

COMENZANDO A PENSAR EN LO ESPECÍFICO DE LA DIABETES TIPO I.

En «Psicoanálisis del trastorno diabético» Chiozza y Obstfeld (1991a [1990]) sostienen que el drama inconsciente que el sujeto diabético expresa en su enfermedad, se centra en torno a una vivencia de incapacidad para obtener o mantener, por lo propios medios, lo que se posee o se utiliza. Este “sentimiento de impropiedad” se halla ligado a la actitud de sumisión, dado que ella implica el reconocimiento de la impropiedad sobre los bienes.

Para llevar a cabo esta profunda investigación, los autores se centran en el aspecto fisiopatológico más fundamental, común a todos los enfermos y reconocido por todos los investigadores: el déficit de función insulínica (Ibíd. pág., 109). De esta manera, evitan, por un lado, entretenerse en las complejas y sutiles disquisiciones acerca de los distintos trastornos que, en el caso particular, pudieran ocasionar ese déficit y, por el otro, hacen que lo esclarecido por la investigación resulte aplicable a todos los pacientes.

No obstante que el citado mecanismo se halla presente en toda diabetes, la medicina establece un distingo entre dos poblaciones de enfermos diabéticos que por el momento vital de aparición de la enfermedad, por las diferentes características del cuadro clínico y de sus complicaciones y por el diferente pronóstico y tratamiento, nos obligan, en nuestro ámbito, a intentar una análoga diferenciación. Se trata del distingo entre la diabetes infanto-juvenil, o tipo I y la diabetes del adulto, o tipo II.

Frente a la necesidad concreta de realizar el estudio patobiográfico¹ de un paciente con diabetes tipo I, surgió, durante el ateneo clínico, una hipótesis basada sobre todo en el momento de aparición de la

¹ Se trata de una patobiografía realizada en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica, por los doctores Luis Chiozza, Enrique Obstfeld, Gustavo Chiozza y la licenciada Silvana Aizenberg.

enfermedad. Esta hipótesis, recogida por Obstfeld y Aizenberg (1999)² en su trabajo “Diabetes infantil”, supone que el sentimiento de impropiedad en la diabetes infantil gira en torno al conflicto para obtener y defender la propia identidad. Mientras que en la diabetes del adulto, el sentimiento de impropiedad parte del conflicto con los bienes materiales, con el “tener”, en la diabetes infantil surgiría de un conflicto con el “ser”. No obstante la posible validez de esta hipótesis, creemos que las diferencias entre ambas formas de diabetes no se agotan allí y el tema merecería un examen más detallado. Nuestra intención hoy es aportar algunas ideas preliminares que justifican esa creencia y que, al mismo tiempo, esperamos que puedan servir de estímulo para una futura investigación.

En efecto, las características antes mencionadas hacen que la medicina tienda a considerar a la diabetes I y a la diabetes II, prácticamente, como dos enfermedades distintas. En la diabetes tipo I, o “*con tendencia a la cetosis*”, la secreción de insulina es mínima o nula, y es, justamente, la cetoacidosis su principal forma de comienzo. En la diabetes tipo II, o “*resistente a la cetosis*”, la producción de insulina se halla conservada pero existe una resistencia de ciertos tejidos al efecto de esta hormona; por tal motivo, la forma de comienzo es a través de las complicaciones crónicas de la enfermedad (retinopatía, nefropatía, etc.) (Garber y Owen, en Stein y colab., 1983).

Mientras que los diabéticos tipo II suelen ser obesos o tener sobrepeso, los diabéticos tipo I, suelen presentar una disminución del peso corporal. En los primeros, el tratamiento se apuntala, principalmente, en una dieta pobre en hidratos de carbono, a lo que puede sumarse, cuando es necesario, hipoglucemiantes orales y, raramente, insulina. En cambio en la diabetes tipo I, el tratamiento (el aporte exógeno de insulina, dado que los enfermos son insulino dependientes) debe adecuarse a la ingesta. Mientras que en la diabetes tipo II las complicaciones están en relación directa con la hiperglucemia, en la diabetes tipo I el riesgo más frecuente es, contrariamente, la hipoglucemia; desenlace dramático que, como la cetoacidosis, también puede llevar al coma y a la muerte (Ibíd.)³.

² “Diabetes infantil”, trabajo presentado por el Dr. Enrique Obstfeld y la Lic. Silvana O. de Aizenberg, en el Simposio 1999 de la Fundación Luis Chiozza.

³ Entre las diferencias genéticas, se observa que la diabetes tipo I tiene una concordancia del 50% en gemelos y se la considera ligada al HLA-D. La diabetes tipo II, presenta una concordancia del 90 al 100% en gemelos y no se asocia al HLA. Fisiopatológicamente, a

El hecho de que se trate de pacientes tan distintos, con distintos riesgos y distinto pronóstico, nos hace dudar de que sólo se trate de un mismo conflicto referido a distintos contextos (los bienes materiales en un caso y la identidad en el otro). La situación de un adulto obeso e hiperglucémico, que debe someterse a una dieta pobre en azúcares, parecería hallarse en el extremo opuesto del niño o joven magro, en permanente riesgo de hipoglucemia, que necesita alimentarse más, recibiendo para ello, el aporte de la insulina necesaria.

Quizás sería interesante considerar la idea de conflictos de signo opuesto; conflictos entramados de un modo análogo a como los conocemos en otras patologías que también suelen presentarse bajo formas polares, es decir, con una variedad hipo- y otra hiper-; por ejemplo, hipotensión e hipertensión, hipotiroidismo e hipertiroidismo u obesidad y emaciación.

Mientras que la medicina designa a estas formas polares, aludiendo a una cantidad o un gradiente según el cual lo que en una forma es un exceso en la otra es un déficit, en lo que hace a las fantasías específicas inconcientes, según lo esclarecido por las respectivas investigaciones, encontramos una idea implícita que se repite: las formas hiper-constituyen una suerte de defensa o formación reactiva frente a un conflicto que se expresa más directamente, "sin disfraces", en las formas hipo-. Como si la primera buscara, predominantemente, ocultar lo que la segunda intenta, sobretodo, mostrar.

Así, por ejemplo, sabemos que la hipertensión arterial es expresión de la deformación patosomática del sentimiento de indignación; el sujeto hipertenso, a través de dicha alteración, busca conservar su sensación de "fuerza" y magnanimidad, defendiéndose así del sentimiento de indignidad, más básico, que corresponde a la vivencia opuesta de sentirse pusilánime, débil y "digno de lástima". Cuando el sentimiento de indignidad, se expresa patosomáticamente, sin esa transformación

la diabetes tipo I se la considera una enfermedad autoinmunitaria en la que los mecanismos inmunopatológicos producen una profunda deficiencia de insulina. Si bien la diabetes tipo II, puede obedecer a muy variadas causas, las más comunes son la resistencia a la insulina y deficiencia relativa de insulina (Cotran, Kumar y Robbins, 1995).

reactiva que lo convierte en indignación, el trastorno resultante es la hipotensión arterial (Chiozza y col. 1993b [1992]).

Del mismo modo, quien padece hipertiroidismo sufre una aceleración de su metabolismo que equivale a un “apuro” que, fantásticamente, remeda una metamorfosis. Con este recurso el enfermo, frente a un miedo vivenciado como acoso, “haciendo del miedo coraje”, busca activamente, huir hacia delante. Es un modo de negar otro miedo más profundo que, pasivamente, lo dejaría paralizado. Este miedo pasivo, desfigurado patosomáticamente, adquiere expresión como hipotiroidismo: un enlentecimiento del metabolismo, homologable a procesos filogenéticos como la diapausa de los insectos o la neotenia que son el extremo opuesto a la metamorfosis (Chiozza y col. 1997c [1995]).

En la obesidad, el anormal y excesivo aumento de las reservas adiposas es la expresión patosomática de un sentimiento de “hiperpotencia energética” con el que el obeso busca defenderse de la vivencia opuesta, de impotencia. Un modo de ocultar la vivencia de “no saber cómo”, acumulando reservas, como si se tratara de “no tener con qué”. La expresión directa de este “no tener con qué”, se expresaría patosomáticamente, mediante una disminución del peso corporal normal (Chiozza y col. 1997e [1996]).

En síntesis, vemos que la hipertensión, el hipertiroidismo y la obesidad son la expresión patosomática de afectos que buscan negar vivencias de signo opuesto, las cuales vemos expresadas más “directamente” en la hipotensión, el hipotiroidismo y la emaciación. No es infrecuente que en las formas hiper-, estos mecanismos de negación fracasen. Son las crisis hipotensivas de algunos hipertensos, el hipotiroidismo como secuela del tratamiento del hipertiroidismo y la delgadez malsana resultado de las dietas en el obeso.

También en la investigación sobre la diabetes vemos descritas dos tipos de vivencias; aquellas que surgen de la identificación directa con el núcleo de fijación insulino-pancreático y aquellas otras que surgen, justamente, como una formación reactiva frente a ese núcleo de fijación (Chiozza y Obstfeld, 1991a [1990], pág.126). Las primeras condensan todo lo referente a una merma: la pobreza, la pusilanimidad y la insatisfacción. Las segundas, en cambio, disfrazan a las primeras de

exceso: la fanfarronería que aparenta riqueza, la dulzura empalagosa, y la sobreprotección culpógena.

El diabético tipo II, el que mejor se ajusta a la citada investigación, estaría más acorde con las formas hiper-. Se trata del pobre que se disfraza de rico; el hambriento que se disfraza de obeso y que con su fanfarronería encubre su irremediable insatisfacción. Aquel que, sobreprotector y edulcorado, intenta disimular la impropiedad sobre bienes a los que no está dispuesto a renunciar.

El diabético tipo I, en cambio, expresaría patosomáticamente la identificación directa con el núcleo insulino-pancreático. Más que intentar, como el diabético tipo II, negar la impropiedad de los bienes para no perderlos, expresaría esa misma impropiedad como carencia, como delgadez, como pobreza extrema. En él, la sumisión adquiere un carácter menos ambivalente ya que, como revela su absoluta dependencia de la insulina exógena, sus materializaciones se llevan a cabo con medios ajenos. Su carácter no es edulcorado sino que estaría impregnado de las cualidades de la cetoacidosis característica de esta enfermedad.

Otro aspecto que, seguramente, debería cobrar relevancia en una futura investigación, es el concerniente al componente autoinmunitario presente en esta enfermedad; el examen de este aspecto permitirá una mejor comprensión acerca del rol que la constitución de la propia identidad desempeña en el drama inconciente de la diabetes tipo I.

BIBLIOGRAFÍA

CHIOZZA, L. y OBSTFELD, E. (1991a [1990]) *"Psicoanálisis del trastorno diabético"*. En: Los afectos ocultos en... Psoriasis, asma, trastornos respiratorios, diabetes, trastornos óseos, cefaleas, accidentes cerebro vasculares, Luis Chiozza, Sergio Aizenberg, Gladys Baldino, Oscar Baldino, Dorrit Busch, Eduardo Dayen, Mirta Funosas, Susana Grinspon, Liliana Grus, Elsa Lanfri, Enrique Obstfeld, Roberto Salzman, Hilda Shupack. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991, pág. 106-131.

CHIOZZA, L.; BALDINO, O.; DAYEN, E.; OBSTFELD, E.; REPETTO, J. (1993b [1992]) *"El significado inconciente de la hipertensión arterial esencial"*. En: La transformación del afecto en enfermedad, hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad. Luis Chiozza, Oscar Baldino, Luis

Barbero, Domingo Boari, Dorrit Busch, Catalina Califano, Liliana Casali, Horacio Corniglio, Eduardo Dayen, Mirta Funosas, Ricardo Grus, Gladys Lacher, Elsa Lanfri, Enrique Obstfeld, María Pinto, Juan Repetto, Roberto Salzman, Hilda Schupack. (Segunda Edición) Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, pág. 31-63.

CHIOZZA, L.; BUSCH, D.; CORNIGLIO, H.; OBSTFELD, M.; PINTO, M. (1997d [1995]) *“Los significados inconcientes de la función tiroidea”*. En: Del Afecto a la afección. Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, pág. 167-212.

CHIOZZA, L.; BARBERO, L.; BUSCH, D.; CHIOZZA, G.; FUNOSAS, M. (1997e [1996]) *“Las fantasías adiposas en la obesidad”*. En: Del Afecto a la afección. Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, pág. 96-165.

COTRAN, R.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. (1995) *Patología estructural y funcional*. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1996 (primera re-impresión).

STEIN, J. Y COLABORADORES (1983) *Medicina Interna*. Salvat Editores, Barcelo, 1984.