



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

POSGRADO EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA  
Comunicación de la ciencia

**Grupos de Ayuda Mutua:  
evaluación de los procesos de comunicación de la ciencia  
en la prevención, manejo y cuidado de pacientes diabéticos**

TESIS

Que para optar por el grado de  
Maestra en Filosofía de la Ciencia

PRESENTA

Marcia Villanueva Lozano

Directora:

Dra. Laura del Carmen Vargas Parada  
Facultad de Ciencias, UNAM

Ciudad Universitaria, México

Noviembre de 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

En primera instancia quiero agradecer a Laura por guiarme magistralmente con su “modelo” de tutoría “híbrido”. Con ella aprendí a través de “técnicas verticales de transmisión de información”, mediante estrategias “contextualizadas” según mis aptitudes y defectos, y con métodos “participativos” que derivaron en la co-construcción de este trabajo. Además de la experiencia académica y la amistad, me llevo la ambición de algún día ser tan buena tutora como ella.

En segundo lugar, agradezco a la Unidad de Proyectos Especiales de Investigación Sociomédica de la Facultad de Medicina, donde siempre recibí apoyo y orientación para llevar a buen puerto este trabajo. En especial, le doy gracias a Malaquías por impulsarme a hacer estudios de posgrado y por su apoyo constante. Así mismo, agradezco a los demás lectores de mi tesis: Gloria Valek, por su empuje creativo y su entusiasmo perenne; León Olivé, por sus maravillosas clases y el interés en mi trabajo; y Elaine Reynoso, por sus comentarios que sin duda enriquecieron la tesis.

Igualmente, cabe agradecer al Posgrado de Filosofía de la Ciencia, incluyendo al personal administrativo, al Comité Académico y a mis profesores, así como a CONACYT por la beca que me brindó entre agosto de 2011 y julio de 2012. Agradezco también a la Secretaría de Salud por haberme apoyado para la realización de este proyecto de investigación y al centro de salud donde se llevó a cabo el trabajo de campo. Subrayo mi gratitud a las personas de carne y hueso que dieron vida a esta etnografía: a los médicos pasantes de servicio social, al personal de salud, a los miembros del Grupo de Ayuda Mutua y al doctor Lara Esqueda por concederme la entrevista.

Por último, a mi mamá, a Joaquín y a Rodrigo, muchas gracias por ser mi piedra de toque en la vida y mi red de soporte emocional, moral y material.

## Índice

Introducción.....	4
1. Un grupo que sirve de punta de lanza .....	17
2. Las clases están de maravilla.....	26
3. Lan-ger-hans.....	39
4. Nosotros también aprendemos de ustedes .....	49
5. Aunque sea sin torta de tamal.....	59
6. Nuestro costalito .....	72
7. Yo creo que sí funciona.....	82
8. Cada quien lo hace como quiere y puede .....	91
Síntesis, discusión y conclusiones .....	99
Síntesis.....	99
Discusión .....	102
Conclusiones.....	103
Anexo I. Marco teórico.....	105
Índice .....	105
Introducción.....	105
Antecedentes.....	106
Cambios demográficos y transformación epidemiológica .....	106
La diabetes mellitus en México .....	108
Estilos de vida saludables .....	110
Comunicación de la ciencia en el campo de la salud .....	112
Grupos de ayuda mutua en la educación para la salud .....	123
Grupos de Ayuda Mutua como estrategia de la SSA .....	124
Planteamiento del problema .....	130
Objetivos.....	131
Hipótesis .....	131
Metodología.....	132
Componente cualitativo .....	132
Componente cuantitativo .....	133
Aspectos éticos .....	133

Anexo II. Examen.....	135
Anexo III. Resúmenes .....	137
Generalidades de Diabetes Mellitus .....	137
Complicaciones crónicas DM.....	139
Anexo IV. Menús .....	140
Anexo V. Base de datos para el análisis cuantitativo .....	145
Referencias .....	163

## Introducción

«Diario me llegan consultas que voy historiando mentalmente. Consultas quizás “difíciles” porque se trata de un anciano de 94 años de edad con una sordera grave que impide tener cualquier tipo de comunicación verbal, o de una paciente analfabeta que trata de memorizar la dosis y el horario del medicamento con la simple imagen de la caja que contiene las grageas, o de una señora que insiste en no tomar la metformina porque el yerbero le recetó un licuado de *noni*<sup>1</sup> y uva para la diabetes. Sin embargo, no es dificultad lo que predomina en mi trabajo. Es la ignorancia, en cambio, la que abre un abismo entre mis pacientes y yo. Ese lo voy llenando con paciencia, con estrategias novedosas, con educación.

»El martes, el Jefe de Enseñanza de la Secretaría de Salud de Tabasco me dijo que para acercarse a los pacientes hay que respaldar con magia nuestras explicaciones:

»—Aquí la gente no entiende de argumentos científicos, siempre hay que darles razones místicas para que puedan respaldar sus creencias.

»Terminé preguntándome si la magia que ronda por Cacaos podría perderse al educar al pueblo con respaldos científicos. Tuve miedo y sentí un escalofrío que me recorrió todo el cuerpo. ¿No era mi objetivo educar a la paciente diabética para que dejara a un lado su licuado y tomara puntualmente la metformina? ¿No era ese acto igual de inhumano que catequizar a la indiada construyendo iglesias barrocas sobre sus templos prehispánicos? Una gran interrogante me rondó durante un par de horas: ¿cómo podré educar a la gente sin robarle un *shis*<sup>2</sup> de sus creencias mágicas?»  
(Villanueva, 2011; 35-36)

El origen de las inquietudes que me llevaron a realizar esta investigación se remonta a 2007, año en que hice el servicio social de la carrera de Medicina en Cacaos, una comunidad rural de 800 habitantes en Tabasco. Además de dar consultas médicas, entre las

---

<sup>1</sup> Fruta del tamaño de una papa, de color amarillo que se transforma a blanco al madurar, de sabor amargo y olor muy intenso; se consume en diferentes preparaciones por los usos medicinales que se le conocen.

<sup>2</sup> En lenguaje *choco* o tabasqueño, *shis* significa “trocito” o “residuo o asiento que queda de algún líquido”.

actividades a mi cargo estaba la impartición de pláticas sobre temas de ciencias de la salud para mujeres embarazadas, adolescentes, pacientes diabéticos, hipertensos y demás. Así fue como me enfrenté, por vez primera, a las dificultades que surgen al intentar comunicar conocimientos científicos a un público que no sólo desconoce las bases biomédicas de la enfermedad, sino que también tiene una *visión del mundo* muy diferente a la mía.

En México, los médicos pasantes de servicio social, coloquialmente llamados «pasantes», son estudiantes de medicina que ya cursaron todos los créditos de la carrera y ya aprobaron el examen profesional, pero que deben cumplir con doce meses de servicio social antes de obtener el título de la licenciatura y la cédula profesional. La Ley General de Salud indica que el servicio social deberá realizarse en las comunidades de menor desarrollo económico y social, por lo que la distribución de pasantes se realiza de manera prioritaria en el medio rural. Sin embargo, existen otros subprogramas que permiten que se lleve a cabo en el área metropolitana, en centros de salud urbano-marginales. En ambos casos, las actividades que llevan a cabo los pasantes se circunscriben a la atención primaria en salud (López et al, 2004).

En condiciones ideales, el principal objetivo de la atención primaria es mantener la salud y cuando esto no es posible, dar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. En caso necesario, desde este primer nivel de atención se refiere a los pacientes que requieren otros cuidados como consulta con especialistas, hospitalización u otros (ver Cuadro 1).

Para mantener la salud, la atención primaria comprende tareas de promoción de la salud y prevención de enfermedades en distintos momentos. La prevención primaria incide antes de que aparezca la enfermedad; incluye la comunicación para la salud, acciones de protección específica –como la vacunación– y la implementación de políticas públicas para modificar factores ambientales y sociales dañinos. La prevención secundaria y la terciaria se dan una vez que la enfermedad se ha asentado. La secundaria tiene el objetivo de diagnosticar y tratar a tiempo la enfermedad, mientras que la terciaria se da en casos en los que ésta no tiene cura, pero sí es posible limitar las incapacidades y rehabilitar al paciente. De acuerdo con Ratzan (2001), la comunicación para la salud en la prevención primaria responde a la pregunta: ¿cómo me mantengo sano?; en la prevención secundaria: ¿cómo puedo detectar tempranamente la enfermedad y tratarla apropiadamente?; y en la terciaria: ¿cómo puedo vivir mejor con mi enfermedad?

Cuadro 1. Niveles de atención médica					
NIVEL	COBERTURA	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FÍSICOS	EJEMPLO PARA LA ATENCIÓN DE UNA MUJER EMBARAZADA
	COMPLEJIDAD				
I	Máxima Mínima	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoción para la salud</li> <li>- Control de salud</li> <li>- Pesquisa de la enfermedad</li> <li>- Tratamiento para enfermedades sencillas</li> <li>- Derivación oportuna de casos a niveles de mayor complejidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico general o con especialidad en medicina familiar.</li> <li>- Personal de apoyo: médico epidemiólogo, odontólogo general, enfermera, nutriólogo, asistente social, psicólogo, etc.</li> </ul>	Consulta externa en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centros de salud</li> <li>- Consultorios médicos</li> <li>- Dispensarios</li> <li>- Unidades de medicina familiar</li> <li>- Establecimientos educativos</li> <li>- Centros de trabajo</li> <li>- Etc.</li> </ul>	Control prenatal para embarazo de bajo riesgo.
II	Intermedia Intermedia	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades que no pueden ser resueltas en el primer nivel de atención médica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos especialistas, dependiendo de las necesidades de la población (v.g. pediatría, medicina interna, ginecología, cirugía general, etc.).</li> <li>- Personal de apoyo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta externa.</li> <li>- Hospital general o regional que cuente por lo menos con:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Quirófano</li> <li>o Laboratorio</li> <li>o Imagenología (v.g. rayos X, ultrasonido, etc.)</li> <li>o Área de hospitalización</li> <li>o Urgencias 24hrs.</li> </ul> </li> </ul>	Control prenatal para embarazo de alto riesgo, como el de una adolescente, una madre añosa, una paciente con diabetes gestacional, etc.
III	Mínima Máxima	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades que no pueden ser resueltas en el segundo nivel de atención médica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos especialistas.</li> <li>- Personal de apoyo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta externa.</li> <li>- Hospital o unidad médica de alta especialidad que cuente con servicios de la tecnología más avanzada (v.g. resonador magnético, tomógrafo, etc.)</li> </ul>	Atención de complicaciones obstétricas, como preeclampsia-eclampsia.

Fuente: UNAM-Siglo XXI (2010)

La esperanza que brinda la prevención en cualquiera de sus niveles es atractiva a todas luces. Sin embargo, no fue hasta que en Cacaos vi en consulta a una niña de un año que había vomitado una lombriz y que atendí a media noche a una señora que tenía una fiebre de 40°C, la frente hirviendo y salpicada de gotas de sudor helado, pero sin datos de infección en garganta y sin dolor de panza, que me pregunté seriamente: ¿por qué estoy curando una infección intestinal, cuando podríamos haberla evitado simplemente lavándonos las manos y desinfectando las frutas y verduras?; ¿y si fuéramos capaces de prevenir realmente los brotes de dengue eliminando todos los cacharros con agua de los patios, donde se reproducen los mosquitos transmisores del virus? Así fue como la promesa de la prevención empezó a seducirme, al punto de cuestionarme cuál debía ser mi misión como médica.

A pesar de que en muchas regiones marginadas de México y el mundo las enfermedades infecciosas siguen siendo causas frecuentes de mortalidad, hoy en día los problemas de salud más importantes son las enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes, las alteraciones cardíacas y diversos tipos de cáncer. Esto se debe, por un lado, a que ahora contamos con vacunas y antibióticos que nos han permitido prevenir y curar muchas patologías contagiosas y, por otro, a que en el último siglo ha habido importantes reajustes en el estilo de vida, especialmente en la dieta y la actividad física. De frente a esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha asentado que la promoción de la salud a lo largo de toda la vida y la prevención de enfermedades son los componentes más importantes y la opción más viable para reducir la carga de mortalidad y discapacidad prematuras debidas a los padecimientos crónicos (OMS, 2000). Las autoridades sanitarias de México, por su parte, también han reconocido que la prevención y el control de las enfermedades crónicas constituyen una necesidad cada vez más apremiante (SSA, 2008).

Por todo lo anterior, decidí abordar en este trabajo el tema de la prevención del problema de salud más importante en nuestro país: la diabetes. Esta enfermedad encabeza las listas nacionales de causas de muerte desde el año 2000 y es la condición que produce, por sus complicaciones, más jubilación prematura, ceguera, falla renal, amputaciones no traumáticas y hospitalización, comprometiendo seriamente la calidad de vida de quien la padece. Esta afección, sin embargo, no sólo impacta a nivel individual, sino que también

representa una carga social de muy alto impacto: el 51% del gasto en diabetes proviene del bolsillo de los mexicanos (gasto privado), y el 49% restante (gasto público) representa alrededor del 20% del gasto público *total* en salud de México! La situación, ya de por sí alarmante, empeora cuando consideramos que la prevalencia de esta enfermedad va a la alza: algunos estudios han detectado un incremento en el número de diabéticos a nivel nacional de 25% a lo largo de 7 años (López y Puentes, 2011; Arredondo y De Icaza, 2010; Rull et al., 2005).

Durante el servicio social de la carrera de Medicina aprendí que, por lo general, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades se abordan a través programas institucionales previamente diseñados y dirigidos a grupos de personas que comparten un mismo padecimiento o alguna otra característica que afecte o limite sus condiciones de salud. Así que me dispuse a buscar un programa de esta naturaleza en las instituciones de salud de México. Rápidamente di con los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), una estrategia que implementó la Secretaría de Salud (SSA) en 1995 a través del Programa de Salud del Adulto y el Anciano, del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), para hacer frente a problemas de diabetes, hipertensión y obesidad.

En los GAM se estimula la adopción de estilos de vida saludables a través de sesiones educativas –donde se dan intercambios de experiencias entre los integrantes– y sesiones de actividad física. Los miembros de los GAM además llevan un plan de alimentación para control de peso y un plan de monitoreo y vigilancia de las complicaciones bajo estricta supervisión médica (Lara et al., 2004; SSA, 2006). Se ha reportado que los pacientes que forman parte de los GAM logran mayores beneficios en el control de su enfermedad, comparado con los que no forman parte de los mismos (SSA, 2008; Lara et al., 2004). En un estudio realizado en 2004 con base en indicadores metabólicos<sup>3</sup> se encontró que los diabéticos miembros de algún GAM tienen mejor control de su enfermedad (45%) que los que no pertenecen a ninguno de estos grupos (32%) (Lara et al., 2004).

Lo primero que hice con el hallazgo de los GAM fue hacer una revisión de la literatura disponible para ubicar el marco teórico desde el cual se habían conformado estos

---

<sup>3</sup> Nivel de glucosa en sangre en ayuno.

grupos. Encontré que los programas institucionales de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, incluidos los GAM, se articulan a través del concepto de educación para la salud, que Casas (2010) define como:

«la disciplina que estudia y desarrolla los procesos que permiten generar pautas de conducta individuales y colectivas favorables para la salud, a través de diferentes niveles de acción que van desde la transmisión de la información hasta la reflexión y participación conjunta de los integrantes de dicho proceso.»

Este tipo de enfoque me recordó lo que en el campo de la comunicación de la ciencia se conoce como educación no formal. Cooms y Ahmed (1974; citado en Catalá, 2000) dicen que esta última es un instrumento intermedio entre la educación formal y la divulgación de la ciencia, y comprende:

«toda actividad organizada, sistemática y educativa, realizada fuera del marco del sistema oficial para facilitar determinados tipos de aprendizaje a subgrupos particulares de la población.»

Inspirada por este par de definiciones, me planteé las primeras preguntas acerca de los GAM: ¿qué pautas de comportamiento intentaban desarrollar?, ¿cómo: por simple transmisión de información, por técnicas reflexivas, con participación?, ¿mediante qué organización? Gracias a una segunda revisión de información, pude ubicar a los GAM de la SSA en el ámbito de la prevención terciaria, es decir, se orientan a contestar la pregunta de ¿cómo puedo vivir mejor con mi enfermedad? Las técnicas utilizadas para dar respuesta a estas preguntas corresponden a estrategias didácticas compatibles con el marco de la educación para la salud. En toda la literatura disponible observé el mismo enfoque pedagógico afín a la noción de educación no formal. Tras una búsqueda exhaustiva, sólo encontré un trabajo –la aguja en el pajar– que cuestionaba estas bases. Se trataba de una investigación realizada por Cabrera et al (2004) en la cual se confrontaron un programa educativo tradicional y uno participativo. En la discusión acerca de sus resultados, los autores comentan que:

«La modalidad de la educación tiene inconvenientes y limitaciones, que en su mayoría se caracterizan por ser más informativos que formativos, donde se trata al educando como un objeto mediante una relación de tipo autoritaria [...] La educación participativa forma al diabético, convirtiéndolo en un ser más reflexivo y comprometido para mejorar sus condiciones de salud y de vida.» (Cabrera et al, 2004: 278)

Esta cita me hizo pensar que la aplicación de los modelos de comunicación científica propuestos por Lewenstein (2003) y modificados por Trench (2008), resumidos en el Cuadro 2, podría resultar muy provechosa para la comunicación de la salud. Busqué, pero no tuve éxito, algún reporte que abordara el tema de la educación diabética desde esta perspectiva. Los únicos que me arrojaron luz al respecto fueron Lee y Gavin, quienes apuntan que en comunicación de la salud se ha contrastado un “modelo médico” de transmisión de conocimientos del experto al paciente, con un “modelo educativo” que considera las percepciones y el entendimiento del público; el “modelo médico” es equiparable con el de déficit y el “modelo educativo”, con el de diálogo (Trench, 2008).

Llegado este punto, el camino que debía seguir resultaba evidente: tenía que determinar qué tipo de modelo de comunicación se empleaba en los GAM. Con esto ampliaría los referentes teóricos del campo de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y, además, abriría la posibilidad de que se implementen modelos alternativos a la tradicional educación para la salud, que adolece de las mismas críticas que recaen sobre los modelos de déficit y contextual. Sólo restaba establecer las técnicas metodológicas con las que conseguiría mi meta.

Bien dice el refrán que “del dicho al hecho hay un gran trecho”. Solicité orientación y autorización a la Secretaría de Salud y al final, un poco por azar y otro tanto por cercanía, elegí el GAM de un centro de salud comunitaria ubicado al sur de la Ciudad de México, donde me presenté como médica general y alumna de la Maestría en Filosofía de la Ciencia de la UNAM. Sin entrar en detalles que pudieran sesgar los resultados del estudio, expliqué que quería conocer cómo se comunica la ciencia en dicho GAM. Tanto el personal de salud como los pacientes del grupo accedieron de manera oral a formar parte de la investigación antes de que ésta iniciara. Asimismo, se solicitó permiso para hacer un registro fotográfico durante el periodo de estudio.

Modelo de comunicación base	Áreas públicas u objetos	Asociación filosófica e ideológica	Modelo de comunicación de la ciencia	Variantes del modelo	Orientación científica hacia el público
<b>Diseminación</b>		Cientificismo Tecnocracia Certidumbre	<b>Déficit</b>		Son ignorantes
Transmisión	Docencia			Defensa	Son hostiles
<i>Popularization</i>	Economía			Marketing	Pueden ser persuadidos
<i>One-way, one-time</i>	<i>Alfabetismo, habilidades</i>				
<b>Diálogo</b>		Pragmatismo Constructivismo Responsabilidad social	<b>Diálogo</b>	Contextual	Vemos sus diversas necesidades
Consulta	Consumo			Consulta	Descubrimos su perspectiva El público habla en <i>respuesta</i>
Negociación	Aprendizaje de políticas			Compromiso	Se responsabilizan del problema
<i>Two ways, interactivo</i>	<i>Aplicaciones</i>				
<b>Conversación</b>		Ciencia cívica Reflexividad Relativismo (pluralismo) Incertidumbre	<b>Participación</b>		Tanto ellos como nosotros moldeamos el problema; todos contribuimos
Interpretación	Cultura democrática			Deliberación	La agenda se asienta por ellos y por nosotros.
<i>Multidireccional, final abierto</i>	<i>Implicaciones, significados</i>			Crítica	Todos negociamos los significados

Cuadro 2. Modelos de comunicación científica: intracción de las propuestas de Lewenstein (2003) y Trench (2008)

No sobra repetir que este trabajo representa los primeros pasos a través de los cuales la comunicación de la diabetes se adentra en el mundo más amplio de la comunicación de la ciencia (Lewenstein, 2003; Trench, 2008). A partir de este estudio podrán realizarse nuevos trabajos que superen las limitaciones del presente, a saber, que contempla un solo GAM con características propias y únicas que no permiten establecer conclusiones generales.

El objetivo general que fue diagnosticar el modelo de comunicación científica que se emplea para estimular la adopción de estilos de vida saludables en el GAM en estudio. Los objetivos específicos fueron: 1) recabar la información necesaria para describir detalladamente la estrategia de comunicación científica empleada en el GAM en cuestión; 2) valorar la eficacia de dicha estrategia comparando los indicadores de control de los pacientes que pertenecen al GAM contra los indicadores de los diabéticos que reciben atención médica en el mismo centro de salud, pero no forman parte del grupo y 3) presentar un producto escrito con base en la investigación<sup>4</sup> (el presente trabajo).

Dado que los GAM están enmarcados dentro de la educación para la salud, se partió de la hipótesis de que en el GAM en estudio se emplea un modelo de déficit para comunicar los conocimientos científicos relacionados con la recomendación de adoptar estilos de vida saludables. En consecuencia, su efectividad sobre los indicadores de control y la opinión de los miembros del grupo serán negativas.

Para cumplir con los objetivos y contrastar la hipótesis se requirieron componentes metodológicos: uno cualitativo y otro cuantitativo. Con el primero de ellos se dio lugar al contexto local, los determinantes no biomédicos de la diabetes y las personas de carne y hueso involucradas en los procesos de comunicación estudiados; esto se consiguió a través de observaciones de campo y entrevistas semiestructuradas (individuales y grupos focales) a los participantes (pacientes y personal de salud) del GAM en estudio, tomando como referencia a Kerlinger y Lee (2002). El componente cuantitativo, por su parte, permitió evaluar la efectividad de las estrategias comunicativas empleadas en dicho GAM. A través del estudio de los datos registrados en los reportes que el Centro de Salud entrega a la Jurisdicción Sanitaria, comparé un indicador de control metabólico (hemoglobina

---

<sup>4</sup> En un inicio, se planeó presentar los resultados del estudio cualitativo mediante un producto periodístico en formato de reportaje, utilizando una narrativa basada en géneros periodísticos como crónica y entrevista, entre otros. Pero una vez concluida la etapa de trabajo de campo, debido a la riqueza de los hallazgos se decidió presentarlos con el formato de una etnografía.

glucosilada) entre miembros del GAM y otros pacientes diabéticos del Centro de Salud que no acuden a las actividades del grupo.

El trabajo de campo duró 6 meses, de febrero a julio de 2012. Durante este periodo acudí por lo menos una vez a la semana a observar las sesiones teóricas del GAM, de aproximadamente una hora de duración, con el fin de recabar la mayor información posible para estudiar el proceso de comunicación de la ciencia. En contadas ocasiones también fui a ver alguna sesión de actividad física. Para registrar lo que observaba, hice uso de dos herramientas fundamentales: un diario de campo y un registro fotográfico.

Entre julio y octubre del mismo año, entrevisté individualmente al personal de salud más involucrado con el GAM. En agosto del mismo año, se llevaron a cabo un par de grupos focales para dar voz a los pacientes. Cada una de las entrevistas (individuales y grupales) fue grabada en su totalidad y transcrita para su análisis. Al inicio de cada entrevista se solicitó el consentimiento informado verbal de cada participante. Con el fin de proteger la identidad y la privacidad de los participantes (Grinyer, 2002), asigné pseudónimos para todos, excepto para el doctor Agustín Lara Esqueda, a quien entrevisté vía correo electrónico por haber sido director del Programa del Adulto y el Anciano, del CENAVECE de la SSA en el sexenio de 2001-2006. Un artículo publicado por él (Lara et al, 2004) fue fundamental para el desarrollo de esta investigación.

El trabajo de gabinete empezó con la redacción del Marco Teórico del trabajo (Anexo I), lo que permitió dotar de una narrativa a la etnografía. Con la lectura minuciosa del diario de campo y de la transcripción de las entrevistas, la idea acabó de cuajar.

En el primer capítulo, “Un grupo que sirve de punta de lanza”, me detengo a contar la historia del GAM en estudio. En el camino, van quedado expuestos los detalles acerca de su estructura y su funcionamiento durante el periodo de observación, es decir, de febrero a julio de 2012.

En el segundo capítulo, “Las clases están de maravilla”, describo el ambiente en el que se dan las sesiones educativas y la agenda de comunicación planteada para las mismas.

El tercero, “Lan-ger-hans”, se ocupa del tipo de mensajes que predominan en las sesiones educativas y la consideración del contexto en el que se emiten y del público al que están dirigidos.

El cuarto capítulo, “Nosotros también aprendemos de ustedes”, está dedicado a hablar sobre la participación de los pacientes en el GAM y sobre direcciones de transmisión de información distintas a las previamente descritas.

El quinto capítulo, “Aunque sea sin torta de tamal”, tiene como finalidad dejar en claro cuáles son los objetivos de este programa de la Secretaría de Salud y los fines que persiguen los participantes del grupo.

En el sexto capítulo, “Nuestro costalito”, se pone énfasis en otras estrategias que ayudan a estimular los estilos de vida saludables, como las sesiones de ejercicios y el apoyo emocional.

El séptimo capítulo, “Yo creo que sí funciona”, trata acerca de la efectividad del programa en este estudio de caso en particular. Aquí se incluye el componente cuantitativo de la investigación.

El octavo capítulo, “Cada quien lo hace como quiere y puede”, es en realidad un corolario. En él presento la transcripción casi literal de la última entrevista que realicé a principios de noviembre de 2012 a la nueva médica pasante de servicio social que llegó a hacerse cargo del GAM.

Finalmente, presento una sección de síntesis y conclusiones donde analizo muy brevemente la información recabada con base en los componentes del siguiente cuadro:

**Cuadro 3. Componentes para definir el modelo de comunicación del estudio de caso**

<b>Componente</b>	<b>Modelo de déficit</b>	<b>Modelo de diálogo</b>	<b>Modelo participativo</b>
Transmisión de la información	Lineal y unidireccional (experto → público)	Lineal y bidireccional (experto ↔ público)	Red multidireccional
Propósito de la comunicación	Planteado por los expertos	Planteado por los expertos	Sin propósito predeterminado ni medible
Mensajes	Técnicos y especializados para informar al público	Relevantes para persuadir al público	De diversas naturalezas, depende de los participantes

Consideración del contexto del público	No siempre	Siempre se considera el contexto del público y sus necesidades	Se considera el contexto de <i>todos</i> los grupos involucrados (expertos, representantes, ciudadanos, etc.)
Participación del público	Nula	Retroalimentan a los expertos	Participación, compromiso y responsabilidad equiparable entre <i>todos</i> los participantes
Ambiente	Docencia Alfabetización científica Marketing	Consulta Negociación Compromiso Aplicaciones	Democrático Interpretativo Deliberativo Crítica
Agenda de la comunicación científica	Asentada por los expertos	Asentada por los expertos	Asentada por todos los participantes

Además, este documento cuenta con seis anexos:

- Anexo I: Marco teórico
- Anexo II: Examen
- Anexo III: Resúmenes
- Anexo IV: Menús
- Anexo V: Base de datos para el análisis cuantitativo
- Anexo VI: CD con registro fotográfico

Por último, antes de dar inicio al cuerpo del trabajo, se presenta el Cuadro 4 para facilitar la lectura de la etnografía.

**Cuadro 4. Pseudónimos del personal de salud del Centro de Salud del GAM estudiado**

<b>Pseudónimo</b>	<b>Nombramiento</b>
Mari	Trabajadora social
Doctora Lola	Directora del Centro de Salud
Doctor Benítez	Coordinador de la Clínica de Diabetes
Nancy	Odontóloga
Lety	Nutrióloga
Doctroa Guzmán	Jefa de Atención Médica (1)
Doctora Ruíz	Jefa de Atención Médica (2)
Doctora Rodríguez	Médica tratante del Centro de Salud
Médico Pasante de Servicio Social	Raúl
Médico Pasante de Servicio Social	Octavio
Médica Pasante de Servicio Social	Alicia

## 1. Un grupo que sirve de punta de lanza

Todas las historias tienen un comienzo incierto y la historia del Grupo de Ayuda Mutua (GAM) que me dispongo a contar no es la excepción. Hay pacientes que refieren que vienen a las pláticas para diabéticos desde hace más de diez años; Mari, la trabajadora social que se encarga de organizar buena parte de las actividades del grupo, dice que desde que ella llegó al centro de salud hace 18 años ya se daban reuniones de este tipo; la doctora Lola, directora del centro de salud, ubica el inicio del GAM en marzo de 2011, porque fue a partir de esa fecha que empezaron a darle un enfoque de «tratamiento integral» para el paciente diabético, es decir, comenzaron a llevar un registro y a darle seguimiento a los indicadores de control de la enfermedad (estudios de laboratorio y peso de los pacientes).

No todos los pacientes diabéticos que se atienden en el centro de salud forman parte del GAM. Por el contrario, la doctora Lola me explica que:

«Tenemos un total de 210-230 pacientes diabéticos en todo el centro de salud. La Clínica [de Diabetes] debe atender a todos esos 230. Pero tiene que preparar a un grupo de 30 personas de darle un seguimiento continuo, cada mes y cada tres meses, porque es un grupo que sirve de punta de lanza [y ese es el GAM]»

La Clínica de Diabetes a la que se refiere la doctora Lola se inauguró en 2010 y está conformada por un grupo multidisciplinario que incluye un médico (el doctor Benítez), una trabajadora social (Mari), una dentista (Nancy), una nutrióloga (Lety) y personal de enfermería. Todos ellos, en conjunto, atienden a los pacientes diabéticos del centro de salud y, por nombramiento, deberían estar involucrados en las actividades del GAM. Sin embargo, cuando empecé el trabajo de campo, observé que quienes realmente se encargaban del GAM eran Mari, la doctora Guzmán, Raúl, Octavio y Alicia. La doctora Guzmán llevaba la batuta y los demás seguían el compás que ella marcaba. Formaban una orquesta muy bien organizada y presumían con orgullo sus melodías.

La doctora Guzmán ocupaba el puesto de Jefa de Atención Médica del centro de salud, lo que implicaba, según la doctora Lola, «empaparse de todos los problemas que amerita la atención médica, toda el área de consultorios, de dental, de enfermería, etcétera».

Raúl, Alicia y Ricardo eran «pasantes» que iniciaron el servicio social en este centro de salud en agosto de 2011. Ellos cinco organizaban y ejecutaban las actividades del GAM independientes a la consulta, es decir, las sesiones educativas y las sesiones de actividad física.

Hasta la fecha, las sesiones educativas se imparten todos los martes entre las 9 y las 10 de la mañana. Durante el periodo de estudio tuvieron una audiencia voluntaria de 28 pacientes en promedio, lo que coincide a grandes rasgos con los registros oficiales. De acuerdo con éstos, el GAM tiene 30 miembros, cuyas edades varían entre los 37 y los 81 años, con un promedio de 57 años. Existe un marcado predominio del sexo femenino en el grupo, pues cuenta con 3 hombres (10%) y 27 mujeres (90%)<sup>5</sup>. Las sesiones de actividad física se dan los lunes, miércoles y viernes de 8 a 9 am, y a ellas acuden entre 10 y 18 señoras.

Es importante hacer notar que no todas las personas que acuden a las sesiones son diabéticas<sup>6</sup>. Por ejemplo, Carmelita y Conchi, dos de las asistentes más activas, padecen de hipertensión arterial, pero no de diabetes; a Azucena frecuentemente la acompaña su hija sana de 18 años; y también tenemos el caso de otra señora que nos cuenta:

«Yo no soy diabética. Yo vengo acompañando a mi hija. [El grupo] me ha ayudado un poco para entender el problema que ella tiene, y más que nada para jalarle las orejas porque luego come cosas que no.»

Ante los ojos de cualquiera, el GAM era todo un éxito y contaba con una organización impecable. Pero esto no siempre había sido así. Cuando la doctora Guzmán llegó a trabajar al centro de salud a principios de 2011, encontró que sólo cuatro personas acudían a las pláticas para diabéticos. En sus propias palabras:

---

<sup>5</sup> La predominancia de mujeres en los GAM ya ha sido previamente señalada por otros autores (Lara et al, 2004). No obstante que esto puede explicarse con aspectos de género, la predominancia de mujeres en los GAM debe guardar una estrecha relación con el hecho de que, en comparación con los hombres, las mujeres mexicanas utilizan más los servicios de salud de la Secretaría de Salud (Valencia y Bertozzi, 2006; Arreola et al, 2003).

<sup>6</sup> El modelo operativo para el **Programa de acción específico 2007-2008. Diabetes Mellitus** incluye la “alfabetización sobre diabetes para personas con diabetes y sus familiares”, así como para población de riesgo y la comunidad en general (SSA, 2008: 54, 63). Con respecto al tipo de integrantes de los GAM, el doctor Lara Esqueda reconoció en una entrevista (Lara, 2004) que no se ha conseguido la incorporación de familiares a los grupos de manera significativa.

«Llego, veo poquitos, empiezo a aplicar lo que ya sabía. Lo más difícil fue conquistar al personal de ahí [...] Estaban unas [médicas] pasantes [de servicio social] que ya llevaban 3 ó 4 meses [en el centro de salud] antes de que yo llegara, y ahí el proceso consistía en que ellas daban el tema y bla bla bla, y la gente no se atrevía a preguntar [...] Yo empecé a meter la mano, a decir aquí hay una imprecisión, a mejorar, a preguntar “¿alguien quiere comentar alguna experiencia sobre esto que están diciendo?” Me tardé dos meses en conquistar a las pasantes, en demostrarles que yo sabía de lo que estaba hablando.»

Mari, la trabajadora social, reconoce que a partir de esas intervenciones por parte de la doctora Guzmán, el GAM empezó a atraer más pacientes. La doctora Lola también atribuye a su esfuerzo el arranque del grupo:

«Ella [la doctora Guzmán] estuvo apoyando mucho el Grupo de Ayuda Mutua de diabetes. Es [por eso] precisamente que volvimos a reiniciar el grupo que llevaban las doctoras pasantes, porque [antes] no cumplían con todos los indicadores como nos lo pedían desde nivel central, con todos los indicadores de metas de tratamiento. Las conocían, mas no las aplicaban. Ella llegó para reforzar y apoyar al doctor Benítez [...] Realmente a ella le fascinó más y se involucró de lleno.»

Cuando Raúl, Alicia y Ricardo llegaron al centro de salud en agosto de 2011 para hacer su servicio social, la doctora Guzmán ya llevaba cinco meses orquestando el GAM y otros grupos a los que también se les dan pláticas, como el de estimulación temprana. Ella fue quien invitó a los pasantes a integrarse en las actividades de estos grupos. Raúl eligió quedarse a cargo del GAM, mientras que Alicia se fue con el grupo de estimulación temprana, pero expresó su voluntad por apoyar a Raúl porque, dijo, «me fascina dar clases». A Octavio, por el contrario, le asignaron otro tipo de actividades del centro de salud; no fue hasta enero de 2012 que se integró en forma al GAM, aunque a él le hubiera gustado involucrarse desde el principio de su servicio social:

« A mí desde antes me interesaba bastante porque me gusta la endocrinología, es una de las especialidades que estoy viendo si estudio. Entonces siempre tuve interés de trabajar con el grupo de diabéticos.»

En contraste, Raúl me cuenta que eligió el grupo de diabéticos porque «la verdad, los demás no me llamaban nada». Esperaba que al elegir éste, también se le asignara la tarea de dar consulta a los pacientes, «pero no, exclusivamente las actividades del GAM». Raúl se quedó con la responsabilidad de coordinar las sesiones educativas –que generalmente imparten él, Alicia u Octavio–, dirigir las sesiones de actividad física y programar la toma mensual de muestras de laboratorio para los integrantes del grupo. La doctora Guzmán lo apoyaba en estas tareas, ella «estaba supervisando, no daba sesiones, nomás estaba al pendiente o traía invitados, que si una psicóloga para que les hablara de química del sueño». Entre ellos dos coordinaban las actividades del GAM, responsabilidad que en realidad no les correspondía, pues según me explica Raúl:

«Se supone, según las guías de qué es el Grupo de Ayuda Mutua a nivel de la Jurisdicción, ahí el objetivo es que los mismos pacientes deberían de hacerse cargo del GAM, el presidente [del GAM]<sup>7</sup>, ellos son los que tienen que organizar, se supone, las actividades. Aquí nosotros lo hacemos, pero en sí un GAM, todo lo manejan ellos, los mismos pacientes, según el manualito ese [...] También se supone que el médico encargado [del grupo] es el doctor Benítez. Él es el encargado de la Clínica de Diabetes, él ve a todos los pacientes diabéticos del centro de salud, pero muy rara vez va al grupo como tal. Los pacientes saben que él es el encargado [...] pero no está al tanto.»

Las guías a las que se refiere Raúl están archivadas en una carpeta que Mari administra. A principios de septiembre de 2012 revisé el contenido de esa carpeta y encontré: el “Acta constitutiva” del grupo con fecha del 6 de marzo de 2012; copias de una presentación de power point en la que se explica qué son las Clínicas de Diabetes y que los GAM sirven de apoyo para ellas; el censo de pacientes de la Clínica de Diabetes de 2011, con un total de 197 personas; el directorio de los integrantes del GAM; las hojas de reporte

---

<sup>7</sup> Ver Figura 1 (p.22)

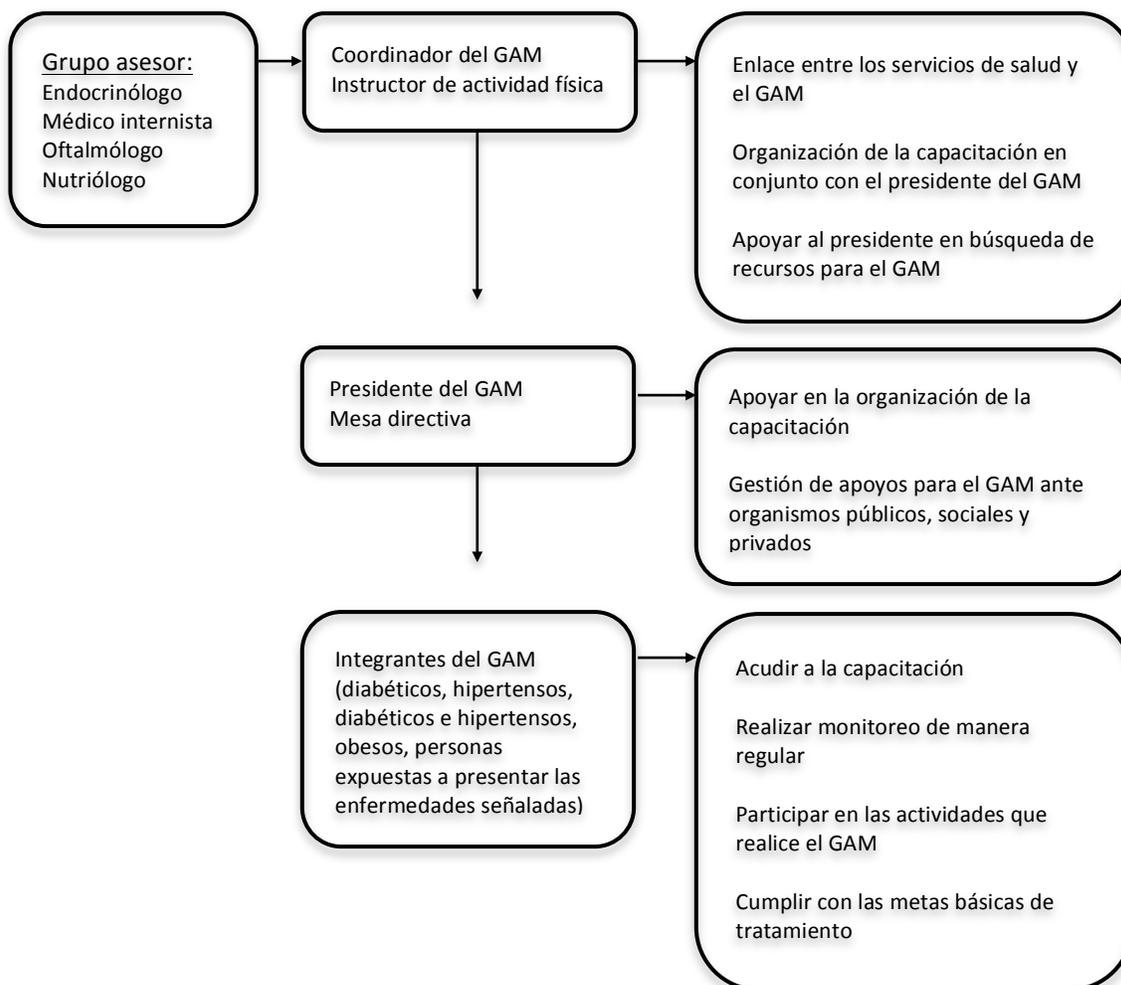
de actividades (sesiones educativas) y las listas de asistencia a las mismas; las listas de asistencia a las sesiones de actividad física; los formatos de la SSA llamados “Registro mensual de metas de tratamiento y seguimiento de complicaciones” en los que se anota un conjunto de datos de cada integrante del grupo, como peso, presión arterial, resultados de laboratorio (glucosa, hemoglobina glucosilada, colesterol, triglicéridos, etc.), sus diagnósticos, el tratamiento farmacológico, entre otros; la *Guía de práctica clínica de Diabetes Mellitus* publicada por la SSA en 2006 y algunas guías sobre los GAM (la más vieja es una edición de 1998 y la más reciente, de 2006).

De acuerdo con las guías sobre los GAM, éstos se definen como «la organización de los propios pacientes que, bajo supervisión médica y el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la instrucción del autocuidado de la diabetes y la hipertensión arterial» (SSA, 1998: 1), y deben organizarse como lo muestra la figura 1. Obtuve esta figura de una publicación del doctor Agustín Lara Esqueda (Lara et al, 2004), quien fuera director del Programa del Adulto y el Anciano, del CENAVECE de la SSA, en el sexenio de 2001-2006. En la entrevista que le realicé, me explicó que el coordinador del grupo, nombramiento que ocupa el doctor Benítez:

«es un enlace entre los integrantes [del GAM] y los servicios de salud, el cual debe detectar dudas, inquietudes y expectativas de los mismos. En caso de haber una necesidad de intervención por un especialista, el Coordinador del Programa Jurisdiccional gestionará esta participación. También le corresponde la solicitud de los insumos para llevar a cabo todas actividades en las sesiones programadas. Estos insumos pueden ser didácticos, reactivos, equipo y documentos específicos de registro.»

De acuerdo con las últimas ediciones de la *Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes* (SSA, 2006), al coordinador del GAM también le corresponde impartir las sesiones educativas. Según me explica el doctor Lara, esta labor debe realizarla junto con «personal capacitado en la materia: nutriólogo, internista, psicólogo». Pero, como hemos visto, en el GAM en estudio los pasantes son quienes imparten las pláticas. La doctora Lola dice que éste es el enfoque que ha promovido la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece el centro de salud:

**Figura 1. Organización de Grupos de Ayuda Mutua (GAM)**



Fuente: Secretaría de Salud de México, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Guía Técnica para el Funcionamiento de Clubes de Diabéticos. México, 1998 (citado en Lara et al., 2004).

«Tenemos que reconocer que ellos [los pasantes] están a la vanguardia de todos los padecimientos, traen conocimientos frescos y tenemos que romper ese paradigma de que nosotros [los médicos titulados] sí tenemos la experiencia y tenemos el conocimiento, pero es verdad que llegado un determinado tiempo, nos encartonamos. Y ellos llegan, además de que son jóvenes, con ese ánimo de inyectarle al adulto mayor esa chispa de vida desde el ejercicio, que se meten y proponen y eso... Y aparte porque vienen muy comprometidos. Tú los pones donde los pongas, y te cumplen, porque vienen con ansias de aprender [...] Todas las unidades de salud

tienen ese enfoque [...] Aparte hay un [antecedente] histórico como de unos 3 años que hubo un pasante sobrino de [un médico renombrado] en [otro centro de salud de la misma Jurisdicción Sanitaria]. Y él, su proyecto fue la formación de un grupo de ayuda mutua como tal y él se dio a la tarea de reunir, de sacar, de hacer un censo en el centro de salud [...] Esa clínica fue el pilotaje de la Jurisdicción, hace como tres años [...] Y en base a eso se retoma en los demás centros de salud, y bueno, dijeron “[que den las sesiones educativas] los pasantes”».

Así que desde un inicio y aparentemente por indicaciones de la Jurisdicción Sanitaria, los pasantes tuvieron a su cargo la impartición de pláticas para el grupo de diabéticos, a pesar de que nunca recibieron capacitación alguna para llevar a cabo estas actividades<sup>8</sup>. Por su parte, ellos asumieron la responsabilidad sin chistar porque, como dice Raúl, «así nos explicaron que se hacía cuando llegamos [...] y así también lo manejaron las otras pasantes» que estuvieron antes que ellos. Octavio concuerda:

«La verdad es que nos encuadramos a lo que ya estaba. La doctora Guzmán nos dijo “da clase de esto”... Imagínate que mi primera clase fue de nefropatía diabética. Yo dije “¿cómo les voy a hablar de nefropatía diabética?”. Y sí, llegué así como “¿qué les voy a decir?”»

Los miembros del GAM también han aceptado de buena gana que los pasantes den las pláticas, porque «éstos son jovencitos y aún no están maleados», según una señora de 69 años de edad. No les molesta que esto implique que cada año cambien los instructores; por el contrario, un señor de 60 años opina que «es bueno [que cambien] porque nos van dando un punto de vista diferente uno de otro. Así fuera el mismo programa, pero de una persona a otra cambia».

---

<sup>8</sup> La *Guía técnica para el funcionamiento de los clubes de diabéticos* (SSA, 1998) menciona que el coordinador del grupo debe recibir una capacitación sobre la promoción y operación del mismo. Ver p. 32 del presente documento para ahondar en el tema de la capacitación del personal de salud de los GAM.

De todas formas, Mari y la doctora Guzmán quisieran que eventualmente el grupo se hiciera «autogestor». La doctora Guzmán considera que uno de los aspectos negativos del GAM es que «no se cuenta con el apoyo real del único médico tratante que hay ahí», refiriéndose al doctor Benítez. A Raúl también le gustaría que él «se involucrara más, que estuviera en las sesiones y de repente diera algún tema y escuchara lo que sus pacientes necesitan, eso también los impulsaría».

En este sentido, la doctora Lola comentó que «no es tan fácil que los doctores quieran ver a los pacientes diabéticos más allá de lo clínico». Benítez «no se compromete», pero sigue con el nombramiento de coordinador del GAM «porque ninguno de los otros médicos quiere llevar el grupo, ese es el gran problema». En un tono de desesperación, Lola termina por confesarse conmigo:

«No te creas, no es nada fácil. Porque también los pacientes no están a gusto con Benítez, pero no tengo tela de donde cortar. Ya lo abrimos, ya los invitamos a los compañeros médicos y nada... [...] Y déjame decirte que así estamos todos [los centros de salud]. El problema es que están divididos: Benítez no es líder ni dirige. La que liderea es Mari [...] Es como un círculo vicioso»

Cuando entrevisté al doctor Benítez, casi el final del periodo de trabajo de campo, esto fue lo que sucedió:

Yo: ¿Cuáles son sus responsabilidades con el GAM?

Él: Nada más encaminarlos a su bienestar y la atención en el aspecto de lo que es la consulta médica.

Yo: ¿Usted es el responsable de las pláticas que se dan los martes?

Él: No

Yo: ¿Quién es el responsable?

Él: Es que es variado, puede ser trabajo social, puede ser dental, puede ser el servicio de psicología... Y bueno, en el aspecto médico, los pasantes son los que más se enfocan a lo que son las pláticas.

Yo: Entonces, ¿no hay en la clínica un designado como tal para hacerse cargo de dirigir y orientar a los pasantes para dar las pláticas de los martes?

Él: Sí, sí lo hay.

Yo: ¿Quién es?

Él: Podemos decir que es el coordinador médico del centro de salud [puesto que no existe].

Yo: ¿Y quién es el coordinador médico del centro de salud?

Él: Mmm... la doctora Ruíz.

Debido a problemas de salud, la doctora Guzmán presentó su renuncia el 11 de abril de 2012, poco después de cumplir un año al frente del GAM. La doctora Ruíz es la nueva Jefa de Atención Médica y ella no ha asumido responsabilidad alguna con el grupo. Los tres pasantes fueron quienes tomaron por iniciativa propia el control del GAM. Octavio me dice:

«Una vez que se fue [la doctora Guzmán] los tres tomamos el compromiso de sacar adelante al grupo, planear las clases, teníamos nuestro calendario de quién va a dar qué. Antes nada más nos decían “tal día te toca dar la clase”, y cuando se fue nos empezamos a involucrar más con los laboratorios y demás.»

A principios de agosto de 2012 culminó mi trabajo de campo y Octavio, Raúl y Alicia terminaron su servicio social. Para ese momento, no habían llegado nuevos pasantes y a los que se iban les preocupaba que no hubiera quién tomara ahora la batuta y entonara las melodías que ellos habían conseguido reproducir, a veces un poco desafinados, a veces como concertistas experimentados. Raúl pensaba que «tal vez podrían encargarse las trabajadoras sociales, o los mismos pacientes, pero sí, ya no va a ser igual ahora que nosotros nos vamos»...

## 2. Las clases están de maravilla

Ya había pasado por ahí en otras ocasiones, por esa avenida concurrida de la ciudad que en horas pico detiene el tránsito. Me había fijado en los árboles de su camellón y en las tiendas que se encuentran a ambos lados de la vía. Será que soy muy despistada, pero antes de realizar este trabajo no me había percatado de esa construcción añeja cuya fachada de tonos salmón y guinda es característica de los edificios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

En esa construcción de dos pisos se asienta el centro de salud comunitaria al que acuden los habitantes de una treintena de colonias por presentar, en orden de frecuencia, enfermedades transmisibles (infecciones respiratorias, genitourinarias y gastrointestinales), lesiones simples por accidentes y enfermedades crónico-degenerativas (diabetes mellitus e hipertensión arterial). Ahí mismo también se ofrece control para mujeres embarazadas y niños sanos, así como acciones preventivas que incluyen la toma de muestras de papanicolaou, vacunación, desparasitación... En fin, se brinda atención médica con el apoyo de diferentes servicios como Consulta Externa, Psicología, Radiología, Laboratorio, Módulo de Vacunas, Módulo de Detecciones, Epidemiología, Trabajo Social y Enfermería.

Cuando estuve dentro, miré los cubículos y la indumentaria necesaria para albergar al personal y las actividades de cada uno de esos servicios, y no supe hacia dónde dirigirme. Entre toda la gente, distinguí a una trabajadora social por el uniforme institucional que vestía: blusa blanca y unos pantalones de vestir azul marino con un chaleco a juego. Le pregunté por el sitio donde se realizan las sesiones educativas para los diabéticos y, con un trato muy amable, me condujo al salón de usos múltiples del centro de salud. Allí encontré cualquier tipo de objetos inservibles o por usar, como cajas de cartón sin armar, una mesa de exploración ginecológica rota, un sillón de dentista aún envuelto por un plástico protector y un mueble oxidado para proyector de acetatos.

Entre la indumentaria útil del salón identifiqué un pizarrón, diez filas de sillas unidas (cada una con cuatro asientos), una pantalla para proyecciones con su tripié y cuatro mesas grandes. A excepción del pizarrón que está adherido a la pared, la distribución de los demás objetos varía dependiendo de las actividades programadas. Para las sesiones de ejercicio, los muebles se amontonan en la parte trasera de salón. Para las sesiones

educativas, las sillas unidas se acomodan de tal forma que quedan cinco filas a cada lado de un pasillo central; la pantalla para proyecciones se coloca al lado del pizarrón, sin taparlo; cerca de ésta se sitúa una de las mesas grandes para sostener una computadora portátil y un proyector tipo cañón.

La primera sesión educativa a la que acudí fue prototipo de casi todas las demás: una clase hecha y derecha. El pasante, parado al frente del grupo, exponía un tema con apoyo de diapositivas de Power Point. En todas las pláticas, sin excepción, los pasantes emplearon diapositivas. Hubo sesiones en las que, adicionalmente, se auxiliaron con medios complementarios: a Octavio le gustaba poner videos y a Alicia, utilizar el pizarrón para hacer algunos ejercicios, por ejemplo: que los miembros del GAM interpretaran sus propios resultados de laboratorio o identificaran sus factores de riesgo para infarto cardiaco. La doctora Guzmán iba interrumpiendo las clases para hacer preguntas tipo: «¿quién ha tenido las molestias que dijo el doctor?», «¿alguien quiere comentar algo sobre este tema?».

Mari, la trabajadora social que acompaña codo a codo a los pasantes en las actividades del grupo y apoyó mucho a la doctora Guzmán, se paraba cerca de la puerta del salón para cerciorarse de que todos los pacientes se apuntaran en la lista de asistencia. Casi nunca intervenía en las sesiones; esperaba al final de la clase para dar los avisos que a ella correspondían. Cada mes anunciaba la fecha, igual para todos los miembros del GAM, en la que se debían realizar estudios de laboratorio, y entregaba las respectivas solicitudes. También era su responsabilidad promocionar actividades organizadas por la Secretaría de Salud, por ejemplo, un día escribió en el pizarrón:

«AVISO: Se invita a la caminata de la salud el día 14 de junio a las 8am en el Parque Huayamilpas. Se obsequiarán playeras, gorros y agua a los participantes.»

A las sesiones educativas también asistían con frecuencia la dentista Nancy y la nutrióloga Lety, integrantes del equipo multidisciplinario de la Clínica de Diabetes. Se sentaban al fondo del salón y, durante todo el trabajo de campo, jamás intervinieron en las pláticas. A veces tomaban nota de los temas de impartían los pasantes.

Dentro del salón de usos múltiples, la relación médico-paciente se transformaba en una de maestro-alumno. Desde un inicio llamó mi atención que entre los médicos

prevaleciera una actitud condescendiente hacia los pacientes, además que varios autores han vinculado con el modelo de déficit (Nisbet & Scheufele, 2009; Jackson et al, 2005; Rennie & Stocklmayer, 2003). Por poner algunos ejemplos: la doctora Guzmán, que tiene aproximadamente la misma edad que las pacientes, se refería a ellas como «mis niñas»; Alicia se preguntaba a sí misma en voz alta: «A ver, ¿cómo se lo explico para que me entiendan?»; y Octavio era proclive a cuestionar a los pacientes como profesor: «¿qué síntomas de la diabetes les había dicho que eran importantes?».

Esta actitud paternalista quedó de manifiesto cuando en febrero la doctora Guzmán regañó a los pacientes porque sus pruebas de laboratorio revelaron que la mayor parte del grupo estaba mal controlada. De buen modo pero ocupando una posición de autoridad, la doctora Guzmán aprovechó la sesión educativa para llamarle la atención a los pacientes; dijo estar «decepcionada» de ellos, al mismo tiempo que los invitó a acudir de manera más frecuente a las sesiones de ejercicios. No dejó de sorprenderme que dentro del regaño hubo amenazas del tipo: «al rato lo que sigue es el hospital». Pero los pacientes no parecían sorprendidos como yo, por el contrario, Carmela, una señora de 65 años, comentó: «yo sé lo que tengo que hacer y no lo hago», a lo que Clarita, una señora muy participativa en las pláticas, respondió «mucho tiene que ver la depresión, como grupo tenemos que ayudarnos unos a otros».

A los pacientes parece gustarles el esquema educativo y ven a los pasantes como sus docentes: levantan la mano para participar y en la sesión del 15 de mayo felicitaron Raúl por ser día del maestro. Algunos participantes toman notas durante las sesiones. Hay los que llevan una libreta, otros usan hojas sueltas. Alguna vez vi a una señora apuntando en una servilleta y a otra, en un post-it. Al respecto, Cuca, que tiene 63 años y es secretaria bilingüe jubilada, comentó durante las entrevistas grupales: «Aquí tengo mi libreta. Entonces cuando ya termina la clase, luego en la tarde, me pongo a revisar qué sacamos de eso, para afianzar más lo que escuchamos». No es extraño que los pacientes le pidan a los pasantes un resumen sobre la clase o copia de las imágenes que se presentan en las diapositivas. Además, reconocen que necesitan ese esquema para tener cambios conductuales: «uno sí necesita estas pláticas para decir sí voy a hacer ejercicio».

Una de las pocas sesiones que salió de este esquema tradicional tipo clase fue la dinámica de “La pesca de los clichés”. A finales de marzo, la doctora Guzmán invitó a

Julieta, una trabajadora social externa al centro de salud, para que aplicara esta dinámica con el fin de «evaluar el conocimiento que han adquirido los pacientes». Con los asistentes a esa sesión, Julieta formó cuatro equipos y a cada uno le entregó un pescado de *fomie* con una frase escrita. Cada equipo tuvo que discutir si aceptaban o rechazaban el cliché que les había tocado, y después, presentar y justificar su respuesta frente al grupo.

Los clichés que se discutieron fueron: 1) “Para tener una calidad de vida adecuada en personas con diabetes, debo seguir el tratamiento”; 2) “Mi diabetes se puede curar”; 3) “El pie diabético es...” y 4) “Una consecuencia de la diabetes son las complicaciones como la retinopatía”. Durante la presentación de las respuestas, los participantes discutieron entre sí, complementaron su información y refirieron anécdotas personales. Al mismo tiempo, Julieta, la doctora Guzmán y los pasantes añadieron información relevante e hicieron algunas precisiones pertinentes.

Durante las entrevistas grupales a los pacientes aproveché para preguntarles: «¿Cómo les gusta más que les den las pláticas: con la pantalla [presentaciones de Power Point], con el pizarrón, con los videos o con los pececitos de la dinámica?». Un par de respuestas muy representativas del sentir general fueron:

«[Con] la pantalla, porque ahí pude ver las células, el trabajo del corazón, del hígado. Ver. Ver. Y pues asociarnos con la plática y hacer conciencia de lo que podemos o no podemos tener... portarnos bien o portarnos mal.»

«Me gusta la explicación que dan y me gusta que nos hagan las preguntas de lo que entendimos y si tenemos alguna duda, poder preguntar y nos responden de forma diferente, ya sea explicándonos o en la pantalla, o sea vuelven a regresar. Me gusta que si no entendemos algo los mismos doctores nos preguntan “¿entendieron?” o “¿qué duda tienen?”»

En general, opinaron que «las clases están de maravilla» y no quisieran que cambiara la estrategia. Es más, la señora Raquel considera que «los que deberíamos de cambiar somos nosotros, por si nos excedemos en algo».

El esquema educativo parece estar profundamente arraigado en todos los participantes del GAM. Tanto es así que cuando la doctora Guzmán ya había renunciado,

los pasantes –con la batuta del grupo en la mano– decidieron aplicar un examen<sup>9</sup> a los miembros del GAM, porque, en palabras de Alicia: «hemos repasado estos temas muchas veces, pero no sabemos si está sirviendo». El día que esto ocurrió, Raúl le dijo a los pacientes: «si no lo saben, no pasa nada, sirve para orientarnos sobre qué temas tenemos que desarrollar más», mientras que Octavio les dio instrucciones del tipo «a partir de ahora, como en la prepa: se reparte el examen y silencio». Los pacientes se comportaron como alumnos ejemplares: estuvieron callados, no copiaron las respuestas de otros y alzaron la mano para aclarar sus dudas.

Veinte preguntas, diez de opción múltiple y diez de relacionar columnas, en las que se cuestionaba en términos especializados sobre las principales características de la diabetes, cuál es el órgano productor de insulina, cuál es la cifra deseable de glucosa en ayunas en pacientes diabéticos, los principales síntomas de la enfermedad, factores de riesgo para la misma, sus complicaciones agudas, las crónicas, los medicamentos adecuados, etcétera: ese fue el examen que reprobaron 16 de 24 miembros del grupo evaluados. A pesar de que a mi parecer el examen estaba diseñado como para aplicarse a alumnos de medicina, los pacientes no se sintieron angustiados; lo tomaron como una manera de conocer «qué tanto sabemos». Su opinión fue positiva:

«El examen también nos lo hicieron muy ameno. No que necesariamente teníamos que saber todo. Contestábamos lo que sabíamos, de lo que nos acordábamos.»

Arturo, uno de los hombres más activos del grupo, que tiene 75 años y toma notas todas las clases comentó que:

«Estas evaluaciones es un repaso general de la enfermedad y que nos va viendo qué hemos aprovechado, qué entendemos, qué no entendemos. Y que las evaluaciones deben ser más constantes, para ver en un momento dado qué no captamos, para poder volver a hacer un repaso o preguntar las dudas que tenemos.»

Los pasantes, por el contrario, no quedaron contentos con los resultados del examen. Sin embargo, el ejercicio los hizo reflexionar. Raúl me dice:

---

<sup>9</sup> Ver Anexo II.

«Ya después viendo las calificaciones... lo que creemos que pasó es que utilizamos mucha terminología médica porque los pacientes a lo mejor sí manejan los conceptos, pero si les pones “¿qué es la neuropatía?”, se quedan así de “quién sabe”. Pero si les dices “¿cuál es la principal alteración de los nervios en los diabéticos?”, pues ya te dicen “ah no, pues la pérdida de sensibilidad”. A lo mejor sí estuvo ahí la falla en el examen.»

Alicia, por su parte, reconoce que hubiera querido hacer algunos cambios en su manera de impartir las pláticas:

Ella: Sí me decepcionaron con el examen, porque uno de los temas que les di no me lo supieron contestar. Desde ahí dije “no, pues tengo que cambiar más y tengo que darlo más digerido aún” y entonces empecé a cambiar. Pero realmente tampoco he tenido mucho tiempo para poder realizar todos los cambios que hubiera querido hacer.

Yo: ¿Qué cambios hubieras querido hacer?

Ella: Hacerlo más didáctico. Me hubiera gustado, no sé... no se me ocurre... utilizar cosas más simples... es que, sí... no sé qué estrategias...

Alicia no sabía qué otras estrategias podía utilizar. No se le ocurría alguna otra diferente a las que ya había aplicado. Pero tenía la motivación y la intención de hacerlo. Como no recibieron capacitación alguna, Alicia, Raúl y Octavio nunca escucharon hablar del aprendizaje significativo, que es el método a través del cual debe implementarse la educación en los GAM según la *Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes* (SSA, 2006). En ese documento, el aprendizaje significativo se define como aquel en el que el nuevo conocimiento se vincula con las experiencias, vivencias e intereses de una persona. «No se olvida» porque se asocia a la vida real de las personas. Se apoya en la solución de problemas y debe estar vinculado a las prioridades y valores de cada persona. El reto es transmitir estos conocimientos de forma que todos encuentren y se identifiquen con los beneficios que implica un control adecuado de la diabetes. Para ello, la *Guía...*

ofrece algunos consejos en forma de «principios didácticos» que resumí en el siguiente cuadro:

**Cuadro 4. Principios didácticos recomendados por la *Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes***

<b>Principio didáctico</b>	<b>Descripción</b>
Enseñanza centrada en el paciente	La enseñanza debe estar orientada a satisfacer las necesidades del paciente y resolver sus dudas; debe ser participativa, promoviendo el intercambio de experiencias.
Aprendizaje activo: “aprender haciendo”	Los pacientes no deben ser sometidos a largas sesiones o “clases” sobre aspectos complejos de la enfermedad. La explicación sobre la alimentación y la actividad física debe ser práctica.
Estimular el razonamiento más que la memoria	Al final del proceso educativo cada uno de los pacientes tiene que ser capaz de explicar en sus propias palabras los conceptos más importantes de su historia clínica. No se trata de que los pacientes dominen la teoría, sino que conozcan de manera cotidiana si la enfermedad está bajo control, qué deben hacer en su vida y cómo seguir las recomendaciones del médico.
Trabajo en pequeños grupos	Para facilitar la discusión entre los pacientes acerca de cómo controlar su enfermedad
Solución de problemas	Para tener un buen control, es preciso saber tomar decisiones. Esto se hará en términos familiares para los pacientes.
Autoaprendizaje	No es posible ni conveniente tratar de enseñar todo lo que deben saber los pacientes. El paciente debe buscar con el médico y el equipo de salud la información que considere pertinente.

Fuente: SSA, 2006

El aprendizaje significativo, como método a través del cual deben impartirse las sesiones educativas del GAM, parecía un tema muy importante para mi investigación, así que me dispuse a hacer una revisión del mismo. Me encontré con un mar de información y, al cabo de unas horas, había naufragado entre sus aguas. De esta manera me di cuenta de que el aprendizaje significativo constituye toda una teoría inserta en el marco de la pedagogía constructivista, cuyo contenido y aplicación están completamente fuera de las competencias y conocimientos de los médicos. Para que fuera posible aplicar esta estrategia pedagógica en los GAM, sería preciso que el coordinador del grupo recibiera una capacitación específica sobre la materia. En entrevista, el doctor Benítez me informó que él nunca recibió capacitación por parte de la Jurisdicción Sanitaria para ejercer el nombramiento de coordinador del grupo. Busqué y no hallé alguna guía operativa de los GAM enfocada en solucionar esta situación. Lejos de encontrar respuesta a las inquietudes que Alicia había manifestado, tropecé con una serie de dudas adicionales que quise disipar durante la entrevista con el doctor Lara Esqueda:

Yo: La guía técnica para el funcionamiento de los clubes de diabéticos de 1998, citada en su artículo [Lara et al, 2004], menciona que el coordinador del grupo debe recibir una capacitación sobre la promoción y operación del club. ¿Hay alguna guía operativa en la que se base dicha capacitación?

Él: No existe ninguna guía específica para capacitar al coordinador del grupo. Sin embargo, el personal seleccionado debe recibir una capacitación específica sobre enfermedades crónicas no transmisibles, organización, necesidades, que imparte el Coordinador Jurisdiccional del Programa de Atención al Adulto y al Anciano, además de manera continua recibe adiestramiento mediante cursos y talleres de actualización.

Yo: ¿Qué contenidos abarca dicha capacitación?

Él: Panorama Epidemiológico, complicaciones, organización, funcionamiento y registro de los grupos, nutrición y somatometría, detección oportuna de las complicaciones a través de tomas de glucosa capilar, presión arterial, activación física, salud bucal y neuropatías.

Más adelante le pregunté:

Yo: El método de enseñanza al que se hace referencia en las guías es el aprendizaje significativo y se ofrecen algunos consejos para conseguirlo. ¿Cómo se espera que quien imparte las sesiones sepa implementar este tipo de aprendizaje?

Él: Por medio de sensibilización y capacitación de cómo abordar e interactuar con los pacientes y familiares.

El aprendizaje significativo nuevamente salió a flote cuando intenté aclarar otras dudas que habían surgido al revisar el contenido de las guías oficiales para los GAM (SSA, 1998; SSA, 2006).

Yo: En su artículo [Lara et al, 2004] menciona que la capacitación para los pacientes diabéticos debe ser voluntaria y periódica. Sin embargo, el currículum [contenido de la *Guía...*] de 2006 sólo abarca diez temas y en la guía de 1998 [SSA, 1998] se recomienda no extender la capacitación por más de diez sesiones. ¿Cuánto tiempo/sesiones deben durar los GAM?

Él: Conviene que sea breves por el tipo de asistentes, si se despierta el interés, que es el objetivo, pueden extenderse lo necesario.

Yo: ¿Qué contenidos deben impartirse en esas sesiones extras?

Él: Los contenidos saldrán de las dudas e inquietudes de los integrantes.

Yo: ¿Dónde está estipulado eso?

Él: El aprendizaje significativo, el cual establece que se debe satisfacer la necesidad del aprendizaje del asistente y no la del instructor.

Mi condición de náufraga volvió a evidenciarse; esta vez había quedado atrapada en un remolino... Pude salir de él recordando que «del dicho al hecho hay un gran trecho». Anduve el camino de vuelta hasta esa avenida concurrida de la ciudad que en horas pico detiene el tránsito y atravesé la puerta principal de la fachada pintada en tonos salmón y guinda.

Cuando inicié el trabajo de campo, le pedí a la doctora Guzmán una copia de la lista de temas a desarrollar durante las sesiones educativas. Me informó que durante los

primeros meses en los que ella se encargó del GAM, se agotaron los temas comprendidos en la *Guía...* (ver cuadro 5) y que, a partir de entonces, tras consultar a los pasantes y a los pacientes, ella había diseñado el currículum de las sesiones porque en la Jurisdicción Sanitaria le indicaron que «diera lo que quiera».

#### **Cuadro 5. Currículum para capacitar al paciente diabético**

1. ¿Cómo se vive la diabetes?
2. ¿Qué causas favorecen el desarrollo de la diabetes?
  - a. ¿De dónde proviene la energía que nuestro organismo utiliza?
  - b. ¿Cuándo se presenta la diabetes?
3. ¿Qué es la diabetes?
4. ¿Cómo se manifiesta la diabetes?
5. ¿Cómo se puede controlar la diabetes?
  - a. ABC del tratamiento
  - b. Alimentación saludable
  - c. Actividad corporal
  - d. Medicamentos
6. ¿Cuáles son las complicaciones de la diabetes mal controlada?
7. ¿Qué debo vigilar para saber si la diabetes está controlada?
  - a. Metas de tratamiento
8. Automonitoreo
9. Pie diabético
10. Salud bucal

Fuente: SSA, 2006

Mari, la trabajadora social, me contó que en diciembre de 2011 le preguntaron a los pacientes sobre qué temas querían aprender. Ellos sugirieron “Cáncer de seno”, “Cáncer de próstata” e “Insomnio”. Este antecedente de consulta es afín a modelos de comunicación

distintos al déficit, como el de diálogo, donde la retroalimentación por parte del público abre una vía de transmisión de información bidireccional, logrando mayor efectividad. Sin embargo, el modelo de diálogo no escapa del todo del de déficit porque funciona con fines decididos desde el principio y el emisor tiene el control primario. Desde una perspectiva crítica, lo único que agrega es la retroalimentación (Trench, 2008).

Para la doctora Guzmán es muy importante:

«dar siempre algo distinto del bla bla bla, luego desarrollo humano, luego lo de comida, luego... por ejemplo, le encargué mucho [a los pasantes] que les preguntaran [a los pacientes] qué temas querían que se dieran, por ejemplo de las que no podían dormir, de la mastografía, de la influenza, o sea temas que no iban con la diabetes y acercarlos y acercarlos a todos»

Durante las entrevistas grupales a los miembros del GAM, una señora propuso «hablar de otras enfermedades, como el cáncer». Raúl también pensó que era buena idea abordar contenidos que no necesariamente están vinculados con la diabetes, pues:

«vimos que era repetir mucho los temas, entonces cambiamos algunas cosas, les dimos temas importantes para la población general, como cáncer cérvico-uterio, para ya no estarles repitiendo lo mismo»

Sin embargo, los participantes del grupo de diabéticos encuentran enriquecedor que se repitan ciertos temas, porque los ponentes «lo dan diferente, lo reafirman». Cuando les pregunté si no les molestaba esta situación, una señora respondió: «por el contrario, señorita, más a mí que se me olvida pronto». La señora Angélica, de 46 años, opina que de esta manera:

«es más fácil entenderlo porque en la primera plática que nos dan no se nos queda mucho, a menos de que hagamos anotaciones, pero ya cuando por segunda vez no los enseñan, dicen “ay sí, yo ya me acordé de eso” o “ya me acordé de lo otro”. Y es como va uno entendiendo las cosas. Es mejor repetir.»

Lo que observé durante mis visitas semanales al centro de salud fue que las sesiones educativas entre febrero y julio de 2012 abordaron los siguientes temas:

**Cuadro 6. Sesiones educativas de febrero a julio de 2012**

Fecha	Tema	Ponente	Asistentes		
			♂	♀	Personal de salud presente
07 febrero	“Patología de mama”	Alicia	3	19	Doctora Guzmán TS Mari Dentista Nancy Los 3 pasantes
14 febrero	“Influenza”	Alicia	2	22	Doctora Guzmán TS Mari Dentista Nancy Alicia Raúl Doctor Benítez
21 febrero	“Obesidad”	Raúl	4	28	Doctora Guzmán TS Mari Dentista Nancy Los 3 pasantes
28 febrero	“Dislipidemias”	Alicia	5	25	Doctora Guzmán TS Mari Dentista Nancy Alicia
06 marzo	“Calidad de vida”	Una trabajadora social invitada	4	31	Doctora Guzmán TS Mari Dentista Nancy Nutrióloga Lety TS ponente Alicia Raúl
20 marzo	“Diabetes mellitus”	Octavio	5	31	TS Mari Dentista Nancy Nutrióloga Lety Octavio Raúl
27 marzo	Dinámica: “La pesca de los clichés”	TS Julieta	5	15	Doctora Guzmán TS Mari Dentista Nancy Nutrióloga Lety Alicia Raúl

17 abril	“Tuberculosis”	Pasantes invitados	5	25	TS Mari Dentista Nancy Nutrióloga Lety Raúl Octavio
8 mayo	“Complicaciones crónicas de diabetes mellitus”	Octavio	3	25 1 niña 2 bebés	TS Mari Nutrióloga Lety Octavio
15 mayo	“Complicaciones agudas de diabetes mellitus”	Alicia	2	21 1 bebé	TS Mari Los 3 pasantes
29 mayo	“Complicaciones crónicas oculares de diabetes mellitus” / “Pié diabético”	Raúl/ Alicia	2	22	TS Mari Dentista Nancy Nutrióloga Lety Los 3 pasantes
5 junio	“Grupos de Ayuda Mutua”	Dra. Lola	4	23	TS Mari Dentista Nancy Alicia Octavio Doctor Benítez Doctora Lola Doctor enviado por la Jurisdicción
12 junio	“Nefropatía diabética”/ Examen	Octavio	4	25	TS Mari Dentista Nancy Nutrióloga Lety Alicia Octavio
19 junio	“Síndrome metabólico”	Octavio	2	34	TS en suplencia de Mari Dentista Nancy Los 3 pasantes
10 julio	“Cáncer de próstata”/ “Cáncer cérvico-uterino”	Raúl	3	21	TS Mari Dentista Nancy Raúl
16 julio	Dinámica de sensibilización: “¿Por qué están aquí?”	Octavio	3	26	TS Mari Dentista Nancy Nutrióloga Lety Raúl Octavio
24 julio	Convivio	---	---	---	TS en suplencia de Mari Dentista Nancy Nutrióloga Lety Los 3 pasantes
31 julio	Presentación de los resultados del trabajo final de servicio social de los pasantes	Alicia, Raúl y Octavio	3	23 1 niña	Dentista Nancy Nutrióloga Lety Los 3 pasantes

### 3. Lan-ger-hans

«Es como ir al mecánico. El mecánico te habla de bujías y tú te quedas “*what!?*”. Te habla de que va a cambiar el filtro del aire y el de la gasolina, y piensas que es algo de extraterrestres. Por eso les digo [a los pacientes] que es importante que hablen de... enlazar el lenguaje, como nosotros, que tienen que conocerlo.»

(Doctora Guzmán)

Aquí no había gatos hidráulicos, repuestos de autopartes, herramientas engrasadas ni baterías al lado de un bonche de cables. El experto tampoco iba vestido de overol de mezclilla ni traía una cachucha con la visera hacia atrás. Pero eso sí: con frecuencia los ponentes vestidos de blanco inmaculado hacían uso de un lenguaje «extraterrestre».

Las diapositivas que Octavio elaboró para la plática sobre “Diabetes mellitus” llevaban títulos como: “Fisiopatología”, “Diagnóstico” y “Tratamiento farmacológico”. Dijo que el páncreas tiene «células alfa y células beta en los islotes de Langerhans», e invitó a su audiencia a que repitieran con él: «islotes de Lan-ger-hans». Comentó que «mientras nosotros como diabéticos nos cuidemos nuestras células beta, vamos a estar bien». Estas células «secretan» la «insulina», que es una «hormona» con «efecto antilipídico», es decir, promueve la «liberación de ácidos grasos». Explicó, haciendo grandes gesticulaciones tipo mímica, que cuando la insulina llega a la célula y produce una «señal», los «canales de calcio» se abren, «pasan otras reacciones celulares que no me interesa que sepan» y se abre «el GLUT-4» para meter la glucosa a la célula. «Podemos decir, entonces, que la insulina es como una llave que abre las puertas de la célula para que se meta la glucosa»... Habló del «mecanismo de acción» de los medicamentos para la diabetes y apuntó que era esencial que los pacientes aprendieran estos contenidos «para entender su enfermedad».

Llegado ese momento de la plática, más de una señora había empezado a coquetear con Morfeo. Según recuerda la doctora Guzmán:

«cuando veo que doña Sara da la primera cabeceada, digo “ya está esto aguerrido” y es cuando yo ya intervenía y decía “bueno, lo práctico de esto es...”, “¿Esta ciencia,

qué aplicación tiene para mí?” Eso era para mí lo importante. El conocer que por qué se mete la glucosa [a la célula] después de que se toma la metformina. ¿Por qué tiene que ser [la toma del medicamento] después de la comida? Porque ayuda a que se meta la glucosa al músculo, por eso se sienten fortalecidos, por ejemplo. O la glibenclamida, ¿por qué se toma antes de la comida? Porque estimula la producción de insulina. Se enseñaba todo haciendo énfasis en la utilidad práctica.»

Yo no estaba cabeceando, sino recordando mi época de estudiante en los pasillos de algún hospital. Esas memorias poco visitadas surgieron a partir de que Octavio mencionara «las cuatro p's: polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso», como los «síntomas» típicos de la diabetes. Ésta es una nemotecnia clásica entre los médicos y se utiliza tradicionalmente para educar a los alumnos de medicina. Polidipsia es sed; poliuria, orinar frecuentemente y polifagia, tener mucha hambre. Quizás por eso Octavio pensó que una pregunta adecuada para el examen que le aplicaron en junio a los pacientes era: «Menciona los síntomas principales de la diabetes (4 p's)».

Al final de la plática sobre “Diabetes”, Emma, una señora muy bromista y que siempre tiene buen ánimo, dijo: «Quisiera que nos dieran otra clase como ésta, porque fue demasiado y muy complicado». Octavio hizo un repaso rápido y breve sobre los contenidos de su plática y al final, entre risas, terminó preguntando: «ya los hice más bolas, ¿verdad?». Los pacientes, también risueños, contestaron que no y le agradecieron su esfuerzo.

Algunas señoras opinan que los ponentes «nos hablan muy clarito», «nos hablan sencillito, nos explican y hasta con mímica y todo para que entendamos». Pero también hay otras que piensan diferente, como Daniela que nos dice:

«A veces no entendemos de lo que están hablando, porque digo son términos médicos que no entendemos. Pero ya conforme a la explicación que nos dan, pues ya poco a poco vamos entendiendo de lo que nos están hablando.»

Cuando platicué con más calma con Octavio durante la entrevista, me contó cómo preparaba sus pláticas para el GAM:

«Bueno, pues mucho es lo que ya sé. Me baso en mis conocimientos de toda la carrera [de Medicina] y nada más me guío en algún libro, por ejemplo, de medicina

interna o en algún artículo que encuentre, para darle un orden [...] y lo trato de hacer un poquito más dinámico, con imágenes, buscar videos para que entendieran un poco, no nada más pararte y leer las diapositivas, eso se me hace muy malo, no me gusta a mí.»

«Aunque a veces sí les ponía términos médicos, los trataba de explicar en sus palabras y después leer el término médico, porque la cosa también es que aprendan más. Luego nos empezamos a dar cuenta de que les costaba bastante trabajo eso, entonces dijimos “ya vamos a ponerlo con términos coloquiales porque luego sí se hacen un poquito de bolas”, pero pues tratándoles de enseñar, por ejemplo, explicarles los nombres como polineuropatía o nefropatía. ¿Por qué nefro? Nefro-riñón, patía... para que ellos aprendieran a asociar y hacerlo en un lenguaje un poquito más a su nivel, aunque ya al final sí le empezamos a subir más para que aprendieran más, porque en teoría ya tienen más de dos años viendo todo esto.»

Octavio dio esa explicación sobre el origen etimológico de la palabra nefropatía en la plática sobre “Complicaciones crónicas de diabetes mellitus”. En esa ocasión, mes y medio después de la plática de “Diabetes”, su lenguaje fue más accesible para los pacientes, pero no dejó de ser especializado. Comparó el funcionamiento de los glomérulos renales, que en condiciones normales no filtran moléculas grandes como las proteínas, con un colador de cocina. El efecto fue positivo, pues Azucena, la señora a quien a veces acompaña su hija, comentó durante las entrevistas grupales:

«A mí me gustó la [plática] del riñón porque tengo entendido que el riñón es como el drenaje, entonces se descompone el riñón y bueno, ya se descompuso todo. La plática que nos dio el doctor del riñón me interesó mucho porque me di cuenta que con los estos glu... glucurolos... o sea los filtros [los glomérulos] era muy importante que no pasara la glucosa por ahí porque entonces se tapan. Y ya cuando tiene proteína, entonces ya está muy mal.»

En la clase sobre “Complicaciones crónicas...”, Octavio también habló sobre las enfermedades oculares que aparecen como consecuencia de una diabetes mal controlada. Para ello, utilizó el pizarrón y dibujó un esquema del ojo, señalando sus partes anatómicas

y qué alteraciones las afectan. En algún momento de la exposición, también retomó el contenido de la plática de “Diabetes”: «La vez pasada les dije que la insulina es como qué». Confieso que quedé boquiabierta cuando una señora contestó: «una llave». Me llevé una sorpresa aún mayor cuando Octavio mencionó que la diabetes aumenta la posibilidad de que uno sufra «angina de pecho» y Macario, un señor de 60 años que estudió hasta el tercer año de la secundaria y, a mi juicio, es un gran conversador, comentó «eso dicen que le pasó a Benito Juárez». Más tarde consulté al sabio Google y leí varios textos que confirmaban lo dicho. Entre ellos, imprimí uno de la revista *El búho* que empezaba así:

«La angina de pecho, que con más o menos crueldad ataca a otras personas –dice el doctor Ignacio Alvarado, que atendió a Juárez en sus últimos momentos–, desplegó su más extraordinaria energía cuando tuvo que habérselas con un héroe...» (Pérez, 2004)

Los pacientes agradecen el uso de referencias a lo cotidiano. La señora Rosita, de 66 años y secretaria de profesión, recordaba las analogías de Octavio y Alicia; durante las entrevistas grupales comentó que las clases le parecen claras porque se les explica con «cochecitos y manzanitas y llavecitas».

De los tres pasantes, Alicia era la única que planeaba con antelación las metáforas que utilizaba en clase:

«Una de mis comparaciones en dislipidemia fue, por ejemplo, lo del carro y la grúa. Imagínense que la grúa es el HDL y se lleva la grasita. Así usé varias comparaciones para que ellos pudieran ver en un término más simple.»

La comparación a la que Alicia se refiere fue ésta: el «colesterol malo» o LDL es como un auto que va por los vasos sanguíneos y, cuando se le acaba la gasolina, se queda «estacionado» a la mitad del camino y obstruye el flujo normal de la sangre, lo que se conoce como «ateroesclerosis» y con frecuencia deviene en infartos al corazón. El «colesterol bueno» o HDL funciona como una grúa que remueve los autos estacionados y los lleva al «corralón», que es el hígado.

En entrevista, Alicia me comentó que al planear sus pláticas tomaba en cuenta que su público era «gente no conocedora» del tema:

«De hecho, esta es la primera vez, en el servicio social, que me enfrento a gente no-médicos. Antes daba la clase pero a población médica [exposiciones para sus compañeros de la carrera de Medicina], entonces eran más términos médicos. Aquí cuando llego al servicio social, empecé con clases a padres de familia que me mandaban a hablarles de varicela, influenza... De ahí yo dije “ahora esto es un público no-médico, tengo que hacer las cosas para ellos, para que ellos me entiendan.”»

Le pregunté en qué se diferencia una clase de la carrera de Medicina con una plática del GAM, y esto fue lo que me contestó:

«En cuanto a información, no [hay diferencia]. Se debería manejar la misma. Más bien sería el trato. Con las del GAM ya hemos ganado más confianza y casi nos podemos hablar de tú...»

Me dijo que en el GAM su estrategia era la siguiente:

«Obviamente lo tenía que digerir para ellos. Primero leía la parte médica y luego lo trataba de hacer lo más simple posible para ellos.»

Eso fue exactamente lo que hizo en la plática que dio sobre “Pie diabético”, una de las complicaciones de la diabetes que más comprometen la calidad de vida, pues con frecuencia sobreviene la amputación. Empezó su exposición diciendo:

«Aquí [en la diapositiva] tenemos una definición medio complicada, pero es la que mejor define: [y leyó] “Alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, se produce lesión y/o ulceración del pie.”»

Más adelante, explicó en términos coloquiales la enfermedad, habló sobre las medidas de prevención y presentó fotos del calzado que no deben usar los diabéticos. Cuando apareció la imagen de unos zapatos de tacón aparentemente incomodísimos, la señora Clarita dijo: «es que las mujeres somos tan vanidosas...» y desató la risa de sus compañeros...

Quiero mencionar que no todas las apelaciones a lo cotidiano que se daban durante las pláticas del GAM eran pertinentes. Cuando Alicia expuso el tema de “Influenza”, presentó un dibujo sobre los síntomas de la infección con etiquetas ¡en inglés! Cuando se habló de la mastografía, la doctora Guzmán dijo que era «como un pisotón de 80 kilos». Octavio, platicando de las hemorragias e infartos cerebrales, apuntó que el riesgo es «que se queden como vegetales». Cuando Raúl expuso el tema de “Obesidad”, presentó en una diapositiva una tabla de equivalentes de actividad física que decía: «barrer las hojas de la calle por una hora equivale a 30 minutos de *acuaeróbics*».

Aquella exposición sobre “Obesidad” también me recordó mi época de estudiante universitaria. Se trató de una plática indistinguible de una clase para alumnos de Medicina, llena de tecnicismos y términos especializados. Raúl mencionó la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento de sobrepeso y obesidad, y comparó su contenido con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. No hablaba de peso en kilos, sino de parámetros como el índice de masa corporal (IMC) y el índice cintura/cadera. Hacía recomendaciones del tipo: «perder por lo menos 10% de la masa corporal», «reducir la dieta de 500 a 1000 kilocalorías», «ingerir de 20 a 30 gramos de fibra al día», etcétera. A media clase, la señora que estaba sentada a mi lado me comentó: «yo no entiendo nada de eso»; poco tiempo después tomó su bolsa y salió del salón.

Al finalizar la plática, la señora Clarita –que ya he dicho que es muy participativa– preguntó: «oiga, doctor, ¿cuánto es de 2 a 3 gramos de sodio?». Puso a todos los pasantes en jaque: a Raúl, a Octavio y a Alicia. El primero de ellos respondió: «el chiste es que no le eche mucha sal al guiso, nomás con lo que cocina, pero ya no ponga el salero en la mesa». Entonces intervino la doctora Guzmán y dijo: «una cucharadita chiquita son 5 gramos, así que nomás la mitad para todo el día».

En entrevista, Raúl me comentó:

«La verdad es que al principio les metía demasiada terminología y pues no, era como para un estudiante de Medicina. Y conforme fui avanzando me di cuenta de que hay que meterles cosas sencillas, en términos más sencillos, y es un panorama general lo que a ellos les sirve.»

Cinco meses después, sin embargo, cuando abordó el tema de “Cáncer cérvico-uterino” –o sea de la matriz– utilizaba el término «estudio citológico» en lugar del ya tan conocido papanicolau.

Raúl no era el único ponente que utilizaba este tipo de expresiones. Alicia: «los estilos de vida saludables pueden reducir un 10% los lípidos en sangre»; Octavio: «un índice cintura/cadera mayor de 0.9 para hombres». Los resúmenes<sup>10</sup> que le entregaron a los miembros del GAM con el fin de que estudiaran para el examen estaban escritos en balazos utilizando los mismos términos. He aquí un fragmento del resumen titulado “Complicaciones crónicas DM”:

«• **Clasificación:**

- **Macrovasculares** → Arteriopatía coronaria, Enfermedad vascular periférica, Evento vascular cerebral (infarto cerebral).
- **Microvasculares** → Retinopatía, nefropatía, neuropatía.
- **No vasculares** → Gastrointestinal, genitourinario, dermatológico, infeccioso, glaucoma, enfermedad periodontal.»

Ninguno de los pasantes indagó sobre el nivel de estudios de los miembros del GAM, aun cuando es posible encontrar esos datos en el directorio de participantes que está en la carpeta que administra Mari y amablemente comparte con quien se lo pida. De acuerdo con la información que yo encontré ahí, de los 30 integrantes del grupo: 1 es analfabeta, 8 estudiaron hasta algún nivel de la primaria, 3 alcanzaron la secundaria, 3

---

<sup>10</sup> Ver Anexo III

tienen una carrera técnica y 3 son profesionistas; las 9 fichas restantes del directorio no tienen registrada esa información.

El nivel de estudios de los participantes explica que durante las pláticas se dieran escenas como la siguiente:

Octavio estaba exponiendo el tema de “Síndrome metabólico” cuando sólo faltaba un mes y medio para que concluyera su servicio social. Dispuso que todos calcularan su índice de masa corporal (IMC). En la diapositiva proyectada sobre la pantalla se encontraba esta fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Talla}^2}$$

Octavio tomó un gis y simplificó la ecuación en el pizarrón:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Talla} \times \text{Talla}}$$

Dijo que iba calcular su IMC con sus propias medidas anatómicas para enseñarles a hacer la operación matemática. Paso a paso fue explicando lo que hacía, empezando por: «primero multiplican lo de abajo y lo anotamos». Cuando terminó, la señora Agustina le pidió: «doctor, ¿me calcula el mío? Se va a asustar, ¡eh!». Mientras resolvía la operación para Agustina, le recomendó a los demás pacientes que calcularan su IMC y copiaran la tabla para interpretar los resultados:

#### **Cuadro 7. Índice de Masa Corporal**

<b>IMC</b>	<b>Estado nutricional</b>
<18.5	Desnutrición
18.6-24.9	Estado nutricional normal
25-30	Sobrepeso
>30	Obesidad

En cuanto terminó el cálculo de Agustina, otra señora le pidió que le hiciera el suyo. Y así, sucesivamente, una tras otra. Entre un cálculo y el siguiente, una señora le preguntó: «a ver, doctor, lo que sale de la multiplicación... ¿se divide?».

Algo similar sucedió durante aquella plática en la que Alicia anotó los resultados de laboratorio de un paciente anónimo en el pizarrón y le pidió a los asistentes a la sesión que los interpretaran, tomando como referencia la tabla de parámetros proyectada sobre la pantalla. Sólo un par de miembros del GAM podía dar las respuestas correctas.

Los dos ejemplos anteriores pueden explicarse ya sea porque que el mensaje resulta incomprendible para los participantes del GAM y/o porque éstos pueden tener problemas de visión, como de hecho manifestó un día un paciente cuando una trabajadora social invitada le pidió que leyera una diapositiva y él contestó «no alcanzo a ver lo que dice, pero si no, con todo gusto».

No obstante a lo dicho, entre los miembros del grupo de diabéticos predomina la satisfacción con las pláticas. La señora Sara nos explica que aquí «hacen el esfuerzo de darnos clase muy amena, porque nos arreglan todo con mucha simpatía y ellos simpáticos, pues más se nos pega». La opinión de Angélica no deja lugar a dudas:

«Yo he visto un programa [de televisión] donde sale un jovencito que es diabético, pero te dice las cosas tan feas que hasta te asusta y luego digo yo “ah, ¡¿eso es lo que yo tengo?!” Lo dicen muy drásticamente y nos enseñan y nos hablan lo que es, pero no buscan la forma de que nosotros podamos entender. O sea, o que te digan “si no haces esto, te vas a morir” o “si no haces lo otro, te vas a morir”. Pues nomás asustan y menos lo haces porque dices “¿qué tal si lo tomo y me hace daño?” Aquí en las pláticas nos enseñan con más facilidad lo que es tu enfermedad y es así como lo puede uno entender. Yo cuando veo ese programa mejor lo cambio... Luego ese otro programa, el de Lolita Ayala, que te dice del medicamento y todo eso, como que te lo dicen como muy tosco, muy... dice uno “no, eso es mentira”, no me da confianza porque te lo dicen de una forma tan fea que uno dice “yo he aprendido otra cosa y no es así tan feo”.»

Entiendo a Angélica, sé lo que me quiere explicar con ese comentario, yo misma lo he vivido. Cuando voy al mecánico no importa tanto qué me dice, sino cómo lo hace. Lo

más importante es que me haga sentir en confianza y que me enseñe el repuesto que le quitó a mi coche –aunque no tenga ni idea de cómo se llama ni si se lo quitó al motor o a las llantas–, para que al final no me quede con la impresión de que me quiso ver la cara.

#### 4. Nosotros también aprendemos de ustedes

Macario camina mucho todos los días. Recorre grandes distancias de la ciudad empujando el carro que él mismo fabricó con los restos de un puesto de periódicos y las llantas de un diablito inservible que tenía arrumbado en el patio de su casa. Hace años, Macario tuvo un carro mejor, pero se lo robaron en la colonia Del Valle un día que lo dejó amarrado con doble cadena a un poste de luz. Después de eso, el gerente de un depósito le dio un carro pintado de azul. Pero a Macario no le gustaba estar restringido a llevar la basura que recolectaba durante sus largas caminatas a ese depósito en particular, porque ahí pagan poco. Y no podía vender el producto de su trabajo en otros lugares, pues existe el acuerdo de no comprar el metal transportado con carros de otro depósito. Tener un carro propio es la única manera de ser un recolector de metales independiente, que puede vender en el depósito de su preferencia los cachivaches que recoge en las calles.

Desde 1986 Macario ejerce este oficio, al igual que todos los hombres de su familia, y le encanta platicar acerca de las peripecias que ha vivido gracias a este trabajo. Durante el convivio que Mari, la trabajadora social, organizó para despedir a los pasantes a finales de julio, Macario me explicó a detalle su trabajo, el tipo de metales mejor valuados en los depósitos, las técnicas que utiliza para «purificarlos» y la clasificación que él diseñó para distinguir los que sí se derriten con la lumbre de la estufa y los que no. Él fue quien comentó en una sesión educativa que Benito Juárez padeció angina de pecho, cosa que me impulsó a leer un par de artículos al respecto. De Macario, en fin, aprendí muchas cosas nuevas de las que no tenía idea antes de esta investigación, y por eso decidí platicar de él al inicio de este capítulo, en el que abordaré la participación de los pacientes en el grupo y cómo ésta ayuda a que aprendan unos de otros.

Macario con frecuencia participaba durante las pláticas; generalmente solicitaba la definición de algunos términos que leía en las diapositivas. Sin vergüenza, interrumpía al ponente para preguntar: «¿Qué es apnea obstructiva del sueño?», «Esa palabra, cognitivo, ¿qué significa?»; o durante el examen: «¿eso de las náuseas es cuando uno quiere vomitar?»

Los demás pacientes tampoco tenían empacho para aclarar sus dudas, como nos dice la señora Rita, «porque los médicos son muy accesibles, muy educados para darnos las

pláticas, nos dan confianza». Y Emma además afirma que «no hay preguntas tontas, tontas nosotras si no preguntamos».

Rosita considera que, al manifestar sus dudas, los integrantes del grupo van orientando a los ponentes para que la explicación sea más clara:

«Cuando nos hablan muy científicamente, ahí es cuando les orientamos. Y ellos ya con el tiempo ven, y pregunta uno y vuelve a preguntar otro y otra y ellos cambian, y ya nos explican mejor.»

Pablo tiene una opinión similar a la de Rosita:

«Más que nada, se aclaran todas las dudas que surgen y que pues ellos de alguna manera nos dan la explicación de tal forma que los podamos entender en términos más adecuados.»

Los pasantes, por su parte, se sentían motivados por la interacción con los pacientes. A decir de Octavio: «me gustó bastante [dar las pláticas] porque el grupo respondía, estaba participativo». Raúl comentó algo parecido:

«Me empezó a gustar la dinámica, la manera cómo se manejaban las clases. El grupo está motivado y participan mucho. Me gustó la actitud de los pacientes, porque si fuera un grupo apático, desmotivaría.»

Hay que recordar que esta motivación se debe, en gran parte, a la doctora Guzmán, quien puso especial atención en la participación de los pacientes:

«Un monólogo de que hable siempre el mismo no funciona, por eso yo me hacía a un lado, yo dejaba que los otros brillaran y cuando aquéllos no brillaban, yo metía preguntas o a ver tú qué dices, tú qué haces.»

Tal vez por eso los integrantes del grupo también referían anécdotas personales durante las sesiones educativas y, si se les daba la oportunidad, hacían consultas médicas.

Por ejemplo, en la plática sobre “Complicaciones crónicas de la diabetes”, cuando Octavio habló de las cataratas, una paciente nos contó:

«A mí me pusieron uno de esos lentes [intraoculares] y quedé muy bien. Antes se me borraba la vista, pero ahora ya está clara, aunque me faltan anteojos. Ya también me van a cambiar el lente del otro ojo.»

En la clase de “Patología de mama” una señora incluso se apropió de la plática para contarnos con lujo de detalle su historia sobre un tumor «que no era canceroso». Al respecto, Raúl me comenta en la entrevista:

«Entre ellos [los pacientes] comparten experiencias. Platicando con ellos, lo que me han dicho es que se sienten bien de que platican entre ellos, tienen experiencias en común y eso les ayuda a no sentirse tan solos, y ven qué cosas que ellos sienten, las sienten los demás. Y en parte porque los escuchamos. En las sesiones pues de repente nos preguntan cosas, pero a veces se derivan y nos platican algo de ellos, que les pasó, que le pasó a alguno de sus familiares. Y creo que eso es lo que les gusta: compartir.»

Alicia cree que los pacientes asisten a las actividades del GAM:

«por [tener] contacto con otra gente que padece de lo mismo, poder compartir sus experiencias con otras personas que están igual que ellos. Es algo muy enriquecedor. Yo creo que es por eso que vienen, por lo que han sido tan constantes. Entre ellas mismas se meten la idea de “tenemos que mejorar”. Eso en primer instancia, pero también porque quieren aprender, quieren saber sobre su enfermedad, qué pueden hacer para tener una buena vida.»

Los pacientes también hablan de sus miedos y despejan sus dudas para sentirse más seguros, como aquella vez en que una paciente pidió que se le explicara «bien» qué es una vacuna «porque luego te dicen que te meten virus y a uno le da miedo».

Con sus intervenciones, los pacientes también refuerzan lo que dicen los ponentes. Por ejemplo, en la sesión en la que se trató el tema de “Obesidad”, los pacientes empezaron

a compartir consejos de cocina para que su alimentación fuera más saludable e hicieron comentarios como éstos:

«Lo que dice el doctor es bien cierto, es bien difícil [mantener una dieta], es un tema clave para nuestra enfermedad.»

«Uno sí necesita estas pláticas para decir “sí voy a hacer ejercicio”.»

«Aquí que casi somos más mujeres, sirve para concientizarnos y ponerle más verdura al guiso.»

Cuando Alicia impartió la plática sobre “Dislipidemias” no dio una lista de los alimentos ricos en grasas, sin embargo los pacientes, con sus participaciones, los enlistaron: mariscos, vísceras, yemas de huevo, etcétera. Además, la señora Cuca aprovechó para motivar a los demás miembros del grupo para asistir a las sesiones de actividad física: «Quiero invitar a mis compañeras a que vengan a las clases de chachachá. ¡Se está poniendo bueno!»

Ocasionalmente, las intervenciones de los pacientes abarcaban contenidos científicamente incorrectos. Por ejemplo, hablando acerca de la retinopatía, una de las complicaciones crónicas más frecuentes de la enfermedad, se dio la siguiente controversia entre dos pacientes, misma que Raúl se encargó de aclarar:

Señora Tita: A mi hermano ya se le reventaron los vasitos [de la retina] y ya va un año que le dicen que lo operan y nada.

Señora Clarita: Pero a mí me dijeron que cuando hay daño, ya no se revierte.

Raúl: Clarita tiene razón, la retinopatía proliferativa no se puede curar con operación. Cuando se daña la retina, no hay vuelta atrás.

Sin embargo, lo más frecuente es que la comunicación que se da entre los miembros del grupo contribuya a que aprendan unos de otros. La señora Agustina, de 69 años de edad, comentó en las entrevistas grupales: «A mí me gusta mucho aprender cosas nuevas

de, por ejemplo, la comida, y me gusta venir a compartirlo». La señora Jazmín, al menos 20 años más joven, aprecia las intervenciones de sus compañeras:

«En mi caso particular, las señoras tienen más experiencia de vida y me sirven sus experiencias para aprender o, más bien sí, conocer, porque hay muchísimos síntomas que ni por aquí se me pasan a pesar de que soy diabética. Entonces sí aprendemos unas de otras.»

Daniela, que tiene 46 años, tiene una opinión parecida a la de Jazmín:

«A mí me gusta el grupo y me encanta porque son personas mayores que he aprendido mucho de ellas. Y no es un tecito, ya no con la pastilla o hazte esto, sino muchas cosas que yo no sabía que sigo aprendiendo de todas. Me gusta porque intercambiamos el modo de hacer las cosas para la diabetes.»

He aquí otras citas que hablan acerca del intercambio de experiencias entre los integrantes del GAM:

«Las anécdotas de las otras sirven para aprender también.»

«Es muy importante que la sociedad tenga conocimiento, esté instruido, que no esté uno en la ignorancia. A través de este sistema que es de autoayuda, la verdad es muy retroactivo porque aprendo de Carmelita, de Victoria, de todas. Ya no se siente uno solo, sino acompañado en su enfermedad.»

Los integrantes del grupo no sólo transmiten información valiosa entre sí, sino que también la difunden en otros espacios. Por ejemplo, Carmelita nos comenta durante las entrevistas grupales: «Yo también tomo notas y tengo una cuñada que es diabética. Entonces le paso a ella lo que vimos aquí». Angélica nos cuenta que ella comparte lo que aprende en las sesiones educativas con su familia:

«Cuando estoy en mi casa, esas notas [que tomo] me ayudan a platicarle a mi familia lo que aprendí. Porque mi esposo es que decía que venía yo al “grupo de las

zucaritas” y luego me decía “a ver, ¿qué aprendiste en las zucaritas?”. Entonces así, por sí sola, no me acuerdo, desde chica yo he tenido problemas de retención. Entonces tengo que hacer mis anotaciones y ya con las anotaciones ya les puedo platicar.»

Agustina, por su parte, nos cuenta que:

«Yo los apuntes que saco, los duplico y se lo doy a las personas que están diabéticas por mi colonia, porque hay muchos que no saben qué alimentos, qué comida, qué tomar. Y como nos han dado recetas<sup>11</sup> también para qué alimentos comer, también las comparto porque hay mucha gente que las necesita.»

En general, los pacientes no sólo son muy participativos para esclarecer sus dudas, compartir experiencias y llevar la información a otros espacios fuera del grupo, sino también para buscar información sobre su enfermedad fuera del GAM. Paloma comenta: «a mí sí me gusta ver algún programa en la televisión para enterarme y saber qué es lo que pasa». Como ella, hay muchos pacientes más. Por ejemplo, el señor Arturo nos platica:

«Yo saco información de periódicos, revistas, libros, conferencias, radio, resúmenes concretos de revistas, que en un momento dado hay revistas que son especiales para diabetes, especializadas, y como ya son de segunda mano, pues fácilmente se pueden adquirir y aprendemos un detallito más de todo.»

Es importante retomar la cita de Angélica con la que cerré el capítulo anterior para recordar que no todas las personas confían igual en las distintas fuentes que consultan. Paloma confía más en «la de los doctores de las pláticas de aquí, es a lo que me he apegado». Daniela también confía más en la información de los médicos y valora la información que proviene de otras fuentes en relación con lo que se dice en las pláticas del GAM:

---

<sup>11</sup> Ver Anexo IV

«En la tele pasan un programa del doctor Abel Cruz. Nunca lo veo, pero diario lo oigo porque mi suegra lo ve. Y cada que hablan de la diabetes, ella me grita y ya voy corriendo. Y ahí explica igual cómo curarte, más bien, cómo te puedes controlar, porque nunca te vas a curar. Pero dice cómo te vas a controlar, lo que debes de hacer y todo. Entonces ya son informaciones que sacas tantito de aquí, tantito de allá, y dices “bueno, esto sí ha de ser cierto porque esto mismo me dijeron aquí [en el centro de salud]”.»

Por su parte, el señor Arturo confía «en lo que me beneficia a mí, en lo que yo veo que, por ejemplo, si algo me está afectando la vista, entonces yo digo “esto no lo puedo estar tomando”». La señora Fernanda utiliza dos pruebas de confiabilidad: lo que concuerda con el contenido de las sesiones y lo que le sienta bien a ella; nos dice: «Yo comparo lo que dicen en la televisión o en la radio con lo que me dicen aquí y con lo que yo siento. Yo digo que la mejor experiencia es como uno se siente, como uno lo vive».

Sin embargo, no todos los pacientes son tan activos para buscar información a partir de otras fuentes y únicamente se quedan con lo de las pláticas del GAM. Además, la mayoría de los integrantes del grupo considera necesario que exista un experto para obtener la información que necesitan. Durante las entrevistas grupales quise explorar la reacción de los pacientes al plantearles la posibilidad de que la comunicación científica se diera bajo otro esquema, más dialógico o incluso participativo, así que les pregunté: «¿Podría haber GAM sin maestros?» No hubo paciente que no pusiera cara de sorpresa ante la pregunta y al unísono contestaron que no. Algunos comentarios interesantes respecto a mi planteamiento fueron:

Cuca: «Siempre debe de haber una cabeza en un grupo.»

Carolina: «Siempre se necesita a alguien que nos lleve sobre el camino, que nos dé una idea para uno seguirlo.»

Jazmín: «En mi caso particular, no. Porque yo no recurro a buscar información. Entonces a mí no me funcionaría el grupo sin un apoyo, porque yo sola no me apoyo.»

Josefina: «No, porque si no hay maestros, no aprendemos nada. Lo mismo que nosotros sabemos, ya lo sabes, pues ¿ya para qué? Mejor así que haya un maestro o dos, los que tengamos, para que nos ayuden más.»

Pablo: «No aprenderíamos igual sin alguien empapado en el tema.»

Daniela: «No, porque es como en la prepa. Los niños que entran a la prepa y les toca ir diario aprenden más que los niños que les toca la prepa abierta, les dan sus hojas, no aprendemos igual, porque no nos explican, no nos enseñan. Aunque nos dieran hojas, nos dieran formularios de cómo atendernos, qué sé yo... No sería lo mismo, no aprenderíamos lo mismo, porque no ponemos atención, a como si un doctor nos explica lo que es la cosa y luego nos da un resumen.»

Ante este último comentario, Macario soltó una broma: «Sería como preparatoria de Tacuba».

Quise llevar mi propuesta un poco más lejos y les pregunté: «Y si no hubiera GAM, ¿qué harían?». Su pasividad quedó manifiesta:

Victoria: «Ah, pues yo seguiría en mi casa, con todas mis dolencias, porque es una dolencia eso de que me siento mal, me siento cansada. Para mí fue un alivio eso de que empecé a venir a las pláticas y luego el ejercicio y todo. Sí me cambió y [sin el grupo] estuviera de otra forma en mi casa.»

Sara: «Yo me imagino de holgazana en mi casa, sin hacer gimnasia, sin venir a las juntas, enfermota, horrible, ni lo mande Dios.»

Jazmín: «Yo seguiría deprimiéndome, porque soy deprimida crónica. De hecho me costó mucho trabajo aceptar la enfermedad. Estuve muy, muy enojada. Entonces con mi depresión y la enfermedad, yo estaría peor si no viniera a las pláticas»

Josefina: «Pues nomás con lo que nos dijera el médico»

Los pasantes perciben la pasividad de los pacientes al punto que, durante las entrevistas, Raúl mencionó que parte de los objetivos del grupo era «estar ahí, sobre de ellos» y Octavio comentó que cuando él empezó a impartir algunas pláticas, los pacientes:

«ya sabían qué era la diabetes, por qué se daba, la insulina... conocían un poco de las complicaciones, aunque nosotros se lo fuimos reforzando más [...] Pero también tienes que estar atrás de los pacientes porque no están acostumbrados ni se les queda mucho la información.»

Al igual que los pacientes, los pasantes también tienen en alta estima el rol de los expertos en la transmisión de información. Raúl opina que el mejor perfil para realizar la comunicación de las ciencias de la salud es un médico, y en entrevista me comentó: «Ha habido diferentes invitados [...] y eso me ha gustado porque cada quien en el tema que domina, es el que le puede dar mejor orientación al paciente».

Por su parte, a Octavio le parece que «bueno, si hubiera un endocrinólogo sería ideal [...] que tuviera trato con los pacientes, que se le facilitara exponer».

Al respecto, Alicia considera que el ponente:

«tiene que ser médico, porque no puede tratar temas médicos una trabajadora social. Claro, puede repetir, les pasamos nuestras diapositivas, lo que quieran, pero en el momento en que se le haga una pregunta pues no va a poder, no va a saber responder. Realmente tiene que ser un médico. Entre pasante y médico general, la verdad es que nosotros ya somos médicos generales. A lo mejor podría ser una persona con más experiencia, el doctor [Benítez] que está con el grupo de diabéticos podría ser un buen candidato porque está viendo el progreso de sus pacientes y así sabe qué está mal, qué puede mejorar.»

El doctor Benítez, en cambio, opinó:

«Para mí, la persona idónea para el grupo de ayuda mutua sería trabajo social [...] por la capacitación que reciben, su profesiograma de trabajo social está orientado a esa situación de hacer de que hay mayor comunicación con la gente, ¿no? El médico nomás se dedica a la relación médico-paciente y tantán. En cambio, trabajo social

puede irse abriendo caminito en cuanto a la concientización de las personas. Uno los orienta y les dice y a mucha gente le entra por un lado y le sale por el otro. Pero la trabajadora social es la que los encamina un poquito más a su propio bienestar de los pacientes.»

Resulta interesante que el doctor Benítez considere que el perfil profesional de los médicos no incluye tener habilidades para comunicarse con los pacientes, como si su trabajo se redujera a la prescripción de medicamentos. También habría que sopesar si a través de esta respuesta intenta justificar por qué no ha asumido su liderazgo frente al GAM ni acude a las pláticas de los martes.

Salvo este último comentario, al parecer la participación de los pacientes es muy enriquecedora tanto para ellos como para el personal de salud involucrado en el grupo. En el convivio de despedida de los pasantes –ese día en el que aprendí de Macario su oficio y el tejemaneje de los depósitos de metales– Raúl le dijo a los miembros del grupo: «nos han dejado mucho en el aspecto emocional [...] nosotros también aprendemos de ustedes».

## 5. Aunque sea sin torta de tamal

Doctora Guzmán: «Yo quiero que se lleven lo clínico, lo práctico.»

Raúl: «El objetivo de la plática es hacerlos conscientes de que estar gordito es un riesgo.»

Alicia: «Ya ustedes pueden diagnosticar influenza.»

Señora Fernanda: «Nos están enseñando a amarnos a nosotros mismos.»

Cliché #1: «Para tener una calidad de vida adecuada [...] debo seguir el tratamiento.»

Octavio: «Hemos trabajado para que entiendan su enfermedad.»

Doctora Lola: «Las emociones son lo más importante; es lo que provoca los cambios.»

Señora Clarita: «Ya casi me gradué de medicina.»

Doctora Guzmán: «Yo quiero llevarlos a que sean autosuficientes.»

Señora Agustina: «Sus clases nos han permitido conocer  
que llevábamos un estilo de vida equivocado.»

Señora Conchi: «Aquí aprendemos los efectos de los medicamentos.»

Doctora Lola: «Lo más importante es el automonitoreo.»

Alicia: «Es muy importante que conozcan el cuadro clínico.»

Señor Macario: «El grupo ayuda a salir adelante, aunque sea sin torta de tamal.»

¡¡¡ALTO!!!

Igual que para los participantes del GAM, ir todos los martes al centro de salud ya era parte de mi rutina. Entraba al salón de usos múltiples como un miembro más del grupo, me sentaba en la última fila de asientos y tomaba notas en mi cuaderno mientras los ponentes daban la plática. A diferencia de los pacientes, que apuntaban los contenidos de la exposición que les parecían más importantes, yo escribía mi diario de campo. Más tarde lo pasaba a la computadora y empezaba a hacer algunas anotaciones para el análisis del trabajo.

Al cabo de varias semanas, caí en cuenta de que mis notas apuntaban hacia muchas direcciones, como la lluvia de citas de la página anterior. ¿Qué se suponía que debían estar aprendiendo los pacientes? ¿La familiaridad con los medicamentos favorecía la automedicación? ¿Con los conocimientos que adquirían se sentían capacitados para diagnosticar y/o atender a otras personas? ¿Cómo reforzaban estas charlas los estilos de vida saludables?

Con el fin de darle sentido a mis notas, regresé a las referencias que había consultado en un inicio para adentrarme en el tema que estoy trabajando. La pregunta que me estaba inquietando era central para la investigación: ¿cuáles eran los objetivos de este programa de la Secretaría de Salud? En una entrevista realizada al doctor Lara Esqueda (Lara, 2004), quien fue director del Programa del Adulto y el Anciano del CENA VECE en el sexenio de 2001-2006, encontré que los principales objetivos de los GAM son:

- 1) garantizar que cada uno de los integrantes reciba capacitación –conocimientos, habilidades y destrezas– indispensables para el buen control de la enfermedad;
- 2) contribuir a la prevención y el manejo de la diabetes, hipertensión arterial y obesidad y
- 3) favorecer la reducción de la morbilidad y mortalidad prematuras en enfermedades crónico-degenerativas, principalmente diabetes e hipertensión arterial.

En la *Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes* (SSA, 2006), bajo el título de Objetivos Generales, encontré dos enunciados:

- Homogeneizar los procedimientos y contenidos didácticos empleados en la educación del paciente con diabetes.

- Promover un cambio en los hábitos y conductas del paciente con diabetes mediante la sensibilización al autocuidado y autorresponsabilidad de su salud, a través del conocimiento de las implicaciones de esta enfermedad.

¿Eran éstos objetivos de la *Guía...* o de la capacitación *per se*? Parecía que el primero correspondía a la *Guía...* y el segundo a la capacitación, pero esto no estaba especificado en el texto. Me fui a otras fuentes para aclarar mis dudas. En la primera guía que se editó para estos grupos, llamada *Clubes de diabéticos. Guía técnica para su funcionamiento* (SSA, 1998), se hacía especial énfasis en la adopción de estilos de vida saludables. Un artículo del doctor Lara Esqueda (Lara et al, 2004) tenía el mismo enfoque. En él, relata que los GAM se implementaron como:

«una estrategia por medio de la cual se estimule la adopción de estilos de vida saludables, al considerar la educación, la actividad física y la alimentación del paciente como parte fundamental e indispensable del tratamiento». (Lara et al, 2004: 331)

Más adelante también dice que:

«Sin duda, los GAM se constituyen en escenarios para la capacitación voluntaria y periódica con énfasis en el manejo no farmacológico y el autocuidado de la salud. Es bien conocido que un control exitoso de la diabetes [...] depende no sólo de la administración del tratamiento farmacológico, sino de la modificación de los estilos de vida –el manejo no farmacológico–». (Lara et al, 2004: 331)

Por otro lado, el *Programa de acción específico de diabetes mellitus 2007-2012* menciona que en los GAM se «facilita la adopción de los cambios conductuales requeridos para el control de la enfermedad»; que son la «base para la educación, control metabólico y adherencia al tratamiento» y en ellos se «logran mayores beneficios en el control glucémico» (SSA, 2008:22).

A través de la Norma Oficial Mexicana para la “Prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus” está reglamentado que:

«Los grupos de apoyo y ayuda mutua deben servir para educar, estimular la adopción de estilos de vida saludables como actividad física, alimentación correcta, automonitoreo y cumplimiento de las metas de tratamiento y control». (NOM-015-SSA2-2010, § 11.7.2)

Haciendo un recuento de todas las fuentes anteriores, concluí que el objetivo de los GAM es promover el cambio de conductas, como la adopción de *estilos de vida saludables* y la *adherencia al tratamiento*, con el fin de mejorar el *control de la enfermedad*. Para entender cabalmente este enunciado, es preciso puntualizar algunos conceptos. En primer lugar, hay que saber que según la OMS el estilo de vida es:

«la forma de vida basada en patrones de comportamiento identificables que están determinados por la interacción entre las características personales –individuales y sociales– y condiciones socioeconómicas y ambientales». (OMS, 1998; citado en Lyons y Lengille, 2000)

Esta definición sugiere que los patrones de comportamiento están en continuo ajuste ante el cambio de las condiciones sociales y ambientales. Por lo tanto, los esfuerzos por mejorar la salud deben enfocarse más allá del individuo, tomando en consideración las demás condiciones que contribuyen al estilo de vida. De acuerdo con Lyons y Langille (2000), si concebimos el estilo de vida desde su carácter social, es decir, desde su interdependencia con los demás, resulta que un estilo de vida saludable no sólo se define por las habilidades de salud individuales, sino también por un ambiente de apoyo mutuo, donde la relación entre individuos y comunidad es bidireccional.

El siguiente concepto importante para los objetivos de los GAM es el apego al tratamiento. Éste tradicionalmente se ha definido como el grado en que la conducta del paciente corresponde con la prescripción del médico. Es importante recalcar que esta conducta no se limita a la toma de medicamentos; también incluye las indicaciones relativas a la dieta, el ejercicio, abandono de hábitos nocivos como el tabaquismo y el alcoholismo, así como otras indicaciones higiénicas, los exámenes de laboratorio y gabinete, asistencia a las citas y cualquier otra indicación o recomendación relevante para el diagnóstico, prescripción, monitoreo y control del padecimiento (Wacher y Tamayo, 2002).

La tercera noción relevante es el control del paciente diabético. La Norma Oficial Mexicana para la “Prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus” define un *caso en control* como:

«el paciente bajo tratamiento en el Sistema Nacional de Salud, que presenta de manera regular niveles de glucemia plasmática en ayuno de entre 70 y 130 mg/dl o de hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo de 7%» (NOM-015-SSA2-2010; § 3.10).

Un *caso en control metabólico* además presenta un índice de masa corporal (IMC<sup>12</sup>) menor a 25, lípidos en sangre (colesterol total, triglicéridos, HDL y LDL) y presión arterial normales.

Una vez asentado lo anterior, me dispuse a conocer cuáles son los objetivos del programa según los participantes del GAM (profesionales de salud y pacientes).

Tomando como referencia el examen que diseñaron y aplicaron los pasantes<sup>13</sup>, supuse que para ellos el objetivo era que los pacientes aprendieran el tipo de contenidos que desarrollaban en las pláticas. Puse a prueba mi hipótesis durante las entrevistas y les pregunté directamente cuál era el objetivo del GAM. Raúl –quien desde el inicio de su servicio social se involucró con las actividades del grupo y lo coordinaba junto con la doctora Guzmán– me respondió:

«Básicamente, que el paciente conozca de qué se trata su enfermedad, porque a partir de que conozca bien de fisiopatología, pero en palabras para ellos sencillas, pues pueden entender por qué el tratamiento, por qué la importancia de no dejarlo, estar ahí sobre de ellos.»

Para Alicia, el objetivo del grupo es:

«Mejorar la calidad de vida. Nosotros les damos clases de los riesgos, las complicaciones que puede haber, sobre todo de la prevención. [...] O sea, hacerlos

---

<sup>12</sup> Ver Cuadro 7, p.46.

<sup>13</sup> Ver Anexo II

conscientes de que su enfermedad es una... hay que aceptarla primero y tomar medidas en cuanto a eso. Toda nuestra terapia es realmente hacerlos conscientes de su enfermedad, aceptarla y mejorar su calidad de vida [...] ¿Ya tienes diabetes? Bueno acéptalo, tómate tu tiempo y ya cuando lo aceptes, mira, tienes que hacer todo esto para que puedas llevar una vida sin problemas, sin complicaciones, no tengas que ir al hospital y siguiendo todos estos pasos puedes vivir bien [...] Muchos de los pacientes que hemos visto tienen diabetes pero no hacen nada, o sea, o no aceptan su enfermedad o luego no toman sus medicamentos, no toman sus laboratorios, realmente no hacen nada en pro de su vida. Nosotros queremos cambiar eso.»

Por su parte, Octavio dijo que el objetivo del GAM es:

«Sacar adelante a los pacientes diabéticos con un manejo integral, o sea, no solamente las pláticas, sino que ellos al entender mejor su enfermedad, al conocerla, al conocer los riesgos y las complicaciones que conlleva, pues se preocupen más por su salud. Y entonces, al tener un poquito más de educación sobre la enfermedad, ellos pueden tener el control de “ah, no, esto me hace bien o esto me hace mal, los medicamentos me los tomo por esto” [...] Que conozcan sus metas [de tratamiento], cuáles son los valores [de laboratorio] en los que deben de estar y vayan viendo “bueno, este mes sí salí bien, este mes sí me excedí un poquito” [...] Además son un grupo que pueden compartir lo mismo, todos son diabéticos y ellos se pueden sentir apoyados emocionalmente. Y al conocer más de la enfermedad, se motivan un poquito más en mantenerse controlados. Y además, algo que trató mucha la doctora Guzmán, es escucharlos, porque luego llegan ahí con la necesidad de expresar sus sentimientos, de platicar, de compartir experiencias. Siento que todo eso le ha ayudado al grupo.»

Las tres citas anteriores tienen en común la noción de que a través del conocimiento de su enfermedad, los pacientes realizarán cambios para mejorar su salud, como tener mayor apego al tratamiento, seguir un control médico adecuado e incluso automonitorearse<sup>14</sup>. Estos planteamientos son característicos del modelo de comunicación

---

<sup>14</sup> El automonitoreo «es el análisis de glucosa (azúcar) que las personas con diabetes realizan en su casa, lugar de trabajo, escuela, o cualquier otro lugar, de acuerdo a las indicaciones de su profesional de la salud;

de la ciencia tipo déficit, según el cual se supone que el conocimiento genera actitudes y éstas determinan el comportamiento (Trench, 2008; Neresini y Pellegrini, 2008).

Considero muy importante resaltar que ninguno de los pasantes mencionó entre los objetivos del GAM la estimulación de estilos de vida saludables, como la dieta y la actividad física. También resulta curioso que, en entrevista, tanto Raúl como Octavio se refirieron a las sesiones educativas como el «aspecto académico» y la «formación académica» del grupo, respectivamente. También llama la atención que Alicia hablara acerca de la aceptación de la enfermedad y que Octavio sacara a relucir la motivación, el apoyo emocional y el intercambio de experiencias entre los pacientes. La respuesta que me dio la doctora Guzmán va en la misma dirección que la de Octavio: «yo creo que el objetivo [del GAM] es ese: compartir las experiencias, yo voy a ver a alguien que tiene lo mismo que yo».

Por su parte, los pacientes tienen una noción en apariencia más clara sobre los objetivos del grupo. La opinión de Pablo, un señor de 57 años, deja entrever que las pláticas están enfocadas en el tratamiento integral de los diabéticos, es decir, educación, apego al tratamiento y estilos de vida saludables (dieta y actividad física):

«[Nos dan las pláticas] para tener el conocimiento de qué tipo de enfermedad es la que padecemos, y además darnos cuenta de las diferentes formas de sobreponernos a la enfermedad, ya que es muy importante estar al pendiente de todo en relación a la misma enfermedad, en cuanto a los medicamentos también, y pues llevar una dieta. Y lo otro es considerar también el hacer ejercicio»

Arturo, de 71 años, nos comenta que además del conocimiento adquirido y los cambios en la dieta, pertenecer al grupo favorece la vigilancia por parte de los médicos:

«Con las pláticas ya va un objetivo de decir “no hagas esto porque te hace daño” y entonces ya se detiene uno. Porque uno lo hacía diciendo “no me importa, no pasa nada”. Y por otro lado, la situación benéfica es los controles: “oye, estás pasado de peso”, “oye, el colesterol, los triglicéridos”, “no has pasado a todos los servicios

---

para hacerlo se debe de utilizar glucómetros ya que la medición de la glucosa en orina no es aceptable.» (NOM-015-SSA2-2010; §3.6)

como son la cuestión de la vista, la cuestión dietética”. Todo eso lo hemos ido aprovechando un poquito mejor.»

Durante los grupos focales aproveché para explorar si un efecto colateral de las pláticas era la automedicación. Para ello, le pregunté a los pacientes: «Con lo que han aprendido aquí, ¿ustedes luego deciden qué medicamento tomar y a qué hora?» Todos respondieron que no se automedican, como muestran las siguientes citas:

«Cambiar [mis medicamentos], no. Llevo un régimen. Tal como me lo indica el médico, así me lo tomo.»

«No, yo no. Yo me tomo las pastillas. Hasta tengo una formulita para no equivocarme si ésta me la tomé ya. Yo conforme es: diario, diario, diario.»

También quise saber si se sentían capacitados para diagnosticar y/o atender a otras personas. La pregunta que les hice fue: «Con lo que han aprendido aquí, ¿le pueden decir a alguien “tú tienes diabetes” o “tú no tienes diabetes”?». A ello, muchos pacientes contestaron que sí han sabido detectar la diabetes, por ejemplo, en familiares suyos, pero que no les dan indicaciones sobre qué hacer, sino que les aconsejan buscar atención médica. La señora Fernanda nos cuenta la siguiente anécdota:

«...mi suegro, yo lo vi muy decaído y le pregunté que qué tenía. Es diabético también y me dice “me siento mal, no veo bien y todo”. Tengo el glucómetro y lo saqué, y le dije “a ver, vamos a ver cómo anda de su azúcar” y tenía como 400. ¿Qué hicimos? Pues rápido al médico porque no se puede esperar. Todo gracias a lo que yo he aprendido aquí, sé usar el glucómetro y varias cositas más, no nada más el glucómetro. Entonces yo agarré y le dije a mi esposo “tu papá viene mal, tiene esto y esto y esto y... chéquenlo ustedes”. Dice “pero es que ¿qué le damos?” [y ella le contestó] “no, yo no soy médico, vamos a llevarlo con el médico y que vea qué es lo que él tiene”. Y dice mi esposo “eso es gracias a tu *chumol*”, él le dice tu *chumol*, que yo vengo a un *chumol* [el grupo] y le digo “de mi *chumol* algo de provecho saco, si no supiera yo eso, ¿qué hubiera pasado con mi suegro?” [...] Es muy importante y

muy bonito aprender algo para saber, tal vez hasta salvar una vida. Eso es lo que a mí me gusta.»

Otra señora del grupo nos dio un testimonio similar:

«Yo he visto que mi sobrino político era muy gordo y de repente bajó [de peso] y le digo “oye, ¿no eres diabético?”. Dice: “que yo sepa, no”. Le digo: “deberías de ir para que te revisen porque estás bajando mucho de peso”. Ya después me dice “¿qué crees, tía? Ya no veo”. Le digo “¿ya fuiste?”. “No, no he ido”. Digo: “ve, mira vete al centro de salud. Si tienes tu seguro, pues vete al seguro”. Y efectivamente, fue y sí: su azúcar la tenía hasta el cielo.»

En entrevista, la doctora Lola me explica que el objetivo del GAM no se restringe a lo dicho anteriormente, sino que:

«El objetivo del grupo de diabetes es que ellos mismos sean gestores y autosuficientes en el sentido de apoyarse como grupo y que funcionen más o menos como con la mística de alcohólicos anónimos, de que si a mí me funcionó el hacer un calendario para no equivocarme y tomarme los medicamentos y con eso estoy bajando en cifras [de glucosa] que piden, yo te lo paso, y pasan a dar su testimonio, como también la alimentación es muy importante. Apenas hasta el año pasado [momento en que ubicamos el inicio del GAM] se retomó toda la situación de nutrición y de la mística como grupo de apoyo, de estar brazo con brazo, con la finalidad de tener apego al tratamiento [...] Sembramos la semilla, los enseñamos a saber qué es un grupo de ayuda mutua y no por el compromiso de acreditar, sino realmente porque sí nos interesan como pacientes, el que ellos aprendan qué es la diabetes, yo soy diabético, cómo me cuido, cómo me controlo, qué es lo que debo de comer, qué es lo que no debo de comer...»

La acreditación a la que se refiere la doctora Lola es la herramienta de evaluación de los GAM que utilizan las Jurisdicciones Sanitarias de todo el país para cerciorarse de que los pacientes que pertenecen a dichos grupos están bien controlados; es decir, que se están alcanzando los objetivos planteados. De acuerdo con el *Programa de Acción Específico*

**2007-2012 de Diabetes Mellitus** de la Secretaría de Salud, «la acreditación de los Grupos [de Ayuda Mutua] es una actividad indispensable para garantizar el cumplimiento de las metas de tratamiento» (SSA, 2008: 22). Tales metas se refieren a los indicadores de control de la diabetes, que se presentan en el siguiente cuadro.

**Cuadro 8. Metas de tratamiento**

Indicador	Control		
	Bueno	Regular	Malo
Glucosa en ayuno (mg/dl)	<110	110-140	>140
Glucemia posprandial <sup>15</sup> (mg/dl)	>140	140-200	>240
Colesterol total (mg/dl)	<200	200-239	>240
Triglicéridos en ayuno (mg/dl)	<150	150-200	>200
Colesterol HDL (mg/dl)	>40	35-40	<35
Presión arterial (mmHg)	<120/80	121-129/81/84	>130/85
IMC <sup>16</sup>	<25	25-27	>27
HbA1c <sup>17</sup> 3 ó 4 veces al año (% mg/dl)	<6.5	6.5-8	>8
Microalbuminuria <sup>18</sup> (mg/24hrs)	Anual/negativo	30-300	>300
Revisión de agudeza visual y fondo de ojo	Anual		

Fuente: SSA, 2006:31

La doctora Lola me explica que la diferencia entre un GAM acreditado y uno no acreditado yace en las metas de tratamiento:

«El grupo acreditado es porque cumple cada uno de los indicadores de las metas de tratamiento. ¿Cómo cuáles? Talla, peso, hemoglobina glucosilada en cifras

<sup>15</sup> Después de la comida.

<sup>16</sup> Índice de Masa Corporal. Ver Cuadro 7, p.46.

<sup>17</sup> Hemoglobina glucosilada.

<sup>18</sup> Cantidad de la proteína albúmina en orina

consideradas en el estándar como lo marca la Norma Oficial, y triglicéridos, más aparte el que el médico revise pie diabético, le dé las indicaciones correctas.»

Al preguntarle directamente si existe alguna diferencia en cómo se lleva un grupo acreditado y uno no acreditado, me indica que no hay diferencia, que «las pláticas se dan igual».

«La diferencia está en que ante la [Secretaría de Salud] Federal, existe un proceso administrativo, en el sentido de que el grupo acreditado se sube a una plataforma [un sistema computarizado denominado Sistema de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua, SIVEGAM por sus iniciales] para el seguimiento y control de los pacientes, y al cabo de tres meses, ese grupo tiene que volver a ser re-acreditado, para ver si todo el proceso de atención clínica hacia ellos, ellos lo entendieron y por sí solos se mantienen en las cifras con que acreditaron, o la tendencia es de que mejoren esas cifras con que acreditaron.»

El doctor Lara Esqueda, quien fue director del Programa del Adulto y el Anciano de la SSA en el sexenio de 2001-2006 y Secretario de Salud de Colima durante el periodo en que se realizó el estudio, me proporcionó un trabajo que está preparando para publicación, titulado “Grupos de Ayuda Mutua en el Estado de Colima”. En él especifica que:

«El proceso de evaluación [de los GAM] establece contar con mínimo 20 integrantes que por medio de la intervención de un acreditador capacitado y un proceso de evaluación de mediciones antropométricas y clínicas individuales para que, de manera grupal, se determine la Acreditación, Re-acreditación y Excelencia.»

De acuerdo con la octava línea de acción del *Programa de Acción Específico 2007-2012 para Diabetes Mellitus* (SSA, 2008) los criterios para obtener la acreditación son:

- mantener al 85% de los integrantes,

- promedio grupal de personas con diabetes con glucemia en ayunas < 126mg/dl ó HbA1C < 7%,
- promedio grupal en personas con hipertensión arterial <140/90 mmHg y
- promedio de reducción grupal de 2 cm de circunferencia abdominal o 3% del peso corporal.

En suma, la Secretaría de Salud acredita un GAM cuando éste cumple los criterios descritos; lo re-acredita si después de tres meses sus integrantes continúan controlados; y otorga el grado de excelencia si tres meses después, los indicadores se mantienen dentro de los parámetros deseados.

Según la doctora Lola:

«La ventaja más grande de acreditar es la satisfacción propia de cada uno de los pacientes de saberse diabético, de saberse que él mismo puede controlarse a través de nuestra ayuda. No ganamos ningún apoyo económico más que el reconocimiento moral por parte del grupo y por parte de nuestras autoridades [...] porque es difícil trabajar con los adultos mayores, que acepten su enfermedad, que acepten un cambio de estilo de vida diferente, una alimentación diferente. Eso es lo único: el reconocimiento y la satisfacción de poner un granito de arena para que cambien.»

El GAM del centro de salud que dirige la doctora Lola no está acreditado. Al respecto, le pregunté:

Yo: ¿Este es el único GAM de la Jurisdicción que no está acreditado?

Ella: No, no, no. Nada más ahorita han acreditado dos centros de salud, y en todos los centros de salud hay grupos de ayuda mutua. [...] Y el resto de las unidades, que somos ocho unidades, las seis unidades restantes no nos acreditamos.

Yo: ¿Por qué no se ha acreditado el grupo?

Ella: Pues no sé... Tal vez sea una cuestión administrativa. Han cambiado coordinadores [jurisdiccionales] del programa [...] Cuando estaba la doctora Guzmán hicimos la solicitud para acreditar de una vez, pero no sé qué factores de evaluación tomó en cuenta la coordinadora a nivel jurisdiccional, que venía llegando [...] Toman mucho en cuenta las metas de tratamiento, por supuesto. Pero no sé por qué nosotros no, cuando estábamos casi seguros de que sí los valores estaban

considerados dentro de las metas. [...] Ella [la coordinadora jurisdiccional] es la que nos dice “este centro de salud ya está preparado, éste no”. Ella ya ha venido a supervisar. Vino dos veces el año pasado. Nos faltaban algunas situaciones en la carpeta ejecutiva [la que lleva Mari, la trabajadora social], como Normas Oficiales... minucias que sí se van a cumplir. Las cifras [de las metas de tratamiento] están bien, dentro de lo que cabe considerar. Pero ella decidió que fueran otros centros de salud, y bueno, yo me alinee...

Una vez dilucidados los objetivos de los GAM, resultó necesario averiguar si en el grupo en estudio éstos se han alcanzado o no (capítulo 7). Antes de eso, empero, quiero presentar en el siguiente capítulo algunas estrategias independientes a las sesiones educativas que influyen en la consecución de dichos objetivos: las sesiones de ejercicio y el apoyo emocional.

## 6. Nuestro costalito

Todos los muebles están arrumbados al fondo del salón de usos múltiples. Música tipo punchis-punchis brota de las bocinas conectadas al i-pod de Raúl, quien está parado frente al grupo compuesto por poco más de una docena de señoras. Raúl viene vestido de blanco, pero sin la bata que invariablemente usa en las sesiones educativas. La rutina, siempre igual, comienza con unos estiramientos y movimientos de calentamiento. Después siguen los ejercicios aeróbicos: marchar, alzar los brazos, caminar a un lado, después al otro, media vuelta y empezar de nuevo. Son los típicos movimientos de una clase de aerobics de un gimnasio cualquiera; dirige Raúl con mucho entusiasmo.

Las señoras lo siguen, algunas con más gracia, otras con más flexibilidad y otras con dificultad, pero todas con una sonrisa en la cara. Algunas de ellas van vestidas de pants, otras con ropa cómoda tipo sport y unas cuantas con ropa de diario, incluso con falda, blusa y sandalias. Al cabo de unos minutos, Raúl suda profusamente y tiene la respiración acelerada. Las señoras también están agitadas. Casi todas llevan un termo de agua y toman un par de tragos entre cada canción.

Media hora después de que han iniciado los ejercicios, el ritmo de la música cambia drásticamente; ahora se oye chachachá: «toma chocolate, paga lo que debes»... Raúl sigue frente al grupo y repasa pausadamente los pasos de baile. Ya que todos los practicaron con calma un par de veces, bailan esta canción de cabo a rabo. Después realizan una serie de estiramientos y respiraciones.

Acto seguido, Cata –una señora que no asiste a las sesiones educativas ni tiene padecimiento alguno, pero acude a los ejercicios porque quiere ayudar y motivar a las demás asistentes– toma el lugar de Raúl como cabecilla del grupo. En sus manos tiene un palo de escoba sin cerdas. Las demás señoras también llevan sus respectivos palos de escoba. Con ellos practican una rutina de taichi que dura aproximadamente diez minutos. Las sesiones concluyen con una «reflexión», de la que hablaré más adelante. Ahora quiero enfocarme en las sesiones de actividad física, sobre las cuales Raúl me explicó en entrevista que:

«son independientes del GAM. Se dan a pacientes crónicos [esto es, con enfermedades crónico-degenerativas]. Al principio creo que era sólo diabetes, pero ya después de diabetes o de hipertensión, el chiste es que son pacientes crónicos y se les da una sesión de una hora de una clase aeróbica. El chiste es supuestamente más o menos ayudarles a cómo debe ser una rutina, de cómo debe ser el calentamiento, la fase intensa y luego cómo enfriar. La idea es que lo hagan en su casa todos los días, pero creo que sólo lo hacen cuando van [al centro de salud].»

La pasante que se encargaba del GAM antes de que Raúl llegara al centro de salud a hacer su servicio social fue quien le enseñó la rutina de ejercicios, según me dice:

«Al principio yo daba la clase con ella. Ya después fuimos a una capacitación por parte de la Jurisdicción de Muévete y Métete en Cintura, que es un programa que hay a nivel nacional. Ahí nos explicaron bien cómo debe ser una rutina, los beneficios del ejercicio y todo eso.»

Muévete y Métete en Cintura es un programa de la Secretaría de Salud cuyo principal objetivo es generar un amplio movimiento social informado y organizado para promover estilos de vida saludables, a través acciones de orientación alimentaria y fomento de la actividad física. Como parte de ese programa, desde hace 2 años en la Ciudad de México se llevan a cabo eventos masivos de activación física, en los que se han reunido a más de 5 mil personas: carreras infantiles en el Bosque de Chapultepec y exhibiciones semanales en el Ángel de la Independencia, así como en otros espacios públicos y puntos de afluencia (SSDF, 2013).

Algunos avisos que pone Mari en el pizarrón corresponden a actividades de dicho programa. Tal es el caso del ejemplo que cité en el segundo capítulo:

«AVISO: Se invita a la caminata de la salud el día 14 de junio a las 8am en el Parque Huayamilpas. Se obsequiarán playeras, gorros y agua a los participantes.»

Las señoras que acuden a las sesiones de ejercicio del GAM son las más propensas a asistir a este tipo de actividades, en comparación con los miembros del grupo que no van

al centro de salud a ejercitarse por dificultad de horarios, otros compromisos (por ejemplo, «cuidar a mis hijos») o porque «el centro de salud me queda muy lejos». Sin embargo, la mayoría refiere que hace ejercicio por su cuenta, en los horarios que más les acomodan y cerca de su domicilio.

Maricela, una señora de 38 años que normalmente acude a las sesiones de ejercicio del GAM, nos dice:

«Sí, sí hemos ido [a las actividades que anuncia Mari], y pues hay mucha gente más que nada de la tercera edad... ha estado organizado, nos dan playeras, nos regalan agua, nos toman la azúcar, nos dan naranjas, sí está muy bonito.»

En entrevista, Raúl me cuenta que la capacitación del programa Muévete y Métete en Cintura consistió en ejercicios prácticos y en conocimientos teóricos. La impartió, según me cuenta el pasante:

«una persona que da acondicionamiento físico, que es la que está asignada por la Jurisdicción y se supone que esa persona debería de dar ejercicio en todos los centros de salud, debería de ir rolando, por lo que entiendo, pero creo que nada más da en [un centro de salud].»

En entrevista, la doctora Lola, directora del centro de salud, me explicó que el programa Muévete y Métete en Cintura es independiente de los GAM, sin embargo sirve de apoyo para las sesiones de actividad física de estos últimos:

«Hay una instructora a nivel de la Jurisdicción [...] en el programa de Muévete y Métete en Cintura, en especial para los Grupos de Ayuda Mutua. La razón de por qué este centro de salud es el único [de la Jurisdicción Sanitaria] que no lo tiene, tal vez es una razón administrativa. Porque yo me he cansado de pedirla y no la mandan. Es una situación también de ajuste de horarios y que la instructora dice “no me puedo adaptar” y yo le digo “es que tú te tienes que adaptar a los horarios de los grupos y no nosotros a tus horarios”. Entonces ella sí vino y me dijo “Doctora, discúlpeme pero yo no puedo el día martes que sesionan. Si quiere tal día y a tal hora”»

En entrevista, el doctor Lara Esqueda me confirmó que el instructor de actividad física jurisdiccional debería de impartir las sesiones de ejercicio para el GAM y que el perfil de ese instructor «debe ser un Licenciado en Educación Física y Deporte» que haya sido capacitado para «manejo de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y manejo, también, de la población adulta mayor».

En el último mes de su servicio social, Raúl dejó de impartir las sesiones de actividad física. Su lugar lo tomó por autodenominación la señora Cata, lo que generó algunos problemas entre las señoras del grupo. Ellas me contaron que el problema es que Cata «es muy gruñona y mandona», las regaña y les da poca libertad. La señora Emma me cuenta que Cata no le permite romper con la seriedad: «en el ejercicio me pusieron un hasta-aquí y ya no soy libre de hacer broma». Cuca me explica que «por eso ya somos menos las que venimos, antes éramos como 19 y ahora restamos sólo como 10». Resulta interesante que en la única actividad del GAM en la que se perdió la verticalidad hayan surgido problemas precisamente a causa de ello.

Así como hubo un convivio para despedir a los pasantes de las sesiones educativas, también hubo una despedida en las sesiones de ejercicios. Raúl y Octavio organizaron «el bailongo» con las pacientes el último viernes de su servicio social. De 8 a 9 de la mañana, además de chachachá, bailamos salsa, cumbia y rock 'n' roll.

Adicionalmente a las sesiones de actividad física, existen otro tipo de apoyos al GAM. Por ejemplo, Mari ocasionalmente les reparte menús para diabéticos<sup>19</sup>. Durante las entrevistas grupales, las pacientes del GAM refirieron que sí siguen esos consejos. En opinión de Josefina, las recetas que les dan:

«sí quedan muy ricas, porque hay calabacitas rellenas de jamón y queso, de champiñones, atún con ejotes y jitomates y cosas que sí llevan mayonesa, mayonesa baja en grasa y una cucharadita nada más chiquita.»

---

<sup>19</sup> Ver Anexo IV

Sólo una señora de 72 años comentó que no ha podido cocinar las recetas porque «yo tengo una parrillita [...] no funciona mi estufa, ya tiene meses, y en la parrilla se sube la luz y se baja. Quisiera yo, pero no puedo».

En casos como el anterior es que resulta muy importante el apoyo mutuo y la motivación emocional, otra de las estrategias que se aplican para la consecución de los objetivos del GAM. De acuerdo con lo que el doctor Lara Esqueda me dijo en entrevista, la ayuda mutua que está a la base de estos grupos es:

«Una condición natural en el ser humano de buscar contacto con otras personas, en quienes confiar ante una situación de enfermedad, peligro o de ansiedad, que sirva como cauce para conocer otras estrategias de afrontamiento de problemas que le ayuden a reforzar actitudes positivas hacia la búsqueda de alternativas válidas para la mejora de su calidad de vida.»

En la sesión educativa del 5 de junio, que impartió la doctora Lola, se abordó el tema de los “Grupos de Ayuda Mutua”. Durante su exposición, la directora del centro de salud hizo hincapié en que «la importancia de estos grupos es social, de convivir. Todos somos sociales y necesitamos de un apapacho y de orientación». Con base en su ponencia, los GAM sirven para elevar la autoestima, la capacidad de comunicación y la intervención activa en nuestro entorno. Al respecto, una señora comentó durante aquella sesión: «yo hace poco tuve una pérdida muy dolorosa y el grupo me ayudó a salir».

Bajo el mismo orden de ideas, en el GAM que estudié se realiza una «reflexión» al final de las sesiones de ejercicio cuyo contenido está estrechamente relacionado con la motivación emocional. Para esta actividad, se le pide a las señoras que tomen asiento en las filas de sillas arrumbadas al final del salón, que pongan la espalda recta, que cierren los ojos e inhalen profundamente tres veces. Entonces llega la doctora Guzmán y comienza «la lectura» de un capítulo del libro titulado *Las más bellas reflexiones de la Doctora Levinstein*, mismo que la doctora me dio como regalo el día en que la entrevisté, lo que me permite hacer ahora la cita de un párrafo de la lectura que hizo en la primera sesión de ejercicios a la que acudí:

«Cada etapa de la vida tiene su belleza; cada etapa de la vida tiene un regalo y algo hermoso que descubrir. Sufrimos cuando queremos vivir en el pasado y nos angustiamos por un mañana que sólo Dios sabrá si llegará. Vive este hoy, es tu momento, y vívelo con la plenitud, con las ganas de ser lo que eres; no envidies a nadie, simplemente vive cada etapa de tu vida. Y con esta sensación maravillosa de saber qué vivir, vivir es un regalo y un privilegio, que la vida la tienes por hoy y que la oportunidad de ser feliz te corresponde sólo a ti. Es tuya la decisión: vive, vive cada etapa de tu vida, vive cada hoy.» (Levinstein, 2002:45)

Con esas palabras u otras similares terminaba la sesión de ejercicios de cada lunes, miércoles y viernes de 8 a 9am. La doctora Guzmán me cuenta que fue pocos meses después de haberse involucrado con el GAM que:

«me entró la onda del desarrollo humano, que fue el *boom*. Yo me di cuenta... diabetes, cuadro clínico, complicaciones agudas, crónicas, el riñón: ya [lo vimos]. Vamos a ponerle un *ponch*. Vi que llegaba un psiquiatra al centro de salud y dije este elemento está desperdiciado. “Doctor, mire, prepárenos un tema.” Dijo que sí y fue su perdición. Primero empezamos con el tema de generalidades, luego emociones y de otros invitados, autoestima, apego al tratamiento, el camino hacia el centro de mí misma [...] Yo dije [a las pacientes]: “yo quiero que se vuelvan a enamorarse de ustedes mismas, que vuelvan a sentir el amor, porque una mujer cuando está enamorada dice a todo que sí, y yo quiero que digan sí al tratamiento, a la terapia y a la dieta.”»

Cuando renunció la doctora Guzmán, Raúl continuó con las reflexiones; a veces leía un texto y a veces se la echaba de su ronco pecho. Alicia me comentó durante la entrevista que «a nosotros [los pasantes] nos gustó [y] cuando se fue Guzmán empleamos lo mismo: que los pacientes participen, leerles las reflexiones, preguntarles sus experiencias». En este sentido, Octavio me dio una gran sorpresa en la sesión educativa del 16 de julio, en la cual realizó una dinámica titulada “¿Por qué están aquí?”. No utilizó diapositivas; puso música tipo *new age* de fondo y aplicó varias actividades para los pacientes. Les pidió, por ejemplo, que anotaran en un papel las cualidades que les gustaría que tuviera la persona con la que pasan más tiempo. Ya que todos tuvieron su lista, les dijo que la persona con la que

pasan más tiempo son ellos mismos y que los invitaba a reflexionar sobre si tenían las cualidades anotadas o no. También realizó un ejercicio de empatía que consistía en seguir los movimientos de otra persona en espejo. Después acomodó a los pacientes en dos filas paralelas; por el pasillo que quedaba entre ellas pasaron de uno en uno para que sus compañeros «les regalaran una caricia, una frase de ánimo o un abrazo».

Poco a poco los pacientes se fueron abriendo emocionalmente. La señora Clarita confesó: «yo me siento deshonesto cuando fracaso para bajar de peso». Ante eso, Octavio sugirió «hacer un ejercicio para cambiar ideas negativas por positivas». Al final, varias señoras lloraron con la dinámica e hicieron comentarios como: «ésta es una experiencia religiosa» y «hasta se me puso la piel de gallina». Al concluir, la señora Agustina le dijo a Octavio: «lo amamos de corazón». Él propuso que se quedara como lema del grupo esta frase: «¡es posible, tengo la capacidad y me lo merezco!», que todos gritaron a coro tres veces.

Durante la entrevista con Octavio no desprecié la oportunidad de preguntarle dónde había aprendido las técnicas que utilizó con los pacientes en aquella sesión. Esto fue lo que me contestó:

«De la vida. He tomado diferentes cursos, mi tía daba programación neurolingüística, entonces estuve también metido un poco en ese rollo y mi mamá también da un poco de desarrollo humano... mmm ¿cómo se llama?... bueno, como ejercicios de integración y ese tipo de cosas. Así que yo desde chiquito he estado inmerso en todo esto por parte de mi familia. He tomado cursos también de programación neurolingüística, formación personal profunda, donde trabajas con muchas cosas de ti.»

Octavio me comenta que él es entrenador de programación neurolingüística. Esta corriente terapéutica la fundaron un estudiante de psicología, Richard Bandler, y un profesor de lingüística, John Gider, en los años 70 busca. Busca, mediante terapias breves, nuevas formas de determinar, entender y cambiar la estructura de la experiencia. Se trata de un modelo de la cognición y el comportamiento humano que describe cómo la gente hace sus propias representaciones del mundo a partir de los sentidos; cómo se comunica e interactúa con el mundo y con otras personas; cómo es que puede experimentar angustia y

decepción en esas interacciones; y cómo se le puede ayudar para cambiar sus representaciones con el fin de aliviar su angustia y enfrentar la vida de manera más efectiva y con mayor plenitud. Aunque en un origen la programación neurolingüística tenía una orientación terapéutica, actualmente tiene múltiples aplicaciones en áreas como ventas, negociación, *coaching*, capacitación para la gestión y en la formación profesional, entre otras (Heap, 1988; Andres y Andreas, 1992; Tan, 2003).

En entrevista, Octavio me comentó que tiene especial interés en este tipo de actividades porque:

«ves cómo la gente cambia, te agradece... a veces la parte académica sí es interesante, pero esto les mueve un poco más [...] hay cosas de los pacientes que no sabemos que traen de atrás y entonces hay que tratarlos de ayudar también en ese aspecto».

Durante el convivio de despedida, Emma recordó especialmente la dinámica de Octavio, le llevó un regalo y comentó frente a sus compañeros: «yo con el grupo he mejorado mucho, antes estaba amargada y ya no». Clarita también habló de «las terapias para amarnos» y le dijo a los pasantes, a modo de adiós: «ustedes me han hecho volver a creer en la humanidad, los admiro y los respeto». Aurelio, un señor que asiste regularmente a las sesiones pero casi nunca emite comentarios, ese día también se animó a hablar y dijo: «el grupo me ha dado estabilidad emocional». Silvia, una señora que pertenece a la Iglesia de la Luz del Mundo incluso le dio «gracias a Dios que me dio esta enfermedad, porque así llegué al grupo». Otra señora enfatizó que «nadie nos va a entender como nosotras, por eso es ayuda mutua» y Agustina soltó esta frase tan linda con la que titulé el presente capítulo: «Nos ayudaron a cargar nuestro costalito, que a nuestra edad ya pesa más».

En las entrevistas grupales también salió a colación la dinámica que impartió Octavio. Cuando le pregunté a los pacientes cuál había sido su plática favorita a lo largo del periodo de estudio, la señora Angélica dijo:

«A mí me gustó mucho la que hicieron de despedida los médicos, la de cuando nos enseñaron a abrazarnos, a querernos, que hasta nos hizo llorar a todos, porque es difícil sacarlo. Podemos demostrarle que queremos a otras personas, pero a nosotras

mismas es difícil. A veces hasta renegamos de por qué yo esto, por qué yo lo otro, en vez de ver nuestras cualidades».

A pesar de que, como se mencionó en el capítulo 2, el personal de salud del GAM en estudio no está familiarizado con el aprendizaje significativo<sup>20</sup>, conviene mencionar que el componente emocional es un ingrediente fundamental para esta teoría pedagógica constructivista. De acuerdo con ella, las emociones dotan significado personal o colectivo al aprendizaje, mejorando la enseñanza. Esto se explica porque «transmitir información no es igual a facilitar un ambiente para la obtención y creación de significados personales o colectivos que potencien el aprendizaje» (Albornoz, 2009).

La asociación entre el aspecto emocional y la salud también ha sido ampliamente estudiada (Ornish, 1998). Se ha dicho, por ejemplo, que las personas con autoestima alta y apoyo social fuerte gozan de mejor salud pues sufren menos estrés (Baumeister et al, 2003). Asimismo, se ha visto que para muchas personas con diabetes, tener conocimiento de los comportamientos de auto-cuidado óptimos es necesario pero no suficiente para que los lleven a cabo, y en ocasiones conocimientos y conductas saludables ni siquiera se relacionan. En consecuencia, hay una creciente atención en la esfera psicosocial para el auto-cuidado de la diabetes. De hecho, las guías de práctica clínica de 2008 de la Asociación Canadiense de Diabetes recomiendan la incorporación de intervenciones psicológicas en la atención primaria y la educación de los diabéticos (Sabourin y Pursley, 2013).

El testimonio de Azucena nos sirve para ilustrar la importancia del aspecto emocional en la adopción de estilos de vida saludables:

«La ventaja que a mí me ha dado el grupo es conocerme y amarme, porque la verdad yo creía que me quería si me comía lo que a mí se me antojaba. [Pensaba:] si para eso trabajo, para no quedarme con ningún antojo. Y cuando me pusieron a dieta descubrí... bueno, me mandaron al psicólogo y luego me mandaron al psiquiatra. Y yo dije “wow, ¿qué es eso? Yo no estoy mal, ¿no?” Pero bueno, entendí que así como existe la salud del cuerpo, de todos los órganos, también está la salud mental

---

<sup>20</sup> Método a través del cual debe implementarse la educación en los GAM según la **Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes** (SSA, 2006). Ver capítulo 2.

del cerebro. Y si uno no cambia el cerebro, no cambia nada. Entonces es muy importante el psicólogo y el psiquiatra. A mí me parecía atroz y horrible, pero lo entendí. Porque yo era de las personas que comía por lo que fuera. Entonces cuando me pusieron a dieta me dio mucho coraje y en lugar de enflacar, engordé. Entonces descubrí que le tengo mucho coraje a la autoridad, a lo medido, a la disciplina; o sea, soy de que me gobiern sola y no permitía nada. Pero aquí entendí que debo de someterme a cierta disciplina, a cierta regla».

El apoyo no sólo viene por parte de los médicos en las dinámicas, las lecturas y las reflexiones, sino también entre los propios integrantes del grupo. Cuca dice: «Si vemos que alguna de las compañeras tiene algún problema, tratamos de apapacharla para que sienta que sí vale». Agustina comenta: «He aprendido mucho y me gusta convivir con las demás. Antes estaba yo muy sola, mucho muy sola. Y aquí siento que volví a vivir.» Carmelita, que cada mes organiza un desayuno en su casa con las señoras que asisten a las sesiones de ejercicios, nos cuenta:

«[El grupo] me cambió la vida completamente. Yo era muy reservada, no salía a la calle, no platicaba con nadie, era muy encerrada en mí misma, pero desde que entré aquí ¡pues ahora sí!»

Al parecer, la diabetes es un «costalito» que pierde peso gracias al apoyo emocional y social que intercambian los integrantes del grupo. Más que actividades complementarias al proceso de comunicación de la ciencia, las sesiones de ejercicio, la participación en actividades externas al centro de salud del programa Muévete y Métete en Cintura, la preparación de los menús para diabéticos y demás estrategias que contribuyen a estimular la adopción de estilos de vida saludables deberían ser componentes estructurales de los GAM.

## 7. Yo creo que sí funciona

«Pues yo antes no venía [al grupo]. Yo venía a mis consultas y nada más. Luego me decía la doctora Rodríguez [médica tratante del centro de salud] “hay pláticas, doña Josefina”. “Ah, sí... al rato voy”. Pero no venía, decía “ay, nomás es ir a perder el tiempo”, y ya después una vez me dijo el doctor Benítez “por orden del departamento, la paciente que no vaya a las pláticas, ya no va a haber medicamentos”, y le digo “¿a poco doctor?” y dice “sí”. Y yo: “ah bueno”. Y ya de ahí empecé a venir a las pláticas y pues me gustaron. Y sigo viniendo por lo mismo, para también saber... Porque yo antes decía “soy diabética” [con tono de desinterés], no le daba mucha [importancia]. De primero sí, dije “soy diabética” y me puse a llorar y todo, porque yo sabía que con eso luego se muere uno, y luego me decía una prima “no, pero no te vas a morir ahorita, Jose. Si tú te la sabes controlar, te la vas a saber vivir con la enfermedad”, porque su hijo es médico. Y me dice “no tía, uno no se muere de diabetes si tú te la sabes controlar”. Pero yo estaba muy gorda, yo llegué a pesar hasta 70 kilos y les decía “si yo hago mucho ejercicio”. Siempre trabajé en casa y siempre me tocaba en el último piso y bajo y subo escaleras a cada rato y me decía “pero es que eso no es ejercicio, tía, eso es rutina, tienes que hacer una dieta”. Y yo le dije “ay, no güera, si yo hago dieta me muero”. Pero no, mire, gracias a Dios, llegué aquí al centro de salud, fui a las pláticas, y pues como dicen todos los compañeros: nos enseñaron a comer, qué tenemos que comer...»

Josefina tiene 65 años, estudió hasta tercero de la primaria y desde hace dos años forma parte del GAM. Al igual que ella, muchos otros miembros del grupo reconocen que las pláticas han impactado en su dieta. Macario también nos cuenta su caso:

«Pues en principio yo no sabía de que tenía diabetes hasta que la doctora Rodríguez me la detectó con el *glucosómetro* [glucómetro]. Y me mandó a que viniera los martes aquí a las pláticas para aprender y conocer el funcionamiento de mi cuerpo y ver qué es lo que tenía que hacer y qué tenía que dejar de hacer. Porque yo era de esas personas que anteriormente en mi casa, de tres cuartos, le echaba medio cuarto de leche, medio litro de té de canela o lo que fuera y, eso sí, dos cucharadas soperas bien servidas de azúcar, tres o cuatro panes de dulce y una o dos tortas de telera o

bolillo. Y llegó el momento en que tanto se me acumuló que ya no... y andaba como si estuviera tomando, como si anduviera borracho, andaba midiendo por curvas. Y ya cuando empecé a venir acá fue como fui conociendo el funcionamiento de mi cuerpo y dejando también a un lado lo que es todo tipo de azúcares y algunas otras cosas.»

Así como Josefina y Macario, muchos otros pacientes reconocen que a partir de que ingresaron al GAM, cambiaron su estilo de vida en beneficio de su salud. Pero no sólo tenemos sus testimonios para dar cuenta de la efectividad del grupo; ésta también se respalda con las anécdotas que evidencian los conocimientos adquiridos. Por ejemplo, durante la sesión teórica del 27 de marzo en la que se llevó a cabo la dinámica de “La pesca de los clichés”, la señora Clarita habló sobre el pie diabético, una de las complicaciones más frecuentes de la enfermedad, utilizando un palabras especializadas como «neuropatía» y «extremidades». Además, su explicación fue muy clara:

«La diabetes afecta nuestros nervios [...] Como perdemos sensibilidad estamos sujetos a lastimarnos. Por eso es muy importante aprender cómo cuidarnos los pies, cómo cortarse las uñas de cierta manera, tener un zapato cómodo, no caminar descalzo para no llegar a la amputación.»

Otra anécdota que da prueba del conocimiento científico que han adquirido los pacientes es la siguiente. Hablando acerca de los infartos cerebrales, una señora preguntó: «¿oiga, doctor, el anticoagulante qué hace en esos casos?». Esta pregunta demuestra que la señora tenía claro que existe una relación entre los infartos y estos medicamentos. Octavio respondió que dichos fármacos previenen la formación de coágulos que pueden tapan los vasos e impedir el flujo normal de la sangre en el cerebro. En ese momento, intervino otro integrante del grupo para preguntar si «¿el ácido acetil salicílico (sic) es un anticoagulante?». De esta última pregunta sobresale el uso del nombre genérico de la aspirina y el conocimiento de que ésta previene la coagulación.

No obstante a lo anterior, durante el convivio de despedida de los pasantes todos se dieron un atracón, incluyendo a los mismos pasantes, a la dentista Nancy, a la nutrióloga Lety y a los pacientes. De hecho, Nancy insistió en que yo comí muy poco. Eran las 10 am y desayuné un poco de fruta, dos tostadas de pollo y una probadita de arroz con mole.

Existen observaciones adicionales que podrían comprometer la efectividad de la comunicación de la ciencia del GAM, por tratarse de comentarios un tanto inverosímiles que quizás despierten confusión entre los miembros del grupo. En una ocasión la doctora Guzmán dijo: «yo vi a un paciente con 1000 de colesterol que sólo estaba mareado». Los valores de colesterol deseables no deben pasar los 200mg/dl, el límite alto está establecido entre 200 y 239mg/dl y las cifras altas se definen a partir de 240mg/dl (NIH, 2002), por lo que resulta altamente improbable la afirmación de la doctora Guzmán. Asimismo, en varias ocasiones no se hicieron las aclaraciones pertinentes ante comentarios inconcebibles de los pacientes como «tengo primas que sólo reglan dos horas al año».

Más allá de mis observaciones y percepciones acerca de la efectividad del GAM, también quise conocer si el personal de salud involucrado considera que esta estrategia funciona. Al respecto, la doctora Guzmán me comentó:

«Después del desarrollo humano y de llevarlos al amor, creo que sí se logró el objetivo [...] No les interesaba nada, eran números [cifras deseables de glucosa en sangre]. Y entonces aquí les empezamos a hablar por sus nombres, y yo les daba abrazo, un abrazo fuerte porque me nacía, y luego les decía “gracias por haber venido” y eso los desubicaba. Muchos nada más iban por el abrazo, me daba cuenta, porque muchas no saben ni leer ni escribir.»

Sin embargo, la doctora Guzman tampoco se siente completamente satisfecha con los logros obtenidos, pues me dice:

«Yo quisiera llevarlas a que ellas fueran maestras y lo pueden hacer porque han aprendido a contenerse, a que la comida, al control, porque los números son fríos... los números que se obtuvieron del año pasado hasta diciembre, es impresionante ver cómo bajaron los triglicéridos y el colesterol en las que hacían ejercicio [...] impresionante, ya se vio.»

Raúl opina:

«Yo creo que sí funciona porque les va ayudando a los pacientes, sobre todo en el aspecto emocional, los motiva a que sigan su tratamiento, la dieta, el ejercicio, en

comparación con los otros pacientes, que no tienen ni idea de qué se trata su enfermedad. [...] Lo que hemos visto que es más difícil es que lleven la dieta [...] les cuesta muchísimo, muchísimo trabajo. Yo creo que es por la dieta que lleva el mexicano. Pues bien si les insistimos en el ejercicio, muchos de ellos no lo hacen. Pero en general sí les funciona.»

Por su parte, Alicia contestó a la pregunta de «¿Crees que el GAM funciona?»:

«Sí, totalmente. Sí, lo hemos visto. A lo mejor fallan en algo de los conocimientos. Será porque son cosas difíciles. Pero lo hemos visto con su progreso en cuanto a los laboratorios. Los hemos visto estables. Los pacientes que nos aparecen con el azúcar alta o el colesterol alto serán 3 de 30, que son mínimos. Y gente que vemos que no está en el grupo, pues presentan más alteraciones en cuanto a los que no están en el grupo.»

Octavio, en cambio, no es tan positivo:

«...ah... yo creo que le sirve a los pacientes para sentirse identificados con otros pacientes, para sentir ‘pertenezco al grupo, yo soy del GAM y por eso le echo ganas’. La parte que nosotros hacemos en teoría es nomás un cachito porque el que debería de estar atrás de todo eso es el doctor que está a cargo del grupo que nunca lo has visto en las pláticas, ¿verdad? Y la manera en la que él lleva los tratamientos y así, la verdad no estoy yo tan de acuerdo. Siento como que podría funcionar si hubiera un equipo multidisciplinario pero bien-bien comprometido. No un doctor que tiene ahí el cargo para nomás sacar la chamba y que ni revisa bien a los pacientes, que no les explica. Lo que nosotros tratamos de hacer es compensar la falta de atención médica que ellos no reciben bien.»

El doctor Benítez, a quien se refirió Octavio en la cita anterior, opina diferente:

«Yo diría que sí funciona. Porque si yo me pongo a revisar las cifras de azúcar de mis pacientes, con lo que han aprendido en las pláticas de nutrición, en las pláticas del conocimiento de su enfermedad, de todo lo que se tiene que hacer para prevenir alguna complicación, pues bueno, lo estamos viendo reflejado en ellos.»

Hablando sobre la efectividad del GAM, la entrevista con la doctora Lola tomó un rumbo interesante:

Yo: ¿Diría que los GAM funcionan?

Ella: ¡Híjole! ¿Te digo muy mi opinión? Mira, yo creo que es una buena estrategia, pero *hay que meternos de lleno a trabajar con los grupos*. Y muchas veces el grupo interdisciplinario como tal es multifuncional y *hemos dejado solo al grupo* [...] Porque a veces nos sacan para muchas actividades y en eso, o le decimos al grupo que no venga, que es lo que más se les hace fácil, o dejamos a un tutor que pertenezca al grupo interdisciplinario. Y aparte, pues el de *trabajar constantemente con ellos*. *El de estar... si ya agotamos todos los temas, pues no sé... buscar algo que ellos no se desilusionen, sino al contrario, irlos motivando e irlos soltando*. Realmente el grupo es enseñarles a cuidarse y ya tú los dejas libres. Esa es la mística del grupo que yo creo que nosotros no nos podemos dar el lujo todavía de dejarlos solos.

Yo: ¿Por qué cree que los pacientes están adaptados a este tipo de relación paternalista?

Ella: Porque así los hemos tratado toda la vida. La mística del grupo es soltarlos, como los hijos cuando son pequeños, están con nosotros, los vas criando y llega un tiempo en que vuelan, valga la expresión. Así el grupo: enseñarles a cuidarse, a amarse... que en nosotros vean un apoyo, pero *no les vamos a resolver...*

Yo: ¿Existe alguna experiencia en la Jurisdicción que ya los hayan soltado y funcione el grupo?

Ella: ¡No! Yo te voy a ser bien sincera: ni [tal] centro de salud que ya acreditó con excelencia; están supeditados al grupo multidisciplinario.

En general, podemos ver que entre los pacientes prevalece una opinión positiva acerca de la efectividad del GAM. Los miembros del grupo refieren que esta estrategia sí funciona y como prueba de ello están sus experiencias personales y sus cambios en el estilo de vida. La opinión del personal de salud, en contraste, se encuentra dividida. Por un lado, la doctora Guzmán, Raúl y Octavio consideran que el GAM es efectivo especialmente en el aspecto emocional. Alicia y el doctor Benítez, en cambio, apuntan que la efectividad del

grupo se refleja sobre los análisis de laboratorio de los pacientes. Por otro lado, también se señalaron rasgos inefectivos de esta estrategia de la Secretaría de Salud, como la incapacidad para «soltar» al grupo (doctoras Guzmán y Lola) y la falta de organización y mala vigilancia médica (Octavio).

De acuerdo con la Secretaría de Salud, la efectividad de los GAM se mide con base en las metas de tratamiento<sup>21</sup>, a partir de las cuales se trazaron los criterios para la acreditación: mantener al 85% de los integrantes; promedio grupal de personas con diabetes con glucemia en ayunas < 126mg/dl o hemoglobina glicosilada < 7%; promedio grupal en personas con hipertensión arterial <140/90 mmHg y promedio de reducción grupal de 2 cm de circunferencia abdominal o 3% del peso corporal (SSA, 2008). Como se expuso en el capítulo 5, el personal de salud del GAM en estudio desconoce por qué éste no se ha acreditado, pues refieren que cuenta con los criterios mencionados.

Adicionalmente, a lo largo del trabajo en general y de este capítulo en particular, he expuesto algunas anécdotas registradas durante el trabajo de campo que prueban la adquisición de conocimientos científicos por parte de los pacientes, así como otras donde la efectividad del GAM queda en tela de juicio.

A causa de que estos hallazgos apuntan hacia múltiples direcciones, se volvió más que necesario analizar cuantitativamente la eficacia del GAM. Me dispuse a utilizar los datos registrados en los reportes que el centro de salud entrega a la Jurisdicción Sanitaria, para comprar tres indicadores de control metabólico (índice de masa corporal, glucosa en sangre en ayuno y hemoglobina glicosilada) entre miembros del GAM y otros pacientes diabéticos del Centro de Salud que no acuden a las actividades del grupo.

Fue imposible llevar a cabo mis planes, pues encontré múltiples fallas en los reportes oficiales que el doctor Benítez entrega mensualmente a la Jurisdicción Sanitaria:

- Hay muchos pacientes sin registro de resultados de laboratorio.
- Muchos resultados de laboratorio se repiten de un mes a otro, lo que indica que los datos se copiaron y que, por lo tanto, no son reales ni fidedignos.
- Es difícil obtener una muestra de pacientes que no se hayan expuesto a las actividades del GAM. Esto se debe a que el censo general de pacientes

---

<sup>21</sup> Ver Cuadro 8 (p. 68)

diabéticos (reporte oficial que se entrega mensualmente a la Jurisdicción) incluye y no distingue entre:

- miembros oficiales del GAM, esto es: que también se encuentran en el “Registro mensual de metas de tratamiento y seguimiento de complicaciones” del GAM;
- miembros *no* oficiales del GAM, esto es: que *no* se encuentran en el “Registro mensual de metas de tratamiento y seguimiento de complicaciones” del GAM, pero *sí* asisten a las actividades del grupo;
- pacientes diabéticos que se atienden en el centro de salud, pero que no acuden (o al menos no los identifiqué yo durante el periodo de estudio) a las actividades del GAM ni se encuentran en el “Registro mensual...”

Así mismo, el “Registro mensual de metas de tratamiento y seguimiento de complicaciones” del GAM tampoco tiene datos confiables, pues éstos se copiaron de un mes a otro.

En el Anexo V presento una transcripción literal de los indicadores de control que pretendía estudiar (índice de masa corporal, glucosa en sangre en ayuno y hemoglobina glucosilada) de los censos de pacientes diabéticos y los registros mensuales de metas del GAM correspondientes al periodo de estudio. Ahí mismo se indican las fallas mencionadas.

No obstante a que esta denuncia se sale de los propósitos del presente trabajo, es ineludible señalar que el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) se nutre de los registros oficiales que los centros de salud entregan a las jurisdicciones sanitarias y éstas, a su vez, remiten a nivel central. Con base en el SINAIS se obtiene la información de salud referente a población y cobertura, recursos disponibles, servicios otorgados, daños a la salud y evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud (SSA, 2010). En otras palabras: la información de salud de México está integrada a partir de datos descuidados como los del centro de salud estudiado.

Ante la necesidad de ponderar la efectividad del GAM en estudio, hice unos cálculos para conocer al menos aproximadamente el nivel de control de los pacientes diabéticos del GAM en comparación con el nivel de control de los demás pacientes diabéticos del centro de salud. Tomé como indicador la hemoglobina glucosilada porque

nos indica el nivel de control de la glucosa sanguínea en los últimos tres meses <sup>22</sup>. De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para diabetes mellitus (SSA, 2013), la hemoglobina glucosilada debe ser menor a 7% para considerar que el paciente ha presentado niveles sanguíneos de glucosa controlados en los últimos tres meses.

Para conocer el nivel de control de los pacientes diabéticos del centro de salud que no pertenecen al GAM (grupo control), utilicé el censo de pacientes diabéticos de julio de 2012, por ser el reporte más completo de todos los censos de los seis meses del periodo de estudio. Dicho censo tiene un total de 148 pacientes, de los cuales 25 son miembros oficiales del GAM, 6 son miembros no oficiales del grupo (identificados por mí) y 62 son externos al GAM (es decir, no pertenecen a ninguna de las dos categorías anteriores) y cuentan con registro de hemoglobina glucosilada (sin considerar si este dato se copió del registro del mes anterior). De estos últimos, 37 (62%) tienen una hemoglobina glucosilada que señala descontrol de los niveles de glucosa en sangre en los tres meses previos (abril a junio de 2012), mientras que 23 (38%) presentan una hemoglobina glucosilada que indica control en el mismo periodo.

Para conocer el nivel de control de los pacientes diabéticos del grupo (grupo experimental) utilicé el “Registro mensual de metas de tratamiento y seguimiento de complicaciones” del GAM correspondiente al mismo mes (julio de 2012). Dicho registro cuenta con 27 miembros oficiales, todos con registro de hemoglobina glucosilada, sin considerar si este dato se copió del reporte del mes anterior. De ellos, 10 (37%) tienen una hemoglobina glucosilada que señala descontrol de los niveles de glucosa en sangre en los tres meses previos (abril a junio de 2012), mientras que 17 (63%) presentan una hemoglobina glucosilada que indica control en el mismo periodo (ver Cuadro 9).

---

<sup>22</sup> La hemoglobina es una proteína de los glóbulos rojos de la sangre, cuya principal función es transportar oxígeno desde los pulmones hacia el resto de los tejidos del cuerpo. Esta proteína se combina con la glucosa de la sangre a través de un proceso que dura entre horas y días, siendo aún más lenta la reacción inversa, razón por la cual el porcentaje de hemoglobina glucosilada en un paciente nos permite conocer el nivel medio de glucosa en sangre durante los últimos tres meses. El proceso mediante el que se combinan la hemoglobina y la glucosa se llama *glucosilación no enzimática de proteínas*, y es una de las tres vías metabólicas a través de las cuales los niveles altos de glucosa en sangre llevan, a través de los años, a las complicaciones microvasculares crónicas de la diabetes, como la retinopatía (que causa ceguera), la nefropatía (que produce insuficiencia renal crónica) y la neuropatía (que deriva en problemas de sensibilidad que predisponen la aparición del pie diabético) (Maiz, 2001).

**Cuadro 9. Porcentaje de pacientes diabéticos controlados entre abril y junio de 2012, según pertenencia al GAM**

	<b>Pacientes controlados</b>	<b>Pacientes descontrolados</b>
<b>Miembros del GAM</b>	63%	37%
<b>Externos al GAM</b>	38%	62%

A pesar de lo *sui generis* de los datos y los cálculos presentados, resulta muy contrastante la diferencia entre pacientes diabéticos controlados y descontrolados según pertenencia al GAM, por lo que cabe suponer que este programa de la Secretaría de Salud sí es efectivo en términos médicos. O como dijo la doctora Guzmán: «yo creo que sí funciona».

## 8. Cada quien lo hace como quiere y puede

En julio de 2012 Octavio, Raúl y Alicia terminaron su servicio social; así mismo, concluyó mi periodo de observación del GAM. Sin embargo, seguí yendo al centro de salud para hacer algunas entrevistas pendientes, recuperar los registros que se entregan a la Jurisdicción para el análisis cuantitativo, despedirme de los pacientes, regalarles copias de las fotografías que tomé durante el trabajo de campo, etcétera.

Hacia mediados de agosto, Mari, la trabajadora social, me presentó a los tres nuevos pasantes del centro de salud. De ellos, Perla se quedó a cargo del GAM. Por curiosidad, asistí a varias de sus sesiones teóricas y a finales de noviembre de 2012 decidí entrevistarla por encontrar que su método era muy distinto a todo lo que había visto hasta el momento.

Este capítulo es un corolario de la etnografía. Se trata de una transcripción casi literal de algunos segmentos de la entrevista a Perla, mediante la cual quiero probar la falta de normatividad y organización, así como la aleatoriedad y circunstancialidad del proceso de comunicación de la ciencia en el GAM. Con itálicas se resaltan los comentarios que dan cuenta de lo anterior o que resultan interesantes en relación con lo que ya se discutió en los capítulos anteriores.

### ¿Cómo fue que te involucraste con el GAM?

Fue más por obligación, dado que como pasantes nos ponen a cargo de un grupo. Hay tres grupos en este centro de salud, que es el de ayuda mutua, el de embarazo y el de estimulación temprana. Entonces *por azar* [...] sacamos papelitos y así me tocó el grupo de ayuda mutua.

### ¿Dirías que tuviste buena suerte o mala suerte con la rifa?

*Tuve mucha suerte*, ha sido una gran experiencia [...] me he sentido muy bien, muy a gusto. El grupo ha sido muy cooperativo, son un grupo de personas que tienen cierto conocimiento y, por lo tanto, la clase es dinámica. Creo que les ha agradado cómo he dado clase, al menos eso me han dicho y eso es motivante.

## ¿Cómo preparas las clases?

Bueno, al inicio, como los pasantes anteriores no nos dejaron realmente nada en el sentido estricto de saber qué les habían dado, lo primero que hice fue hacer una lista que ellos me dieran para saber qué es lo que querían saber. [...] Pero a la hora de leer toda la información que ellos me daban, pues querían que les volviera a dar los temas. Entonces, decidí volver a dar generalidades de diabetes. Así inicié el curso y *tuve la fortuna* de tener un libro que se llama *Diabetes para doomies*, que es un libro muy sencillo, que viene explicado de manera muy sencilla para los pacientes que es la diabetes y aparte de mis conocimientos y el internet y todos los conocimientos que yo tengo, y formar así mis clases [...]

Todo lo que yo sé de diabetes, lo que yo estudiaba en la carrera, pues lo sacaba del Harrison, lo sacaba de otro tipo de libros especializados, pero ya a la hora de enfrentarte a un grupo de personas que no manejan tu idioma especializado, tienes que dar evidentemente otra explicación de otra manera. Entonces dije “voy a leer este libro que es para pacientes para que más o menos yo sepa cuál es la mejor forma de abordar a los pacientes y no empezarles a dar tecnicismos que no me van a entender o los van a aburrir”.

*Fue fortuito tener ese libro* [...] Yo se lo recomendé a los pacientes, les di todo. Supongo que nadie lo ha podido comprar, pero para que tengan un acercamiento a este tipo de información, que a mí me ayudó a brindar la información para ellos y a dar mis clases

## ¿Eliges qué deben saber los pacientes con base en ese libro?

Sí, además *yo investigué* también en las... hay un plan, ya hay un plan establecido de la Secretaría de Salud que es más o menos lo que hay que darles, que es enfocarnos más en tratamientos, pero antes de eso quise ver las bases de la enfermedad para que entendieran bien, lo básico.

### **¿Cuál plan establecido por la SSA?**

Es un programa que me dio la doctora Ruíz [quien actualmente ocupa el cargo que en su momento ocupó la doctora Guzmán], se llama “Programa...” creo que para enfermedades crónico degenerativas, o no sé exactamente el nombre... Y viene más o menos qué es lo que busca la Secretaría de Salud al hacer este tipo de grupos, por hacer este tipo de capacitaciones con los pacientes que tienen diabetes.

### **¿La doctora Ruíz te dio ese programa?**

*Yo se lo pedí. Yo se lo pedí. Eso es importante.* Porque yo llegué con trabajo social [Mari] y me dieron nada más una hoja de temas que habían visto los otros pasantes y me dijo “oye, tienes que hacer el programa del grupo” y yo me quedé así de “a ver cómo, qué programa, qué hay que dar”... *Nadie tenía idea de qué había que dar, no me dieron un programa, no sabía si iniciar otra vez con diabetes o ya empezarles a dar otra cosa...* Entonces yo dije “voy a hacer mi propio programa”. Entonces ¿cómo voy a hacer mi programa? Pues en base al conocimiento que ellos tengan y *en base a lo que yo supongo* que se debe de dar en un programa de atención para pacientes con diabetes, *a lo que yo supongo*. Eso fue lo primero, así inicié.

Comentando con la doctora Ruíz: “oiga, doctora, que tengo que hacer el programa para pacientes de diabetes”, *ella ni tenía idea, no sabía* y me dijo “ah, ¿lo tienes que hacer? A ver, déjame buscar, creo que ahí tenemos uno” y buscando, había uno en los archivos de la computadora. Entonces me dijo “si quieres, chécalo de ahí y de ahí haz tu programa”. Y ya, yo checándolo, pues sí vi más o menos que se enfocaba más a metas de tratamiento para que ellos estén estables. Y *desde mi punto de vista* dije “bueno, para llegar a esas metas se necesita un adecuado tratamiento, pero para que ellos sepan qué tratamiento hay que dar, pues primero quiero darles por lo menos dos meses de introducción de que conozcan también su enfermedad”

El documento que le entregó la doctora Ruiz, mismo que me enseñó al concluir la entrevista, no era la *Guía para capacitar al paciente...* (SSA, 2006), sino el *Programa de acción específico 2007-2012. Diabetes mellitus* (SSA, 2008), en el cual no se incluye el currículum de los GAM, ni su organización, ni ningún dato operativo. Por lo contrario, sólo se exponen las metas de tratamiento para los pacientes y las metas de acreditación para las jurisdicciones sanitarias. Cuando le mencioné que existía una *Guía para capacitar al paciente...*, Perla me dijo:

Nunca la vi, ni me la han proporcionado, nadie sabe nada, no tenía nada para el grupo, estaba totalmente en ceros. Y yo me quedé sorprendida, porque ya tantas personas que han pasado por el grupo y ya se debió de haber dejado algún tipo de recopilado. Entonces lo que yo estoy intentando hacer es poco a poco le estoy dando a la trabajadora social lo que yo doy, para que ella tenga un banco de datos y en base a eso los que vengan ya sea lo cambian, lo modifican, pero ya sepan lo que se les han dado.

### **¿En qué se diferencia una plática del GAM con una clase de escuela?**

Creo que es muy diferente, muy diferente. Vamos, con toda la sinceridad que puedo decir es que uno está acostumbrado a dar una clase con un grupo de personas de tu edad o de personas un poquito menores, pero que tienen el mismo conocimiento o más o menos el mismo conocimiento que tú, las mismas bases. Cuando tú le das a un grupo de diferentes partes *que evidentemente no tienen por qué saber de medicina*, pues la diferencia... yo siento que les tienes que dar lo mismo, en el sentido de a unos les tienes que decir qué es la diabetes y al otro qué es la diabetes, pero *la forma en que se lo das a uno y a otro es diametralmente opuesto*. Al grupo hay que darlo de manera sencilla, de manera entendible, con ejemplos que ellos puedan retomar de la casa, de su labor diaria, intento explicarles cosas un poquito más complejas, que ellos sepan qué es una neurona, qué es una nefrona [...] para que *cuando vayan a una literatura más especializada* puedan entenderle. Intento darles todo, qué es la diabetes, igual que en un grupo con conocimiento de medicina, pero con un lenguaje mucho más sencillo, mucho más práctico [...] Siempre, lo más importante es que las personas que te están escuchando, te entiendan, y en base a ese

principio, tú tienes que hacerte entender, y para eso tienes que ver a qué tipo de personas le vas a dar la clase.

Perla me platicó que su madre es maestra, razón por la cual ella está familiarizada con algunas estrategias didácticas, tiene nociones pedagógicas llanas y sabe que el contenido debe ajustarse dependiendo del público al que va dirigido. Así como Octavio tenía predisposición a dar apoyo emocional a través de dinámicas especiales debido la ocupación de algunos familiares (mamá y tía) y su propia experiencia en el campo de la programación neurolingüística, Perla tuvo una aproximación a los pacientes más afín a un modelo de comunicación de la ciencia contextual debido a la profesión de docente de su madre. En dicho modelo de comunicación se considera que las personas no son recipientes vacíos, sino sujetos que procesan la información de acuerdo con sus esquemas sociales y psicológicos, los cuales han sido moldeados por sus experiencias anteriores, contexto cultural y circunstancias personales. Sin embargo, está basado en las mismas suposiciones sobre las que se sostiene el modelo de déficit, y sólo se diferencia de éste por ser más sofisticado. En el modelo contextual se conceptualiza un problema en donde los individuos responden a la información de manera inadecuada según los expertos. Si bien se toman en cuenta los factores sociales, el producto que de ello se obtiene es utilizado para manipular los mensajes y conseguir un objetivo particular (Lewenstein, 2003).

### **¿Crees que el GAM funciona?**

Es una pregunta complicada [...] [Para que funcione] debe de haber un programa ya establecido en donde se tenga un registro exactamente de lo que se está dando para poder ver un avance. *Porque si tú les estás cambiando cada semestre, cada año, todo, entonces realmente puede funcionarles en el periodo en el que estés, pero ya después, como les estás cambiando todo, no sabes si va a seguir funcionando.* Sí funciona, pero para que funcione adecuadamente creo que la estrategia debe de ser: que se tenga un programa establecido, que todas las personas que estén integradas en el grupo participen y que las que se vayan a integrar sigan el mismo programa. ¿Para qué? Para que se puedan ver resultados [...]

La estrategia que se dio anteriormente es completamente diferente a la estrategia que yo estoy manejando, porque *cada quien lo hace como quiere y puede*.

### **¿Tienes algún comentario adicional?**

He sentido poco apoyo por parte del mismo centro de salud. Yo creo que es un grupo muy importante, un grupo clave en cualquier institución de salud, porque el problema de diabetes e hipertensión es fundamental en nuestro país. Y si hay un grupo ya establecido, en cualquier lado, pues debe dársele todo el apoyo, todo el apoyo. Y *no hay una adecuada coordinación entre los médicos que tratan a los pacientes y los que estamos aquí abajo*. Ellos [los médicos tratantes] son los que deberían estar interactuando con sus pacientes [...] ver si está funcionando, para presionarme a mí, inclusive [...] No ha habido nada, ni presión ni no-presión, absolutamente nada [...] No son mis pacientes, sino los pacientes de otro médico, y ese médico no está interesado en lo que yo estoy dando, si lo estoy dando bien [...] *Yo podría estarles dando, por decir, cómo suicidarse, y a nadie le sorprendería*.

[...]

De trabajo social [Mari] he tenido apoyo, no sé si mucho o poco, pero apoyo, y eso para mí es importante porque *a veces no tengo entendido ¿ni quién está totalmente a cargo del grupo!* Porque yo digo, bueno, el representante del Grupo es el doctor Benítez, pero al no estar él ¿soy yo o es trabajo social? [...] Si a mí me ponen como la responsable, pero yo no.. ¿responsable de qué? ¿responsable de dar las pláticas? Lo soy, pero ¿quién es la persona responsable de ver las metas de tratamiento, que el grupo esté funcionando? Si soy yo, que estaría bien, estaría perfecto, pues tendría que llevar un registro muy estricto, que no lo llevo. Si es el doctor Benítez que yo creo que es el realmente responsable, pues ni siquiera lo veo abajo [en las pláticas], tendría que mínimo estar por lo menos media hora o en algún momento. Y si es trabajo social, que podría ser porque los llama y todo esto... no sé, no sé...

[...]

Otro problema que he visto con este grupo en especial, *no sé si sea así en todos los grupos*, es la dependencia que se forma con respecto a nosotros. ¿A qué voy con esto? A que... mmm... cosas muy sencillas, les doy las hojas para sus laboratorios y como están acostumbrados a que uno les hace todo, desde escribir su nombre hasta decirles cuando es la cita, ni siquiera ellos [tienen] el interés de preguntar... Realmente esperan a que uno lo haga, a que uno les escriba el nombre, los lleve de la mano casi-casi a hacer los laboratorios, a que uno los presione para que mejoren su salud, a que uno les esté insistiendo a que cómo es la diabetes, a que tienen que tomar sus medicamentos. Vamos, *en lugar de hacerlos más responsables, los estamos haciendo dependientes*. Una dependencia a nosotros, los médicos. Una dependencia a que si uno no les da la información, entonces ellos no tienen las herramientas para ir a buscar más información. Todo lo contrario: yo creo que este grupo es para darles las herramientas de información. [...] Están acostumbrados a que uno les resuelva todos los problemas con respecto a su enfermedad.

[...]

Se supone que este grupo es para habilitarlos durante cierto periodo y ya, se van. Y vienen otros, se habilitan y se van. Porque ya se dio el curso completo, ya conocen la enfermedad, saben manejarla y ya pueden llevar su vida sin necesidad de venir al centro de salud. Y la mayoría lleva más de un año viniendo...

### **¿Crees que un médico es la persona más indicada para dar estas pláticas?**

Debería de decir, “claro que [un médico] está capacitado”, pero *tener el conocimiento de una enfermedad no te da la capacidad para saber enseñar* [...] Que venga aquí un médico eminente con una especialidad, estoy exagerando, claro, y una subespecialidad, y le enseñe a los pacientes y ellos no entiendan nada, no sirve de nada. *Es más, sirve más alguien que esté capacitado, alguien que sepa enseñar y esa persona empiece a adquirir el conocimiento, que una persona que tenga el conocimiento, pero no sepa enseñar.*

En la Introducción advertí algunas de las limitaciones del presente trabajo, en especial el hecho de que abarca un solo GAM con características propias y únicas que no permiten establecer conclusiones generales. Al concluir el trabajo descubro que esa limitación no se restringe a que se estudió un solo GAM, sino también al periodo de tiempo contemplado. Las sesiones teóricas de Perla y la entrevista que tuve con ella me hacen pensar que si hubiera realizado el presente trabajo un año después, los resultados de la etnografía serían completamente distintos y, por tanto, el diagnóstico del modelo de comunicación de la ciencia que se elabora en el siguiente capítulo habría sido muy diferente. Esto puede explicarse por la falta de normatividad y organización del GAM en estudio, pero también apunta hacia la aleatoriedad y la circunstancialidad propias de todo proceso de comunicación de la ciencia.

## Síntesis, discusión y conclusiones

### Síntesis

La población flotante que acude a las sesiones teóricas del GAM en estudio está constituida aproximadamente por tres docenas de adultos y adultos mayores de clase socioeconómica media-baja y baja que padecen diabetes mellitus, la cual puede acompañarse de hipertensión arterial, dislipidemias<sup>23</sup> y/o obesidad. De ellos, 30 están inscritos como miembros oficiales, cuyas edades varían entre los 37 y los 81 años, con un promedio de 57 años. Existe un marcado predominio del sexo femenino en el grupo, pues cuenta con 3 hombres (10%) y 27 mujeres (90%); la mayoría de mujeres participantes es un hallazgo que prevalece en los GAM del resto de la República (Lara et al, 2004). El promedio de asistencia a las sesiones teóricas en el periodo de estudio (febrero a julio de 2012) fue de 28 participantes, con una distribución de 25 mujeres y 3 hombres. Cabe mencionar que ocasionalmente también acuden a las sesiones teóricas personas sanas con el fin de prevenir la aparición de diabetes y/o apoyar a familiares enfermos, así como otros pacientes con enfermedades crónicas distintas, como hipertensión arterial; no existe un registro oficial de ellos.

Las sesiones teóricas de este GAM se llevan a cabo todos los martes por la mañana y tienen una duración aproximada de una hora. Se apegan a un esquema educativo que en general satisface a los miembros del grupo. Los médicos pasantes de servicio social (Alicia, Octavio y Raúl) imparten las pláticas y reciben orientación de la doctora Guzmán, Jefa de Atención Médica del centro de salud. En ocasiones excepcionales acude un ponente invitado, sin embargo lo más frecuente es que los pasantes, parados al frente del grupo, se dirijan a los participantes que se encuentran sentados y les expongan la información que consideran pertinente a través de un formato tipo clase basado en presentaciones de power

---

<sup>23</sup> Serie de condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de las grasas, con la consecuente alteración de las concentraciones de lípidos (colesterol y triglicéridos) y lipoproteínas en la sangre.

point. Durante las sesiones educativas, prevalece una actitud condescendiente de los médicos hacia su público.

Las sesiones teóricas no están del todo ajustadas a las normas pedagógicas (aprendizaje significativo) ni al currículum que ha planteado la SSA, sino que se utilizan estrategias de comunicación diversas y se abordan los temas que los médicos consideran pertinentes para la educación del paciente diabético. Es menester señalar que para elaborar el cronograma de actividades se le preguntó a los miembros del GAM sobre qué temas distintos a la diabetes querían aprender.

Los médicos elaboran las presentaciones de power point expresamente para impartir las clases del GAM. En ellas predominan los contenidos científicos expresados con un lenguaje formal y con términos especializados. Este tipo de lenguaje también sobresale en el discurso oral de los médicos. La opinión de los participantes sobre el lenguaje utilizado se encuentra dividida: algunos refieren que las explicaciones son claras, mientras que otros comentan que a veces dificulta la comprensión de los contenidos. Varios miembros del GAM, mas no todos, son activos para esclarecer la información que exponen los médicos. Con frecuencia los participantes hablan de sus miedos y despejan sus dudas para sentirse más seguros con la información que reciben.

Por otro lado, en las diapositivas encontramos apelaciones a lo cotidiano ajenas al contexto de los pacientes. Sin embargo, durante el discurso oral las apelaciones a la cotidianidad resultan más pertinentes. Cabe mencionar que cuando la explicación de los contenidos de las diapositivas se hace en términos más ordinarios, en ocasiones se pierde exactitud y fidelidad científica. Sobre en qué información confían los participantes, algunos nos comentan que se fían de la exposición de los médicos, mientras que otros se basan en su juicio personal. Las inexactitudes científicas más comunes vienen por parte de los miembros del GAM, pero no todas sus intervenciones asientan afirmaciones incorrectas. También participan con comentarios correctos desde una perspectiva científica. Los conocimientos que adquieren los participantes no sólo se reflejan en sus intervenciones, sino también en acciones concretas, como el reconocimiento de estados de descompensación diabética.

A través de distintas estrategias, los médicos motivan la participación de los miembro del GAM, ya sea a través de preguntas sobre sus experiencias personales con la

enfermedad, mediante cuestionamientos acerca del conocimiento adquirido o con el uso de ejercicios necesarios para el automonitoreo. Los participantes también enriquecen las sesiones teóricas a través de anécdotas personales sin que expresamente se solicite su participación. Por ejemplo, aprovechan la sesión teórica para hacer consultas médicas: exponen sus síntomas y resultados de laboratorio en espera de un diagnóstico o un pronóstico.

Los miembros del GAM aceptan la autoridad de los médicos, pues los ven como sus docentes: levantan la mano para participar y algunos acuden con pluma y cuaderno para tomar apuntes. Los participantes no conciben la existencia del GAM sin maestros, escenario que les parecería perjudicial para su salud. Esto, sin embargo, no necesariamente es sinónimo de pasividad ante su enfermedad. Algunos participantes, mas no todos, buscan información por su cuenta y transmiten la información que adquieren en el GAM fuera del grupo.

El GAM comprende otras actividades además de las sesiones teóricas. Se trata de sesiones de actividad física del programa Muévete y Métete en Cintura, que sirven de apoyo al grupo. En estas sesiones de una hora de duración, practican una rutina de ejercicios aeróbicos, chachachá y taichi. Al final de las sesiones se lleva a cabo una reflexión, a través de la cual se apoya emocionalmente a los pacientes. Por antecedentes familiares fortuitos, el trabajo de Octavio fue muy importante en este último rubro. De acuerdo con la doctora Lola –la directora del centro de salud– y el doctor Lara Esqueda –quien fuera director del Programa del Adulto y el Anciano, del CENAVECE de la SSA, en el sexenio de 2001-2006–, el componente emocional y el apoyo social son elementos estructurales de los GAM, más que piezas prescindibles.

Con respecto a la efectividad del programa, en general los integrantes del GAM refieren que han modificado sus estilos de vida hacia unos más saludables a partir de que ingresaron al grupo. Los testimonios a favor de la efectividad del GAM se ven reforzados al considerar que 63% de los miembros del grupo se encuentran controlados, mientras sólo 38% de los pacientes externos al grupo y que se atienden en el mismo centro de salud están controlados. La diferencia entre unos y otros resulta muy contrastante, por lo que cabe suponer que este programa de la Secretaría de Salud sí es efectivo en términos médicos.

## Discusión

Los resultados de este estudio apuntan a que los detalles de las estrategias de comunicación científica fluctúan dependiendo del emisor: Raúl es más proclive a la rigidez científica, Octavio al apoyo emocional y Alicia a las analogías. Sin embargo, de manera general podemos decir que el modelo de comunicación científica empleado en el GAM en estudio es de tipo híbrido (déficit + diálogo + participativo), pues es posible ubicar características de cada uno de ellos.

Quizás los rasgos compatibles con el modelo de déficit sean los más evidentes: comunicación tipo transmisión de información unidireccional (experto → público), bajo un esquema de docencia con un objetivo planteado por los expertos: alfabetizar en diabetes a los pacientes con el fin de que desarrollen habilidades para conseguir un mejor control de su enfermedad. Es importante señalar que los participantes se encuentran satisfechos con este esquema y no conciben otro que modifique la dirección en que se transmite la información (GAM sin maestro). Los médicos tienen una actitud condescendiente hacia los miembros del grupo, y en los mensajes que emiten predomina un lenguaje técnico y especializado, en el cual no siempre se considera el contexto del público.

El proceso de comunicación de la ciencia que aquí se analiza también tiene rasgos de un modelo de diálogo. Para asentar la agenda de comunicación científica se consultó a los integrantes del GAM. Por otro lado, los médicos también reciben retroalimentación por parte de los participantes a través de sus dudas, atendiendo así ciertas necesidades del público que bajo un modelo de déficit estricto quedarían descubiertas. Merece especial atención la cita a través de la cual la señora Rosita nos explica que mediante sus dudas «orientan» a los médicos para que «expliquen mejor». El uso de referentes cotidianos compatibles con el contexto de los integrantes del GAM para explicar el contenido científico también es compatible con el modelo de diálogo. Tanto médicos como pacientes comparten el objetivo del proceso de comunicación; aunque fue asentado por los expertos, *todos* buscan que las sesiones teóricas contribuyan a mejorar el control de la diabetes. Y en última instancia, los médicos y los pacientes comparten la responsabilidad del control de la enfermedad.

Las sesiones teóricas del GAM en estudio también responden a un modelo participativo. Los participantes reconocen que aprenden unos de otros cuando comparten sus experiencias y emociones en torno a su enfermedad, y han integrado redes de comunicación a través de las cuales difunden la información de la que se apropian en el GAM.

Por último, cabe rescatar otros hallazgos relevantes del estudio, cuya trascendencia sólo podrá definirse a través de futuros estudios: la predominancia de mujeres en el GAM; que éste no siempre opera de acuerdo con lo prescrito por las autoridades sanitarias de México (no se sigue puntualmente el currículum establecido por la SSA, y las sesiones son impartidas por los pasantes, cuando el responsable es el doctor Benítez, Coordinador de la Clínica de Diabetes); a veces hay mención de inexactitudes científicas que no se corrigen; que independientemente de lo anterior, los participantes adquieren conocimientos certeros que impactan en su vida.

## **Conclusiones**

La falta de normatividad y organización ha derivado en que las estrategias empleadas en las sesiones teóricas del GAM en estudio fluctúen dependiendo del emisor, dando un carácter aleatorio y circunstancial al proceso de comunicación de la ciencia. Durante el periodo de estudio, el modelo de comunicación científica empleado en el GAM resultó ser híbrido, pero con predominancia de características propias de modelo de déficit.

Este análisis nos ha permitido tener una primera aproximación al enfoque de los modelos de comunicación científica en el área de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Enfoque que resultó provechoso, pues se reconoció una amplia satisfacción del público con rasgos propios del modelo de déficit y se registró la efectividad de la transmisión vertical de información para el control de la diabetes. Dichos hallazgos contrastan con la hipótesis del estudio, misma que suponía que las estrategias afines al modelo de déficit repercutirían en el éxito del GAM y se traducirían en una opinión negativa por parte de los pacientes. Lo anterior asienta un territorio de reflexión donde habrá que sopesar si es posible y/o recomendable escapar de este tipo de comunicación en

el área de la salud, considerando las ventajas y desventajas que supondría evolucionar a un modelo más participativo.

Al mismo tiempo, no deberá olvidarse que también se identificaron áreas de mejora en el proceso de comunicación, las cuales podrían enriquecerse con la aplicación y profundización de características de los otros modelos de comunicación científica (de diálogo y participativo). Tal es el caso de la consideración del contexto de los pacientes, su participación en la construcción de la agenda de comunicación y el intercambio de experiencias y conocimientos que arrojan luz sobre sectores normalmente descuidados, como la esfera emocional y el apoyo mutuo. En este sentido, los hallazgos de este estudio abren la posibilidad de desarrollar guías específicas de trabajo para los GAM. En especial, parece importante perfeccionar la parte operativa de esta estrategia de la Secretaría de Salud, con el fin de evitar que la improvisación de los médicos frente al grupo merme el potencial que tiene este programa ante la epidemia de diabetes mellitus. Para ello, además de hacer uso del marco de los modelos de comunicación de la ciencia, podrán recuperarse nociones didácticas que ya sugieren las guías de los GAM (por ejemplo, el aprendizaje significativo), pero que por negligencia o desorganización no se toman en cuenta.

## Anexo I. Marco teórico

### Índice

Índice .....	105
Introducción .....	105
Antecedentes .....	106
Cambios demográficos y transformación epidemiológica .....	106
La diabetes mellitus en México .....	108
Estilos de vida saludables .....	110
Comunicación de la ciencia en el campo de la salud .....	112
Grupos de ayuda mutua en la educación para la salud .....	123
Grupos de Ayuda Mutua como estrategia de la SSA .....	124
Planteamiento del problema .....	130
Objetivos .....	131
Hipótesis .....	131
Metodología .....	132
Componente cualitativo .....	132
Componente cuantitativo .....	133
Aspectos éticos .....	133

### Introducción

Debido a los cambios demográficos y la transformación epidemiológica acontecidos desde mediados del siglo pasado, la diabetes mellitus se ha convertido en el principal problema de salud de México. Año con año, aumenta de manera avasalladora el número de diabéticos en nuestro país y, desde 2000, esta enfermedad encabeza las listas de causas de muerte a nivel nacional.

La Organización Mundial de la Salud y la Secretaría de Salud de México han reconocido que la estrategia más viable para contener esta epidemia recae en acciones propias de la comunicación científica, como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, las cuales deberán enfocarse a la adopción de estilos de vida saludables (EVS) –dieta y actividad física–. Para ello, es preciso considerar los diversos determinantes

sociales que impactan en la salud con el fin de que los EVS tengan un balance positivo entre la salud individual y la salud de la comunidad.

En nuestro país, una de las acciones angulares que se han implementado en ese sentido son los Grupos de Ayuda Mutua, una estrategia de la Secretaría de Salud para promover los estilos de vida saludable en los pacientes diabéticos con el fin de lograr un mejor control de su enfermedad y así evitar complicaciones y la muerte prematura. El programa se basa principalmente en la organización de cursos y talleres de capacitación para los pacientes, los cuales se complementan con sesiones de ejercicio físico, consultas médicas y asesoría nutricional.

Hasta la fecha, la comunicación de la salud a nivel mundial ha estado dominada por lo que se conoce como educación para la salud. Esto ha propiciado la exclusión de otros referentes teóricos derivados de los modelos de comunicación científica como los de Lewenstein (2003) y Trench (2008). El presente trabajo se propone determinar, con base en el marco teórico asentado por dichos autores, cómo se da la comunicación científica para la salud al interior de un Grupo de Ayuda Mutua de un centro de salud del Distrito Federal.

## **Antecedentes**

### **Cambios demográficos y transformación epidemiológica**

La población de nuestro país creció de manera considerable durante el siglo XX: mientras que en 1900 había un poco más de 13 millones de habitantes, en 2000 casi se alcanzaron los 100 millones (SEMARNAT, 2006). Este crecimiento poblacional continúa en proceso; con el *Censo de Población y Vivienda 2010* se estimó una población total de 112 336 538 habitantes (INEGI, 2010).

La estructura de la población también ha cambiado (ver Figura 1). A principios del siglo pasado, la población tenía un marcado predominio de menores de edad y en la actualidad los jóvenes representan la proporción de habitantes más importante (SEMARNAT, 2006). Adicionalmente, la esperanza de vida de los mexicanos se duplicó

durante la segunda mitad del siglo XX, al pasar de 36 años en 1950 a 74 años en 2000 (CONAPO, 2005). En consecuencia, la proporción de personas adultas mayores –60 y más años de edad– en relación con los niños y jóvenes –menores de 19 años– ha incrementado significativamente (INEGI, 2010).

**Figura 1. Pirámides de población 1895 y 2010.**

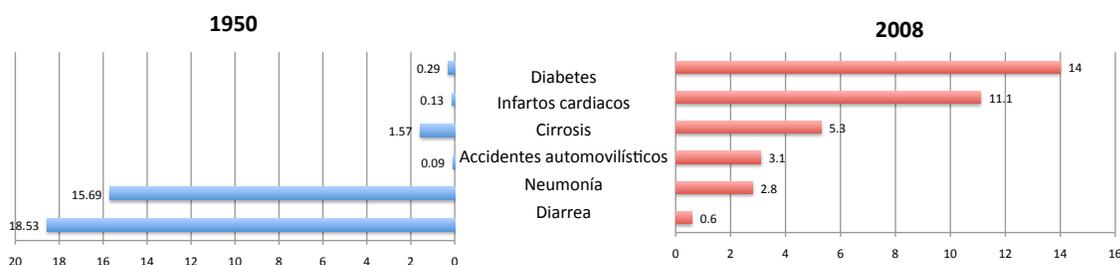


Fuente: CONAPO.

Estos cambios demográficos se han acompañado de importantes transformaciones epidemiológicas. En ello intervino el avance en las ciencias médicas para la prevención y el tratamiento de las enfermedades infecciosas, así como la creciente urbanización que condujo a reajustes en el estilo de vida, especialmente en la dieta y la actividad física.

Como puede observarse en la Figura 2, en 1950 las dos principales causas de muerte eran enfermedades infecciosas: diarrea (18.5%) y neumonía (15.7%); la diabetes mellitus producía sólo el 0.3% de las defunciones (INEGI, 1950). De acuerdo con las últimas cifras oficiales disponibles, hoy en día la principal causa de muerte es la diabetes mellitus (14%), mientras que las neumonías sólo producen el 2.8% de los decesos y las infecciones gastrointestinales ya no figuran entre las primeras veinte causas de mortalidad general (SINAIS, 2008). Otras enfermedades no transmisibles –es decir, de curso cronicodegenerativo– también han cobrado importancia en las últimas décadas, como las afecciones del corazón (hipertensión arterial e infartos), las enfermedades vasculares del cerebro (hemorragias e infartos) y diversos tipos de cáncer (destacan los de pulmón, estómago, útero, mama, próstata y las leucemias).

**Figura 2. Principales causas de mortalidad proporcional en 1950 y 2008.**



Fuente: UPEIS, Facultad de Medicina, UNAM.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha asentado que la promoción de la salud a lo largo de toda la vida y la prevención de enfermedades son los componentes más importantes y la opción más viable para reducir la carga de mortalidad y discapacidad prematuras debidas a los padecimientos crónicos (OMS, 2000). Por su parte, las autoridades sanitarias de México han reconocido que la prevención y el control de las enfermedades crónicas constituyen una necesidad cada vez más apremiante (SSA, 2008).

### La diabetes mellitus en México

En el camino de la transformación epidemiológica, se descubrió la insulina<sup>24</sup> y se crearon medicamentos análogos a ella, así como otros de naturaleza distinta pero también con la capacidad de reducir los niveles de glucosa en sangre. Estos avances, aunados a otros procedimientos, permitieron que la diabetes deviniera de una enfermedad mortal en una enfermedad crónica que ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. (García y Suárez, 2007)

Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes, cifra que podría aumentar a más del doble para 2030. Alrededor de 80% de las muertes provocadas por esta enfermedad ocurren en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia. Actualmente,

<sup>24</sup> Hormona producida por el páncreas; ayuda a que los azúcares ingeridos lleguen a las células para su almacenamiento y uso como fuente de energía. Se libera en respuesta al aumento de la glucosa sanguínea

México ocupa el noveno lugar en la prevalencia de diabetes a nivel mundial (Arredondo y De Icaza, 2010; OMS, 2008).

La diabetes mellitus se ha convertido en el principal problema de salud de nuestro país (ver Figura 3). Encabeza las causas de muerte a nivel nacional desde el año 2000 y es la enfermedad que produce más jubilación prematura, ceguera, falla renal, amputaciones no traumáticas y hospitalización, comprometiendo seriamente la calidad de vida de quien la padece. En consecuencia, esta condición es la que consume mayor gasto en las instituciones públicas de salud (alre-

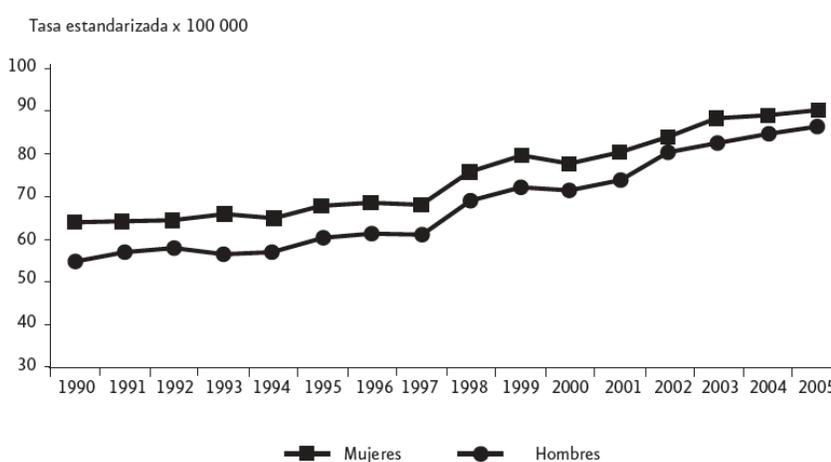
dedor del 20% del gasto público total). El gasto privado en diabetes también es muy significativo: de cada 100 pesos que se gastan en diabetes en México, aproximadamente 51 pesos pro-

vienen de los hogares, lo que representa una carga social de muy alto impacto (López y Puentes, 2011; Arredondo y De Icaza, 2010; Rull et al., 2005).

Algunos estudios han detectado un incremento en el número de diabéticos a nivel nacional de 25% a lo largo de 7 años. La prevalencia de diabetes mellitus por diagnóstico médico en adultos mayores de 20 años en México se ha incrementado de 4.6% en 1993, a 5.8% en 2000 y a 17% en 2006. Cada año se diagnostican 400 mil casos nuevos de diabetes. Se espera que para el año 2025, 11.7 millones de mexicanos padezcan esta enfermedad. Aunque es característica de la población más añosa, la diabetes ha empezado a presentarse en otros grupos etarios; alrededor del 14% de los diabéticos en México corresponde a menores de 40 años (López y Puentes, 2011; Arredondo y De Icaza, 2010; Rull et al., 2005).

Aunado al creciente número de casos, que anuncia la condición epidémica de la enfermedad, el problema de la diabetes en México se acentúa al considerar que su prevención y control dependen del diagnóstico temprano, un seguimiento médico constante

**Figura 3. Mortalidad por diabetes mellitus por sexo, México 1990-2005**



y la adherencia terapéutica<sup>25</sup>, que incluye estilos de vida saludables –dieta y actividad física– y el apego al tratamiento farmacológico, mismos que exigen conductas de autocuidado persistentes y, por ende, se presentan como una de las principales barreras asociadas al control de glucosa en sangre. La adherencia terapéutica es un proceso complejo en el que confluyen múltiples aspectos: factores personales, interpersonales, ambientales, así como las características propias del tratamiento y de la enfermedad. A pesar de que la adherencia es indispensable para el control de la diabetes, su logro es un verdadero reto para los enfermos, sus familiares y el personal de salud. Asimismo, el escenario se complica por la frecuente asociación de diabetes con otras enfermedades crónicas, como obesidad, hipertensión arterial y niveles anormales de grasas en la sangre, además de que actúa como factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares como los infartos, que constituyen la segunda causa de muerte más frecuente en el país (Domínguez-Guedea et al, 2010; Rull et al., 2005; González y Martínez, 2001).

En consecuencia a lo anterior, la SSA (2008) ha reconocido que la prevención y control de la diabetes representan un reto para los responsables de la salud pública del país, ya que, al igual que otras enfermedades crónicas, es el resultado de estilos de vida no saludables como los hábitos de sobrealimentación y el sedentarismo. Por ello, en 1995 la SSA implementó –a través del Programa de Salud del Adulto y el Anciano del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENA VECE) – los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) como una estrategia para hacer frente a problemas de diabetes, hipertensión y obesidad. En los GAM se estimula la adopción de estilos de vida saludables, al considerar la educación, la actividad física y la alimentación como parte fundamental e indispensable del tratamiento de dichas enfermedades (Lara et al., 2004).

## **Estilos de vida saludables**

Los estilos de vida entraron en el debate de la salud en los años 70 del siglo pasado bajo el supuesto de que hábitos como la nutrición, la actividad física, el tabaquismo y el consumo

---

<sup>25</sup> Se entiende por adherencia terapéutica al “grado en que el comportamiento de una persona [...] se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. (OMS, 2004; citado en Domínguez-Guedea et al, 2010)

de alcohol podrían modificarse a través de la educación. Sin embargo, actualmente se reconoce que el ambiente sociocultural es un determinante muy fuerte del estilo de vida. Incluso algunos sociólogos han propuesto que los estilos de vida son reflejos de la cultura y que poco influyen las decisiones personales.

Alfred Rütten (1995; citado en Lyons y Langille, 2000) distingue entre varios conceptos relacionados con el estilo de vida: *condiciones* de vida (recursos), *conducta* en la vida (patrones de comportamiento), *estilo* de vida (patrones colectivos de conductas en la vida) y *opciones* de vida (probabilidad de correspondencia entre el estilo de vida y la situación de vida). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) los define como “la forma de vida basada en patrones de comportamiento identificables que están determinados por la interacción entre características personales –individuales y sociales– y condiciones socioeconómicas y ambientales” (OMS, 1998; citado en Lyons y Langille, 2000). Esta definición sugiere que los patrones de comportamiento están en continuo ajuste ante el cambio de las condiciones sociales y ambientales. Asimismo, apunta a que los esfuerzos por mejorar la salud no deben enfocarse sólo en el individuo, sino también en las demás condiciones que contribuyen en el estilo de vida. En años más recientes, la OMS puntualizó que no existe *un* estilo de vida óptimo, sino que éste depende de cada individuo.

De acuerdo con el sistema de salud canadiense, en el estilo de vida influyen una amplia gama de comportamientos, como la capacidad de sobrellevar el estrés, el aprendizaje continuo, el control de riesgos, la interacción social, las actividades recreativas y el trabajo voluntario, la paternidad/maternidad, el ámbito espiritual, el balance entre el trabajo y la familia, así como la nutrición, la actividad física, el sexo seguro y la ausencia de hábitos como el tabaquismo y alcoholismo. Las definiciones de estilos de vida saludables (EVS), por lo tanto, varían según género, etapa de la vida, ubicación geográfica, cultura y recursos. (Lyons y Langille, 2000)

Si concebimos el estilo de vida desde su carácter social, es decir, desde la interdependencia con los demás, resulta que un EVS no sólo se define por las habilidades de salud individuales, sino también por un ambiente de apoyo mutuo, donde la relación entre individuos y comunidad es bidireccional. (Lyons y Langille, 2000)

En suma, para conseguir EVS debemos buscar un balance positivo entre la salud individual, la salud y el bienestar de otros, y la salud de la comunidad.

## Comunicación de la ciencia en el campo de la salud

Burns et al (2003) definen la comunicación de la ciencia como “el uso de habilidades, medios, actividades y diálogos apropiados para producir una o más de las siguientes repuestas ante la ciencia: conciencia, deleite, interés, opinión y entendimiento<sup>26</sup>”. Esta definición provee una perspectiva de resultados de la comunicación de la ciencia y da fundamentos para futuras evaluaciones e investigaciones.

Para Ratzan (2001), significa “dar el mensaje correcto a la gente correcta, en el momento correcto, con el efecto intencionado”. De acuerdo con este autor, que trabaja de manera particular la comunicación de la ciencia en el área de la salud, la comunicación no se reduce a la simple repetición del mensaje, sino que también incluye el desarrollo de un entorno que favorezca la participación comunitaria con base en valores humanos compartidos, como la “promulgación de la vida a través de la promoción de la salud”.

La salud no se reduce al individuo, sino que en ella también influyen múltiples factores de diversa índole. La Organización Mundial de la Salud ha denominado *determinantes sociales de la salud* a

“las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido en sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.” (OMS, 2012)

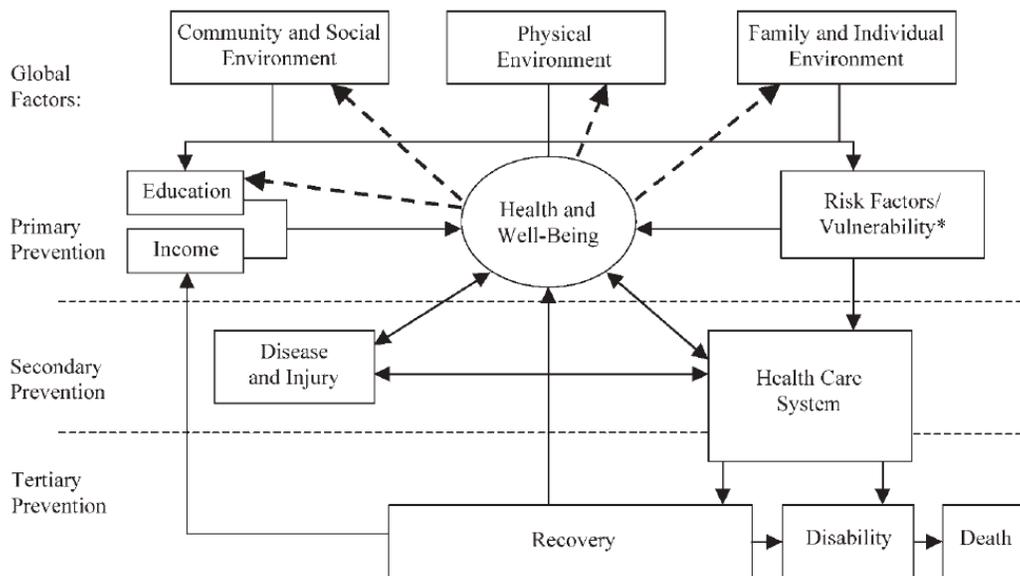
En una dirección similar, en 1990 Evans y Stoddart (citado en Ratzan, 2001) definieron los determinantes de la salud y cómo éstos se interrelacionan con el sistema de salud, que es sólo un determinante entre muchos. Su propuesta cobró tal importancia que actualmente se conoce como el *modelo del siglo XXI*, según el cual los determinantes más importantes para la salud son la educación y los factores ambientales.

---

<sup>26</sup> En inglés se forma el acrónimo AEIOU: *awareness, enjoy, interest, opinion & understanding*

Ratzan (2001) identificó que dicho modelo representaba un marco conceptual provechoso para la comunicación de la salud y realizó una adaptación del mismo (ver figura 4). De esta manera, relacionó la terminología médica –prevención primaria, secundaria y terciaria– con los determinantes de la salud. La prevención primaria es aquella que incide antes de que aparezca la enfermedad –periodo prepatogénico– y tiene como propósito mantener la salud; incluye la comunicación para la salud, acciones de protección específica como la vacunación y la implementación de políticas públicas para modificar determinantes ambientales y sociales dañinos. La prevención secundaria y la terciaria recaen en el periodo patogénico, es decir, una vez que la enfermedad se ha instaurado en el individuo. Se distinguen porque la secundaria tiene el objetivo de curar la enfermedad a través del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, mientras que el fin de la prevención terciaria es vivir con la enfermedad en las mejores condiciones posibles, o sea, limitar las incapacidades y, cuando sea posible, rehabilitarse (UNAM-Siglo XXI, 2010).

**Figura 4. Determinantes de la salud: el modelo del siglo XXI (Ratzan, 2001)**



← - - Principal areas where individual and collective communication emphasis can influence health.

\*Risk factors include age, nutritional status, and genetic make-up, among other factors

Con base en lo anterior, Ratzan (2001) distingue tres grandes temas en la comunicación para la salud:

1. ¿Cómo me mantengo sano? (Prevención primaria)
2. ¿Cómo puedo detectar tempranamente la enfermedad y tratarla apropiadamente? (Prevención secundaria)
3. ¿Cómo puedo vivir mejor con mi enfermedad? (Prevención terciaria)

Cabe señalar que para Ratzan (2001) el objetivo de la comunicación de la salud es mejorar la *alfabetización sanitaria*, que este autor define como “el grado en que los individuos tienen la capacidad para obtener, procesar y entender información básica sobre salud y los servicios necesarios, con el fin de tomar decisiones de salud apropiadas”.

El escenario óptimo para la comunicación de la salud es la atención primaria en salud; es decir, aquella que se otorga tanto para mantener la salud como para dar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno cuando se percibe alguna alteración en el organismo. Idealmente, quien brinda la atención primaria es un “médico de cabecera”<sup>27</sup> capaz de 1) identificar y corregir los problemas de salud más comunes y 2) referir oportunamente a los pacientes que necesitan atención más compleja, por ejemplo: servicios de laboratorio, consulta con especialistas, hospitalización u otros. Asimismo, a la atención primaria competen las tareas de promoción de la salud y prevención de enfermedades (UNAM-Siglo XXI, 2010).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la atención primaria a la salud es:

“la clave de la salud para todos dado que aborda los problemas sanitarios principales de toda comunidad, proporcionando servicios de promoción, prevención, curativos y de rehabilitación. La atención primaria a la salud incluye asimismo a la educación, promoción de suministros alimentarios, de agua potable, cuidados maternos e infantiles, inmunizaciones, fármacos esenciales y prevención, tratamiento y control de las enfermedades comunes y localmente endémicas. Estas consideraciones son compatibles con las actividades de prevención y control de la diabetes.” (OMS, 1991: 13)

---

<sup>27</sup> Un médico general o un médico con especialidad en medicina familiar.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la atención primaria contemplan actividades propias de la salud pública y normalmente se abordan a través de un programa institucional previamente diseñado y dirigido a niveles de acción grupales, cuyo común denominador es la afección por un mismo padecimiento o alguna otra característica que afecte o limite sus condiciones de salud. Estas actividades se ubican en el ámbito de la *educación para la salud*, definida como “la disciplina que estudia y desarrolla los procesos que permiten generar pautas de conducta individuales y colectivas favorables para la salud, a través de diferentes niveles de acción que van desde la transmisión de la información hasta la reflexión y participación conjunta de los integrantes de dicho proceso” (Casas, 2010).

En el campo de la comunicación de la ciencia, la educación para la salud puede clasificarse dentro de la *educación no formal*, un instrumento intermedio entre la educación formal y la divulgación de la ciencia que comprende “toda actividad organizada, sistemática y educativa, realizada fuera del marco del sistema oficial para facilitar determinados tipos de aprendizaje a subgrupos particulares de la población” (Cooms y Ahmed, 1974; citado en Catalá, 2000).

### ***Educación para la salud y diabetes***

El propósito final de la atención integral de las personas con diabetes es mejorar su calidad de vida, evitar la aparición de complicaciones agudas y crónicas<sup>28</sup>, y garantizar el desarrollo normal de sus actividades diarias. Desde la perspectiva de la biomedicina, la educación del paciente deviene así como piedra angular del tratamiento de los diabéticos, hecho admitido por la OMS y muchos autores desde finales del siglo pasado (Cabrera et al, 2004; Deakin et al, 2005; García y Suárez, 2007; González y Martínez, 2007; Steinsbekk et al, 2012). La educación diabética además reduce el costo social y sanitario de la enfermedad (González y Martínez, 2007).

Pero, ¿qué significa educar al diabético? García y Suárez (2007: 3-4) sugieren que:

“Educar al paciente es habilitarlo con los conocimientos y destrezas necesarias para afrontar las exigencias del tratamiento, así como promover en él las motivaciones y los

---

<sup>28</sup> A corto y largo plazos, respectivamente.

sentimientos de seguridad y responsabilidad para cuidar diariamente de su control, sin afectar su autoestima y bienestar general.”

Por su parte, Cabrera et al (2004: 275) dicen que la educación para la salud en diabetes:

“tiene como propósito la participación del diabético para promover comportamientos humanos y estilos de vida saludables, y del mismo modo propiciar cambios en el ambiente externo, dirigir la formación de recursos humanos y desarrollar investigación en ese campo.”

Muy recientemente, Steinsbekk et al (2012) realizaron una revisión sobre la literatura disponible (21 estudios) acerca de la educación para el auto-cuidado en la diabetes, y encontraron que ésta puede darse de muchas maneras distintas, aunque la educación grupal es una de las estrategias más extendidas. Esto se debe, según explican los autores del trabajo, a que resulta más económica que la educación individualizada y, además, tiene ventajas como que los pacientes se reúnen para discutir entre ellos. De acuerdo con esta revisión, la educación para el auto-cuidado en la diabetes grupal produce mejor control clínico, estilos de vida más saludables y resultados psicológicos positivos.

Otros hallazgos importantes de Steinsbekk et al (2012) son los siguientes:

- La educación centrada en los pacientes es la más efectiva para el manejo de enfermedades crónicas.
- Se ha reconocido que la adopción de habilidades para el auto-control de la diabetes es necesaria para el manejo de esta enfermedad.
- En general, la educación para el auto-cuidado en la diabetes favorece resultados positivos para la salud, como mejor control de glucosa en sangre, aumento en las habilidades para el auto-control de la enfermedad y la auto-eficacia en el cuidado (empoderamiento).

Cabe mencionar, sin embargo, que esta revisión contempló principalmente estudios realizados en países desarrollados de Europa y Estados Unidos; sólo incluyó una publicación mexicana (Cabrera et al, 2004) y una tailandesa (Wattana et al, 2007). No obstante, los autores comentan que no hay evidencia de que la educación para el auto-

cuidado en la diabetes a nivel grupal no sea apropiada para los países en desarrollo “mientras que sea proporcionada en un lenguaje familiar y sea sensible con la cultura de la población”.

En una revisión anterior (Deakin et al, 2005) se encontró que los diabéticos que participaron en “programas de entrenamiento” muestran un mejor control de la enfermedad y conocimientos sobre la misma a corto y a largo plazos, a la vez que reducen la necesidad de medicación para la diabetes. Asimismo, también se vio que los programas de educación grupal pueden reducir la presión arterial y el peso corporal, y aumentar el autocontrol, la calidad de vida, las habilidades de autocuidado y la satisfacción con el tratamiento.

Otras investigaciones del área de la educación para la salud enfocados en la prevención de enfermedades crónicas tienen objetos de estudio diferentes a su eficacia; por ejemplo: la educación como elemento de apego a las indicaciones médicas (Sharaf, 2010); el déficit de conocimiento entre los pacientes (Bustos et al, 2011; Koopman, 2004) y las percepciones de médicos y pacientes sobre la promoción y prevención (Lawlor, 2000; Brown, 2006; Calderón, 2011). Investigaciones aún más precisas abordan el uso de los diferentes formatos de comunicación –verbales, visuales, numéricos o una combinación de los anteriores– (Neuner-Jehle et al, 2011) o los elementos para la prevención de estas enfermedades (López-de-Munain, 2001). Sin embargo, no se encontró estudio alguno que abordara el tema desde el marco conceptual de los modelos de comunicación científica. El trabajo más cercano a dicho marco es el de Cabrera et al (2004), un estudio comparativo entre un programa educativo participativo y una intervención educativa tradicional en el que se encontró que la eficacia de la primera era significativamente mayor. Los autores de esta publicación concluyeron que:

“La modalidad tradicional de la educación tiene inconvenientes y limitaciones, que en su mayoría se caracterizan por ser más informativos que formativos, donde se trata al educando como un objeto mediante una relación de tipo autoritaria [...] La educación participativa forma al diabético, convirtiéndolo en un ser más reflexivo y comprometido para mejorar sus condiciones de salud y de vida.” (Cabrera et al, 2004: 278)

## ***Modelos de comunicación científica***

El primer autor que habló de modelos de comunicación científica fue Bruce Lewenstein (2003). Este autor identificó cuatro modelos que, reconoció, en la práctica muchas actividades los combinan:

- **Modelo de déficit:** Surge de la preocupación por la falta de apoyo económico y público a la ciencia. Utiliza la alfabetización científica como medida del conocimiento y las actitudes del público hacia la ciencia. Está a la base de programas que tienen como objetivo proveer de información y “llenar el vacío de conocimiento”, presuponiendo que después de cubrir el déficit, todo va a ser mejor.
  - o Críticas: Las evaluaciones sobre ciencia se plantean sin considerar el contexto del público, pasando por alto que uno aprende mejor cuando hay significado en la propia vida. Además, remarca las relaciones de poder; la expresión “analfabetismo científico” funge como herramienta retórica de una élite científica. Por último, tras la aplicación de muchos programas, las evaluaciones sobre alfabetismo científico mantienen los mismos resultados, por lo que cabe suponer que este modelo no resuelve el problema para el cual fue creado.
- **Modelo contextual:** Considera que las personas no son recipientes vacíos, sino sujetos que procesan la información de acuerdo con sus esquemas sociales y psicológicos, los cuales han sido moldeados por sus experiencias anteriores, contexto cultural y circunstancias personales. Su propósito es construir mensajes científicos relevantes para personas en un determinado contexto. Este modelo se ha aplicado en comunicación en salud.
  - o Críticas: Se considera que este modelo está basado en las mismas suposiciones sobre las que se sostiene el modelo de déficit, y que sólo se diferencia de éste por ser más sofisticado. En el modelo contextual se conceptualiza un problema en donde los individuos responden a la información de manera inadecuada según los científicos (expertos). Si bien se toman en cuenta los factores sociales, el producto que de ello se obtiene es utilizado para manipular los mensajes y conseguir un objetivo particular.

- **Modelo de conocimientos locales:** Empieza con el conocimiento local, “del lego”. Se basa en la premisa de que los científicos defienden de manera irracional la certeza de sus conocimientos y fallan en reconocer lo contingente de la “vida real”, donde requerimos otros tipos de conocimiento para tomar decisiones. Propugna por que la comunicación de la ciencia reconozca la pericia, el conocimiento y la información de las comunidades con problemas tecnológicos o científicos.
  - o Críticas: Privilegia el conocimiento local; es “anticientífico”. Muchos de sus proponentes han tomado parte en las “guerras de la ciencia” de los años 90 del siglo XX.
- **Modelo de participación pública:** También llamado *modelo de diálogo*, tiene como objetivo la democratización de la ciencia y apela al compromiso público para las políticas públicas, decisiones de salud personales, producción de conocimiento científico, áreas específicas o el pensamiento crítico. Algunos ejemplos de acciones de comunicación científica que emplean este modelo son: reuniones de consenso, jurados de ciudadanos y plebiscitos.
  - o Críticas: Dirigido a toma de decisiones políticas.

Brian Trench (2008) publicó una crítica a los modelos propuestos por Lewenstein y proyectó los siguientes:

- **Modelo de déficit:** La ciencia se transmite de los expertos a las audiencias que se perciben como deficientes en conciencia y entendimiento. Se caracteriza por ser lineal, es decir, la transmisión de información se da en una sola dirección: del experto al lego. Se utiliza en ambientes educativos y de diseminación con el propósito de obtener actitudes “científicamente correctas” a través de la persuasión del público. Comúnmente se aplica en comunicación de la salud y en *marketing*. Actualmente, sigue siendo el modelo más utilizado por *default*.
- **Modelo de diálogo:** La ciencia se comunica entre científicos, sus representantes y otros grupos, a veces para encontrar cómo se puede diseminar la ciencia de modo más eficiente, a veces para consultar sobre aplicaciones específicas. En este caso, la transmisión de información es lineal y bidireccional entre los expertos y el público; el énfasis está puesto sobre la interacción. Este modelo, sin embargo, no escapa del

todo del de déficit, pues se le considera más efectivo con respecto a un fin decidido desde el principio y el emisor tiene el control primario. Desde una perspectiva crítica, lo único que agrega al modelo de déficit es la retroalimentación. Abarca una gran gama de prácticas y estrategias; algunas de sus variaciones son los modelos de consulta, de compromiso y contextual.

- Consulta: diálogo con una agenda restringida, con un propósito específico y en un plazo definido; se consulta al público para redefinir los mensajes o negociar la aplicación de la ciencia.
  - Compromiso: diálogo con agenda relativamente abierta cuyo contenido puede cambiar y no tiene plazos; el énfasis está puesto en cómo el público expresa sus preocupaciones, hace preguntas y se involucra de manera activa.
  - Contextual: implica un público activo; precisa que se redefina el entendimiento público como la articulación entre los conocimientos científicos y locales. Aquí no sólo los factores cognitivos son importantes, sino también los políticos y éticos. Este modelo puede ser funcionalista, en tanto que sirve para identificar distintos públicos.
- **Modelo participativo**: La comunicación de la ciencia se da entre diversos grupos bajo el supuesto de que todos pueden contribuir y que a todos incumbe el producto de las deliberaciones y discusiones. Este modelo es multidireccional, como una red. Surge en respuesta a las necesidades de equidad y pluralismo no resultas por los modelos de déficit y diálogo. En este caso, el objetivo de la comunicación científica no es ningún producto medible, sino el proceso de comunicación en sí mismo. Se presenta en un par de variantes:
- Deliberación: Es la forma más fuerte del modelo de participación. Busca un conjunto mayor de entendimientos sobre los procesos democráticos. Las contribuciones del público sobre el porqué y el porqué no de la ciencia sirven para asentar la agenda de la comunicación de la ciencia y, eventualmente, de la ciencia misma.
  - Crítica: Funge como fuente de crítica a la ciencia; es decir, tiene como fin estudiar o valorar la ciencia con referencia a otras disciplinas intelectuales y

actividades culturales. Puede arrojar luz sobre los significados públicos de la ciencia.

El cuadro 1 presenta de manera resumida los modelos de comunicación propuestos por Trench (2008), mientras que en el cuadro 2 se integran ambas propuestas.

**Cuadro 1. Modelos de comunicación científica, según Trench (2008)**

Déficit	Comunicamos la ciencia <i>a</i> ellos	Transmisión de información	Público ignorante
Diálogo	Comunicamos la ciencia <i>con</i> ellos	Consulta sobre la aplicación	El público habla de vuelta
Participativo	Comunicamos acerca de ciencia <i>entre</i> ellos	Conversación sobre las implicaciones	El público contribuye

Modelo de comunicación base	Áreas públicas u objetos	Asociación filosófica e ideológica	Modelo de comunicación de la ciencia	Variantes del modelo	Orientación científica hacia el público
<b>Diseminación</b>		Cientificismo Tecnocracia Certidumbre	<b>Déficit</b>		Son ignorantes
Transmisión	Docencia			Defensa	Son hostiles
<i>Popularization</i>	Economía			Marketing	Pueden ser persuadidos
<i>One-way, one-time</i>	<i>Alfabetismo, habilidades</i>				
<b>Diálogo</b>		Pragmatismo Constructivismo Responsabilidad social	<b>Diálogo</b>	Contextual	Vemos sus diversas necesidades
Consulta	Consumo			Consulta	Descubrimos su perspectiva El público habla en <i>respuesta</i>
Negociación	Aprendizaje de políticas			Compromiso	Se responsabilizan del problema
<i>Two ways, interactivo</i>	<i>Aplicaciones</i>				
<b>Conversación</b>		Ciencia cívica Reflexividad Relativismo (pluralismo) Incertidumbre	<b>Participación</b>		Tanto ellos como nosotros moldeamos el problema; todos contribuimos
Interpretación	Cultura democrática			Deliberación	La agenda se asienta por ellos y por nosotros.
<i>Multidireccional, final abierto</i>	<i>Implicaciones, significados</i>			Crítica	Todos negociamos los significados

**Cuadro 2. Modelos de comunicación científica: intracción de las propuestas de Lewenstein (2003) y Trench (2008)**

## Grupos de ayuda mutua en la educación para la salud

Las ideas evolucionistas del siglo XIX, en la versión darwinista apoyada por Huxley, plantearon los supuestos de la lucha por la vida (*struggle for life*) y la supervivencia del más apto como únicas vías de progreso humano (Cappelletti; citado en Kropotkin, 1902: 1-12). Piotr Kropotkin (1902), filósofo, geólogo y anarquista, en su libro *El apoyo mutuo* se contrapuso a esas nociones y remarcó que, junto al principio de lucha, se debe tener en cuenta otro, más importante que aquél, para explicar la evolución de los animales y el progreso del hombre: el principio de la ayuda mutua entre individuos de la misma especie.

En el primer capítulo de su libro, Kropotkin recoge la idea del apoyo mutuo que anteriormente planteó K. F. Kessler con la siguiente cita:

“Ciertamente, no niego la lucha por la existencia, sino que sostengo que en el desarrollo progresivo, tanto de todo el reino animal como en especial de la humanidad, no contribuye tanto la lucha recíproca cuanto la ayuda mutua. Son inherentes a todos los cuerpos orgánicos dos necesidades esenciales: la necesidad de alimento y la necesidad de multiplicación. La necesidad de alimentación los conduce a la lucha por la subsistencia y al exterminio recíproco, y la necesidad de la multiplicación los conduce a aproximarse a la ayuda mutua. Pero, en el desarrollo del mundo orgánico, en la transformación de unas formas en otras, quizá ejerza mayor influencia la ayuda mutua entre los individuos de una misma especie que la lucha entre ellos.” (Kessler, 1880; citado en Kropotkin, 1902: 25)

Con base en las ideas de Kropotkin, a partir de la década de los años 70 del siglo pasado empezaron a constituirse grupos de ayuda mutua para la atención de problemas de salud. En esta área, McGovern (2001) define la *ayuda mutua* como “el proceso de compartir experiencias, situaciones o problemas comunes con el fin de favorecer el apoyo recíproco”. De acuerdo con esta autora, la ayuda mutua es por naturaleza participativa e incluye dar, recibir y autogestar apoyo, así como compartir conocimientos y experiencias a través de iniciativas gratuitas que se dan a base de encuentros regulares, voluntarios en lugar de mandatorios y están abiertas a nuevos miembros. Funcionan por y para los

participantes. El foco primario de la ayuda mutua es el apoyo emocional y práctico, así como el intercambio de información.

Con respecto al último punto, dentro de estos grupos se implementa un modelo educativo con sesiones en las que se abordan contenidos planteados con base en las necesidades de los integrantes. Inicialmente, dichas sesiones son impartidas por profesionales de la salud (facilitadores); después, el modelo evoluciona a uno donde los propios miembros del grupo dirigen el proceso educativo, de tal forma que los pacientes se vuelven recursos del sistema de salud en lugar de simples usuarios. Lo anterior quiere decir que se genera responsabilidad individual frente a la enfermedad en sustitución de la recepción pasiva de los cuidados para la salud (McGovern, 2001).

Algunos de los beneficios de esta estrategia en materia de salud son los siguientes: aumento del apoyo social, más oportunidades para la solución de problemas comunes, menor aislamiento, mejor autoestima y aumento en la cantidad y el acceso a información sobre salud. Todo lo anterior produce mayor independencia, autocuidado y habilidades para auto-conducir la salud (McGovern, 2001).

### **Grupos de Ayuda Mutua como estrategia de la SSA**

Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) de la Secretaría de Salud de México, también denominados clubes de diabéticos, se conceptualizan como la organización de los propios pacientes que, bajo supervisión médica y el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la instrucción del autocuidado de la diabetes y la hipertensión arterial. Sus principales objetivos son: 1) garantizar que cada uno de los integrantes reciba capacitación –conocimientos, habilidades y destrezas– indispensables para el buen control de la enfermedad; 2) contribuir a la prevención y el manejo de la diabetes, hipertensión arterial y obesidad y 3) favorecer la reducción de la morbilidad y mortalidad prematuras en enfermedades crónico-degenerativas, principalmente diabetes e hipertensión arterial (Lara, 2004; Lara et al., 2004).

En los GAM se pone énfasis en el manejo no farmacológico, es decir, en la adopción de estilos de vida saludables (dieta y actividad física). En un ambiente de aceptación y compartimiento, los pacientes asisten a sesiones educativas definidas por un

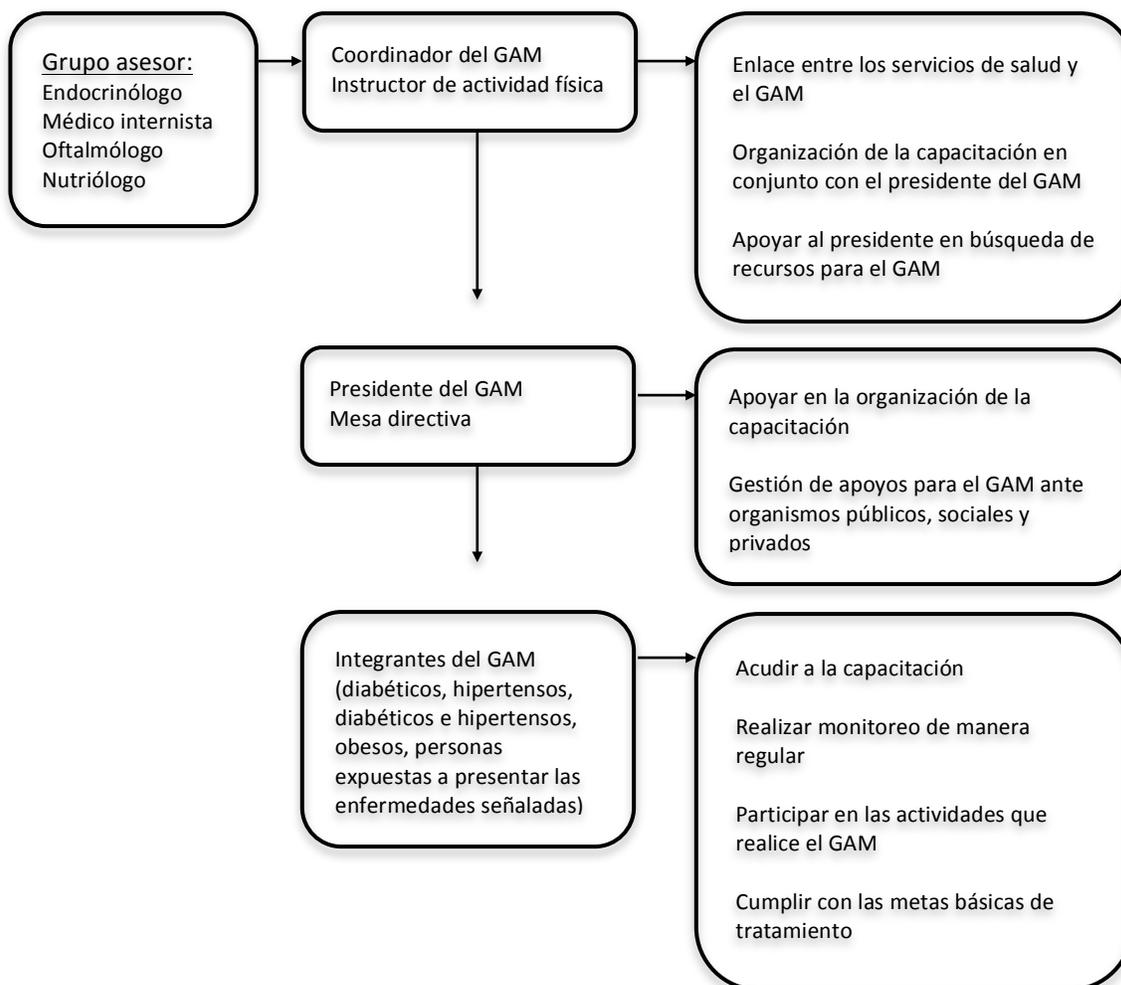
currículo establecido por la Secretaría de Salud (ver cuadro 3) donde se dan intercambios de experiencias entre los integrantes y sesiones de actividad física. Adicionalmente, los miembros de los GAM llevan un plan de alimentación para control de peso y un plan de monitoreo y vigilancia de las complicaciones bajo estricta supervisión médica (Lara et al., 2004; SSA, 2006).

### **Cuadro 3. Currículo para capacitar al paciente diabético (SSA, 2006)**

- ¿Cómo se vive la diabetes?
- ¿Qué causas favorecen el desarrollo de la diabetes?
  - ¿De dónde proviene la energía que nuestro organismo utiliza?
  - ¿Cuándo se presenta la diabetes?
- ¿Qué es la diabetes?
- ¿Cómo se manifiesta la diabetes?
- ¿Cómo se puede controlar la diabetes?
  - ABC del tratamiento
  - Alimentación saludable
  - Actividad corporal
  - Medicamentos
- ¿Cuáles son las complicaciones de la diabetes mal controlada?
- ¿Qué debo vigilar para saber si la diabetes está controlada?
  - Metas de tratamiento
- Automonitoreo
- Pie diabético
- Salud bucal

En la figura 5 se presenta la organización de los GAM, señalando sus integrantes y sus funciones:

**Figura 5. Organización de Grupos de Ayuda Mutua (GAM)**



Fuente: Lara et al., 2004.

De acuerdo con la última edición de la *Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes* (SSA, 2006), el coordinador del GAM es quien capacita a los miembros del grupo. Además, guía el proceso de concientización, muestra alternativas para dar solución a los problemas y apoya a los pacientes para que resuelvan sus dudas y conozcan el autocuidado.

El método a través del cual debe implementarse la educación se llama *aprendizaje significativo*, que es aquel en el que el nuevo conocimiento se vincula con las experiencias, vivencias e intereses de una persona. “No se olvida” porque se asocia a la vida real de las

personas. Se apoya en la solución de problemas. Debe estar vinculado a las prioridades y valores de cada persona. El reto es “transmitir estos conocimientos de forma que todos encuentren y se identifiquen con los beneficios que implica un control adecuado de la diabetes” (SSA, 2006). En el Cuadro 4 se resumen los elementos que debe considerar el aprendizaje significativo para la educación de los pacientes diabéticos.

**Cuadro 4. Principios didácticos recomendados por la *Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes* (SSA, 2006)**

<b>Principio didáctico</b>	<b>Descripción</b>
Enseñanza centrada en el paciente	La enseñanza debe estar orientada a satisfacer las necesidades del paciente y resolver sus dudas; debe ser participativa, promoviendo el intercambio de experiencias.
Aprendizaje activo: “aprender haciendo”	Los pacientes no deben ser sometidos a largas sesiones o “clases” sobre aspectos complejos de la enfermedad. La explicación sobre la alimentación y la actividad física debe ser práctica.
Estimular el razonamiento más que la memoria	Al final del proceso educativo cada uno de los pacientes tiene que ser capaz de explicar en sus propias palabras los conceptos más importantes de su historia clínica. No se trata de que los pacientes dominen la teoría, sino que conozcan de manera cotidiana si la enfermedad está bajo control, qué deben hacer en su vida y cómo seguir las recomendaciones del médico.
Trabajo en pequeños grupos	Para facilitar la discusión entre los pacientes acerca de cómo controlar su enfermedad
Solución de problemas	Para tener un buen control, es preciso saber tomar decisiones. Esto se hará en términos familiares para los pacientes.
Autoaprendizaje	No es posible ni conveniente tratar de enseñar todo lo que deben saber los pacientes. El paciente debe buscar con el médico y el equipo de salud la información que considere pertinente.

Esta estrategia de la SSA está contemplada dentro de la octava línea de acción del *Programa de Acción Específico 2007-2012 para Diabetes Mellitus* (SSA, 2008) que se presenta en el cuadro 5, mientras que en el cuadro 6 se expone el proceso a través del cual se planeó cubrir dicha línea.

**Cuadro 5. Octava línea de acción del *Programa de Acción Específico 2007-2012 para Diabetes Mellitus* (SSA, 2008)**

Acreditación permanente de la Red Nacional de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en apoyo a las metas del programa. Se orienta a la consolidación de las acciones educativas y de registro de información de la Red para coadyuvar en el control metabólico y seguimiento de pacientes, en coordinación con las unidades de salud de todo el Sector:

- a. Capacitar a coordinadores de los Grupos de Ayuda Mutua de los 32 estados en los lineamientos de información y vigilancia epidemiológica, así como en los procesos de acreditación.
- b. Elaborar y difundir la ‘Guía de Educación al Paciente con Diabetes Mellitus’ y el video ‘Aprender a vivir con su Diabetes’.
- c. Supervisar y evaluar de manera presencial a los Grupos de Ayuda Mutua y acreditadores con participación sectorial, en el cumplimiento de los siguientes criterios para obtener la acreditación: mantener al 85% de los integrantes; promedio grupal de personas con diabetes con glucemia en ayunas < 126mg/dlt o HbA1C < 7%; promedio grupal en personas con hipertensión arterial < 140/90 mmHg y promedio de reducción grupal de 2 cm de circunferencia abdominal o 3% del peso corporal.
- d. Ofertar tratamiento multidisciplinario para el control adecuado de la hiperglucemia a través de:
  - plan de alimentación y orientación alimentaria,
  - actividad física,
  - tratamiento farmacológico,
  - adherencia al tratamiento,
  - monitoreo de las concentraciones de glucosa sanguínea y determinación del nivel

- de hemoglobina glucosilada (HbA1c),
- eliminar tabaquismo, y
- manejo adecuado de lípidos e hipertensión arterial

**Cuadro 6. Proceso para implementar la octava línea de acción del *Programa de Acción Específico 2007-2012 para Diabetes Mellitus (SSA, 2008)***

- Verificar el ingreso al tratamiento en el 50% de las personas con detección positiva de diabetes (con tira reactiva).
- Capacitar a 7,200 profesionales de la salud a través de diplomados en línea, talleres y cursos presenciales.
- Lograr una cobertura del 90% de las personas con diabetes y riesgo cardiovascular de las UNEMEs Enfermedades Crónicas y GAM acreditados con examen de hemoglobina glucosilada.
- Lograr una cobertura en el 90% de las personas con diabetes y riesgo cardiovascular de las UNEMEs Enfermedades Crónicas y GAM acreditados con examen de microalbuminuria.
- Lograr una cobertura en el 90% de las personas con diabetes y riesgo cardiovascular de las UNEMEs Enfermedades Crónicas y GAM acreditados con exploración de pies.
- Acreditar al 40% de Grupos de Ayuda Mutua activos al fin del periodo.
- Alcanzar una cobertura en el 30% de los integrantes de los Grupos de Ayuda Mutua activos con examen de hemoglobina glucosilada.
- Alcanzar una cobertura en el 30% de los integrantes de los Grupos de Ayuda Mutua activos con examen de microalbuminuria.
- Alcanzar una cobertura en el 50% de los integrantes de los Grupos de Ayuda Mutua activos con exploración de pies.

Hasta 2006, se registraron 11,040 Grupos de Ayuda Mutua activos con un total de 308,400 integrantes en todo el país (SSA, 2008). Los pacientes que forman parte de los Grupos de Ayuda Mutua logran mayores beneficios en el control

glucémico, comparado con los que no forman parte de los mismos (SSA, 2008; Lara et al, 2004). En un estudio realizado en 2004 con base en indicadores metabólicos<sup>29</sup> se encontró que los diabéticos miembros de algún GAM tienen mejor control de su enfermedad (45%) que los que no pertenecen a ninguno de estos grupos (32%) (Lara et al., 2004).

## **Planteamiento del problema**

La comunicación de la diabetes que se da al interior de los GAM recae en el ámbito de la prevención terciaria, que Ratzan (2001) define como la contestación a la pregunta “¿cómo puedo vivir mejor con mi enfermedad?”. Las técnicas utilizadas en los GAM para comunicar los contenidos científicos que dan respuesta a esta interrogante corresponden a estrategias didácticas compatibles con el marco de la educación para la salud. En toda la literatura disponible se observa el mismo enfoque pedagógico afín a la noción de educación no formal. Se buscó, sin tener éxito, algún reporte que abordara el tema desde el marco conceptual de los modelos de comunicación científica.

El trabajo de Cabrera et al (2004), que confronta el programa educativo tradicional con uno participativo, deja entrever que la aplicación de los modelos de comunicación científica propuestos por Lewenstein (2003) y modificados por Trench (2008) podría resultar muy provechosa para la comunicación de la salud. Siguiendo a Lee y Gavin, Trench apunta que en comunicación de la salud se ha contrastado un “modelo médico” de transmisión de conocimientos del experto al paciente, con un “modelo educativo” que considera las percepciones y el entendimiento del público; el “modelo médico” es equiparable con el de déficit y el “modelo educativo”, con el de diálogo (Trench, 2008).

Debido a que los GAM constituyen una de las líneas de acción que las autoridades sanitarias de nuestro país han planteado para combatir la epidemia de la diabetes, resulta importante analizar cómo se da la comunicación de la ciencia al interior de estos grupos con base en el marco planteado por Lewenstein (2003) y Trench (2008). Este tipo de investigación resulta novedosa para la SSA, por lo que podría permitir que en México se

---

<sup>29</sup> Nivel de glucosa en sangre en ayuno.

ampliaran los referentes teóricos del campo de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, abriendo además la posibilidad de que se implementen modelos alternativos a la tradicional educación para la salud que adolece de las mismas críticas que recaen sobre los modelos de déficit y contextual.

En congruencia con lo anterior, la presente investigación busca diagnosticar el modelo de comunicación científica que se emplea para estimular la adopción de estilos de vida saludables en el GAM de un centro de salud comunitaria ubicado al sur del Distrito Federal. Este análisis nos permitirá tener una primera aproximación al enfoque que aquí se propone. A partir de él podrán diseñarse nuevos estudios que superen las limitaciones del presente, a saber, que contempla un solo GAM por lo que no será posible obtener conclusiones generales.

## **Objetivos**

**General:** Diagnosticar el modelo de comunicación científica que se emplea para estimular la adopción de estilos de vida saludables en el GAM en estudio.

### **Específicos:**

- Recabar la información necesaria para describir detalladamente la estrategia de comunicación científica empleada en el GAM en cuestión
- Valorar la eficacia de dicha estrategia
- Presentar un producto escrito con base en la investigación (reportaje)<sup>30</sup>

## **Hipótesis**

En el GAM estudiado se emplea un modelo de déficit para comunicar los conocimientos científicos relacionados con la recomendación de adoptar estilos de vida saludables. En consecuencia, la eficacia del GAM sobre los indicadores biomédicos y la opinión de los miembros del grupo será negativa.

---

<sup>30</sup>En un inicio, se planeó presentar los resultados del estudio cualitativo mediante un producto periodístico en formato de reportaje, utilizando una narrativa basada en géneros periodísticos como crónica y entrevista, entre otros. Pero una vez concluida la etapa de trabajo de campo, debido a la riqueza de los hallazgos se decidió presentarlos con el formato de una etnografía. (Para detalles ver “Síntesis y conclusiones”)

## Metodología

Este trabajo contará con dos componentes metodológicos: uno cualitativo y otro cuantitativo. El primero de ellos dará lugar al contexto local, los determinantes no biomédicos de la diabetes y las personas de carne y hueso involucradas en los procesos de comunicación estudiados, mientras que el segundo nos permitirá conocer la eficacia de las estrategias comunicativas empleadas en el GAM en estudio.

### Componente cualitativo

1. Observaciones de campo
2. Entrevistas semiestructuradas
3. Grupos focales

Para analizar los resultados obtenidos a través de las tres estrategias anteriores, nos basaremos en siete componentes que definen los modelos de comunicación científica definidos por Lewenstein (2003) y Trench (2008) y que se muestran en el Cuadro 7.

**Cuadro I.7. Componentes para definir el modelo de comunicación del estudio de caso.**

Componente	Modelo de déficit	Modelo de diálogo	Modelo participativo
Transmisión de la información	Lineal y unidireccional (experto → público)	Lineal y bidireccional (experto ↔ público)	Red multidireccional
Propósito de la comunicación	Planteado por los expertos	Planteado por los expertos	Sin propósito predeterminado ni medible
Mensaje	Técnicos y especializados para informar al público	Relevantes para persuadir al público	De diversas naturalezas, depende de los participantes
Consideración del contexto	No siempre	Siempre se considera el contexto del público y	Se considera el contexto de <i>todos</i> los

del público		sus necesidades	grupos involucrados (expertos, representantes, ciudadanos, etc.)
Participación del público	Nula	Retroalimentan a los expertos	Participación, compromiso y responsabilidad equiparable entre <i>todos</i> los participantes
Ambiente	Docencia Alfabetización científica Marketing	Consulta Negociación Compromiso Aplicaciones	Democrático Interpretativo Deliberativo Crítica
Agenda de la comunicación científica	Asentada por los expertos	Asentada por los expertos	Asentada por todos los participantes

### Componente cuantitativo

Comparar, con base en los datos que el Centro de Salud reporta para la Jurisdicción Sanitaria, la hemoglobina glucosilada en pacientes que son miembros del GAM y pacientes del mismo centro de salud que no pertenecen al grupo.

### Aspectos éticos

Para realizar esta investigación solicité orientación y autorización a la Secretaría de Salud. En el centro de salud comunitaria donde se llevó a cabo el estudio me presenté como médica general y alumna de la Maestría en Filosofía de la Ciencia de la UNAM. Sin entrar en detalles que pudieran sesgar los resultados del estudio, expliqué que quería conocer cómo se comunica la ciencia en dicho GAM. Tanto el personal de salud como los pacientes del grupo accedieron de manera oral a formar parte de la investigación antes de que ésta iniciara.

Asimismo, se solicitó permiso para hacer un registro fotográfico durante el periodo de estudio.

Al inicio de cada entrevista se solicitó el consentimiento informado verbal de cada participante. Con el fin de proteger la identidad y la privacidad de los participantes (Grinyer, 2002), asigné pseudónimos para todos, excepto para el doctor Agustín Lara Esqueda, a quien entrevisté vía correo electrónico por haber sido director del Programa del Adulto y el Anciano, del CENAVECE de la SSA en el sexenio de 2001-2006. Un artículo publicado por él (Lara et al, 2004) fue fundamental para el desarrollo de esta investigación.

## Anexo II. Examen

Elige la opción correcta:

1. La diabetes mellitus tipo 2 se define por:
  - a) Falta de producción y resistencia de insulina.
  - b) Destrucción del páncreas.
  - c) Hipoglucemia.
  - d) Sobreproducción de insulina.
2. Órgano encargado de producir insulina:
  - a) Músculo.
  - b) Hígado.
  - c) Páncreas.
  - d) Riñón.
3. ¿Cuál es la meta de glucosa en ayuno en un paciente diabético?
  - a) < 100
  - b) < 160
  - c) < 140
  - d) < 126
4. Menciona los síntomas principales de la diabetes (4 “p”):

Encierra las respuestas correctas:

5. Factores de riesgo para la diabetes:

a) Hacer corajes	d) Sedentarismo
b) Obesidad	e) Comer dulces una vez a la semana
c) Hipertensión	f) Genética
6. De las siguientes, ¿Cuáles son las complicaciones agudas?

a) Infarto	d) Estado hiperosmolar
b) Cetoacidosis	e) Hipoglucemia
c) Colesterol elevado	f) Retinopatía
7. ¿Cómo se dividen las complicaciones crónicas?

a) Microvasculares	d) Macrovasculares
b) Musculares	e) Leves
c) Graves	f) No vasculares

8. ¿Cuáles son las complicaciones microvasculares?
- |                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| a) Retinopatía    | d) Nefropatía   |
| b) Aterosclerosis | e) Neuropatía   |
| c) Infarto        | f) Pancreatitis |
9. Síntomas de la hipoglucemia
- |                |                                  |
|----------------|----------------------------------|
| a) Mareos      | d) Sensación de muerte inminente |
| b) Taquicardia | e) Dolor de cabeza               |
| c) Somnolencia | f) Náuseas                       |
10. La diabetes es la principal causa de:
- |                     |                                |
|---------------------|--------------------------------|
| a) Ceguera          | d) Amputaciones no traumáticas |
| b) Derrame cerebral | e) Insuficiencia renal         |
| c) Comezón          | f) Apendicitis                 |

Relaciona las siguientes columnas:

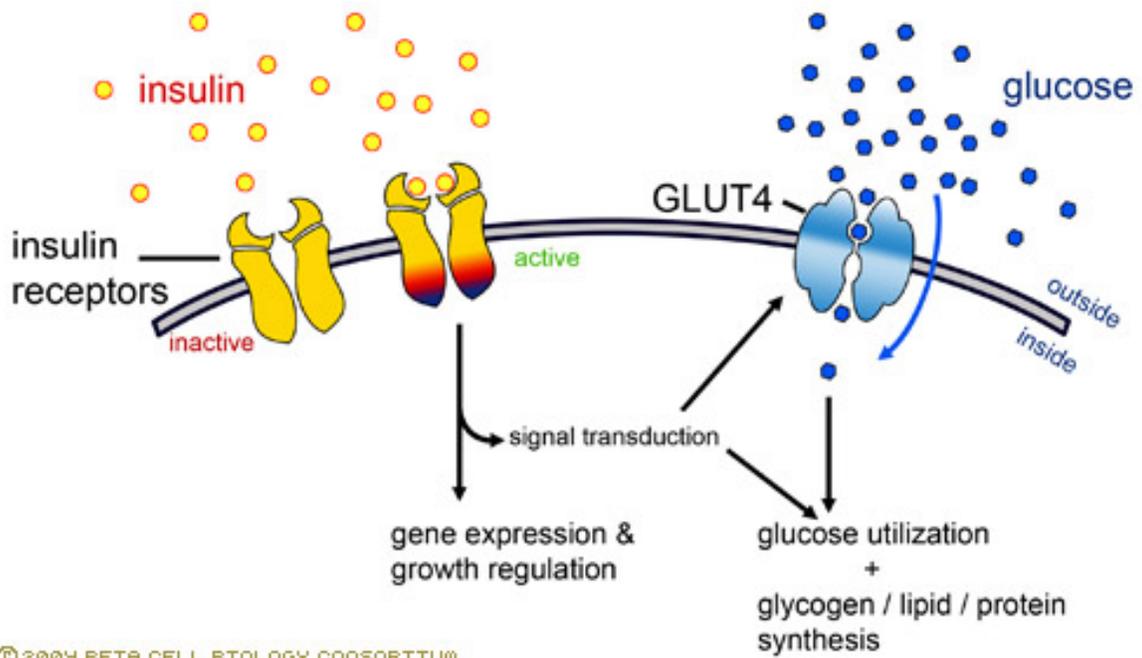
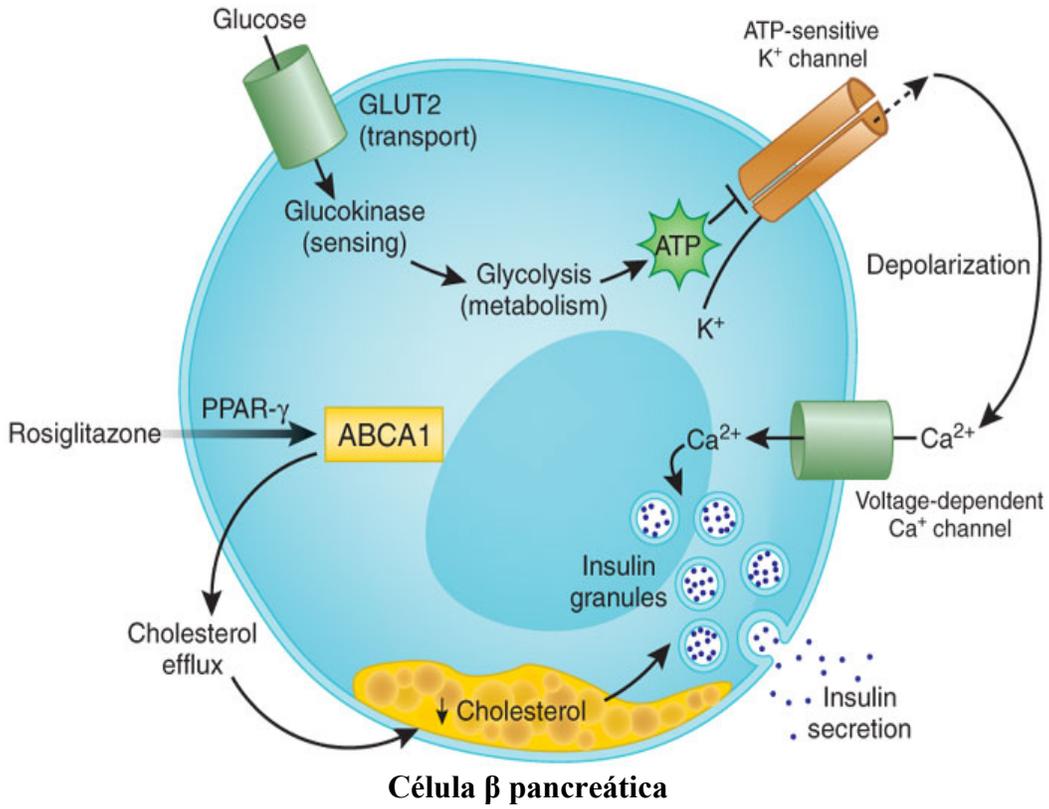
- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| 1) Medicamentos para control de hipertensión:               | a) Captopril                  |
| 2) Medicamentos para control de diabetes:                   | b) Neovascularización         |
| 3) Medicamentos para control de dislipidemias:              | c) Cirugía                    |
| 4) Tratamientos completo de la diabetes:                    | d) Enalapril                  |
| 5) Dislipidemia más frecuente en diabetes:                  | e) Insulina                   |
| 6) Principal característica de la nefropatía:               | f) Ejercicio                  |
| 7) La neuropatía se caracteriza por:                        | g) Metoprolol                 |
| 8) Tratamiento de las cataratas                             | h) Alteraciones cardíacas     |
| 9) Principal característica de la retinopatía proliferativa | i) Metformina                 |
| 10) Principal consecuencia de la obesidad                   | j) Proteínas en orina         |
|   | k) Dieta                      |
|   | l) Bezafibrato                |
|   | m) Hipertrigliceridemia       |
|   | n) Aumento de nefronas        |
|   | o) Glibenclamida              |
|   | p) Medicamentos               |
|   | q) Hipercolesterolemia        |
|   | r) Pravastatina               |
|   | s) Alteración de sensibilidad |

Anota tus últimos valores de laboratorio:

## Anexo III. Resúmenes

### Generalidades de Diabetes Mellitus

- Grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por **hiperglucemia**.
- **DM 1** → Ausencia de insulina. Destrucción de células  $\beta$  pancreáticas.
- **DM 2** → Resistencia a la insulina, alteración en la secreción de insulina, elevación de producción de glucosa.
  - **Factores de riesgo:**
    - Genética, obesidad, envejecimiento, inactividad física, dietas hipercalóricas.
- **Insulina:**
  - Producida en **células  $\beta$**  del páncreas dentro de islotes de Langerhans.
  - Principal regulador de insulina: Glucosa.
  - Glucosa entra a célula  $\beta$  por transportadores GluT-2, cambios en la célula (entrada de potasio y calcio), se secreta insulina.
  - Insulina viaja por circulación sistémica y se une a receptores de insulina.
  - Abre transportadores GluT-4 y entra glucosa a las células del cuerpo.
  - Principales órganos de acción: **Músculo, grasa e hígado**.
- **Hormonas:**
  - **Glucagon:**
    - Producida por células  $\alpha$  del páncreas.
    - Se libera cuando hay poca glucosa en el cuerpo.
    - Estimula formación nueva de glucosa a partir de reservas del hígado.
    - Estimula catabolismo (gasto de glucosa, grasa y proteínas).
  - **Insulina:**
    - Favorece almacenamiento de carbohidratos (glucosa), grasa y proteínas.
    - Estimula anabolismo (almacenamiento de energía).
- **Glucógeno:**
  - Es la reserva de glucosa en el hígado, reservas de energía del cuerpo.
- **Cuadro clínico:**
  - Polifagia (comer mucho), polidipsia (mucho sed), poliuria (orinar mucho), pérdida de peso.



**Células de músculo, grasa e hígado**

## Complicaciones crónicas DM

- **Clasificación:**
  - **Macrovasculares** → Arteriopatía coronaria, Enfermedad vascular periférica, Evento vascular cerebral (infarto cerebral).
  - **Microvasculares** → Retinopatía, nefropatía, neuropatía.
  - **No vasculares** → Gastrointestinal, genitourinario, dermatológico, infeccioso, glaucoma, enfermedad periodontal.
- **Causas** → Hiperglicemia, dislipidemia, hipertensión.
- **Glucosilación** → Unión de glucosa con proteínas = Daño en pared vascular, nervios, proteínas transportadoras, inmunosupresión.
- **Arteriopatía coronaria:**
  - Insuficiencia cardíaca, infarto.
  - Acumulación de lípidos en arterias, formación de trombo, tapan arterias = infarto.
- **Evento vascular cerebral:**
  - Desprendimiento de placa de ateroma (trombo), migración a cerebro. Infarto cerebral. Daño dependiendo del área afectada.
- **Enfermedad vascular periférica:**
  - Aterosclerosis, isquemia en extremidades inferiores.
- **Retinopatía:**
  - Cataratas prematuras, hemorragia vascular, exudados, edema, manchas algodonosas, neoformación vascular.
  - Glaucoma → Aumento de la presión intraocular por crecimiento de arterias en el sitio de drenaje.
- **Nefropatía:**
  - Filtrar proteínas a través del riñón.
  - Microalbuminuria, proteinuria.
- **Neuropatía:**
  - **Periférica:**
    - Patrón en guante y calcetín. Disminución de vibración y sensación de calor y frío.
    - Alteración de mielina en los nervios.
  - **Autonómica:**
    - Cardiovascular → Hipotensión, taquicardia.
    - Gastrointestinal → Vaciamiento lento, diarrea, estreñimiento.
    - Respiratorio → Disminución ventilación, apnea del sueño.
    - Ocular → Dificultad para adaptarse a la oscuridad.
    - Genitourinario → Disfunción eréctil, disfunción vesical, eyaculación retrógrada.
- **Otras:**
  - **Dermatológicas** → Cicatrización lenta de heridas.
  - **Inmunológicas** → Propensos a infecciones atípicas. Debilidad del sistema inmunológico.
  - **Pie diabético** → Enfermedad de pequeños vasos, trastorno de la microcirculación, neuropatía con pérdida del componente sensitivo y motor, traumatismo local, úlceras, infecciones secundarias = Amputación.

## Anexo IV. Menús

MENU EQUIPO 1 <span style="float: right;">(16)</span>	
<u>DESAYUNO CON PESCADO</u>	
BEBIDAS	PARA ACOMPAÑAR
Leche descremada infusiones Leche de Soya	Galletas saladas (5 por persona). Tortillas (1 por persona).
<b>PLATO FUERTE</b>	Para 5 personas
<b>HUEVOS SORPRESA.</b>	
Ingredientes: - 6 huevos cocidos (solo la clara). - ½ taza de atún. - 2 cucharadas soperas de yogurt natural. - Lechuga picada finamente. - Aceite de oliva y vinagre (1 cucharadita de cada uno). - 2 cucharadas de mayonesa <i>light</i> (opcional). - Chile serrano al gusto (opcional).	Preparación: 1.- Corte los huevos cocidos en mitades y retire las yemas. 2.- Mezcle el atún con el yogurt y sólo 1 yema y si lo desea con los chiles picados. Forme una pasta tersa. 3.- Rellene las claras con la mezcla. Junte las mitades. 4.- Lave y desinfecte la lechuga y guarde en el refrigerador para que esté fresca. 4.- Sobre un platón forme una cama de lechuga. Coloque sobre ella los huevos y cúbralos hasta casi esconderlos. 5.- Puede bañar con el aceite y el vinagre.
<b>POSTRE</b>	Para 5 personas
<b>GELATINA CON FRUTA</b>	
Ingredientes: - 1 paquete de gelatina <i>light</i> de cualquier sabor rojo. - 1 taza de fresas. - 1 cucharadas de pasas. - 1 cucharadita de canela molida.	Preparación: 1.- Lave perfectamente las fresas y córtelas en mitades. 2.- Llevar a ebullición el agua y agregar la gelatina, mientras la agrega agite suavemente de 6 a 7 minutos. 3.- Agregue la fruta, sirva en 5 moldes pequeños (de 125 ml) y refrigere.

MENU EQUIPO 2  
DESAYUNO FÁCIL

(30)

<b>BEBIDAS</b>	<b>PARA ACOMPAÑAR</b>
Leche descremada Infusiones	
<b>PLATO FUERTE</b>	<b>Para 5 personas</b>
<b>SINCRONIZADAS.</b>	
<b>Ingredientes:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 24 tortillas de harina.</li><li>- 12 rebanadas de jamón.</li><li>- 12 rebanadas de queso panela ó fresco.</li><li>- 1 limón.</li></ul>	<b>Preparación:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1.- Sobre una tortilla ponga una rebanada de jamón y una de queso. Cubra con la otra tortilla.</li><li>2.- Caliente la sincronizada por ambos lados sobre el comal. Parta en cuatro cada sincronizada.</li><li>3.- Pele y muele los aguacates, con unas gotas de limón para que no se oscurezcan. Agregue sal si lo desea.</li><li>4.- Unte la pasta de aguacate en cada sincronizada.</li></ol>
<b>POSTRE</b>	<b>Para 5 personas</b>
<b>BROCHETAS DE FRUTA</b>	
<b>Ingredientes:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 taza de melón picado.</li><li>- 5 fresas grandes cortadas por la mitad.</li><li>- 2 plátanos cortados en rodajas. - 1 manzana picada en cuadritos.</li><li>- 5 uvas.</li><li>- 5 brochetas.</li></ul>	<b>Preparación:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1.- Coloque en cada brocheta al menos 1 pieza de cada fruta. Póngalas en el orden que más le apetezca.</li></ol>

(30)

**MENU EQUIPO 3**  
**DESAYUNO ENERGÉTICO**

BEBIDAS	PARA ACOMPAÑAR
Leche descremada Leche de soya Infusiones	Tortillas (1 por persona).
PLATO FUERTE	Para 5 personas
POLLO CON FRUTA.	
Ingredientes: - 2 pechugas de pollo. - 4 rebanadas de piña picadas. - 2 zanahorias picadas en cuadritos. - ½ taza de cacahuates. - ½ cebolla picada. - aceite para freír. - sal y pimienta al gusto.	Preparación: 1.- Lave las pechugas de pollo y séquelas bien. Dórelas en aceite. Apártelas. 2.- En la misma grasa fría primero la cebolla hasta que transparente, y luego añada la piña, las zanahorias y los cacahuates. Baje la flama. Regrese el pollo y añada una taza de agua. Tape la cacerola. Cueza hasta que el pollo este tierno.

Este menú no incluye postre por el contenido energético que posee.  
Aunque si se deseara uno, una buena opción es preparar sólo gelatina *light*.

( 20 )

**MENU EQUIPO 4**  
**DESAYUNO NUEVA ERA**

<b>BEBIDAS</b>	<b>PARA ACOMPAÑAR</b>
Leche descremada Infusiones	Medio bolillo integral (por persona).
<b>PLATO FUERTE</b>	Para 5 personas
<b>ENSALADA DE SOYA.</b>	
<b>Ingredientes:</b> - 4 tazas de soya germinada. - 1 pechuga de pollo cocida. - 1 jícama. - 2 tallos de apio picados. - 1 trozo de cebolla. - 1 diente de ajo.	<b>Preparación:</b> 1.- Parta la pechuga en trozos. 2.- Pele y lave la jícama, córtela en cubos. 3.- Cueza al vapor, durante unos 15 minutos, el apio picado, la soya germinada, y la jícama; tiene que quedar con una consistencia firme. Colóquelo todo en una ensaladera. 4.- Añada los trozos de pechuga. Mezcle. Se toma fría o caliente.
<b>POSTRE</b>	Para 5 personas
<b>FRUTA CON ADEREZO DE YOGURT</b>	
<b>Ingredientes:</b> - 1 papaya mediana. - 1 taza de yogurt natural. - 1 cucharadita de <i>Splenda</i> . - 1 cucharadita de canela molida.	<b>Preparación:</b> 1.- Pele la papaya y córtela en cubos. 2.- Mezcle bien los demás ingredientes. 3.- Vierta sobre la fruta.

MENU EQUIPO 5  
DESAYUNO CLÁSICO

**BEBIDAS**

Leche descremada  
Infusiones  
Yogurt para beber.

**PLATO FUERTE**

Para 5 personas

**MOLLETES DE FRIJOL.**

**Ingredientes:**

- 6 bolillos.
- 1 taza de frijoles refritos (con la menor grasa posible).
- ½ taza de queso panela ó fresco rallado.
- 1 jitomate.
- ½ cebolla.
- 4 cucharadas soperas de cilantro picado.
- 1 aguacate.

**Preparación:**

- 1.- Parta los bolillos en mitades y quiteles el migajón.
- 2.- Unte las mitades con frijol. Espolvoree queso.
- 3.- Hornee a fuego medio unos 10 minutos.
- 4.- Pique el jitomate, la cebolla, el chile, el cilantro y el aguacate. Mezcle bien y sirva sobre los molletes.

**POSTRE**

Para 5 personas

**MELON CREMOSO**

**Ingredientes:**

- 1 melón mediano.
- 1 taza de yogurt natural.
- 2 cucharadas de queso cottage. - 1 cucharada de almendras molidas.
- 1 cucharadita de canela molida.

**Preparación:**

- 1.- Corte el melón en cubos.
- 2.- Mezcle bien los demás ingredientes.
- 3.- Vierta sobre la fruta.

## Anexo V. Base de datos para el análisis cuantitativo

Cuadro V.1 - Índice de masa corporal, glucosa en ayuno y hemoglobina glucosilada en los miembros del GAM en el periodo de estudio, según reportes oficiales.

Px	Sexo		FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO		
	F	M	IMC	GLU	HB glu	IMC	GLU	HB glu	IMC	GLU	HB glu	IMC	GLU	HB glu	IMC	GLU	HB glu	IMC	GLU	HB glu
	1	39		26.9	141	6.7	26.4	141	6.7	26.4	102	7	26.6	141	7	26.6	90	6.6	26.6	113
2	52		39.4	127	5.9	40.4	127	6.1	40.4	123	6.1	40.4	126	6.1	40.2	121	6.3	40.2	102	6.3
3		56	25.7	83	5.8	26.0	83	5.8	26.0	91	5.8	25.6	91	5.8	25.6	78	5.9	25.6	74	5.9
4	81		31.9	114	6.4	31.9	114	6.1	31.9	114	6.1	30.8	112	6.1	31.2	107	6.4	31.2	104	6.4
5	64		31.1	175	8.6	31.1	175	7.4	31.1	128	7.4	30.6	187	7.4	30.6	168	8.3	30.6	129	8.3
6	56		32.4	115	6.5	32.4	115	6	32.4	82	6	32.4	82	6	32.4	82	6	32.4	139	6
7	64		34.1	122	6.3	34.0	122	6.2	34.0	116	6.2	34.4	102	6.2	34.0	111	6.3	34.0	109	6.3
8	53		24.4	303	6.9	24.0	303	10.2	24.0	246	10.2	24.0	246	10.2	24.0	246	10.2	24.0	246	10.2
9	69		39.9	76	5.7	41.2	76	5.8	41.2	88	5.8	40.2	77	5.8	40.4	85	5.9	40.4	69	5.9
10	45		28	103	5.6	27.5	103	6.1	27.5	105	6.1	28.5	115	6.1	28.2	102	6.1	28.2	92	6.1
11	49		25.6	191	9.6	24.7	191	9.6	24.7	191		24.7	191	9.6	24.7	191	9.6	24.7	191	9.6
12	63		30.2	94	5.8	30.2	94	5.9	30.2	110	5.9	29.0	108	5.9	29.0	98	6	29.0	98	6
13	65		23.3	153	9.8	21.3	153	9.8	21.3	153	9.8	21.3	113	6.6	22.3	123	6.9	22.3	123	6.9
14	62		36.5	157	6.5	36.5	157	6.5	36.5	157	6.5	36.5	127	6.5	36.5	131	6.6	36.5	117	6.6
15	63		31.2	73	8.3	31.9	73	6.7	32.6	135	6.7	32.6	110	6.7	32.6	129	6.9	32.6	93	6.9
16	61		35.4	130	7.9	36.1	130	7.9	36.1	130	7.9	36.8	130	7.9	36.8	130	7.9	36.8	130	7.9
17	45		30.4	159	7.6	26.0	159	7.6	26.0	159	7.6	26.0	159	7.6	26.0	159	7.6	26.0	164	10.2
18	64		26.2	72	6.8	26.2	72		26.2	124	7	26.2	86	7	26.2	86	7	26.2	60	7.2
19	69		21.5	107	6	21.4	107	6.3	21.4	116	6.3	21.4	107	6.3	21.9	107	6.3	21.9	106	6.5
20	62		27	123	6.1	27.2	123	6.1	27.2	97	6.1	26.8	87	6.1	26.8	75	5.9	26.8	89	5.9
21	41		23.7	115	6	23.7	115	6.5	23.7	93	6.5	24.2	93	6.5	24.2	93	6.5	24.2	93	6.5
22		55	28.1	232	10.9	28.0	232	9.5	28.0	219	9.5	28.0	219	9.5	28.0	222	11.3	28.0	222	11.3
23	47		31.2	89	5.8	30.7	89	5.6	30.7	95	5.6	31.8	99	5.6	31.8	91	6	31.8	87	6
24	72		24.8	166	9.9	24.7	166	9.9	24.7	166	9	28.7	166	9	25.7	181	8.7	25.7	103	8.7
25	54		21.9	317	11.6	24.0	317	10.5	24.0	255	10.5	23.6	255	10.5	23.6	255	10.5	23.6	255	10.5
26	67		22.8	173	8.2	22.2	173	8.5	22.2	149	8.5	22.2	150	8.5	22.2	194	7.9	22.2	194	7.9
27	37		36.5	110	6.1	37.3	110	6.1	37.3	79	6	37.3	106	6	37.3	95	6.1	37.3	93	6.1

Las casillas en color rojo resaltan los valores de laboratorio repetidos (iguales a los del mes anterior o posterior).

Px = Paciente  
 IMC = Índice de Masa Corporal  
 GLU = Glucosa en ayuno  
 HB glu = Hemoglobina glucosilada

**Cuadro V.2 - Índice de masa corporal, glucosa en ayuno y hemoglobina glucosilada de todos los pacientes diabéticos del centro de salud en febrero de 2012, según reportes oficiales.**

	Edad	Sexo	IMC	Glu	HB glu
1	72	F	29.0	138	N/R
2	56	F	27.5	120	5.8
3	55	F	27.5	N/R	N/R
4	60	M	28.0	105	10.6
5	75	M	23.5	178	9.1
6	63	F	31.0	108	5.8
7	64	F	27.5	100	N/R
8	64	M	23.5	253	9.6
9	62	M	44.0	96	5.8
10	63	F	29.5	136	N/R
11	56	F	32.0	N/R	N/R
12	56	M	26.5	N/R	N/R
13	74	M	27.0	151	5.8
14	53	F	36.0	131	8.4
15	66	F	24.0	161	N/R
16	47	F	31.0	84	N/R
17	61	M	36.0	285	N/R
18	53	F	27.0	84	6.9
19	69	F	42.0	77	N/R
20	71	M	38.5	PEND.	PEND.
21	55	F	28.5	N/R	N/R
22	57	M	24.7	173.61	10.4
23	58	F	32.5	182	9.2
24	57	F	28.5	119	N/R
25	59	M	24.9	58	7.7
26	49	F	27.5	PEND.	PEND.
27	64	M	27.0	79	5.8
28	64	F	26.0	66	6.8
29	37	F	37.0	95	N/R
30	69	F	31.0	130	9.3
31	42	F	24.2	96	N/R
32	41	F	36.0	93	N/R
33	55	M	26.0	156	N/R
34	56	F	29.0	107	6.4
35	59	M	27.5	PEND.	PEND.
36	46	F	24.0	195	8
37	63	F	32.0	157	N/R
38	50	F	27.5	209	N/R
39	42	F	41.0	N/R	N/R
40	63	F	37.5	268	9.4
41	51	F	27.0	158	7.8
42	64	F	29.5	123	7.8
43	50	F	37.0	216	7.8
44	61	F	36.0	PEND.	PEND.
45	52	F	26.5	145	5.9

46	71	F	26.5	119	7.3
47	28	F	43.5	85	5.8
48	34	F	26.0	188	6.6
49	56	F	32.3	88	N/R
50	44	F	24.0	124	10.6
51	83	M	29.0	100	9.9
52	51	F	35.0		N/R
53	27	F	18.6	SOL.	SOL.
54	61	F	31.0	PEND.	PEND.
55	82	F	21.0	86	4.3
56	59	F	32.0	PEND.	PEND.
57	49	F	29.0	N/R	N/R
58	46	F	28.0	86	7.8
59	59	F	26.5	105	6
60	61	F	23.5	126	9
61	61	F	21.0	132	9.5
62	39	F	27.5	115	6.7
63	46	F	35.2	N/R	N/R
64	54	F	22.5	273	11.3
65	83	F	35.0	PEND.	PEND.
66	67	F	32.0	98	N/R
67	62	F	31.0	134	7.9
68	64	F	35.0	117	6.3
69	74	F	35.0	148	13.07
70	50	M	29.0	90	603
71	76	F	23.0	PEND.	PEND.
72	59	F	31.0	PEND.	PEND.
73	69	F	36.0	97	6.3
74	56	F	25.0	PEND.	PEND.
75	67	F	26.2	91	6.3
76	66	F	27.2	N/R	N/R
77	57	F	34.0	N/R	N/R
78	72	F	31.5	N/R	N/R
79	44	F	36.0	293	11.7
80	53	F	36.0	216	10.3
INICAN DATOS PARA CORTE DEL MES DE FEBRERO					
81	70	F	43.0	93	N/R
82	73	F	29.0	141	N/R
83	72	F	27.0	166	10.1
84	56	F	32.0	132	N/R
85	60	F	27.0	204	N/R
86	50	F	29.0	150	10
87	49	M	27.0	178	7.4
88	49	F		150	9.6
89	55	M	28.0	120	5.6
90	62	F	27.5	131	6.1
91	54	M	29.5	191	
92	65	F	24.5	118	8.6
93	51	M	27.0	121	7
94	54	F	37.5	99	N/R
96	83	F	31.5	SOL.	SOL.

97	56	F	21.9	70	5.6
98	56	F	31.0	92	6.5
99	35	M	25.0	156	N/R
100	52	F	42.2	118	5.9
101	55	M	37.0	129	N/R
102	73	F	27.8	N/R	N/R
103	59	M	30.5	167	7.8
104	66	F	24.2	97	5.8
105	56	M	26.0	83	5.8
106	46	F	27.0	91	5.6
107	81	F	24.5	PEND.	PEND.
108	73	F	28.0	SOL.	SOL.
109	53	F	27.5	PEND.	PEND.
110	72	F	29.0	138	N/R
111	55	F	27.0	274	N/R

Las casillas en color amarillo representan los pacientes con datos completos para el análisis.

Las casillas en color azul representan a los miembros oficiales del GAM, es decir, que se incluyen en el cuadro V.1.

Las casillas en color verde representan a los miembros no oficiales del GAM, es decir, aquellos que acuden a las sesiones educativas pero no están considerados en el cuadro V.1.

**Cuadro V.3 - Índice de masa corporal, glucosa en ayuno y hemoglobina glucosilada de todos los pacientes diabéticos del centro de salud en marzo de 2012, según reportes oficiales.**

	Edad	Sexo	IMC	Glu	HB glu
1	71	F	43.6	SOL.	SOL.
2	75	F	27.1	110	4.52
3	63	F	29.8	SOL.	SOL.
4	73	F	37.3	N/R	N/R
5	44	F	35.5	SOL.	SOL.
6	50	M	20.6	N/R	N/R
7	56	F	33.1	114	6.7
8	50	F	25.6	191	N/R
9	47	M	26.6	SOL.	SOL.
10	40	F	26.4	141	N/R
11	68	F	30.6	98	N/R
12	65	F	34.1	93	6
13	52	M	25.3	87	8.5
14	73	F	31.8	N/R	N/R
15	53	F	35.9	SOL.	SOL.
16	57	F	27.4	110	N/R
17	75	M	22.9	183	N/R
18	40	F	30.3	SOL.	SOL.
19	67	F	26.9	SOL.	SOL.
20	29	F	43.1	152	N/R

21	40	F	23.1	SOL.	SOL.
22	83	M	27.2	N/R	N/R
23	63	F	26.9	110	N/R
24	48	F	32.0	SOL.	SOL.
25	51	F	36.5	182	N/R
26	81	M	32.1	PEND.	PEND.
27	64	F	25.3	100	N/R
28	48	F	29.7	PEND.	PEND.
29	65	F	39.9	PEND.	PEND.
30	65	F	31.1	175	N/R
31	68	F	26.5	91	N/R
32	73	F	27.2	SOL.	SOL.
33	56	F	27.0	163	N/R
34	51	M	33.4	136	N/R
35	65	F	28.7	N/R	N/R
36	82	F	31.4	114	6.4
37	57	M	26.5	N/R	N/R
38	58	F	32.6	N/R	N/R
39	42	F	35.0	93	N/R
40	55	M	39.2	150	N/R
41	57	M	24.4	173.61	10.4
42	64	F	28.8	117	N/R
43	50	F	29.4	104	N/R
44	64	M	23.0	198	9.6
45	68	F	22.3	PEND.	PEND.
46	42	F	23.7	115	6
47	62	M	35.4	285	N/R
48	71	M	39.0	193	N/R
49	90	F	26.8	142	N/R
50	67	F	24.6	97	5.8
51	64	M	43.1	96	5.8
52	65	M	22.8	75	5.8
53	50	F	26.5	91	5.6
54	62	F	36.2	228	11
55	74	F	26.9	119	5.6
56	81	F	23.2	84	8
57	40	F	28.0	179	9.7
58	53	F	40.5	127	N/R
59	58	M	27.7	119	N/R
60	56	M	25.4	158	7.6
61	36	F	26.0	188	6.6
62	57	M	26.0	83	5.8
63	51	F	28.9	256	11.5
64	61	M	27.4	105	10.6
65	54	F	24.0	303	6.9
66	70	F	35.9	N/R	N/R

67	64	F	31.5	73	N/R
68	64	F	37.5	268	9.4
69	43	F	40.9	N/R	N/R
70	50	F	31.3	N/R	N/R
71	46	F	27.1	103	N/R
72	44	F	24.4	124	10.6
73	68	F	30.4	98	N/R
74	58	F	34.7	N/R	N/R

Las casillas en color amarillo representan los pacientes con datos completos para el análisis.

Las casillas en color azul representan a los miembros oficiales del GAM, es decir, que se incluyen en el cuadro V.1.

Las casillas en color verde representan a los miembros no oficiales del GAM, es decir, aquellos que acuden a las sesiones educativas pero no están considerados en el cuadro V.1.

Las casillas en color rojo representan valores de laboratorio repetidos, es decir, iguales a los datos completos (resaltados en amarillo) en el (los) mes (es) anterior (es).

**Cuadro V.4 - Índice de masa corporal, glucosa en ayuno y hemoglobina glucosilada de todos los pacientes diabéticos del centro de salud en abril de 2012, según reportes oficiales.**

	Edad	Sexo	IMC	Glu	HB glu
1	71	F	43.6	SOL.	SOL.
2	75	F	27.1	100	5.9
3	63	F	29.8	SOL.	SOL.
4	73	F	37.3	N/R	N/R
5	44	F	36.1	289	10.2
6	50	M	20.6	N/R	N/R
7	56	F	33.1	114	6.7
8	50	F	25.6	191	N/R
9	47	M	26.6	SOL.	SOL.
10	40	F	26.4	141	N/R
11	68	F	30.6	98	N/R
12	65	F	34.1	93	6
13	52	M	25.3	87	8.5
14	73	F	31.8	N/R	N/R
15	53	F	35.9	SOL.	SOL.
16	57	F	27.8	110	N/R
17	75	M	22.5	183	N/R
18	40	F	30.3	SOL.	SOL.
19	67	F	27.3	264	N/R
20	29	F	43.0	85	N/R
21	40	F	23.1	SOL.	SOL.
22	83	M	27.7	N/R	N/R
23	63	F	26.9	109	6.1
24	48	F	32.0	90	5.3
25	51	F	36.5	182	N/R

26	81	M	26.2	PEND.	SOL.
27	64	F	24.9	100	N/R
28	48	F	30.6	98	5.7
29	65	F	40.7	172.2	N/R
30	65	F	31.1	175	N/R
31	68	F	27.0	91	N/R
32	73	F	27.2	SOL.	SOL.
33	56	F	27.0	163	N/R
34	51	M	33.4	137	7.7
35	65	F	28.7	N/R	N/R
36	82	F	29.5	N/R	6.1
37	57	M	26.5	N/R	N/R
38	58	F	32.6	N/R	N/R
39	42	F	35.5	93	N/R
40	55	M	39.1	150	N/R
41	57	M	24.8	173.61	10.4
42	64	F	29.5	111	5.9
43	50	F	29.4	104	N/R
44	64	M	23.4	198	9.6
45	68	F	22.3	PEND.	PEND.
46	42	F	23.7	115	6
47	62	M	35.4	285	N/R
48	71	M	38.0	192	N/R
49	90	F	26.8	142	N/R
50	67	F	24.6	97	5.8
51	64	M	43.1	96	5.8
52	65	M	23.1	75	5.8
53	50	F	26.5	91	5.6
54	62	F	36.1	228	11
55	74	F	26.9	119	5.6
56	81	F	23.7	84	8
57	40	F	28.1	196	9.2
58	53	F	40.5	127	N/R
59	58	M	28.1	171	9.5
60	56	M	25.0	158	7.6
61	36	F	25.6	188	6.6
62	57	M	26.0	83	5.8
63	51	F	28.9	256	11.5
64	61	M	27.2	105	10.6
65	54	F	24.0	303	6.9
66	70	F	34.7	N/R	N/R
67	64	F	32.2	131	6.7
68	64	F	37.5	268	9.4
69	43	F	40.9	N/R	N/R
70	50	F	33.5	N/R	N/R
71	46	F	27.1	103	N/R

72	44	F	24.4	124	10.6
73	68	F	30.4	98	N/R
74	58	F	34.7	N/R	N/R
75	60	F	32.3	162	7.8
76	47	F	28.0	113	N/R
77	73	F	31.5	N/R	N/R
78	79	M	33.0	PEND.	PEND.
79	58	F	29.5	104	6.3
80	62	F	28.1	126	9
81	61	F	25.8	N/R	N/R
82	70	F	42.9	N/R	N/R
83	63	F	29.8	138	6.2
84	55	M	28.6	191	N/R
85	75	M	26.3	151	5.8
86	65	F	26.0	66	6.8
87	52	M	27.7	90	603
88	40	F	26.7	115	6.7
89	53	F	35.2	216	10.3
90	70	F	31.0	209	9.6
91	59	F	30.0	108	6.9
92	56	F	28.7	N/R	N/R
93	59	F	31.5	185	9.2
94	60	M	30.5	167	7.8
95	55	F	33.1	99	N/R
96	39	F	29.1	88	5.2
97	51	F	34.4	N/R	N/R
98	70	F	22.2	116	6.3
99	59	F	29.6	PEND.	PEND.
100	56	M	27.5	123	6.1
101	52	M	26.7	121	7
102	61	M	26.0	PEND.	PEND.
103	60	M	24.7	58	7.7
104	56	F	21.8	82	5.8
105	60	M	25.4	170	12.5
106	54	F	27.2	PEND.	PEND.

Las casillas en color amarillo representan los pacientes con datos completos para el análisis.

Las casillas en color azul representan a los miembros oficiales del GAM, es decir, que se incluyen en el cuadro V.1.

Las casillas en color verde representan a los miembros no oficiales del GAM, es decir, aquellos que acuden a las sesiones educativas pero no están considerados en el cuadro V.1.

Las casillas en color rojo representan valores de laboratorio repetidos, es decir, iguales a los datos completos (resaltados en amarillo) en el (los) mes (es) anterior (es).

**Cuadro V.5 - Índice de masa corporal, glucosa en ayuno y hemoglobina glucosilada de todos los pacientes diabéticos del centro de salud en mayo de 2012, según reportes oficiales.**

	Edad	Sexo	IMC	Glu	HB glu
1	71	F	43.6	SOL.	SOL.
2	75	F	27.1	100	5.9
3	63	F	29.8	SOL.	SOL.
4	73	F	37.3	N/R	N/R
5	44	F	36.4	289	10.2
6	50	M	20.6	N/R	N/R
7	56	F	33.1	114	6.7
8	50	F	25.6	191	N/R
9	47	M	26.6	SOL.	SOL.
10	40	F	26.4	141	N/R
11	68	F	30.6	98	N/R
12	65	F	34.9	116	N/R
13	44	M	28.7	91	6.3
14	73	F	31.8	N/R	N/R
15	53	F	35.9	SOL.	SOL.
16	57	F	27.8	110	N/R
17	75	M	22.5	183	N/R
18	40	F	30.3	SOL.	SOL.
19	67	F	27.3	264	N/R
20	29	F	43.0	85	N/R
21	40	F	23.1	SOL.	SOL.
22	83	M	27.7	N/R	N/R
23	63	F	26.9	109	6.1
24	48	F	32.0	90	5.3
25	51	F	36.5	SOL.	SOL.
26	81	M	26.2	PEND.	SOL.
27	64	F	24.9	100	N/R
28	48	F	30.6	98	5.7
29	65	F	40.7	172.2	N/R
30	65	F	31.1	175	N/R
31	68	F	27.2	166	6.9
32	73	F	27.2	SOL.	SOL.
33	56	F	27.0	SOL.	SOL.
34	51	M	33.4	137	7.7
35	65	F	28.7	N/R	N/R
36	82	F	29.5	N/R	6.1
37	57	M	27.4	119	8.2
38	58	F	32.6	N/R	N/R
39	42	F	35.1	93	N/R
40	55	M	39.1	150	N/R

41	57	M	25.2	SOL.	SOL.
42	64	F	29.5	111	5.9
43	50	F	29.4	104	N/R
44	64	M	23.3	198	9.6
45	68	F	22.3	PEND.	PEND.
46	42	F	23.7	115	6
47	62	M	35.4	285	N/R
48	71	M	38.0	192	N/R
49	90	F	26.8	142	N/R
50	67	F	24.6	97	5.8
51	64	M	43.1	96	5.8
52	65	M	23.1	75	5.8
53	50	F	26.5	91	5.6
54	62	F	36.1	228	11
55	74	F	26.9	119	5.6
56	81	F	23.7	84	8
57	40	F	28.1	180	9.2
58	53	F	40.5	127	N/R
59	58	M	28.1	171	9.5
60	56	M	24.8	158	7.6
61	36	F	25.6	188	6.6
62	57	M	26.0	83	5.8
63	51	F	28.9	256	11.5
64	61	M	27.2	105	10.6
65	54	F	24.0	303	6.9
66	70	F	35.0	N/R	N/R
67	64	F	32.2	131	6.7
68	64	F	37.5	268	9.4
69	43	F	40.0	N/R	N/R
70	50	F	33.5	N/R	N/R
71	46	F	28.1	105	6.1
72	44	F	24.4	124	10.6
73	68	F	30.4	98	N/R
74	58	F	34.7	N/R	N/R
75	60	F	32.3	162	7.8
76	47	F	28.0	113	N/R
77	73	F	31.2	N/R	N/R
78	79	M	34.0	97	7.9
79	58	F	29.5	104	6.3
80	62	F	23.6	126	9
81	61	F	25.8	N/R	N/R
83	70	F	42.9	N/R	N/R
84	63	F	29.8	138	6.2
85	55	M	28.4	191	N/R
86	75	M	26.0	163	4.53
87	65	F	26.0	124	7.1

88	52	M	27.3	106	N/R
89	40	F	26.7	115	6.7
90	53	F	35.2	216	10.3
91	70	F	31.0	209	9.6
92	59	F	30.0	108	6.9
93	56	F	28.9	N/R	N/R
94	59	F	31.5	185	9.2
95	60	M	28.7	107	60.4
96	55	F	33.8	117	6.7
97	39	F	29.1	88	5.2
98	51	F	34.4	N/R	N/R
99	70	F	22.2	116	6.3
100	59	F	29.6	PEND.	PEND.
101	56	M	27.5	123	6.1
102	52	M	26.7	121	7
103	61	M	25.5	178	10.1
104	60	M	24.9	83	5.9
105	56	F	21.8	82	5.8
106	60	M	25.4	170	12.5
107	54	F	27.2	101	7.8
108	47	F	35.7	SOL.	SOL.
109	62	F	25.8	SOL.	SOL.
110	64	F	32.1	SOL.	SOL.
111	70	F			
112	73	F			
113	56	F	24.3	158	9.1
114	53	F	25.4	N/R	N/R
115	60	M	26.4	106	N/R
116	59	F	39.5	PEND.	PEND.
117	78	F	23.4	83	6.4
118	55	F	23.6	255	10.5

Las casillas en color amarillo representan los pacientes con datos completos para el análisis.

Las casillas en color azul representan a los miembros oficiales del GAM, es decir, que se incluyen en el cuadro V.1.

Las casillas en color verde representan a los miembros no oficiales del GAM, es decir, aquellos que acuden a las sesiones educativas pero no están considerados en el cuadro V.1.

Las casillas en color rojo representan valores de laboratorio repetidos, es decir, iguales a los datos completos (resaltados en amarillo) en el (los) mes (es) anterior (es).

**Cuadro V.6 - Índice de masa corporal, glucosa en ayuno y hemoglobina glucosilada de todos los pacientes diabéticos del centro de salud en junio de 2012, según reportes oficiales.**

	Edad	Sexo	IMC	Glu	HB glu
1	71	F	43.6	SOL.	SOL.
2	75	F	27.1	100	5.9
3	63	F	29.8	SOL.	SOL.
4	73	F	36.9	144	6.7
5	44	F	36.6	N/R	N/R
6	50	M	20.6	N/R	N/R
7	56	F	33.3	125	N/R
8	50	F	25.6	191	N/R
9	47	M	26.6	SOL.	SOL.
10	40	F	26.4	141	N/R
11	47	F	28.0	207	6.7
12	65	F	34.1	102	6.2
13	44	M	29.1	91	6.3
14	73	F	31.8	N/R	N/R
15	53	F	34.2	201	10.3
16	57	F	27.2	118	8.4
17	75	M	22.5	183	N/R
18	40	F	30.3	SOL.	SOL.
19	67	F	27.3	264	N/R
20	29	F	43.0	85	N/R
21	40	F	23.1	SOL.	SOL.
22	83	M	28.1	71	N/R
23	63	F	26.9	109	6.1
24	48	F	32.0	82	5.3
25	51	F	36.5	SOL.	SOL.
26	81	M	26.2	PEND.	SOL.
27	64	F	24.9	SOL.	SOL.
28	48	F	29.8	99	N/R
29	65	F	40.7	172.2	N/R
30	65	F	30.2	187	N/R
31	68	F	27.2	109	7
32	73	F	27.0	242	7.8
33	56	F	27.0	114	10.2
34	51	M	33.4	137	7.7
35	65	F	28.7	N/R	N/R
36	82	F	31.3	112	N/R
37	57	M	27.4	119	8.2
38	58	F	34.7	143	12.1
39	42	F	35.1	93	N/R
40	55	M	39.1	150	N/R

41	57	M	24.7	134	5.3
42	64	F	29.5	111	5.9
43	50	F	29.4	104	N/R
44	64	M	23.3	198	9.6
45	68	F	23.5	150	8.5
46	42	F	23.7	115	6
47	62	M	35.4	285	N/R
48	71	M	38.5	187	N/R
49	90	F	26.8	142	N/R
50	67	F	24.6	97	5.8
51	64	M	42.1	SOL.	SOL.
52	65	M	23.0	75	5.8
53	50	F	26.5	91	5.6
54	62	F	36.5	228	11
55	74	F	26.9	119	5.6
56	81	F	23.8	84	8
57	40	F	28.1	180	9.2
58	53	F	40.3	126	N/R
59	58	M	28.1	171	9.5
60	56	M	24.8	158	7.6
61	36	F	25.3	129	7.4
62	57	M	25.7	91	5.8
63	51	F	28.9	256	11.5
64	61	M	27.2	105	10.6
65	54	F	24.0	303	6.9
66	70	F	34.7	116	12.5
67	64	F	31.2	131	6.7
68	64	F	37.5	268	9.4
69	43	F	40.0	N/R	N/R
70	50	F	33.5	N/R	N/R
71	46	F	27.9	115	N/R
72	44	F	24.4	124	10.6
73	68	F	31.0	N/R	N/R
74	58	F	33.3	311	7.9
75	60	F	32.6	SOL.	SOL.
76	47	F	28.0	113	N/R
77	73	F	31.5	N/R	N/R
78	79	M	33.5	97	7.9
79	58	F	29.5	104	6.3
80	62	F	23.6	126	9
81	61	F	25.8	SOL.	SOL.
83	70	F	42.9	N/R	N/R
84	63	F	29.8	138	6.2
85	55	M	28.4	191	N/R
86	75	M	26.0	SOL.	SOL.
87	65	F	26.8	86	N/R

88	52	M	27.3	106	N/R
89	40	F	26.7	115	6.7
90	53	F	35.2	216	10.3
91	70	F	29.9	179	N/R
92	59	F	29.8	SOL.	SOL.
93	56	F	28.9	149	18.2
94	59	F	31.1	SOL.	SOL.
95	60	M	28.7	107	604
96	55	F	33.8	117	6.7
97	39	F	29.1	88	5.2
98	51	F	34.4	N/R	N/R
99	70	F	22.2	107	N/R
100	59	F	29.6	177	9.1
101	56	M	27.5	SOL.	SOL.
102	52	M	26.7	121	7
103	61	M	25.5	178	10.1
104	60	M	25.1	83	5.9
105	56	F	21.8	SOL.	SOL.
106	60	M	25.4	170	12.5
107	54	F	27.6	101	7.8
108	47	F	36.0	PEND.	PEND.
109	62	F	25.6	SOL.	SOL.
110	64	F	32.1	SOL.	SOL.
111	70	F	40.5	77	5.8
112	73	F	#DIV/0!	PEND.	PEND.
113	56	F	24.3	123	7.1
114	53	F	25.4	204	7.9
115	60	M	25.6	116	N/R
116	59	F	39.5	PEND.	PEND.
117	78	F	23.4	83	6.4
118	55	F	23.6	255	10.5
119	75	F	28.2	161	8
120	68	F	29.0	SOL.	SOL.
121	54	F	36.5	SOL.	SOL.
122	63	F	28.9	SOL.	SOL.
123	68	F	21.4	SOL.	SOL.
124	57	F	28.8	180	10.6
125	26	M	24.9	84	15.4
126	46	F	29.3	221	8.1
127	38	F	36.8	106	6
128	57	M	26.5	126	4.4
129	72	F	27.1	119	7.3
130	66	F	29.8	126	4.7
131	73	F	27.0	SOL.	SOL.
132	59	F	31.5	SOL.	SOL.
133	57	F	#DIV/0!	82	6

134	38	M	30.7	SOL.	SOL.
135	59	F	25.5	108	N/R

Las casillas en color amarillo representan los pacientes con datos completos para el análisis.

Las casillas en color azul representan a los miembros oficiales del GAM, es decir, que se incluyen en el cuadro V.1.

Las casillas en color verde representan a los miembros no oficiales del GAM, es decir, aquellos que acuden a las sesiones educativas pero no están considerados en el cuadro V.1.

Las casillas en color rojo representan valores de laboratorio repetidos, es decir, iguales a los datos completos (resaltados en amarillo) en el (los) mes (es) anterior (es).

**Cuadro V.7 - Índice de masa corporal, glucosa en ayuno y hemoglobina glucosilada de todos los pacientes diabéticos del centro de salud en julio de 2012, según reportes oficiales.**

	Edad	Sexo	IMC	Glu	HB glu
1	71	F	43.6	SOL.	SOL.
2	75	F	27.1	155	7.5
3	63	F	29.8	SOL.	SOL.
4	73	F	36.9	SOL.	SOL.
5	44	F	36.6	N/R	N/R
6	50	M	21.1	SOL.	SOL.
7	56	F	33.1	123	6.2
8	50	F	25.6	191	N/R
9	47	M	26.6	SOL.	SOL.
10	40	F	26.4	141	N/R
11	47	F	28.6	207	6.7
12	65	F	34.1	111	6.3
13	44	M	29.1	91	6.3
14	73	F	31.8	N/R	N/R
15	53	F	34.2	201	10.3
16	57	F	27.4	118	8.4
17	75	M	22.9	135	N/R
18	40	F	30.7	80	4.3
19	67	F	27.1	264	N/R
20	29	F	43.2	SOL.	SOL.
21	40	F	23.1	SOL.	SOL.
22	83	M	28.3	71	N/R
23	63	F	26.9	109	6.1
24	48	F	32.3	89	5.4
25	51	F	36.1	289	6.1
26	81	M	26.0	SOL.	SOL.
27	64	F	24.9	SOL.	SOL.
28	48	F	29.6	91	6
29	65	F	41.6	SOL.	SOL.
30	65	F	30.9	SOL.	SOL.
31	68	F	27.4	109	7

32	73	F	27.0	242	7.8
33	56	F	27.0	SOL.	SOL.
34	51	M	33.4	137	7.7
35	65	F	28.7	N/R	N/R
36	82	F	31.3	112	N/R
37	57	M	28.6	119	8.2
38	58	F	35.2	143	12.1
39	42	F	35.1	93	N/R
40	55	M	39.1	150	N/R
41	57	M	24.7	134	5.3
42	64	F	28.5	108	N/R
43	50	F	29.4	104	N/R
44	64	M	22.9	218	7.9
45	68	F	23.5	197	7.9
46	42	F	25.2	154	5.5
47	62	M	35.4	285	N/R
48	71	M	38.0	187	N/R
49	90	F	26.8	142	N/R
50	67	F	25.0	131	6.8
51	64	M	41.5	100	8.3
52	65	M	22.4	65	5.3
53	50	F	26.5	144	6.8
54	62	F	36.5	SOL.	SOL.
55	74	F	26.9	119	5.6
56	81	F	24.4	143	8.4
57	40	F	28.1	176	N/R
58	53	F	40.1	102	6.3
59	58	M	28.1	223	11.3
60	56	M	25.5	158	7.6
61	36	F	25.3	180	7.4
62	57	M	25.7	91	5.8
63	51	F	29.7	SOL.	SOL.
64	61	M	27.2	105	10.6
65	54	F	24.0	303	6.9
66	70	F	35.0	SOL.	SOL.
67	64	F	31.0	129	6.9
68	64	F	37.9	183	10
69	43	F	37.3	132	7.1
70	50	F	33.3	SOL.	SOL.
71	46	F	27.6	102	6.1
72	44	F	24.4	124	10.6
73	68	F	30.4	190	9.1
74	58	F	35.0	SOL.	SOL.
75	60	F	32.6	SOL.	SOL.
76	47	F	28.8	109	N/R
77	73	F	31.5	N/R	N/R

78	79	M	33.5	97	7.9
79	58	F	29.5	104	6.3
80	62	F	23.6	126	9
81	61	F	25.8	243	8.1
83	70	F	42.9	N/R	N/R
84	63	F	29.8	119	5
85	55	M	28.8	SOL.	SOL.
86	75	M	25.4	165	7.7
87	65	F	26.5	86	N/R
88	52	M	27.2	90	7.2
89	43	F	46.1	133	11
90	53	F	35.2	216	10.3
91	70	F	30.5	162	8.8
92	59	F	29.8	113	7.2
93	56	F	28.9	SOL.	SOL.
94	59	F	31.1	SOL.	SOL.
95	60	M	28.7	107	604
96	55	F	34.3	SOL.	SOL.
97	39	F	29.1	88	5.2
98	51	F	34.4	N/R	N/R
99	70	F	21.8	107	N/R
100	59	F	30.8	SOL.	SOL.
101	56	M	27.5	SOL.	SOL.
102	52	M	26.7	121	7
103	61	M	25.5	178	10.1
104	60	M	25.1	83	5.9
105	56	F	21.8	SOL.	SOL.
106	60	M	25.6	170	12.5
107	54	F	27.2	SOL.	SOL.
108	47	F	35.7	163	9.2
109	62	F	26.0	167	7
110	64	F	30.9	223	8.7
111	70	F	40.1	85	5.9
112	73	F	24.8	PEND.	PEND.
113	56	F	23.8	SOL.	SOL.
114	53	F	25.4	191	N/R
115	60	M	26.2	136	7
116	59	F	39.7	88	6.3
117	78	F	23.4	140	5.6
118	55	F	23.6	SOL.	SOL.
119	75	F	28.0	SOL.	SOL.
120	68	F	29.4	SOL.	SOL.
121	54	F	36.1	174	N/R
122	63	F	29.2	109	8.5
123	68	F	24.3	187	6.9
124	57	F	29.0	180	10.6

125	26	M	24.9	84	15.4
126	46	F	29.3	221	8.1
127	38	F	36.9	95	6.1
128	57	M	26.5	126	4.4
129	72	F	27.0	148	6.4
130	66	F	29.8	126	4.7
131	73	F	27.5	165	8
132	59	F	26.5	94	5.2
133	57	F	#DIV/0!	82	6
134	38	M	30.7	120	7.8
135	59	F	25.5	108	N/R
136	68	F	21.9	128	N/R
137	62	F	29.9	269	N/R
138	67	F	23.5	SOL.	SOL.
139	50	F	34.6	SOL.	SOL.
140	40	F	23.6	SOL.	SOL.
141	57	M	29.5	SOL.	SOL.
142	47	M	44.6	SOL.	SOL.
143	74	F	23.4	SOL.	SOL.
144	64	F	25.6	173	8.6
145	58	F	37.1	SOL.	SOL.
146	61	F	24.4	255	7.1
147	24	F	37.9	145	5.2
148	67	F	37.1	119	N/R

Las casillas en color amarillo representan los pacientes con datos completos para el análisis.

Las casillas en color azul representan a los miembros oficiales del GAM, es decir, que se incluyen en el cuadro V.1.

Las casillas en color verde representan a los miembros no oficiales del GAM, es decir, aquellos que acuden a las sesiones educativas pero no están considerados en el cuadro V.1.

Las casillas en color rojo representan valores de laboratorio repetidos, es decir, iguales a los datos completos (resaltados en amarillo) en el (los) mes (es) anterior (es).

## Referencias

Albornoz, Y. (2009) “Emoción, música y aprendizaje significativo”. En: *Educere*, Venezuela, 13(44), ene-mar, pp. 67-73.

Andreas, S. y Andreas, C. (1992). Neuro-linguistic programming. En: *The First Session in Brief Therapy*, Ed. Budman, S., Hoyt, M. y Friedman, S. The Guilford Press, EUA. p.14-35.

Arredondo, A. y De Icaza, E. (2010) “Costos de la Diabetes en América Latina: Evidencias del Caso Mexicano” en *Value in Health*, 14 (2010), p S85-S88.

Arreola H, Soto H, Garduño J. (2003) Determinantes de la no demanda de atención a la salud en México. En: *Funsalud Caleidoscopio de la Salud*. México, DF. [Consultado nov 2013]. Disponible en:

<http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/12%20LosDeterminantes.pdf>.

Baumeister, R., Campbell, J., Krueger, J. y Vohs, K. (2003) “Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?” en *Psychological Science In The Public Interest* Vol. 4, No. 1, Mayo 2003. Disponible en: <http://psi.sagepub.com/content/4/1/1.full>

Brown, I., Thompson, J., Tod, A., Jones, G. (2006) “Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients” en *Br J Gen Pract.* 2006 Sep; Vol. 56, No. 530, p.666-672.

Bustos, R., Bustos, A., Bustos, R., Cabrera, I., Flores, J. (2011) “Falta de conocimientos como factor de riesgo para ser hospitalizado en pacientes diabéticos tipo 2” en *Archivos en Medicina Familiar*. 2011 abr-jun; Vol. 13, No. 1, p. 62-73

Burns, T., O'Connor, D, Stocklmayer, S. (2003) "Science communication: a contemporary definition" en *Public Understrand. Sci.* 12 (2003) 183-202

Cabrera, E., González-Pérez, G., Vega-López, M., Arias-Merino, E. (2004) "Impacto de la educación participativa en el índice de masa corporal y glicemia en individuos obesos con diabetes tipo 2" en *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 20(1), ene-feb, pp. 275-281.

Calderón, C. (2011) "Health promotion in primary care: How should we intervene? A qualitative study involving both physicians and patients" en *BMC Health Services Research*. Vol. 11, p.62.

Cappelletti, J. A. "Introducción a la tercera edición en español" en Kropotkin, P. (1902). "El apoyo mutuo" [En línea] México, Biblioteca Virtual de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, disponible en:

<http://bivir.uacj.mx/libroselectronicoslibres/Autores/PedroKropotkin/Kropotkin,%20Pedro%20-%20El%20apoyo%20mutuo.pdf>

Casas, G. (2010) Educación para la salud. [Internet] México: Instituto Nacional de Pediatría; Secretaría de Salud. [Consultado en octubre, 2012] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatrica/educasa.pdf>

Catalá, R. (2000) "La educación no formal, un ámbito intermedio entre la educación formal y la divulgación de la ciencia" en *Coloquio interno sobre divulgación de la ciencia*, Dirección General de Divulgación de la Ciencia, UNAM, abril-mayo 2000: p. 114-116

CONAPO (2005). "El envejecimiento de la población en México" en *Consejo Nacional de Población*. [En línea] México, disponible en:

<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf>

Deaking, T., McShane, C., Cade, J., Williams, R. (2005) “Entrenamiento grupal de estrategias de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2” (Revisión Cochrane traducida) En *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008. No. 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Domínguez-Guedea, M., Moncada, E., Reguera, M., Márquez-Ulloa, T., Grijalva, F. (2010) “Aspectos psicológicos de cuidadores asociados al apoyo familiar en la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos” en *RBPS, Fortaleza*, 23(1), enero-marzo, pp. 48-55.

FID (2008) *Currículo internacional para la educación diabética de profesionales sanitarios*. [Internet] Federación Internacional de Diabetes. Sección consultiva sobre educación diabética. [Consultado en octubre 2012] Disponible en: [http://www.idf.org/webdata/docs/Curriculum\\_Final%20041108\\_ES.pdf](http://www.idf.org/webdata/docs/Curriculum_Final%20041108_ES.pdf)

García, R. y Suárez, R. (2007) “La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud” en *Rev Cubana Endocrinol*, v. 18, n. 1, Ciudad de la Habana, ene-abr.

González, P. y Martínez, R. (2001) “Evaluación de un programa de educación grupal a diabéticos tipo 2” [Internet] en *El trabajo en nuestros centros*, enero, pp. 27-30. [Consultado en octubre, 2012] Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/centrosaludenero2001/27-30.pdf>

González, A. y Martínez, R. (2007) “Efectividad de una estrategia educativa sobre los parámetros bioquímicos y el nivel de conocimientos en pacientes diabéticos tipo 2” en *Revista de Endocrinología y Nutrición*, Vol. 15, No. 3, jun-sep , pp. 165-174.

Grinyer, A. (2002) "The anonymity of Research Participants; Assumptions, Ethics and Practicalities" [Internet]. *Social Research Update*. University of Surrey, Reino Unido. Primavera de 2002. Disponible en: <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU36.pdf>

Heap, M. (1988). "Neuro-linguistic programming". En: *Hypnosis: current clinical, experimental and forensic practices*. London: Croom Helm, p. 268-280.

INEGI (1950). "Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1946-1950" en *Instituto Nacional de Geografía y Estadística*. [En línea] México, disponible en: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aeum/1950/AEEUM4650I.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aeum/1950/AEEUM4650I.pdf)

\_\_\_\_\_ (2010). "Censo de población y vivienda 2010" en *Instituto Nacional de Geografía y Estadística*. [En línea] México, disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

Jackson, R., Barbagallo, F. y Haste, H. (2005) "Strengths of Public Dialogue on Science-related Issues" *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, 8(3): 349-358.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002) *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. 4ª edición, McGraw-Hill. México.

Koopman, R., Mainous, A, Jeffcoat, A. (2004). "Moving from undiagnosed to diagnosed diabetes: the patient's perspective" en *Fam Med*. 2004 Nov-Dec; Vol. 36, No. 10, p. 727-732.

Kropotkin, P. (1902). "El apoyo mutuo" [En línea] México, Biblioteca Virtual de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, disponible en: <http://bivir.uacj.mx/libroselectronicoslibres/Autores/PedroKropotkin/Kropotkin,%20Pedro%20-%20El%20apoyo%20mutuo.pdf>

Lara, A. (2004) Entrevista en *Sociedad Iberoamericana de Información Científica* [Internet], México. Disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/dat046/05n21025.htm>

Lara, A., Aroch, A., Jiménez, R., Arceo, M., Velázquez, O. (2004) “Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial” en *Archivos de Cardiología de México*. Volumen 74, número 4, octubre-diciembre 2004, pp. 330-336.

Lawlor, D., Keen, S., Neal, R. (2000) “Can general practitioners influence the nation’s health through a population approach to provision of lifestyle advice?” en *Br J Gen Pract*. 2000 Jun; Vol.50, No. 455, p. 455-459.

Lewenstein, B. (2003) “Models of public communication of science and technology” en *Public Understanding of Science*. Versión del 16 de junio de 2003. 11p.

López, J., González, M., Velasco, M. (2004). “Servicio Social de Medicina en México. Factibilidad del cumplimiento académico en el área rural” [Internet] *Revista de la Facultad de Medicina*. Vol. 47, No. 05 (2004). Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-5/RFM47502.pdf>

Lopez-de-Munain J., Torcal, J., López, V., Garay, J. (2001) “Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors” en *Prev med*. 2001 Ene; Vol. 32, No. 1, p. 3-22.

López, S. y Puentes, E. (2011). *Observatorio de la salud pública en México 2010*. México, Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. División de Ciencias Biológicas y de la Salud.

Lyons, R. y Langille, L. (2000) “Healthy Lifestyle: Strengthening The Effectiveness Of Lifestyle Approaches To Improve Health”. The Atlantic Health Promotion Research Centre Dalhousie University and The Canadian Consortium of Health Promotion Research Centres. April, 2000.

Maiz, A (coord.) (2010) “Apuntes de Fisiopatología de Sistemas. Nutrición. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus.” [Internet] Escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile [Consultado 16 oct 2013] Disponible en:  
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/integradotercero/apfisiopsist/nutricion/nutricion4.html>

McGovern, M. (2001). “The Use of Mutual Support/Self-Help in the Prevention, Management and Care of Chronic Physical Disease in Older Canadians” en *Self-Help Resource Centre*. [En línea]. Canadá, disponible en:  
[http://www.selfhelp.on.ca/resource/chronic\\_support.pdf](http://www.selfhelp.on.ca/resource/chronic_support.pdf)

Neuner-Jehle, S., Senn, O., Wegwarth, O., Rosemann, T., Steurer, J. (2011) “How do family physicians communicate about cardiovascular risk? Frequencies and determinants of different communication formats”, en *BMC Fam Pract*. Vol. 12, p.15

Neresini, F. y Pellegrini, G (2008). “Evaluating public communication of science and technology.” En: Bucchi, M., Trench, B. (comp.) *Handbook of Public Communication of Science and Technology*. Ed. Routledge. EUA-Canadá. 2008. p. 237-51.

NIH (2002) *Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (ATP III Final Report)* [Internet] National Institutes of Health. EUA. Sep. 2002. p. II-5 [Consultado oct 2012] Disponible en:  
<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3full.pdf>

Nisbet, M. & Scheufele, D. (2009) “What’s next for science communication? Promising directions and lingering distractions” *American Journal of Botany* 96 (10): 1767-78

NOM-015-SSA2-2010 “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.” [Internet] Diario Oficial de la

Federación, publicado el 23 de Nov de 2010. Disponible en:  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010)

OMS (1991). *Directrices para el desarrollo de un programa nacional para la diabetes mellitus*. Organización Mundial de la Salud (OMS). División de Enfermedades no transmisibles y Tecnología de la Salud. Ginebra.

\_\_\_\_\_ (2000) “Estrategia mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles”, 53ª Asamblea Mundial de la Salud A53/14 [Internet; consultado en octubre 2012]. Organización Mundial de la Salud, 22 marzo 2000, 6p. Disponible en:  
[http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA53/sa14.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa14.pdf)

\_\_\_\_\_ (2012) “Determinantes sociales de la salud” [Internet; consultado en septiembre de 2012]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

Ornish, D. (1998). *Love and survival*. New York: HarperCollins.

Pérez, H. (2004) “La dolorosa muerte de Benito Juárez”, en *El búho*, No. 54, Año 5, julio 2004. Disponible en:  
<http://www.reneavilesfabila.com.mx/universodeelbuho/54/encarte54.pdf>

Ratzan, S. (2001) “Health literacy: communication for the public good” en *Health Promotion International*. Oxford University Press 2001. Vol.12, No. 2, p. 207-214.

Rennie, L. & Stocklmayer, S. (2003) “The Communication of Science and Technology: Past, Present and Future Agendas” *International Journal of Science Education*, 25(6): 759-73

Rull, J., Aguilar-Salinas, C., Rojas, R., Rios-Torres, J., Gómez-Perez, F., Olaiz, G. (2005) “Epidemiology of Type 2 Diabetes in Mexico” en *Archives of Medical Research*. Volumen 36, número 3, pp. 188-196.

SEMARNAT (2006). “Transición demográfica” en *Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales*. [En línea] México, disponible en: [http://app1.semarnat.gob.mx/dgeia/informe\\_resumen/01\\_poblacion/cap1.html](http://app1.semarnat.gob.mx/dgeia/informe_resumen/01_poblacion/cap1.html)

Sharaf, F. (2010) “Impact of health education on compliance among patients of chronic disease” en *Al Qassim, Arabia Saudita. Int J Healt Sci (Qassim)*. 2010 Nov, Vol. 4, No. 2, p. 139-148.

SIIC (2004). “Entrevistas a expertos. Agustín Lara Esqueda: Eficacia de los grupos de autoayuda para controlar la diabetes y la hipertensión”. *Sociedad Iberoamericana de Información Científica*. [En línea] Argentina, disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/dat046/05n21025.htm>

SINAIS (2008). “Principales causas de mortalidad general” en *Sistema Nacional de Información en Salud*. [En línea] Secretaría de Salud, México, disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>

Sabourin, B. y Pursley, S. (2013) “Psychosocial Issues in Diabetes Self-Management: Strategies for Healthcare Providers” en *Can J Diabetes*. 37: 36-40

SSA (2006) *Guía para capacitar al paciente con diabetes*. Campaña nacional contra el sobrepeso y la obesidad. 4ª ed. Secretaría de Salud, México.

\_\_\_\_\_ (2008) *Programa de acción específico 2007-2012. Diabetes mellitus*. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. México.

\_\_\_\_\_ (2010) “Conoce al SINAIS” [Internet] Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. 12 nov 2010 [Consultado 16 oct 2013]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/acercade/index.html>

\_\_\_\_\_ (2013) *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención*. [Internet] México: Secretaría de Salud; 21 mar 2013. [Consultado 16 oct 2013] Disponible en:

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/093\\_GPC\\_Diabmellitus2/SSA\\_093\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/093_GPC_Diabmellitus2/SSA_093_08_EyR.pdf)

SSDF (2013) “Programa Muévete y Métete en Cintura” [Internet] Secretaría de Salud del Distrito Federal, México [Consultado: 11 oct 2013]. Disponible en: [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com\\_content&task=view&id=4049](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=4049)

Steinsbekk, A., Rigg, L., Lisulo, M., Rise, M., Fretheim, A. (2012) “Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis” en *BMC Health Services Research*, vol. 12, junio, pp.213. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/213>

Tan, J. (2003). “Neuro-Linguistic Programming”. [Internet] REV. Training and Coaching. [Consultado: 14 oct 2013] Disponible en: <http://www.revtc.com/Uploadfile/2008-5-21/2008052100245988.pdf>

Trench, B. (2008) “Towards an Analytical Framework of Science Communication Models” Cheng, D. and Claessens, M. and Gascoigne, T. and Metcalfe, J. and Schiele, B. and Shi, S., (eds.) *Communicating science in social contexts: new models, new practices*. Springer Netherlands, pp. 119-138.

UNAM-Siglo XXI. (2010) *Enciclopedia de conocimientos fundamentales UNAM-Siglo XXI*, 5 tomos, México, Siglo XXI/UNAM. (Volumen 4: Química, Biología y Ciencias de la Salud).

Valencia, A. y Bertozzi, S. (2006) “La Demanda Condicional por Servicios Ambulatorios Curativos en México”. [Internet] Fundación Mexicana para la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. [Consultado nov 2013] Disponible en:

[http://www.funsalud.org.mx/serie%20innovaciones/documentos/demanda\\_servicios\\_5\\_valencia.pdf](http://www.funsalud.org.mx/serie%20innovaciones/documentos/demanda_servicios_5_valencia.pdf)

Wacher, N. y Tamayo, T. (2002) “La relación médico-paciente y su papel en el apego al tratamiento”, en *Rev CONAMED* 2002; 7(3): 74-78.

Wattana, C., Srisuphan, W., Pothiban, L., Upchurch, S. (2007) “Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes” en *Nurs Health Sci.* 2007 Jun; Vol. 9, No. 2, p.135-41.

# Anexo VI

Registro fotográfico

# Sesiones teóricas



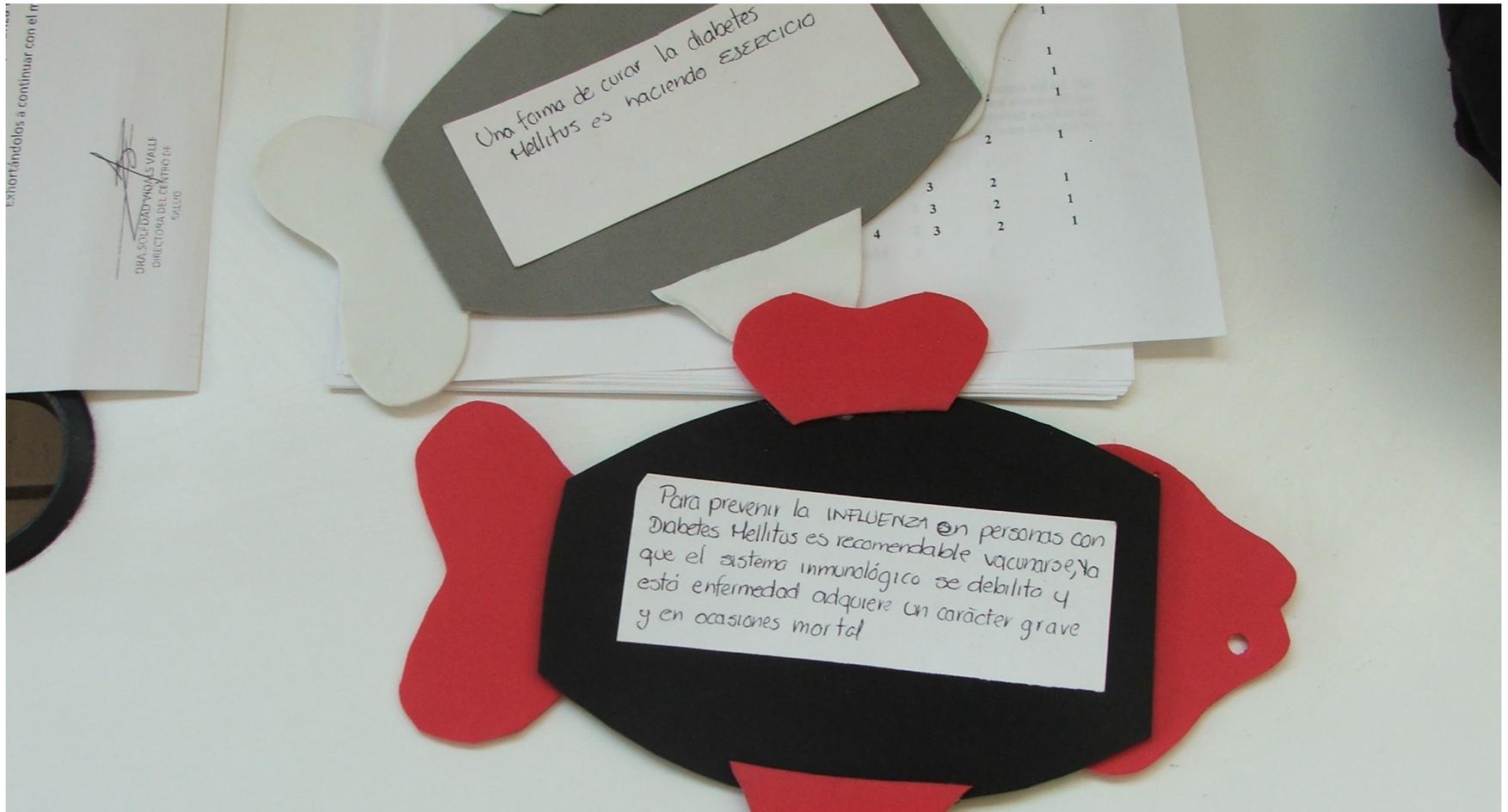








# Dinámica de pececitos







# Sesiones de ejercicios











# Reflexión



# Dinámica emocional





