2008 Representaciones sociales de las mujeres diabéticas de clases populares en lo referente al proceso salud y enfermedad. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16 (3): 1-8.

SONTAG, SUSAN

2003 *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Buenos Aires, Taurus.

TAJER, DÉBORA; ANA FERNÁNDEZ, LAURA ANTONIETTI, AGOSTINA CHIODI, ADRIANA SALAZAR, ISABEL BARRERA Y LUCERO JUÁREZ

2014 Barreras de género en la prevención cardiovascular: actitudes y conocimientos de profesionales de la salud y usuarias. *Rev. Argent Salud Pública*, 5 (21): 14-23.

TAJER, DÉBORA

2012 Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud, en *Género y Salud. Las políticas en acción*. Débora Tajer (Comp.) Lugar Editorial, Buenos Aires: 27-38.

2013 Diversidad y Clínica Psicoanalítica. Apuntes para un debate, en *La Diferencia Desquiciada. Géneros y Diversidades sexuales*. Ana María Fernández y William Siqueira Pérez (Comps.). Biblos, Buenos Aires: 123-142.

2009a *Heridos corazones: vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Paidós, Buenos Aires.

2009b La medicina social latinoamericana en los años noventa: hechos y desafíos. En *ALAMES en la Memoria. Selección de lecturas*. Francisco Rojas Ochoa y Miguel Márquez (Comps.). Editorial Caminos, Cuba.

TORRES LÓPEZ, TERESA MARGARITA; MANUEL SANDOVAL DÍAZ Y MANUEL PANDO-MORENO

2005 Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cad. Saúde Pública*, 21 (1): 101-110.

TRUJILLO OLIVERA, LAURA ELENA Y AUSTREBERTA NAZAR BEUTELSPACHER

2011 Autocuidado de diabetes: una mirada con perspectiva de género. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 26[3]: 639-670.

WORLD HEALTH ORGANIZATION

2016 *Global report on diabetes*. Geneva, World Health Organization.