



Atención y seguimiento terapéutico de la problemática individual y sociofamiliar en pacientes con dolor pélvico crónico

- Sara Y Fernández M., María Del Pilar Sánchez, Trabajadoras Sociales, Universidad Nacional. Clínica del Dolor IMI
- Dr. Pío Ivan Gómez S., MD, Profesor Asistente. Depto Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional, Coordinador Clínica de Dolor IMI.

Dentro de la evaluación integral de la paciente que consulta por dolor pélvico crónico (DPC) a la Clínica de Dolor del Instituto Materno Infantil (IMI), se hace además de la consulta psicológica, valoración por trabajo social, para analizar la problemática individual y sociofamiliar. Los objetivos del programa de trabajo social son: buscar si hay alguna causa que a nivel sociofamiliar pueda generar o agravar el DPC y abordarla terapéuticamente, como también rescatar la problemática de género de la consulta y fortalecer su posición al interior de su familia. Se encuentra que la población que asiste está entre los 21 y 55 años, con predominio del grupo 31-35; el estado civil, casadas es el más frecuente; con dos a cinco hijos y con una a dos experiencias abortivas. El tipo de vivienda más común es el inquilinato, con frecuente hacinamiento. En la estructura básica familiar son frecuentes: el padre ausente, el padrastro y el padre ocasional. Es frecuente el maltrato psicológico y/o físico hacia los hijos y hacia el interior mismo de la pareja. Hay temprana actividad sexual, a veces inducida u obligada con episodios traumáticos, con hijos no esperados o indeseados, con gran incidencia de dispareunia, displacer y anorgasmia, el dolor pélvico es la mejor excusa para manejar convenientemente el sexo con su compañero.

Se concluye que hay tendencia a repetir los esquemas de crianza; alta frecuencia de alcoholismo, violencia cotidiana, acoso sexual en las hijas, baja autoestima, dispareunia, anorgasmia, papel sumiso y pasivo frente a la sexualidad y deficiente nivel de comunicación intrafamiliar, requiriéndose intervención del grupo de trabajo social a este nivel, como pilar importante en el diagnóstico y tratamiento del DPC en la mujer.

INTRODUCCION

Este trabajo presenta una caracterización de las pacientes atendidas en el Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá, D.C., con respecto a la problemática sociofamiliar y el ejercicio de la sexualidad femenina de las mujeres populares consultantes en la Clínica del Dolor del IMI y la función de trabajo social en este programa con un modelo de intervención fundamentalmente terapéutico.

En la Clínica de Dolor, trabajo social, viene interviniendo desde mediados de 1989; inicialmente su

presencia fue parcial y esporádica, con eventuales acercamientos de la trabajadora social de planta, quien atendía casos especiales; en el segundo semestre de 1990 se vincula una trabajadora social al programa interviniendo a un grupo de ocho consultantes durante el semestre, desarrollando un modelo de atención y seguimiento terapéutico. Finalmente, en 1991 dos trabajadoras sociales se integran al programa participando en todo el proceso, desde la consulta inicial hasta el tratamiento y seguimiento del grupo de pacientes captado y así se ha venido trabajando hasta el momento.

El trabajo se desarrolla inicialmente en la consulta interdisciplinaria donde llegan las pacientes por primera vez para ser evaluadas por el equipo, de allí pasan a la consulta con las diferentes disciplinas, para valoración y tratamiento. El hecho de que todas las consultantes sean valoradas por cada disciplina pasando por psicología y trabajo social para analizar su problemática individual y socio-familiar, no quiere decir que ésta explique el origen o etiología del dolor; incluso hay pacientes cuyas relaciones sociofamiliares y características individuales se encuentran bajo parámetros normales y por lo tanto no explican su dolor. De 100 pacientes 30 a 40 no necesitan de la atención de trabajo social.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Rescatar la problemática de género de la consultante y fortalecer su posición al interior de su familia como alternativa terapéutica que le ayude a superar su dolor, para prescindir de él y poder expresarse y ser oída dentro de su entorno sociofamiliar.

Develar la causa-problema que a nivel sociofamiliar puede generar el dolor pélvico de la consultante y abordarla terapéuticamente en las actividades del programa.

Para presentar la información se hará una descripción detallada de los siguientes aspectos: caracterización de la población, familia de origen, familia actual, sexualidad y conclusiones del programa.

Cada uno se presentará de manera cualitativa, no numérica, pues consideramos que el modelo de atención aplicado no permite establecer claramente variables de investigación o estudio cuantitativo. Por el contrario, los aspectos abordados en las consultas revistieron gran complejidad y merecen ser abordados y analizados en detalle, demandando un acercamiento a los aspectos afectivos, emocionales y subjetivos de las pacientes atendidas.

Esta información contextualiza la dinámica socio-familiar y en últimas el ejercicio de la sexualidad de las pacientes, aspecto que, como veremos más adelante, es de vital importancia cuando de dolor pélvico crónico hablamos; nos acercaremos entonces a la realidad de estas mujeres que provienen de sectores populares y que consultan al IMI (1-5).

RESULTADOS

Caracterización de la población. La población que asiste a la Clínica de Dolor en el IMI es exclusivamente femenina, con edades entre los 21 y los 55 años. Presenta un estado civil que varía entre solteras, separadas, unión libre y casadas, siendo este último el más común.

De procedencia rural, la mayor parte de las pacientes residen actualmente en el área urbana, en barrios que pertenecían a la Regional 3, según la antigua zonificación de la Secretaría de Salud. La mayoría de ellas llegaron a la ciudad cuando tenían entre ocho y 12 años, desde niñas tuvieron que trabajar fundamentalmente en el servicio doméstico para aportar al sostenimiento familiar; aunque actualmente se dedican al cuidado de su hogar, dependiendo económicamente de su esposo o compañero, quien se ubica en el sector laboral de bienes y servicios, como subempleado o empleado, algunas veces en el sector informal sin acceso a la seguridad social.

Las pacientes refieren una escolaridad entre primaria básica incompleta a bachillerato completo, excepcionalmente se encuentra personas con formación técnica o universitaria.

Las familias son fundamentalmente nucleares; padres e hijos usualmente dos a cinco hijos, y se registran experiencias abortivas espontáneas; los hijos son jóvenes, mano de obra potencial, que califican su mano de obra con estudio y capacitación que los prepara para el mercado laboral.

El tipo de vivienda más común es el inquilinato y arriendo; es frecuente el hacinamiento, durmiendo la familia en un solo cuarto y en casos extremos la pareja con los hijos comparten la misma cama. Las pacientes madres solteras comparten su cama frecuentemente con su hijo o hija.

La figura padrastral o el compañero ocasional es común en los hogares de las pacientes, generando confusión en el manejo de roles y autoridad, pues esta figura no estructura de manera muy clara la interiorización de las reglas, llegando al extremo de la violencia de éstas, asumiendo actitudes autoritarias y de maltrato a los hijos de las uniones anteriores, además de acoso sexual por parte del padrastro o del compañero ocasional hacia los hijos e hijas de las pacientes, amparados en la promiscuidad en la que viven.

Familia de origen. Se denomina así al grupo familiar al cual pertenece la paciente (sus padres y hermanos) en cuya dinámica se pueden encontrar algunos antecedentes de dolor pélvico crónico que ella presenta.

La estructura básica de las familias de las pacientes es nuclear, con padre ausente, padrastro o "padre ocasional" y un promedio de ocho hermanos que comenzaron a trabajar desde muy pequeños para aportar económicamente al sustento del grupo con restringidas oportunidades de educación y capacitación que le permitan acceder a un mercado laboral estable con seguridad social. Ya adultos, los hermanos de las pacientes en general presentan cuadros familiares inestables, rupturas sucesivas, hijos de varias uniones y crisis de pareja resueltas volviendo a la casa materna, para relegar la crianza de los hijos a los abuelos.

La existencia de relaciones paralelas en las familias de las pacientes es frecuente, se presentó la convivencia con los hijos de otras uniones, ya sea por parte del padre o de la madre, que originó tensiones en las relaciones familiares y paterno-filiales, asignación de roles tradicionales, con claras diferencias sexistas limitando la posibilidad de proyección de las mujeres (destinadas y preparadas para el matrimonio, la crianza y el servicio doméstico) y ampliando la de los hombres (capacitación y educación para un trabajo asalariado, formal o informal).

Los padres de la paciente mantuvieron una comunicación violenta a nivel cotidiano, maltrato físico y psicológico que continuará en los hijos; se evidencia la presencia de alcoholismo en los padres de las pacientes. Las madres asumieron la autoridad cuando el compañero faltaba, con más rigidez y violencia.

Las pacientes refieren actualmente distanciamiento de sus padres tratando de evadir su maltrato y estrechando lazos afectivos con alguno de sus hermanos, por solidaridad y mantenimiento de las relaciones de parentesco básicas; sin embargo, como veremos más adelante, las pacientes reprodujeron al interior de su familia modelos de socialización autoritarios y violentos.

Familia actual. Se llama así al grupo familiar de la paciente, sus hijos y su compañero.

La paciente de la Clínica de Dolor ha tenido relaciones de pareja esporádicas; no hay mucha elaboración del afecto y la comunicación. Como han iniciado su vida sexual a muy temprana edad, algunas llegan a la unión de pareja estable como madres solteras, en busca de un compañero y de un padre para sus hijos, alguien que responda por ellas y las defienda (creencia arraigada desde la socialización y la asignación de roles en la crianza).

Los noviazgos son de corta duración, por lo general llegan al matrimonio por un embarazo no deseado o para compartir gastos de sostenimiento con la esperanza de mejorar su calidad de vida, haciendo clara distinción entre los hijos habidos dentro de la unión y los que no, determinando el nivel de comunicación, la calidad de afecto y el grado de maltrato dentro de los hijos ajenos.

Es frecuente encontrar maltrato físico y psicológico hacia los hijos y hacia el interior mismo de la pareja; parte de ello se presenta por insatisfacción sexual y deterioro de la relación entre la paciente y su compañero; nunca se ventilan este tipo de problemas, acumulando tensión de una y otra parte, colaborando con la aparición del dolor pélvico, que en el momento de acentuarse aumenta su irritabilidad frente al resto de familia.

La vivencia del dolor en un principio es traumática para la familia, la paciente se encierra y se torna irascible durante los días de mayor dolor, no permite ni admite nada que la perturbe, llegando a maltratar a sus hijos y a protegerse del dolor, aislándose sexualmente del compañero, quien en un principio ignora la situación.

Al verbalizarse la experiencia dolorosa la paciente experimenta la sensación de ser el centro de atención y con el paso de los años, la vivencia se torna indispensable para su acercamiento hacia los hijos y su pareja con quienes establece una profunda dependencia afectiva, temor al abandono e inseguridad hacia el futuro, aparentemente a causa del dolor. Lo

cierto es que la catarsis que hace la paciente con su dolor le permite rebelarse a su situación de ser pasivo y sumiso, de ahí que lo más difícil durante el tratamiento sea enfrentar la paciente a su dolor y llevarla a tomar decisiones de cambio.

Para el psicoanálisis, el dolor se considera como el goce de la paciente, considerando éste como el placer obtenido por las ganancias secundarias de padecer el dolor; la dificultad terapéutica desde esta perspectiva radica en que la paciente se resiste a renunciar a esas ganancias secundarias, ya que la única forma que conoce para obtenerlas es por medio de su dolor.

La transfiguración de la paciente ante el dolor es total; cuando la familia sabe que éste se presenta, evita propiciar el enojo de despertar la irascibilidad de la madre, quien durante esos días cambia sus hábitos y rutinas cotidianas, renuncia a trabajos permanentes o deja de trabajar, no sale, se encierra, se automedica, se deprime, llora y padece de insomnio.

Aunque el dolor es permanente, algunos días se hace persistente y según ellas insoportable, es en estos días cuando se altera el ambiente familiar, sin embargo, no todas reciben la misma atención, su compañero teniendo o no vínculo legal con ella la abandona y recurre a relaciones esporádicas o paralelas con otras mujeres para suplir su necesidad sexual.

Las uniones no se mantienen siempre estables, la figura paterna es ausente u ocasional, la crianza, socialización y asignación de roles de los hijos es asumida por la madre (la paciente) o los abuelos, con mucha más restricción hacia las hijas (prevención extrema hacia su sexo y cuidado celoso de su virginidad).

Se mantiene especial afecto hacia uno de los hijos, en actitud de alianza incondicional, que se consulta en su relación para enfrentar la oposición general en cualquier crisis familiar. Frente a la relación de pareja, cuando se presentan dificultades y la comunicación se deteriora, la paciente busca como compensación afectiva su maternidad, sus hijos, mientras que el compañero recurre a las relaciones paralelas y en último caso abandona a su pareja, evita el enfrentamiento con su compañera en temas sexuales, aspecto en el cual no permite intromisión alguna, él posee el saber, propone e innova, además teme no satisfacer a su compañera y prefiere evadirla e incluso abandonarla (fenómeno del temor a la mujer conocido como misoginia).

En su familia, la paciente recurre al dolor como interlocutor, es una mujer insegura, dependiente

afectiva, que nunca fue respaldada en sus proyectos, en sus fantasías; desde pequeña asumió un papel productivo para el grupo familiar, ahora lo hace con su hogar, con la frustración ante los sueños no realizados y aspiraciones sociales truncadas, la paciente tiene una autoestima y una autoimagen deteriorada, además de falta de confianza en sí misma para tomar decisiones. Todo ello impide que las pacientes asuman actitudes de cambio, dificultando su tratamiento, pues su mejor arma de expresión es su dolor. Incluso en el grupo terapéutico, cada una lucha por llamar más la atención y captar al terapeuta todo el tiempo, todas buscan su espacio propio donde expresarse, pero cuando lo hacen en el grupo, buscando concretar o consolidar en ellas tanto actitudes como aspiraciones de cambio, se estancan y se devuelven en su proceso, volviendo al principio.

Sexualidad. Se presenta en las pacientes una temprana actividad sexual, algunas veces inducida y otras obligadas como episodios traumáticos severos; a nivel general se registra bajo nivel de conocimiento sobre la genitalidad, su anatomía y su función en el ejercicio de la sexualidad.

Ante una sexualidad temprana y un relativo nivel de desinformación, la familia no tiene la oportunidad de ser planeada, llegando a tener hijos no esperados o indeseados por la pareja, quienes ejercen su paternidad de forma prematura.

Las relaciones sexuales de las pacientes no son placenteras en su mayoría, se presenta dispareunia y displacer, en especial cuando sostienen una relación sexual con presencia de dolor. Salvo una pocas excepciones, la mayoría de las pacientes manifiesta anorgasmia en la relación sexual. Es de tener presente que el proceso de crianza y construcción de la identidad sexual no le permitió asumir un papel activo y participativo en el ejercicio de su sexualidad.

Cuando niñas, las pacientes refieren una total reserva al interior de su familia frente a los temas sexuales, se negaba rotundamente este aspecto y algunas de sus manifestaciones, como el afecto y las caricias, generalmente se reservaba para el espacio privado de los padres. La restringida comunicación en la familia de origen generó hacia la sexualidad una actitud de inseguridad y vergüenza, pues asumirla en público generaba culpabilidad tanto en niños como en adultos, se prohibía el juego amoroso, las caricias, así fuera entre hermanos, padres e hijos o pareja. En las pacientes siempre se inculcó una actitud de total desconfianza frente al hombre, quien representa el peligro constante que siempre debería rechazar para evitar que la dañara.

Frente al hecho de ser mujeres las pacientes expresan su inconformidad, pues en su familia fueron vistas como carga por su baja productividad, el peligro del madresolterismo y el alto costo económico.

El elemento patriarcal predomina en las familias de las pacientes, ellas fueron educadas para permanecer en su casa, atender a sus hermanos y ayudar a la madre; más tarde lo haría con su esposo e hijos; los roles sexuales impuestos caracterizan al hombre como conquistador y a la mujer como conquistada, lo que le impide participar en el juego amoroso, las caricias, la propuesta de innovaciones, etc; construyéndose así una línea unidimensional sin intercambio ni interrelación alguna que permita construir la relación dentro de un plano más equitativo.

Frente al ejercicio concreto de la sexualidad de las pacientes ya se ha anotado la dispareunia y la anaorgasmia. Algunas pacientes son amantes de sus compañeros sosteniendo entonces una relación de amantazgo; ellos, ya casados, buscan una relación afectiva, como complemento de la legal, la cual nunca van a romper; estas relaciones llevan años e incluso ya hay hijos de la unión, pero su clandestinidad obliga a las pacientes a mantener su relación en secreto a nivel privado, impidiendo el desarrollo de relaciones fraternas, filiales y afectivas consolidadas o relativamente estables, el abandono de esta relación por parte de las pacientes es inconcebible pues ya han desarrollado una fuerte dependencia afectiva y una resignación frente a la dualidad e indecisión de su compañero.

La sexualidad como fuente de placer y necesidad natural es mirada con desconfianza; cuando hay actividad sexual constante en las pacientes, ésta es ejercida como objeto de manipulación del compañero a manera de costo beneficio, según los intereses de la paciente y el estado de la relación de pareja; el dolor pélvico es la mejor excusa para manejar convenientemente el sexo con su compañero. Deseo y pulsión no son asumidos naturalmente, le son ajenos y extraños a la paciente, si ellos se presentan son rechazados como algo anormal, por lo que genera una actitud de culpabilidad frente a ellos.

DISCUSION

Se concluye que en este grupo de mujeres con dolor pélvico crónico, se encuentra: tendencia a repetir esquemas de crianza y estructuras familiares, habiendo rasgos similares en tres generaciones: figuras de autoridad ausentes, padrastrismo y compañeros ocasionales. Presencia de alcoholismo, violencia cotidiana maltrato físico y psicológico, además de acoso sexual en las hijas por parte del padrastrito o de familiares y amigos cercanos.

Asignación de roles sexuales de tipo patriarcal que limitan las posibilidades de proyección en la mujer al espacio doméstico y amplían las del hombre con el acceso a la educación y a la capacitación para mejor trabajo remunerado, reproduciéndose entonces esquemas de maltrato y autoritarismo.

Débil confianza de las habilitaciones y potencialidades propias, baja autoestima y autoimagen en las pacientes quienes ven en su dolor la oportunidad de ser el centro de atención, asegurar el afecto y mantener el control del hogar; negándose a cambiar su situación y a tomar decisiones para el manejo de su dolor.

Frente a las relaciones de pareja, las pacientes no han experimentado satisfacción sexual, presentan

dispareunia y son anorgásmicas, su papel es pasivo y sumiso frente a la sexualidad, aspecto que desconocen incluso en su relación con la reproducción, pues los hijos que han tenido no han sido deseados.

Se encuentra deficiente nivel de comunicación intrafamiliar, la cual es de tipo funcional, limitándose al intercambio. Se altera la expresión del afecto y la estructura de la personalidad al igual que la identidad y el sentido de pertenencia al grupo. Se niega rotundamente la ventilación de temas íntimos referentes a la educación sexual, la sexualidad en sí o el simple reconocimiento de ésta como función natural y necesaria de todo ser humano.

REFERENCIAS

1. Instituto Ser. Aportes para la comprensión de la Sexualidad en Sectores Populares, Bogotá 1990.
2. Seminario Taller. La familia de Nuevo tipo en Colombia, Una mirada Integral, Medellín, Mayo de 1991.
3. Seminario de Práctica. Grupo 03. Profesor Edgar Malagón, Archivo de Historias Sociofamiliares. Bogotá 1990-1991.
4. Talcott Parsons. El Sistema Social. Bogotá: Alianza Editorial. 1979.
5. Grupo Mujer y Sociedad. Mito, Sexualidad e Identidad Femenina. Seminario II. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 1990.