



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



CARRERA DE PSICOLOGÍA

**ARQUEOLOGÍA VIVENCIAL: Un programa  
para la consolidación del control de la diabetes tipo  
2 en personas de Cd. Nezahualcóyotl**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

**JACQUELINE ISLAS CASTILLO**



DIRECTOR: DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ  
ASESORA: MTRA. MARIA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO

MEXICO, D. F.

ENERO DE 2006

LO HUMANO  
EJE  
DE NUESTRA REFLEXION



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.

**Arqueología Vivencial:**  
Una mirada hacia el pasado  
para comprender el presente  
y mejorar el futuro a través de la vivencia.

## SINODO

Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez  
Mtra. Gloria Marina Moreno Baena  
Lic. María Enriqueta Figueroa Rubio  
Lic. Carlos Alejandro Campos Román  
Lic. Javier Rivera Contreras

Para la elaboración de este trabajo se recibieron becas otorgadas por:

- Proyecto DGAPA-PAPIME, UNAM *Formación de profesionales para la atención multidisciplinaria a personas con diabetes*, clave EN211203.
- Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaria de Educación Pública (SEP), Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior (ANUIES), Fundación Ford, mediante el premio *Fortalecimiento y Consolidación de Proyectos de Servicio Social Comunitario 2002*.

## AGRADECIMIENTOS

---

A todas aquellas personas que me han acompañado a lo largo de esta etapa de mi vida, que aunque parecía el final, hoy me doy cuenta que no es sino el principio de un largo camino por recorrer.

A María Enriqueta Figueroa Rubio (Queta, como le decimos los que le tenemos cariño), una mujer sumamente inteligente y preparada. Mi maestra durante una etapa en mi formación profesional. Mi amiga a partir de ese momento. Mi confidente y terapeuta.

Al Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez, por mostrarme que lo que parece el final no es sino el principio. Por iniciarme una forma diferente de trabajo. Por enseñarme que existen diferentes perspectivas y ayudarme a aclarar mis pensamientos. Por que gracias a él tuve noción del compromiso adquirido como profesionista.

A Javier Rivera Contreras, por sus observaciones, por el tiempo, apoyo y dedicación, para todo lo relacionado con este proceso. Por hacerme ver el reto al que me estoy enfrentando y despertar la emoción. Porque se que a partir de éste momento he ganado un brillante y gran amigo.

A la maestra Gloria Marina Moreno Baena y al Lic. Carlos Alejandro Campos Román, por el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo y por sus observaciones para la mejora del mismo.

A Joe Cardozo de Diabetesaldia.com, por las facilidades otorgadas para el empleo de sus dibujos y por la información proporcionada.

A todos mis compañeros del Dupam: Violeta, Berenice, Cynthia, Daniel y Martha, a las médicos Lulú y Esmeralda y a la enfermera Lupita, por que gracias a su disposición y apoyo la multidisciplina dejo de ser un sueño para volverse una realidad.

A esas personas trascendentales y difíciles de olvidar. A mis compañeros y amigos. A Lizbeth, (mi pepe grillo) una de mis mejores amigas. A Anabel, por escucharme, por su compañía, por los momentos, por las

sonrisas y las lágrimas que hemos compartido. A Rafael, Jaime y Lupita, por lo vivido, por hacer de esta etapa de mi vida una experiencia única.

A Alejandro (Alex) por que después de haberlo conocido nada fue igual, por hacer la diferencia y mostrarme que aún se puede creer, por las sonrisas que me logra arrancar, por sus ocurrencias, por sus locuras, por la vitalidad y energía que inyecta a mi vida, por su amistad.

A todos mis compañeros y amigos de danza, los cuales son parte importante en este proceso. A mi maestro y amigo Marco Antonio Nieto, por mostrarme que a través de disciplina, constancia y dedicación se pueden alcanzar nuestras metas y propósitos. Por enseñarme a descubrir una parte de mi que desconocía, por su amistad y cariño. A Ramón, Vero, Ángeles, Angélica, Miguel Ángel y Fernando, por su compañía y por todos los momentos que hemos compartido tanto en presentaciones como en la vida cotidiana.

A todas aquellas personas que participaron en Arqueología Vivencial, a Tere, Graciela, Martha, Mary, Elvira, Amparito y Ricardo (donde quiera que esté), por haber compartido sus experiencias, por lo aprendido, por sus vivencias.

Ya para finalizar quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme acogido como parte de ella y por darme la oportunidad de prepararme para enfrentar los retos que demanda una sociedad como en la que vivimos.

## DEDICATORIA

---

A todos  
aquellos que saben más  
que nadie sobre la diabetes . . .

. . . a las personas que participaron  
en Arqueología Vivencial . . .

. . . por compartir sus experiencias,  
por su tiempo, por su apoyo y  
colaboración.



a:

Mis padres  
por que sin ellos no  
hubiera llegado hasta  
aquí

Tí Pera  
por tus cuidados, por  
tu dedicación y por ser  
mi segunda madre.

Mí mamá por su  
ejemplo

Susana (Susko) por  
tu apoyo, por ser mi  
amiga y la hermana  
que nunca tuve.

# ÍNDICE

---

	Página
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	I
<b>DEDICATORIA</b>	III
<b>RESUMEN</b>	1
<b>INTRODUCCION</b>	4
<b>CAPÍTULO 1 ¿Diabetes?</b>	8
Historia de la diabetes	8
Definición etimológica	9
Definición conceptual	9
Definición según la Norma Oficial Mexicana	10
Diabetes tipo 2	16
Criterios de detección y diagnóstico	17
Complicaciones de la diabetes	18
Complicaciones a corto plazo	18
Hipoglucemia	18
Hiperglucemia	19
Complicaciones a largo plazo	20
Hipertensión arterial	22
Diabetes como un problema de salud nacional	23
<b>CAPÍTULO 2 Tratamiento de la diabetes</b>	30
Control Nutricional	31
Ejercicio	33
Tratamiento farmacológico	35
1. Hipoglucemiantes orales	36
2. Antihiperglucemiantes	36
3. Insulinas	37
Estrategias Institucionales de atención a la diabetes	38
Educación para la salud	38
Adherencia Terapéutica	42

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 3 Diabetes un Programa de Atención Multidisciplinaria (DUPAM)</b>	<b>47</b>
Definición de Multidisciplina	48
Sensibilización	52
Cuidados para la Salud	53
Diabetes: Una oportunidad a la vida	54
<b>CAPÍTULO 4 Fenomenología</b>	<b>56</b>
<b>CAPÍTULO 5 Arqueología Vivencial</b>	<b>63</b>
Dinámicas Vivenciales	71
Condiciones necesarias que debe manejar el psicólogo para la realización del programa Arqueología Vivencial	75
<b>CAPÍTULO 6 Metodología</b>	<b>79</b>
Propósito	79
Tipo de estudio	79
Población	79
Escenario	80
Métodos	81
Procedimiento	82
<b>CAPÍTULO 7 Análisis y discusión de resultados</b>	<b>87</b>
Conclusiones	119
Referencias Bibliográficas	125
<b>ANEXO</b>	<b>136</b>

## RESUMEN

En nuestro país la diabetes es reconocida como un problema de salud pública, ya que es uno de los padecimientos crónicos no transmisibles más comunes. A nivel mundial México ocupa el noveno lugar en incidencia de este padecimiento y de seguir la tendencia actual se ubicará en el séptimo sitio. Esta enfermedad ha evolucionado gravemente, y lo alarmante de esta evolución radica en las complicaciones que de ella se derivan y de los altos costos que genera su atención.

Hoy en día, el Gobierno Federal y las Instituciones de Salud Pública, disponen de un arsenal científico y terapéutico que idealmente puede ser exitoso en el tratamiento de esta enfermedad, sin embargo, las estrategias institucionales y terapéuticas, desarrolladas que van más allá del simple tratamiento médico, (educación para la salud, adherencia terapéutica, PREVENIMSS, etc.) no han satisfecho las expectativas.

Una de las posibles causas por las que estas estrategias no han cumplido su objetivo, es que pese a que la Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes 2001 (NOM-015-SSA2-1994, 2001) dice lo contrario, sólo se da importancia al tratamiento médico y se deja de lado

el control nutricional y la realización de ejercicio físico como parte del tratamiento.

Aunado a lo anterior, los profesionales de la salud, acostumbran tratar pacientes y diseñan tratamientos para aliviar los síntomas de sus enfermedades, olvidándose que están tratando con personas que al padecer una enfermedad crónica también padecen lo psicológico, social y cultural ya que tienen que seguir tratamientos que se contraponen a su estilo de vida, a sus pensamientos, conocimientos, creencias, valores, sentimientos, intereses y conductas, por lo que ante tal omisión y el choque al que se enfrentan las personas, los tratamientos pierden toda efectividad.

La presente tesis llamada “Arqueología Vivencial: Un programa para la consolidación del control de la diabetes tipo 2 en personas de Cd. Nezahualcoyotl” es un programa que surge tras la experiencia obtenida a partir del trabajo con personas con diabetes integrantes del DUPAM (Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria) y de la observación de que todas ellas, al enfrentar el cambio que conlleva su enfermedad, llevan acabo numerosas actividades tendientes a tratarla, algunas de estas conductas relacionadas con las indicaciones médicas, pero muchas más derivadas de otras fuentes, como producto de su experiencia previa con la enfermedad, experiencia acumulada a lo largo de meses, años e incluso décadas, es decir de habilidades y recursos que la persona ha generado.

Arqueología Vivencial es un recurso terapéutico que propone la utilización de la técnica de ejercicios vivenciales, los cuales permitirán a las personas con diabetes identificar, descubrir, desarrollar y sistematizar todas aquellas estrategias, recursos, habilidades, conductas, emociones,

pensamientos, conocimientos, etc., benéficos para el tratamiento y control de la diabetes.

Al permitir la expresión de muchas reacciones de sentimiento inmediato de cada miembro hacia los demás y hacia si mismos, Arqueología Vivencial hace posible una mayor aceptación de la totalidad del ser (emocional, intelectual y físico) de cada persona, lo que hace posible un cambio en las actitudes y el comportamiento, cambio que será benéfico para el control de su enfermedad, para evitar la presencia de complicaciones, para aspirar a una vida de calidad y sobre todo para proyectarse una vida futura significativa y de plenitud.

## INTRODUCCIÓN

La diabetes es un problema muy severo, que esta causando muchos estragos en la población, la morbi-mortalidad por esta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas.

En México siendo uno de los países que ocupa los primeros lugares a nivel mundial con población diabética y tomando en cuenta el gran costo que genera la atención a esta enfermedad y sus complicaciones, se han puesto en marcha una gran gama de alternativas para lograr el control, entre estas alternativas se encuentra los recursos del apego y/o adherencia al tratamiento médico como son: dieta balanceada, ejercicio físico e hipoglucemiantes orales e insulina externa como auxiliares; las campañas de salud que se basan en hacer educación para la salud, etc.

Ante toda esta gama de alternativas de atención, este problema no debiera existir, o al menos en teoría, debiera ser una enfermedad controlada, pero la realidad es otra, ya que paradójicamente ninguna de estas alternativas han sido suficientes para lograr prevenir y tratar la diabetes, como muestra, basta ver las estadísticas sobre la evolución de la misma, en las cuales se observa un aumento sumamente alarmante en poco tiempo.

La principal causa de lo anterior tal vez radica en que los profesionales de la salud encargados de la elaboración de los tratamientos y de brindar atención a esta enfermedad, ven a la persona de manera

fraccionada abocándose única y exclusivamente al aspecto biológico, olvidándose que están tratando con personas que al padecer una enfermedad crónica también padecen lo psicológico, social y cultural ya que tienen que seguir tratamientos que se contraponen a su estilo de vida, por lo que ante tal omisión y el choque al que se enfrentan las personas, los tratamientos pierden toda efectividad.

Para hacer frente a tal problemática y debido a la alta incidencia de predisposición y padecimiento de diabetes, nace en Cd. Nezahualcoyotl, en el año de 1994 el proyecto Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria (DUPAM), el cual representa una excelente alternativa de atención a la diabetes, ya que a diferencia de lo hecho por el sector salud, brinda una atención multidisciplinaria, que involucra de manera activa a las personas en todo lo relacionado con su enfermedad y el tratamiento, tomando en cuenta sus vivencias, experiencias, cultura, usos y costumbres; viéndola de manera integral, como un ente bio-psico-social.

Gracias a esa participación activa, a las condiciones brindadas en el programa DUPAM y a la experiencia de vivir día a día con el padecimiento, las personas han desarrollado y descubierto una serie de estrategias que han resultado efectivas en el control de la enfermedad. Sin embargo, se pudo observar que no tienen identificadas como tales esas estrategias por lo que la presente tesis, es un programa que a través de la técnica de ejercicios vivenciales pretende, que las personas con diabetes logren identificar, descubrir, desarrollar y sistematizar las estrategias benéficas para el control y tratamiento de la diabetes.

Esta investigación se realizó en la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas, ubicada en Cd. Nezahualcoyotl. Participaron un total de 7 personas, que pasaron por el subprograma Diabetes una oportunidad a la



vida y por todos los subprogramas anteriores a este, que forman parte del megaprograma de atención del DUPAM.

La presente tesis está conformada por 8 capítulos de los cuales el primer capítulo, habla de la historia de la diabetes, se presentan distintas definiciones de ésta, los factores que favorecen a su aparición, su clasificación, criterios de detección y diagnóstico. Se muestran las principales complicaciones que se desarrollan a corto y largo plazo y la panorámica actual, en el ámbito mundial y en nuestro país.

El segundo capítulo muestra el tratamiento para su control y prevención, así como las estrategias institucionales de atención.

El capítulo tercero esta enfocado al DUPAM, en este se expone en que consiste la atención multidisciplinaria y se da una breve explicación de la atención que se brinda y de los diferentes subprogramas.

El capítulo cuarto trata sobre la metodología cualitativa y la fenomenología, las cuales nos permiten estudiar, entender y describir fenómenos humanos.

El siguiente capítulo y el punto central de esta tesis, llamado Arqueología Vivencial, desarrolla los aspectos psicológicos de las personas con diabetes y el impacto del estrés con relación a la misma. Da una explicación de lo que es Arqueología Vivencial, de la importancia de retomar la experiencia de la persona con diabetes para reconstruir el conocimiento, del porque del rescate de los recursos, cuales son las condiciones necesarias para llevar a cabo este programa, también expone el medio a través del cual se alcanzarán los objetivos (la técnica de dinámicas vivenciales) para finalmente mostrar el programa con sus respectivas temáticas, objetivos y ejercicios.

El siguiente apartado habla de la metodología empleada, donde se mencionan: el tipo de estudio, la muestra, los métodos, estrategias y

técnicas de obtención de información, así como la manera en que se codificaron y analizaron los datos.

En el apartado sucesivo, se realiza un análisis y discusión de los resultados obtenidos, se clasifican y describen las estrategias identificadas como útiles en el tratamiento y control de la diabetes, rescatando la relevancia del empleo de dinámicas vivenciales.

Finalmente, se presentan las conclusiones a las que se llegaron con base al análisis de los resultados.

## Capítulo 1

### ¿DIABETES?

Hoy en día una de las enfermedades que se presenta con mayor frecuencia en el ámbito mundial, en el que México no es la excepción, es la diabetes, comúnmente llamada enfermedad del azúcar.

#### **Historia de la diabetes**

La diabetes es una enfermedad que fue reconocida hace miles de años. El principio y desarrollo sobre su conocimiento fue lento, intermitente y casual. La primera reseña histórica, fue encontrada en el Papiro de Ebers (1552 a. c.), documento que contiene la descripción de varias enfermedades entre las cuales se menciona un estado poliúrico, (gente que orina con frecuencia), presumiblemente causado por la diabetes (Figuerola, D., 1997).

Posteriormente los médicos hindúes describen en libros que datan del año 600 (a. c.) la existencia de enfermos que padecen sed, adelgazan rápidamente, pierden fuerza y emiten una orina que <<atrae a las hormigas por su sabor dulce>>.

El término diabetes, data del siglo II a.c. y es atribuido a Demetrius de Apamaia quien utilizó la palabra diabeinen o diabaínein derivada del griego (que significa algo así como <<pasar a través>>). Pero no es

hasta Areteaus (81-131 a.c.) cuando se hace la primera descripción exhaustiva de los síntomas. Éste en sus relatos describe una enfermedad que fundía las carnes por la orina, hacía que los pacientes no pararan de beber, les acortaba la vida, era dolorosa, provocándoles náuseas, inquietud y sed ardiente (Figuerola, D. 1997).

El siguiente dato importante aparece siglos más tarde, con Avicena (980-1037) el cual introdujo el conocimiento de algunas complicaciones como la gangrena y el colapso sexual. Pero no es hasta la observación clave de Tomas Willis (1664) que se sabe que la orina de los diabéticos contiene azúcar, por lo que Cullen (1709-1790) añade el calificativo mellitus (miel) al término diabetes, debido a la similitud de los enjambres de abejas alrededor de la miel y de la orina de los diabéticos.

### **Definición etimológica**

El término diabetes proviene del griego, etimológicamente significa <<pasar a través>>). El término mellitus proviene del latín y significa “enmielado”. Por lo que, diabetes hace referencia a la excesiva emisión de orina por parte del paciente y mellitus a la cantidad de azúcar en la orina (Duran, L., Bravo, P., Hernández, M. y Becerra, J., 1997).

Basados en esta definición etimológica y en los descubrimientos que se han hecho a lo largo de la historia, se han formulado una gran cantidad de definiciones de la diabetes.

### **Definición conceptual**

Para Islas y Lifshitz (1993) “la diabetes mellitus es una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto que la padece tiene alteraciones del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, junto con una relativa o absoluta deficiencia a ésta. Cuando alcanza pleno

desarrollo, se caracteriza por hiperglucemia en ayunas y en la mayoría de pacientes con larga evolución de la enfermedad, por complicaciones microangiopáticas, en especial renales y de los ojos, así como macroangiopatía con afección de arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y neuropatía” (p.1).

De acuerdo con Duran et. al. (1997) “Es una enfermedad crónica degenerativa, la cual se identifica por falta o mal aprovechamiento de la insulina (elaborada por el páncreas), con un aumento de glucosa (azúcar) en la sangre y repercusiones en su cuerpo, en sus emociones y en las relaciones que se establecen con las demás personas”(p. 117).

Krall y Beaser (1993) la definen como un alto nivel de glucosa en sangre por encima del rango normal, de 60-120 mg/dl, durante gran parte del tiempo.

Para fines del presente trabajo se tomará la definición dada en la Modificación de la Norma Oficial Mexicana.

### **Definición según la Norma Oficial Mexicana:**

La Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes 2001 (NOM-015-SSA2-1994, 2001), define como:

3.16 Diabetes, a la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Cabe aclarar que una enfermedad crónico degenerativa es aquella que una vez que se presenta no se cura, ocasionando daño en diferentes aparatos y sistemas del cuerpo, por lo que actualmente, la diabetes es

concebida como un grupo de enfermedades, de las cuales no se conoce la causa que la provoca, lo que ha hecho que en su clasificación se tengan en cuenta la relación de todos los factores que afectan a la población diabética (Duran et. al., 1997):

- a) Herencia (antecedentes de diabetes en la familia)
- b) Funcionamiento del organismo
- c) Embarazo
- d) Obesidad
- e) Sedentarismo
- f) Virus
- g) Estrés
- h) Medicamentos
- i) Alcoholismo y/o farmacodependencia

*a) Herencia (antecedentes de diabetes en la familia):*



(Imagen tomada de "El diabético optimista. Manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud", Editorial Trillas, México, página 148).

La herencia es un fenómeno biológico, por medio del cual los padres transmiten a sus hijos sus características y alteraciones físicas (Durán et. al., 1997). En el caso de la diabetes, la herencia es un factor que ha llamado mucho la atención, debido a que es más frecuente se presente en personas que tienen antecedentes familiares. "Distintos genes y regiones

cromosómicas han sido identificados, los cuales confieren susceptibilidad al desarrollo de la enfermedad. En particular para la diabetes tipo 2 se han identificado distintas regiones cromosómicas de susceptibilidad en población México-Americana en los cromosomas 2, 6, 10, 11 y 15” (*Programa de acción: diabetes mellitus*, Secretaria de Salud, 2001, p. 21).

Hoy en día, el problema más importante al que se enfrentan los estudios genéticos, con relación a la diabetes, es que puede aparecer en cualquier momento de la vida y no existe ningún marcador definitivo que permita saber quién será diabético, ya que no todos los hijos de éstos desarrollan la enfermedad, lo cual quiere decir intervienen otros factores que, relacionados con la herencia, ayudan a desencadenar el padecimiento.

*b) Funcionamiento del organismo:*

Engloba varias circunstancias como la disfunción autoinmune, en la que, de acuerdo a Duran et. al. (1997), el sistema de defensas del organismo ataca por equivocación a las células beta fabricantes de insulina, ocasionando diabetes.

Otra circunstancia puede ser cualquier episodio de la vida sexual en el que se presenten desajustes hormonales, o bien una alteración provocada por alguna intervención quirúrgica en la cual el páncreas es lesionado, alterando su funcionamiento.

*c) Embarazo:*



\*(Imágenes tomadas con la autorización de "Joe Cardozo- Diabetesaldía.com").

En algunas mujeres susceptibles, el embarazo puede desarrollar diabetes, esto se debe a la acción antiinsulínica de las hormonas (lactógeno placentario humana y gonadotropina coriónica humana) producidas por la placenta.

De acuerdo con Alpizar (2001), la diabetes gestacional se presenta

durante la segunda mitad del embarazo (a medida que aumenta el tamaño de la placenta), por lo que, en aquellas mujeres que desarrollan diabetes en la primera mitad, es probable ya estuviera presente, sin ser detectada.

*d) Obesidad:*



Un factor importante que contribuye en la resistencia a la insulina, es la obesidad, “hasta un 50% de la variación existente en la sensibilidad a la insulina en las poblaciones puede explicarse por diferencias del contenido

de grasa corporal de los individuos” (Fletcher, F. G., Gruñid, M. S. y Hayman, L., 2002, p. 105). Las personas obesas tienen que producir mayor insulina, por lo que el páncreas trabaja el doble, hasta que llega el momento en que pierde el control y aparece la diabetes.



e) *Sedentarismo:*



“Se ha comprobado que la diabetes se presenta con mayor frecuencia en aquellas personas sedentarias, que no practican ejercicio físico” (Duran et. al., 1997, p. 150). Cuando no se realiza regularmente un deporte y se come en exceso, se tienen mayores probabilidades

de desarrollar la enfermedad y/o sufrir complicaciones que pueden dañar la vida.

f) *Virus:*

Desde hace años existe evidencia indirecta de que los virus pueden desempeñar algún papel en la etiología de la diabetes. Esto se debe a que pueden perjudicar al páncreas y desencadenar la enfermedad.

Algunos de los virus que se consideran implicados en la etiología de la diabetes son: el de la rubéola, la parotiditis, la encefalomiелitis y el Coxsackie B4 (Figuerola, D., 1997; Alpizar, S. M., 2001). Sin embargo, no todas las personas que son infectadas con estos virus desarrollan diabetes, lo que hace suponer, intervienen otros factores, que aunados a este, desencadenan la enfermedad.

g) *Estrés:*

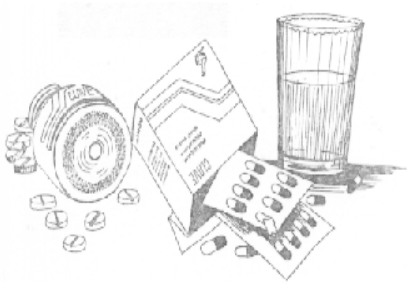


“Cuando una persona se encuentra angustiada, tensa, ansiosa, deprimida o constantemente estresada, corre el riesgo de padecer diabetes, más fácilmente que aquellas que tienen un control sobre sus estados emocionales;

es decir, que aquellas que mantienen su vida relajada y tranquila” (Durán et. al., 1997, p. 151).

Las tensiones emocionales agudas (estrés) pueden ocasionar severas complicaciones en el sistema inmunitario, provocando un sobreesfuerzo físico y emocional, que altera el equilibrio salud-enfermedad del organismo.

#### *h) Medicamentos:*



(Imagen tomada de “El diabético optimista. Manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud”, Editorial Trillas, México, página 148).

La mayoría de los medicamentos, aún cuando se receten por una razón determinada, pueden tener otros efectos en diversas funciones del organismo, además del pretendido para el que se recetaron.

En la actualidad se tiene conocimiento de que algunos medicamentos tales

como la cortisona y sus derivados (la hormona del crecimiento purificada, el hidróxido isonicotínico, altas dosis de ácido nicotínico y algunos diuréticos), pueden impedir el trabajo de la insulina y ocasionar la diabetes (Duran et. al., 1997).

#### *i) Alcoholismo y/o farmacodependencia.*



\*(Imágenes tomadas con la autorización de “Joe Cardozo- Diabetesaldía.com”).

El alcohol y cualquier sustancia química, ajena al organismo, causan grandes estragos en el cuerpo. Dentro de las alteraciones que produce el consumo de estas sustancias, hoy en día se sabe que pueden destruir las células beta y contribuir a desarrollar la

diabetes, ya que se comportan como verdaderos agresores.

Todos estos factores tienen una gran influencia en la aparición y/o desarrollo de la diabetes, la importancia de tener claro conocimiento de ellos radica en que han sido determinantes para la clasificación de la enfermedad.

Para fines de diagnóstico y tratamiento, la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-1994, 2001) clasifica a la diabetes en:

- Diabetes Tipo 1
- Diabetes Tipo 2
- Otros tipos específicos de diabetes
- Diabetes gestacional

De esta clasificación, los tipos de diabetes que se presentan con mayor frecuencia en la población son el tipo 1 y 2. Para fines de esta tesis se hará referencia únicamente a la diabetes tipo 2.

### Diabetes Tipo 2 (no insulino dependiente)

De acuerdo con la Norma (NOM-015-SSA2-1994), se define como:

**3.18** Diabetes tipo 2, al tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.



La causa más probable de su aparición es la resistencia a la acción normal de la insulina y en forma concomitante la reducción relativa o absoluta de la secreción de la misma. Incluye a poco más del 90% de todos los pacientes

con diabetes, los cuales se caracterizan por tener sobrepeso u obesidad (diabesidad)\*<sup>1</sup>; y aunque anteriormente se presentaba en personas mayores de 30 años hoy en día se presenta en personas de menor edad.

### **Criterios de detección y diagnóstico**

De acuerdo con Alpizar (2001) y la (NOM-015-SSA2-1994, 2001) son candidatos a realizar un análisis de detección, aquellos individuos que tengan uno o más de los siguientes factores de riesgo:

1. Individuos de 45 años o más
2. Antecedentes familiares de diabetes por parte del padre, madre o hermanos.
3. Individuos obesos (peso corporal > 20% del peso deseable o bien índice de masa corporal (IMC) > de 27 kg/m<sup>2</sup> de superficie corporal).
4. Tabaquismo
5. Mujeres que tienen hijos al nacer con peso igual o mayor a 4 kg.
6. Individuos con hipertensión arterial (140/90) mm/Hg).
7. Individuos con dislipidemia (triglicéridos > 250 mg/dl y HDL colesterol < 35 mg/dl).

Es importante considerar en la detección oportuna, que la mayoría de casos de diabetes son de tipo 2, en la que puede existir hiperglucemia suficiente para causar cambios patológicos y funcionales de varios tejidos sin síntomas clínicos. La enfermedad puede estar presente por largo tiempo, entre 10 y 20 años, antes de que se manifieste. Ante esto Velasco (2001) refiere que el diagnóstico de diabetes no es difícil de

---

<sup>1</sup> “El término diabesidad hace referencia a una coincidencia entre dos enfermedades, ya que la mayoría de los diabéticos (90%) son de tipo 2 y de éstos, la mayor parte (80%) presentan sobrepeso al inicio de su enfermedad. Probablemente el factor que une a estas dos entidades sea la resistencia a la insulina” (Lozano, C., 2003, p. 3).

realizar cuando ésta es sintomática, cuando la persona ya empezó con las molestias que la enfermedad ocasiona.

Los síntomas que la caracterizan son: aumento en la sensación de sed (polidipsia), en consecuencia mayor producción de orina (poliuria), e incremento en la sensación de hambre (polifagia) lo cual, resulta llamativo pues, pese a que el individuo ingiere grandes cantidades de alimento pierde peso.

Este cuadro resulta altamente sugestivo del diagnóstico de diabetes, especialmente cuando se acompaña de altas concentraciones de glucosa en sangre e incluso en orina. Por lo que se deben tomar en cuenta los criterios actuales para su diagnóstico, como son: presencia de valores de glucemia plasmática casual  $\geq 200$  mg/dl acompañados de los síntomas clásicos; glucemia plasmática en ayuno  $\geq 126$  mg/dl; o bien glucemia  $\geq 200$  mg/dl a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua (Alpizar, 2001; Lerman, 2000; NOM-015-SSA2-1994, 2001).

## Complicaciones de la diabetes

Una vez que la diabetes se presenta, si no es controlada adecuadamente puede causar complicaciones a corto y largo plazo

### Complicaciones a corto plazo

#### Hipoglucemia



La hipoglucemia es la disminución de los niveles de glucosa en sangre por abajo de lo normal, de acuerdo con Lerman, G. I. (1998 es la emergencia

metabólica más frecuente en personas con diabetes, sobre todo en aquellas recién diagnosticadas y en las que se utiliza insulina para su control.

Las causas más frecuentes para su aparición son: utilizar más cantidad de insulina o hipoglucemiantes orales de lo indicado, una dieta deficiente al aporte calórico necesario, tener ayunos muy largos y realizar mayor actividad física de lo habitual.

Los síntomas más comunes son: falta de atención y confusión, somnolencia, tez pálida, dolor de cabeza, hambre repentina, falta de coordinación, mareos, temblor, sudoración, mal humor y visión borrosa.

### Hiper glucemia



La hiper glucemia es el principal indicio para el diagnóstico de la diabetes, esta ocurre cuando el organismo no cuenta o cuenta con muy poca insulina, o la insulina con la que cuenta no puede trabajar eficientemente para metabolizar los alimentos ingeridos.

La presencia de ésta, una vez establecida la enfermedad, por lo general señala que no se ha cumplido adecuadamente el tratamiento, sin embargo también puede aparecer a causa de alguna enfermedad (gripe, fiebre, etc.) o por estar expuesto a muchas tensiones emocionales.

De acuerdo a la Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, la hiper glucemia sucede cuando el azúcar en la sangre alcanza un nivel de 125 mg/dl o más. Si la hiper glucemia no es tratada y

se mantiene en niveles por encima de 240 mg/dl, puede dar lugar a una situación muy peligrosa llamada cetoacidosis\*<sup>2</sup> y/o “coma diabético”.

Los síntomas de la hiperglucemia ocurren gradualmente y son: sed excesiva, orina frecuente, letargo, somnolencia, piel caliente y seca, fatiga, cansancio, aliento con olor a fruta dulce o vino y heridas que tardan en sanar (Lerman, G. I., 1998).

Los elevados niveles de azúcar en la sangre (hiperglucemia), también incrementan el riesgo de infecciones y están directamente relacionados con la aparición de complicaciones crónicas a largo plazo como son: retinopatía, cataratas, enfermedad cardíaca o vascular periférica y nefropatía, entre otras.

### **Complicaciones a largo plazo**

También llamadas complicaciones crónicas, son problemas médicos que provocan un deterioro paulatino en arterias, pequeños vasos sanguíneos y nervios.

En personas con diabetes, el riesgo de problemas vasculares es mayor, debido a que el exceso de glucosa en la sangre, provoca cicatrices en el interior de las arterias volviéndolas rígidas y duras (arteriosclerosis)\*<sup>3</sup>. Esto ocasiona que los lugares cicatrizados o dañados

---

<sup>2</sup> La Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 define como “Cetoacidosis, a la complicación aguda, por deficiencia casi absoluta de la secreción de insulina y de la hiperglucemia que de ahí resulta. Tal situación conduce al catabolismo de las grasas como fuente de energía, produciendo la formación de cuerpos cetónicos, lo cual se manifiesta como acidosis metabólica”.

<sup>3</sup> La Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 define como “Arteriosclerosis, al endurecimiento de las arterias”.

atrapen el colesterol de la sangre y con el tiempo, las arterias terminan obstruyéndose (aterosclerosis)\*<sup>4</sup>.



Los problemas vasculares comienzan cuando los enlaces con los vasos sanguíneos se hacen cada vez más gruesos, por lo que la sangre no puede transportar adecuadamente los nutrientes

que requieren todos los órganos del cuerpo.

Los derrames cerebrales (Cerebrovascular) o infartos al corazón (cardiovascular) son el resultado más frecuente de estos problemas (Alpízar, S. M., 2001; Lerman, G. I., 1998; NOM-015-SSA2-1994, 2001).

Los daños en los pequeños vasos sanguíneos pueden ocurrir en los ojos (retinopatía) y riñones (nefropatía), y aunque al principio no se presentan síntomas, si no se toman las medidas necesarias a tiempo, pueden terminar en ceguera y/o insuficiencia renal.



El daño al sistema nervioso o neuropatía afecta a los diferentes nervios que atraviesan el cuerpo humano (motores, sensores y autónomos), y puede causar entre otros problemas disfunción eréctil y pérdida de la sensibilidad en las extremidades inferiores (piernas y pies).

\*(Imágenes tomadas con la autorización de "Joe Cardozo- Diabetesaldía.com").

<sup>4</sup> Esta misma norma define como: "Aterosclerosis, a la variedad de arteriosclerosis, en la que existe infiltración de la íntima con macrófagos cargados de grasa, proliferación de células musculares con fibrosis y reducción de la luz del vaso sanguíneo. Algunas placas pueden llegar a calcificarse. Existe daño endotelial y predisposición para la formación de trombos. Es una de las complicaciones más frecuentes de la diabetes".



Cuando estos daños en los nervios sensores se tornan más severos, hay una pérdida total de la sensibilidad, a tal grado que el afectado no puede sentir ni siquiera cuando se ha hecho una herida, que al infectarse y no tratarse debidamente a tiempo causa problemas más severos, que llevan a la amputación del miembro afectado.

### Hipertensión arterial



De acuerdo con Lerman G. I. (1998), es la alteración que se caracteriza por la elevación diastólica y en muchos casos sistólica de la presión arterial sistémica. Se acepta por convención que el límite máximo normal es de 140/90 mm/Hg.

La diabetes y la hipertensión arterial con frecuencia coexisten. La hipertensión arterial es dos veces más común en personas con diabetes tipo 2. Contribuye a su mayor morbimortalidad. Cuando estas dos alteraciones aparecen en un solo individuo, las posibilidades estadísticas de que se presenten complicaciones aumentan, sobre todo de tipo cardiovascular, renal y oftalmológicas, esto se debe a que la hipertensión daña los vasos sanguíneos que alimentan los órganos del cuerpo y el daño ocasionado afecta el cerebro, corazón, riñones, ojos, etc.

Las complicaciones crónicas asociadas con la diabetes, son problemas médicos que, de no tener un control adecuado, van aumentando al grado de llevar a las personas a una muerte lenta y dolorosa, de ahí que sean la principal causa de morbimortalidad e incapacidad física en nuestro país.

## Diabetes como un problema de salud nacional

En nuestros días, la diabetes es reconocida como un problema de salud mundial, tal y como lo menciona el Secretario de Salud en México, el doctor Frenk Mora (2003), esta enfermedad es actualmente uno de los padecimientos crónicos no transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas, ya que se encuentra entre las primeras cinco causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados. Por lo que en las naciones en vías de desarrollo ya se considera una epidemia que constituye uno de los principales retos de salud pública en el siglo XXI, ya que se estima que existen más de 150 millones de diabéticos en el mundo y es probable que para el año 2025 se llegue a 300 millones (SSA Comunicado de prensa n° 058, 2003).

En México se ha registrado un aumento alarmante de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, esto es consecuencia del envejecimiento de la población y del incremento de los riesgos asociados a la industrialización y la urbanización, los cuales afectan tanto a las poblaciones de ingresos altos, ingresos medios y a los pobres.

De acuerdo con el *Programa de acción: diabetes mellitus de la Secretaría de Salud (2001)* otro elemento que ha favorecido la “epidemia” de diabetes es la migración que ha sido vinculada con la búsqueda de mejores condiciones de vida, asimetrías económicas entre los estados y las naciones, la interdependencia económica y las intensas relaciones e intercambio entre estos, que da como resultado la modificación en el entorno y en los estilos de vida de la población.

Actualmente nuestro país ocupa el noveno lugar en el mundo en incidencia de diabetes y de seguir la tendencia que se tiene, según la Secretaría de Salud, para el 2025 se ubicará en el séptimo sitio (Comunicado de prensa n° 027, 2002). Es por esto, que la diabetes en

nuestro país, constituye uno de los problemas más importantes de salud pública, además de:

- a) Presentar una tendencia de mortalidad ascendente (Guerrero y Rodríguez 1996; Guerrero y Rodríguez 1997).
- b) Afectar a una gran cantidad de personas en edad productiva.
- c) Causar importantes modificaciones en la cantidad y calidad de vida de las personas que la padecen debido a las complicaciones que provoca cuando no es controlada (Mercado y col. 1998; Durán y col. 1997; Guerrero y col. 1997).
- d) El costo total de la atención de la enfermedad y de sus complicaciones es sumamente elevado tanto para los enfermos diabéticos como para el país.

La diabetes en México ha evolucionado gravemente: En 1955 se registró una tasa de mortalidad por esta enfermedad de 5.0 por 100,000 habitantes (Zubirán 1960). Para 1980, la tasa de mortalidad ascendió a 12.0 por 100,000 habitantes (Vázquez y Escobedo 1989) y para 1990 se remontó a 31.8 por 100,000 habitantes (Velázquez, M. y Ramírez, L. 1992). Llegando a los 49.36 por 100,000 habitantes para el año 2001 (Instituto Nacional de Estadísticas Geografía e Informática 2003).

TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES	
Año	Tasa de mortalidad por 100,000 habitantes
1955	5
1980	12
1990	31.8
2001	49.36

Cuadro 1. Fuente: Zubirán, 1960; Vázquez y Escobedo, 1989; Velázquez y Ramírez, L., 1992; Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2003.

Según cifras de la dirección general de Vigilancia Epidemiológica de la SSA. ésta enfermedad ocasionó en el año 2000 más de 46 mil muertes, es decir, 5 personas cada dos horas (SSA, 2002).

Conforme al Instituto Nacional de Estadísticas Geografía e Informática (INEGI) (INEGI 1993), la diabetes se ubicó en México durante 1993, como:

- a) La cuarta causa de defunciones dentro de las principales causas de mortalidad general.
- b) La tercera causa de muerte dentro de los grupos de 46 a 64 años y de 65 años o más.
- c) Conforme al sexo, las mujeres ocuparon el segundo lugar como causa de muerte dentro del grupo de 46 a 64 años y el tercer lugar en el grupo de 65 años o más.
- d) Y dentro de las principales causas de mortalidad hospitalaria se ubicó en el segundo lugar.

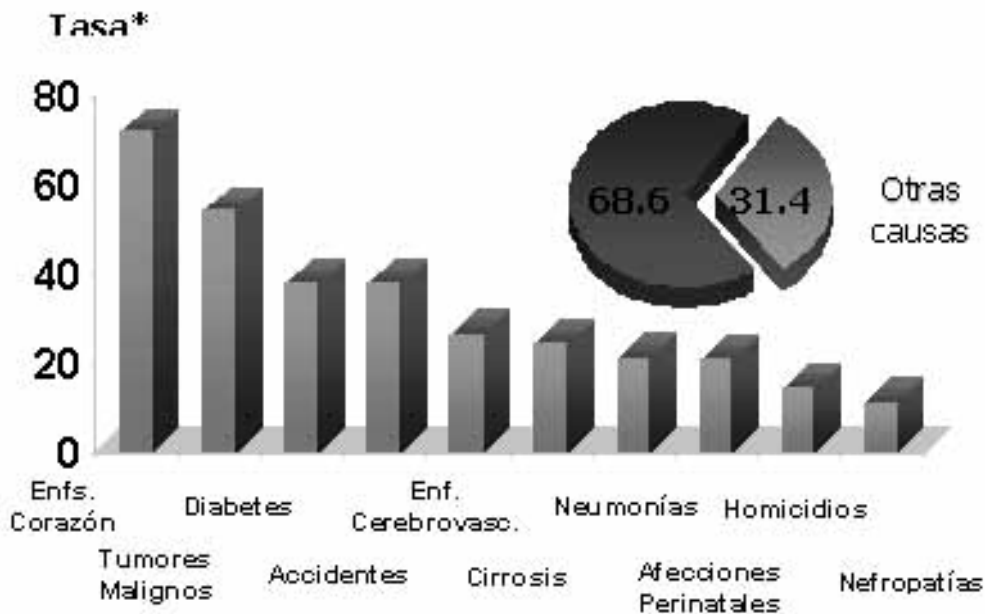
Se calcula que en 1997, a escala nacional, fallecieron por esta enfermedad 36,027 personas, de las cuales, 15,884 eran hombres y 20, 141 eran mujeres (INEGI 2000).

Durante ese mismo año en el Instituto Mexicano del Seguro Social hubo 15,111 personas que murieron por causa de diabetes. Esto quiere decir que 63.3% de cada 100,000 personas con derecho a servicios en el Seguro Social murieron por esta causa, hubo 42 defunciones al día en promedio, ocupando así el tercer lugar (ver Gráfica1), entre las principales causas de mortalidad general en México (INEGI 1998). Con un costo total de atención a la enfermedad y sus complicaciones incluyendo incapacidades y pensiones, de \$ 2,394,310,198.00 pesos.

Con base en esta información, se estimó que 14,967 personas en edad productiva, es decir, de 15 a 64 años fallecieron por diabetes y

20,936 personas más en edad postproductiva 65 años a más, fallecieron por la misma causa.

### Principales causas de mortalidad en México, 1997



Gráfica 1

(Gráfica "Principales causas de mortalidad en México, 1997")

En 1999 murieron por esta enfermedad 45,632 personas (SSA 1999). En el año 2000, según cifras de la dirección general de Vigilancia Epidemiológica de la SSA, esta enfermedad ocasionó más de 46 mil muertes en México, es decir, cinco personas cada dos horas (SSA Comunicado de prensa n° 027, 2002). Y durante el 2001, ya siendo la primer causa de muerte general a nivel nacional (INEGI 2003), sus cifras alcanzaron las 49,855 defunciones.

Conforme a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónico Degenerativas, realizada en 1999 por la Secretaría de Salud, para ese mismo año, en nuestro país existían 5.2 millones de personas con

diabetes, de las cuales 24 por ciento desconocía que la padecía y dos terceras partes eran mujeres (SSA Comunicado de prensa n° 027, 2002).

Según la NOM-015-SSA2-1994, 2001, hasta finales del año 2000, en México, alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene. Tan sólo durante el año 2000 se acumularon un total de 212,553 casos nuevos. Por lo que, para el 2001, de acuerdo con el INEGI y la Secretaría de Salud ocupó la primera causa de muerte de personas en edad productiva, es decir, de 15 a 64 años.

Actualmente se calcula que la prevalencia en la población de 20 a 69 años de edad en México es de 10.7 por ciento, en tanto que en las personas mayores de 50 años supera el 20 por ciento (SSA Comunicado de prensa n° 058, 2003). En consecuencia, en esta época, la diabetes representa la principal demanda de atención médica y una de las causas más importantes de hospitalización en México (Hernández y Olaíz, 2002), pues es la causa más importante para la amputación de miembros inferiores, de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal.

Es también uno de los factores de riesgo más importantes para las enfermedades cardiovasculares y la principal causa de muerte en hospitales del Sistema Nacional de Salud, tal y como se mencionó en el XIII Curso Multidisciplinario de Diabetes 2003, realizado por la Asociación Mexicana de Diabetes en la Ciudad de México, llevado a cabo los días 9, 10 y 11 de octubre del 2003.

De acuerdo con La Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes 2001 (NOM-015-SSA2-1994, 2001), los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los

servicios de salud y para las personas que la padecen, pues alrededor del 10% de los pacientes que desarrollan diabetes tipo 2 antes de los 40 años de edad tienen mayor riesgo para desarrollar complicaciones crónicas, ya que están expuestos a los efectos de la hiperglucemia por períodos más prolongados, comparados con los sujetos que desarrollan la enfermedad después de la quinta o sexta década de vida.

El costo del tratamiento para un paciente sin complicaciones puede ser de mil a cuatro mil pesos mensuales (SSA Comunicado de prensa n°027, 2002). De acuerdo con informes de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), los costos indirectos y directos de la enfermedad en México son de 330 y de 100 millones de dólares anuales, respectivamente. Por lo que un niño de 7 años que desarrolle la diabetes deberá afrontar un costo de 52 000 dólares hasta los 40 años como consecuencia de la enfermedad. Sin embargo la presencia de complicaciones microvasculares, incrementa el costo del tratamiento de los paciente a mas de 3.5 veces.

Los gastos en hipoglucemiantes orales se estimaron en un 2 a 7% del total de los costos. La mayor parte la constituyeron los gastos por hospitalización que se estiman en un 30 a 65% del total de los costos.

El problema es de tal magnitud que, por ejemplo, un niño de siete años que desarrolle diabetes deberá afrontar un costo acumulado de 52 mil dólares a valor presente hasta los 40 años, como consecuencia de este padecimiento (SSA Comunicado de prensa n° 058, 2003). El incremento en su costo está relacionado directamente con los daños al organismo que se vayan ocasionando, advierte la SSA.

"Estamos pues ante una enfermedad con unos costes económicos, sociales y humanos de enormes proporciones. Por todas estas razones la diabetes es motivo de preocupación creciente dada su elevada prevalencia y el ser causa directa de elevados costes sanitarios, discapacidad y muerte" (Murillo 1999).

Todas estas complicaciones adversas podrían perfectamente prevenirse y ni siquiera deberían existir, pues, al menos teóricamente, se cuenta con los recursos científicos y tecnológicos para su control, como son los recursos del tratamiento médico: dieta balanceada, ejercicio físico, hipoglucemiantes orales e insulina externa como auxiliares (NOM-015-SSA2-1994, 2001). Lo cual supone, al menos teóricamente, se lograría que la persona pudiera controlar su diabetes, ya que los recursos necesarios para lograrlo están a su alcance, por lo que, no existe justificación para que el enfermo no cumpla con la prescripción médica. Como indica Mercado (1996), la medicina institucional dispone de un arsenal científico y terapéutico que idealmente debería ser exitoso para el control de la diabetes.



## Capítulo 2

### TRATAMIENTO DE LA DIABETES

Dentro de las estrategias propuestas para la atención de la diabetes se encuentran las recomendadas en la NOM-015-SSA2-1994, 2001 la cual propone lo siguiente:

11.3.5 El manejo inicial del enfermo se hará mediante medidas no farmacológicas. Se recomienda que esta forma de tratamiento se aplique de manera estricta, por lo menos durante un periodo de seis meses.

11.3.6 El manejo farmacológico se iniciará en caso de que no se alcancen las metas del tratamiento, durante el periodo antes señalado, o bien desde fases más tempranas, cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente, sobre todo en presencia de hiperglucemia sintomática.

11.4 Manejo no farmacológico.

11.4.1 Es la base para el tratamiento del paciente diabético, y consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física.

Por lo anterior se entiende que la Diabetes Tipo 2 puede controlarse sólo con seguir un plan de alimentación, tener un programa de ejercicio, y en caso de que estas medidas sean insuficientes con el uso de hipoglucemiantes orales, solo como apoyo, ya que estos pueden causar problemas en el organismo si se toman a largo plazo.

## Control Nutricional



\*(Imágenes tomadas con la autorización de "Joe Cardozo- Diabetesaldía.com").

De acuerdo con la NOM-015-SSA2-1994, 2001, uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la diabetes es tener una alimentación apropiada diseñada para reducir los niveles de glucosa en la sangre, así como para alcanzar y mantener un peso corporal deseable (ya que la mayoría de los pacientes diabéticos tipo 2 están excedidos de peso, por lo

que una alimentación inadecuada contribuye en gran parte a desarrollar y/o complicar la enfermedad).

La pérdida de peso mejora de manera notable el estado de resistencia a la insulina, disminuye los niveles de glucosa en sangre, la producción de glucosa a nivel hepático y mejora la secreción de insulina; de ahí la importancia de prescribir planes alimenticios enfocados al control de peso. No obstante, como menciona Lerman, G. I. (1998), antes de implementar cualquier control nutricional, se deben tomar en cuenta los siguientes factores:

- a) Edad de la persona
- b) Sexo
- c) Peso y talla actual
- d) Peso ideal: se divide el peso en kilogramos entre el producto de elevar al cuadrado la estatura en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) = Índice de Masa Corporal, el ideal es inferior a 27.8 en hombres y 27.3 en mujeres.
- e) Estado nutricional
- f) Actividad física

- g) Alimentos de preferencia
- h) Estilo de vida
- i) Tipo de diabetes
- j) Esquema de tratamiento
- k) Cifras de presión arterial
- l) Niveles de lípidos
- m) Pruebas de funcionamiento renal

A este listado, Rodríguez, R. (1963) agrega:

- n) Horarios de comidas
- o) Sitio usual donde la persona consume sus alimentos (casa, fábrica, empleo, escuela, restaurante, etc.).
- p) Condiciones sociales, económicas y culturales: tipo de alimentación de acuerdo al sitio de origen, lugar de residencia, costumbres, etc., y
- q) Padecimientos asociados, alergias o intolerancias alimenticias que pueden interferir en la dieta.

De lo contrario, el seguimiento del plan alimenticio será poco exitoso, causando deterioro y aceleramiento de la enfermedad, debido a descompensaciones, alteraciones del metabolismo y/o incluso desnutrición.

El tener una alimentación adecuada, es sumamente importante para cualquier ser humano. Para una persona con diabetes es la clave en el buen funcionamiento y desarrollo del organismo, ya que puede evitar el desencadenamiento de sus complicaciones, no obstante, se obtendrán mejores resultados si el plan nutricional está acompañado de una buena rutina de ejercicios.

## Ejercicio



El ejercicio constituye otro de los pilares fundamentales en el tratamiento y control de la diabetes. La actividad física estimula la circulación de la sangre y activa el metabolismo, lo cual resulta benéfico para prácticamente cualquier persona y más aún es para

aquellas que tienen diabetes, ya que facilita la absorción de nutrimentos vital (incluyendo glucosa y aminoácidos) por los tejidos.

“El ejercicio tiene el efecto de abrir aparentemente, los poros de las membranas de las células musculares y permitir el ingreso de nutrimentos de tal forma que, de hecho, minimiza la necesidad de insulina” (Kilo, C. y Williamson, J., 1991).

El ejercicio es de suma importancia para quemar el azúcar, que se encuentra en la sangre, de manera uniforme, permite controlar las cifras de glucosa y las complicaciones agudas y crónicas, ayuda a prevenir la enfermedad, a combatir la obesidad y a conservar la salud tanto física como mental puesto que produce una gran energía y mantiene en equilibrio el estado de ánimo.

Algunas investigaciones revelan que las personas que practican algún tipo de actividad física, mejoran su imagen, aumentan su autoestima, son menos ansiosas, depresivas y estresadas (Duran et. al., 1999).

Es muy importante que antes de preescribir o realizar cualquier tipo de ejercicio se haga un examen médico completo, para conocer el estado fisiológico general y las dolencias que se presentan. Con base en ello y a otros aspectos como: la edad, la reserva cardiaca y circulatoria, ejercicios

o deportes favoritos y la presencia de complicaciones, etc., elaborar una rutina diaria, adecuada en intensidad, frecuencia y tipo de ejercicio; ya que un esfuerzo mayor puede resultar peligroso y causar hipoglucemia, deshidratación, insuficiencia coronaria, etc.

Una vez que se tiene conocimiento del estado general de la persona con diabetes, el médico estará en condiciones de prescribir un plan de actividad física, el cual puede incluir ejercicios como la caminata, carrera, natación gimnasia y/o ciclismo, ejercicios que de acuerdo a Duran et. al., (1999) y Vázquez, E. (2002), son los más sugeridos para las personas con diabetes, por ser de tipo aeróbico de bajo impacto, ya que incrementan la velocidad de latidos cardiacos, pero no llegan a ser tan intensos como para dificultar la respiración.

El beneficio de este tipo de ejercicios va más allá de cuando se realizan, ya que el organismo, en particular los músculos, se mantienen quemando calorías aún después de que se concluyó la actividad física por minutos o incluso horas.

Una vez que se ha iniciado un régimen de actividad física, este se debe llevar a cabo de forma regular, por lo menos cuatro veces a la semana, dos horas después de comer para que se puedan ver los beneficios.

Duran et. al., (1999) mencionan que al realizar cualquier tipo de actividad física se tomen en cuenta las siguientes recomendaciones:

- a) Mida sus cifras de glucosa antes y después del ejercicio, a fin de prevenir complicaciones.
- b) Supervise el estado de sus pies, antes y después del ejercicio, pues no debe tener ampollas, cortaduras o una coloración distinta.
- c) Tome bastante agua y/o bebidas sin azúcar, antes, durante y después del ejercicio, para evitar deshidratación.

- d) Utilice zapatos cómodos y calcetines de algodón
- e) Comience sus ejercicios lentamente e invierta poco tiempo para el deporte
- f) Aumente poco a poco el tiempo de sus ejercicios, sin excederse
- g) Procure hacer ejercicio diariamente, aunque puede hacerlo de cuatro a cinco días a la semana, lo cual será suficiente
- h) Intente llevar a cabo los ejercicios en un mismo horario
- i) Elija distintos lugares para hacer los ejercicios
- j) Dondequiera que vaya lleve una bolsa con fruta dulce, para consumirla cuando sienta que las cifras de glucosa bajan considerablemente (hipoglucemia)
- k) Cuando salga, lleve su credencial y una tarjeta en la cual se señale que es diabético, la dosis de insulina o hipoglucemiantes que utiliza, los síntomas y lo que debe hacerse en caso de hipoglucemia e hiperglucemia, así como su número telefónico y su domicilio.

Por regla general, una alimentación saludable y la práctica regular de ejercicio son suficientes para lograr un adecuado control del azúcar y grasas en la sangre. Sin embargo, en ocasiones es necesario recurrir al uso de medicamentos que favorecen las acciones de la insulina, regulando la absorción de nutrientes.

### **Tratamiento Farmacológico**

El tratamiento farmacológico de la diabetes tipo 2 consiste en estimular la producción de insulina endógena y en casos extremos suministrar insulina exógena.

Algunos de los medicamentos utilizados para el control son:

## 1. Hipoglucemiantes Orales



\*

Son agentes sintéticos que se administran por vía oral para estimular la secreción de insulina en pacientes diabéticos que tienen cierta actividad de las células beta. “Son útiles en pacientes que presentan diabetes

después de los cuarenta años de edad y no se consigue el control de la glucemia con ejercicio y las modificaciones alimenticias recomendadas. Deben utilizarse como último recurso y evitarse lo más posible ya que exprimen al páncreas y el abuso en su uso, puede terminar con la reserva insulínica pancreática” (Curso Especial de Diabetes Mellitus, llevado a cabo el 6 de Diciembre de 2003”, por el Dr. González Aragón del Instituto Mexicano de Estudios en Longevidad).

Lerman, G. I., (1998), establece que estos fármacos pueden tener tres mecanismos de acción antidiabética:

- a) promover una mayor secreción pancreática de insulina,
- b) mejorar la sensibilidad del organismo a la acción de la misma y
- c) retardar la absorción intestinal de los carbohidratos.

Existen dos tipos fundamentales de hipoglucemiantes orales: las sulfonilureas y las biguanidas.

## 2. Antihiperoglucemiantes

Son medicamentos que disminuyen la absorción gastrointestinal de carbohidratos lo cual a su vez reduce la concentración de azúcar en la sangre.

### 3. Insulinas



Se utiliza en personas con diabetes tipo 1 (diabetes juvenil) como único recurso, y en personas con diabetes tipo 2 que dejan de responder a los medicamentos orales a pesar de llevar bien todas las indicaciones para el

control. Su uso requiere que la persona sepa autocontrolarse la glucemia y sea capaz por sí sólo, de llevar un control adecuado bajo supervisión.

La lipodistrofia, la resistencia a la insulina y las reacciones de hipersensibilidad, se encuentran entre los efectos adversos que se han asociado con las insulinas (básicamente de origen animal). Otros riesgos ante su uso son hipoglucemias, cambios en la piel (enrojecimiento, inflamación y prurito), coma y shock.

La toma de medicamentos no substituye de manera alguna, al plan de alimentación o la práctica de ejercicio. Como lo menciona la NOM-015-SSA2-1994, 2001:

11.3.7 Si después de prescribir el manejo farmacológico se cumplen las metas del tratamiento con la aplicación combinada de ambos tipos de medidas, el médico tratante establece un plan para que, de acuerdo con el curso clínico del paciente, los fármacos se utilicen de manera auxiliar y, de ser posible, se logre el control exclusivamente mediante las medidas no farmacológicas.

Por lo que el médico que haya prescrito agentes orales, como apoyo a personas que no lograban el control con un plan alimenticio y ejercicio, deberá de ir retirando poco a poco el medicamento hasta que la persona logre el control con la ausencia de éste.

Las acciones para controlar la diabetes, no debieran representar un gran problema, ya que son medidas al alcance de la gente. Sin embargo la enfermedad aún no ha podido ser controlada, como lo muestran las



estadísticas antes presentadas, en las que se observa un incremento en el número de personas que padecen y perecen por causa de esta enfermedad en nuestro país, haciendo evidente que se enfrenta un problema más complicado de lo que parece.

La magnitud del problema es tal, que hoy en día el Gobierno Federal y las Instituciones de Salud Pública, en su intento por disminuir el número de pacientes diabéticos, y a su vez, los costos que demanda la atención a los mismos, han creado toda una serie de estrategias de atención y apego al tratamiento.

### **Estrategias Institucionales de atención a la diabetes**

El Gobierno Federal y las Instituciones de Salud Pública, están conscientes de la magnitud que tiene el problema de la diabetes, debido a los altos costos que genera dar atención a la población diabética y a la tasa de mortalidad cada vez más ascendente por esta causa.

Con la finalidad de solucionar este problema de salud pública, se han implementado una serie de estrategias institucionales, que van más allá del tratamiento médico. En dichas estrategias se han hecho participes diferentes disciplinas como: la medicina, enfermería, psicología, trabajo social, entre otras.

En el marco institucional se han puesto en práctica principalmente dos estrategias para controlar el problema de la diabetes: la educación para la salud y la adherencia terapéutica.

### **Educación para la Salud.**

De acuerdo con NOM-015-SSA2-1994, 2001, se define como:

3.20 Educación para la Salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información,

desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual y colectiva.

Su principal objetivo es promover la salud a través de información dirigida a diferentes colectivos. Según esta misma norma (NOM-015-SSA2-1994, 2001):

8.2.5.1 La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Enseñanza en Salud debe establecer en la coordinación con las instituciones educativas, programas de información a la población estudiantil sobre los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles frecuentes...

8.2.5.2 las actividades de educación para la salud se deben dirigir principalmente a los niños, a los jóvenes y a los individuos de alto riesgo de desarrollar diabetes.

8.2.5.4 Se debe promover el desarrollo de factores para el control de la enfermedad, como son el control de peso, la practica de actividad física y una alimentación saludable de acuerdo a las características de las regiones donde viven.

Lo anterior hace suponer que la Educación para la Salud, es una estrategia ideal, que aunada a otras, podría prevenir y reducir los índices de incidencia de diabetes, en México y en cualquier parte del mundo. Sin embargo esto no ha sido posible debido a que la forma como se lleva a cabo ésta estrategia no es la más apropiada. Tal como lo indica Mercado (1996) “el típico marco teórico educativo de los programas actuales de educación de la diabetes no describen acertadamente, ni dan cuenta o explican la experiencia de vivir con la diabetes”(p.35).

Como ejemplo basta citar la escena de cualquier sala de espera de una institución hospitalaria. En ella podemos ver a un grupo de usuarios, a los cuales, por lo general, les aqueja un malestar, están esperando tener noticias de un familiar, etc. Aunado a estas condiciones el personal de salud presenta la información de forma poco didáctica, utilizando términos técnicos, que la gente desconoce, poniendo a las personas en un plano de ignorantes, inexpertos, aprendices, etc., sin tomar en cuenta

que es la persona quien vive con la enfermedad y la experimenta día a día, ya sea directa o indirectamente (Mercado 1996).

Ante esto Mustard, S. (1980), menciona, “la tendencia a emplear términos técnicos es muy grande, no sólo porque expresan precisamente lo que se quiere decir, sino porque muchos trabajadores sanitarios parecen pensar que el uso de dichos términos es un símbolo de erudición” (p.73).

Este mismo autor sugiere tomar en cuenta, una serie de elementos, antes de iniciar cualquier programa de educación para la salud:

a) Se necesita una base científica para el material presentado, la información dada debe ser no solamente sólida, sino también constructiva y aplicable.

b) La información presentada debe estar expuesta en términos comprensibles. Se debe evitar siempre el uso de términos técnicos.

Unido a esta necesidad de sencillez, está el no presentar a un grupo, al mismo tiempo, demasiados detalles acerca de un tema, ni demasiados temas diferentes. Existe un límite definido para la capacidad de asimilación del auditorio.

c) Comunicar estímulo e información al público, o a un grupo particular al cual está dirigido el programa. Los medios de comunicación para lograrlo son varios; pueden ser tan simples como un mimeógrafo o tan complejos como un espectáculo de televisión.

d) Se deben tomar en cuenta los recursos y el personal con que se cuenta. En cuanto al personal es importante que el coordinador del programa sea una persona competente, con imaginación y energía. Dicha persona puede vencer casi todas las dificultades, mientras que sin él, o sin ella, los mejores recursos y teorías permanecen estáticos. El educador de salud bien preparado, con personalidad, sólidos

conocimientos generales y fina perspectiva, tiene las cualidades de líder, la habilidad para obtener comprensión y la participación de otros trabajadores que laboran en campos afines.

e) Se debe contar con un equipo de ciencias y disciplinas entre las cuales están:

1. Medicina. Ya que los hechos básicos sobre salud y enfermedad, naturalmente, se derivan de esta fuente y de sus ciencias colaterales: fisiología, nutrición, microbiología, diagnóstico, terapéutica, etc.
2. Educación. El arte y la ciencia de la pedagogía contribuyen a la educación para la salud mostrando cómo aprende la gente y proporcionando los métodos de enseñanza.
3. Psicología. Tanto en la teoría como en la práctica, es esencial que los programas de educación sanitaria presten debida atención a los factores que determinan que las personas, individual o colectivamente, actúen o reaccionen en la forma en que lo hacen. Los principios básicos, a este respecto, proceden del campo de la psicología, y son utilizados en mayor o menor grado por quienes laboran en educación para la salud.
4. Artes y letras. El arte de escribir con claridad es indispensable, ya que la educación para la salud utiliza mucho la palabra escrita. Rara vez se necesita presentar material en el estilo de un ensayo; pero son esenciales la claridad, la concisión, la sencillez y el saber interesar, cualidades similares a las que se aprecian en un buen artículo de periódico o de revista.
5. Publicidad y propaganda. Aunque la educación para la salud no trata de imitar los métodos de presión y exageración que algunas

veces utiliza la publicidad comercial, puede aprender de ésta muchos medios prácticos.

Estos elementos pueden llegar a parecer burdos y de poca importancia, sin embargo, el no tomarlos en cuenta al elaborar campañas de prevención y atención a problemáticas tan severas como la diabetes hace que los objetivos para lo cual fue creada la educación para la salud fracasen.

### **Adherencia Terapéutica**

Otra de las estrategias implementadas en el marco institucional y el personal de salud, para reducir la tasa de incidencia de la diabetes, surge de lo difícil que les resulta, a las personas, seguir las indicaciones del médico, ya que se podría suponer que siguiendo dichas indicaciones la enfermedad podría controlarse y/o incluso prevenirse (NOM-015-SSA2-1994, 2001).

Algunos profesionales de la salud se han dado a la tarea de implementar estrategias terapéuticas con la finalidad de que las personas con diabetes sigan el tratamiento médico tal y como éste se los indica, es decir cumplan o se adhieran al tratamiento.

Muchos han sido los términos utilizados para llamar a este objetivo, desde el punto de vista terminológico existe cierta confusión entre adherencia, cumplimiento, anuencia, apego, cooperación, colaboración, alianza terapéutica, observancia terapéutica y obediencia entre otros, los cuales han sido utilizados de manera indistinta por diferentes autores.

En la bibliografía anglosajona se han utilizado, habitualmente, dos términos para referirse a poner en práctica las recomendaciones de salud y/o terapéuticas: “COMPLIANCE”, cumplimiento y “ADHERENCE”, adhesión o adherencia.

De acuerdo a Ferrer (1995) “Se sugiere que el término “COMPLIANCE” suele emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente al seguir las instrucciones y recomendaciones de los profesionales de la salud” (Ferrer, 1995 p. 37).

La definición más clásica y más frecuentemente recogida sobre el cumplimiento terapéutico es la que proporciona Haynes, (1979, citado en Ferrer, 1995) que lo define como “la medida en que el comportamiento de la persona coincide con las instrucciones médicas o de salud que se le han dado”. Implicando un rol pasivo y sumiso, donde el enfermo es incapaz de tomar sus propias decisiones y sigue fielmente las directrices que se le proporciona por lo que, en su sentido más amplio, el incumplimiento terapéutico sería la falta de seguimiento de las recomendaciones médicas es decir, la explicación del fracaso se busca en los propios pacientes.

Se sugiere que “el término “ADHERENCE” hace referencia a una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutua acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico o deseado” (DiMatteo y DiNicola, 1982; citado en Ferrer, 1995 p.38).

Los pacientes se adhieren a un plan del cual ellos participaron en su elaboración, están de acuerdo y han aceptado la importancia de realizarlo.

Ginarte (2001) explica los términos cumplimiento y adherencia como el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad. Aquí cabe aclarar que la adherencia terapéutica implica una gran diversidad de conductas, que ha hecho que sea considerada como un fenómeno

múltiple y complejo. Como lo mencionan Ferrer (1995) y Zaldívar (2003). “La adherencia terapéutica es un concepto que hace referencia a una gran diversidad de conductas, entre las que se incluyen aceptar tomar parte en un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones del mismo, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables, etc.” (Ferrer, 1995; Zaldívar, 2003).

La adherencia puede ser considerada como un complejo proceso de autorregulación que comprende las tres etapas siguientes (Zaldívar, 2003):

1. Acuerdo inicial del paciente con el programa presentado por el facultativo y su puesta en práctica.
2. Seguimiento continuado.
3. Incorporación al estilo de vida de conductas saludables.

No obstante, de todas las discusiones teóricas que se han dado alrededor de la adherencia, un hecho innegable ha sido que ésta no ha tenido éxito en el control de la diabetes, como evidencia basta ver las estadísticas mencionadas anteriormente, en donde la tasa de incidencia de personas con diabetes y la muerte por sus complicaciones es cada vez mayor. En contraste con lo mencionado por Vergel (1995, citado en Ginarte, 2001), el cual dice que “a pesar de constituir un tema joven dentro de las ciencias de la salud han sido numerosos los estudios desarrollados en esta dirección, resultando útil su aplicación en todo tipo de problema de salud”.

Efectivamente, para el personal de salud ha sido muy importante invertir grandes cantidades de dinero en investigaciones mediante las cuales pretenden descubrir aquellos factores que hacen que las personas no sigan el tratamiento, ya que para ellos “en el momento actual este

tema tiene gran trascendencia debido a su importancia sobre todas las enfermedades crónicas, pues no sólo ese incumplimiento es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de asistencia sanitaria” (Ginarte, 2001).

De dichas investigaciones, Crespo (1997) menciona que existen múltiples factores influyentes en la adherencia terapéutica clasificados de la manera siguiente (citado en Ginarte, 2001):

- Los relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la salud.
- El régimen terapéutico.
- Las características de la enfermedad.
- Los aspectos psicosociales del paciente

Al respecto el Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez (2000) da una explicación por la cual las personas con diabetes no siguen el tratamiento médico. Refiere como un factor determinante la confrontación de dos culturas durante el tratamiento: la cultura médica institucional y la cultura de la persona con diabetes, señala:

“Cada cultura realiza ciertos enfoques de lo infinitamente posible y hace que otros resulten imposibles o incomprensibles, esto es, que nos encontramos con un marco cultural diferente, lo que lleva a un desafío por que los médicos solicitan realizar cambios culturales en sus pacientes, pero dichos cambios, son muy radicales para la persona con diabetes por que la forma de explicarse el mundo y por ende la forma de conducirse ante él es completamente antagónica a la propuesta por su interlocutor” (Cardoso, 2000 p.112).

Ante estas condiciones resulta inevitable un cuestionamiento: si se tiene conocimiento de los factores de riesgo que favorecen a la aparición de la diabetes, del proceso evolutivo de la misma y del tratamiento necesario para su control y prevención de sus complicaciones y además



se cuenta con los recursos terapéuticos suficientes y estos están al alcance de la persona enferma ¿por qué continúa en aumento la tasa de incidencia de la diabetes causando grandes estragos en las personas que la padecen y en sus familias?

Posiblemente esto se deba a que a pesar de que la NOM-015-SSA2-1994 dice que el manejo inicial del enfermo se hará mediante medidas no farmacológicas y que el manejo farmacológico se iniciará sólo en caso de que no se alcancen las metas del tratamiento. La persona con diabetes es referida al médico y lo que hace éste es prescribirle, básicamente, hipoglucemiantes orales, y solo en pocas ocasiones indica, cambiar su alimentación e incrementar la cantidad de actividad física. “Desde la perspectiva de los profesionales del modelo médico dominante...la finalidad de su tratamiento es eliminar los signos y síntomas de los pacientes y prevenir las complicaciones futuras. Para tal fin, se hace uso de las habilidades clínicas adquiridas y se confía en la incorporación de los medicamentos y de la tecnología cada vez más avanzada” (Mercado, 1996, p. 14).

Si la persona no logra bajar sus niveles de glucosa se dice que ella es la única responsable por no seguir las órdenes del médico, dejando de lado factores como su cultura, el medio social en el que vive y los diferentes estados emocionales que impactan de manera directa e indirecta sobre ellas (Cardoso, 2000; Mercado, 1996).

## Capítulo 3

### Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinario (DUPAM)

Paradójicamente, todo lo que se ha hecho para la prevención y tratamiento de la diabetes (apego y/o adherencia al tratamiento médico como son: dieta balanceada, ejercicio físico e hipoglucemiantes orales e insulina externa como auxiliares; las campañas de salud que se basan en hacer educación para la salud, etc.) no han sido suficientes.

Ante la necesidad de prevenir, atacar y regular un problema tan severo, como es la diabetes se ha creado un modelo de atención multidisciplinaria a la diabetes tipo 2 (ver Fig. 1, pág. 49), llamado *Diabetes: un programa de atención multidisciplinaria* (DUPAM). Dicho modelo incluye un plan de intervención diseñado para la población que tiene acceso a los servicios de la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas, ubicada en Cd. Nezahualcoyotl. Se da atención únicamente a las personas con diabetes tipo 2, sin complicaciones agudas y/o tardías así como a familiares por predisposición, debido a que la Clínica Multidisciplinaria es una institución que funciona al primer nivel de atención a la salud<sup>5</sup>.

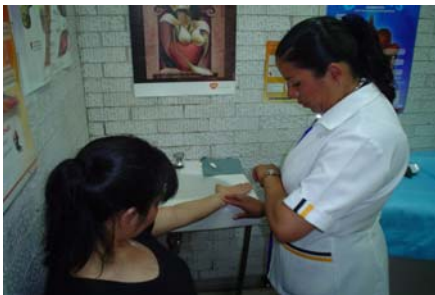
---

<sup>5</sup> Primer nivel de atención, hace referencia a que se brinda atención a personas que no presentan patologías agregadas y que no requieren hospitalización. Barquin M. y cols. (1999) Lo define como el conjunto de recursos para la salud organizados para satisfacer eficaz, eficiente y oportunamente las necesidades de salud más frecuentes y sencillas de toda la población de un área geográfica determinada (p. 875).

El DUPAM se basa en un plan de intervención que constituye una alternativa al modelo de atención tradicional unidisciplinario. El modelo de atención multidisciplinario favorece una intervención lo más completa posible que permite a la persona con diabetes llevar un control integral de su enfermedad, retardando y/o eliminando la aparición de las consecuencias y en las personas predisponentes permite disminuir las condiciones que favorecen el desarrollo del padecimiento. Éste programa comprende la participación de prestadores de servicio social y profesores de las carreras de Enfermería, Medicina, Cirujano Dentista y Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México.

### Definición de Multidisciplina

El modelo de atención del DUPAM es multidisciplinario, pero ¿a que se hace referencia cuando se habla de multidiscipliplina?

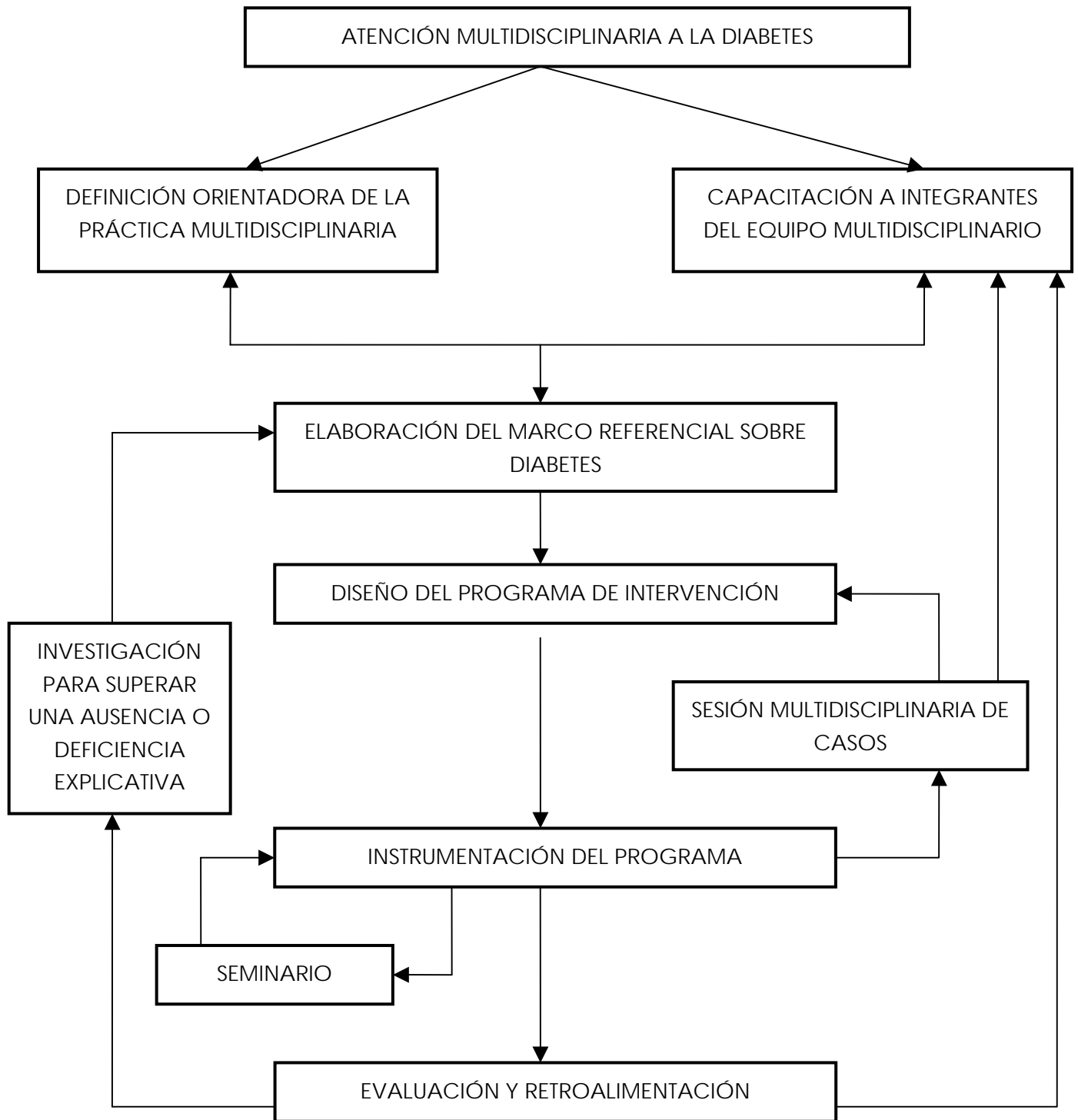


Existe una variada conceptualización de multidiscipliplina, lo cual hace que el principal obstáculo al respecto radique en que existen varias definiciones, algunas de ellas contradictorias. Diferentes nombres de conceptos hacen referencia a la misma definición, lo que genera confusión en



# D U P A M

## MODELO PARA LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA A LA DIABETES





cuanto a la práctica multidisciplinaria (Cardoso y Figueroa, 2002).



Un tipo de definiciones consideran que la multidisciplinaria establece la relación entre las disciplinas. Dicha relación implica fundamentalmente compartir información, por ejemplo:

Para Apostel, (1975) la multidisciplinaria ocurre cuando la solución a un problema requiere obtener información de más de una ciencia sin que las disciplinas que contribuyen cambien o se enriquezcan.

Para Ribes, (1979 y 1980) la multidisciplinaria es la acción que reúne paralela pero convergentemente a disciplinas diferenciadas sobre un mismo objeto compartido al nivel de acción por cada una de ellas. La multidisciplinaria plantea los niveles de acción conjunta y coordinada de conceptos, metodologías y técnicas de distintas disciplinas en un mismo campo de problemas, sin que pierdan la identidad original que las configura como disciplinas, es decir, la multidisciplinaria es la actividad donde diferentes disciplinas actúan en el ámbito práctico ante un mismo objeto.

Asimismo para Alonso (1985) la multidisciplinaria parte de un enfoque teórico-práctico, donde importa igualmente el porqué y el cómo, la comprensión del problema y la manera de transformar la realidad.

Para Jiménez, Hernández, Galicia y Ortega (1998), es un modelo educativo que propicia la interacción de diversas disciplinas, que se

relacionan en el campo del ejercicio profesional desde las aulas universitarias, a fin de acercarse lo más posible a la realidad, contemplando la solución de problemas con una perspectiva de abarcar todos los enfoques necesarios desde los diversos conocimientos contenidos en ciencias de diversa clasificación (Citado en Cardoso y Pérez, 1998).

La definición de multidisciplinaria empleada en el DUpAM es:

Interacción concertada, de diferentes profesionales a través de la utilización de sus cuerpos teóricos disciplinarios, para la explicación, comprensión y solución de un problema. Espacio de problematización disciplinaria para superar, por medio de la investigación una ausencia o deficiencia de capacidad explicativa y comprensiva (Cardoso, 1999, pp. 35-36).

Basado en este concepto de multidisciplinaria, el DUpAM lleva a cabo un programa que consta de cuatro etapas. “En la primera se cubren tres condiciones antecedentes y necesarias en la instrumentación del programa: un consenso sobre el concepto de multidisciplinaria y capacitar a los integrantes del equipo, tanto en el manejo de la diabetes, como en el desarrollo de habilidades multidisciplinarias” (Cardoso y Figueroa, 2002 p.1).

En la segunda etapa se elaboran el marco conceptual multidisciplinario y el programa de intervención, donde el marco conceptual sirve como referencia para el programa de intervención, el cual se diseña con base en estrategias de atención multidisciplinaria.

En la tercera etapa se instrumenta el programa de atención disciplinaria a los enfermos, según requiera cada caso. Se realizan sesiones multidisciplinarias de caso en donde se discute y analizan los problemas que presenta cada una de las personas atendidas.



Es en estas sesiones donde se generan las estrategias de atención multidisciplinaria conforme lo requiera cada una de las personas y se realiza la retroalimentación al programa de intervención.

En esta etapa también, se efectúan sesiones grupales tanto con las personas con diabetes como con sus familiares. Se proporciona educación para la salud sobre la diabetes, el manejo y prevención de complicaciones, se entrena a las personas en el manejo de la relajación muscular, se imparten actividades de ejercicio físico y se realizan ejercicios reflexivos ante eventos de su vida cotidiana, todo esto se lleva a cabo mediante la aplicación de diversos subprogramas.

Finalmente en la cuarta etapa, por medio de la retroalimentación, se hace una evaluación tanto a las personas con diabetes con respecto al control de la misma como al manejo del tratamiento por parte de los prestadores de servicio.

El programa de intervención del DVPAM se encuentra dividido en diversos subprogramas:

### **Sensibilización**



Pretende que la persona se haga consciente de su realidad como persona con diabetes. Se le hacen presentes las complicaciones a las que se encuentra predispuesta por la ausencia y/o deficiencia en el control de la enfermedad y se le dan algunas

alternativas de atención y prevención, como las empleadas en el DUPAM, con el fin de involucrarla en su autocuidado y prevenir complicaciones.

### Cuidados para la Salud



Consiste en sesiones informativas mediante las cuales se les proporciona información a los usuarios sobre las principales causas y factores de riesgo que propician la aparición de la enfermedad (son despejadas dudas sobre el porque ellos son ahora personas con diabetes); los cuidados básicos que requieren: cuidados del pie, aseo diario, cuidado de la piel, cuidado bucal, técnica de cepillado, etc.; las principales complicaciones que se pueden presentar a causa de un deficiente control y como lograr la prevención de las mismas; la importancia de tener un control nutricional; los ejercicios adecuados y la importancia de llevar a cabo algún tipo de actividad física; la importancia de tener un adecuado control del estrés y el papel que juega la relajación en él mismo; entre otros aspectos.



Esta información es proporcionada de manera didáctica recurriendo al uso de apoyos visuales, sociodramas, representaciones teatrales y talleres en los cuales las personas participan de manera activa.



### Diabetes: Una Oportunidad a la Vida

Es una intervención psicológica para modificar creencias y valores relacionados con la diabetes. Pretende que las personas con diabetes modifiquen creencias, valores y pensamientos, por medio de creencias alternativas, logrando así, un mejor manejo de la diabetes, y de sus niveles de glucosa en sangre.



Mediante la aplicación de cada uno de estos subprogramas, el tratamiento médico, odontológico y psicológico; el control nutricional, el ejercicio y las técnicas de relajación; las personas que asisten al DUPAM han logrado disminuir sus niveles de glucosa en sangre, llegando algunas

al control total. Sin embargo no todas han logrado este objetivo tan satisfactoriamente, incluso algunas de estas personas han sufrido recaídas, que aunque no han sido muy alarmantes, crean la necesidad de generar un programa donde se sistematicen y se hagan evidentes los recursos, habilidades y valores de las personas con diabetes, que favorecen al control de la enfermedad, en base a su experiencia de vivir con esta enfermedad.

## Capítulo 4

### FENOMENOLOGIA

Durante siglos, el positivismo, ha sido la filosofía dominante, dicha filosofía entabla la concepción del mundo como objeto que debe ser estudiado por una ciencia objetiva y distanciada de éste, en su base filosófica.

La investigación positivista, empleada tradicionalmente en el estudio de los seres humanos desconoce muchos aspectos cruciales del ser humano como agente y como persona, por tal motivo, tiene algunas limitaciones cuando se estudian los fenómenos humanos debido a que el ser humano no puede ser interpretado y conocido únicamente por una ciencia basada en la recolección o medición y verificación de datos brutos. La persona no puede ser tratada científicamente en la misma forma que se trata al ser biológico. El positivismo ignora la forma en que las personas son constituidas y moldeadas por sus experiencias, la cultura, el lenguaje y las comunidades en las cuales vive (Castillo, 1999).

En Ciencias Sociales existe una estrategia metodológica que ha cobrado un especial auge en los últimos años denominada genéricamente como investigación cualitativa (Scribano, 2000), la cual, es más apropiada para entender y describir aquellos fenómenos humanos que interesan a los Psicólogos Sociales y que se conocen poco (Castillo, 1999). Esta modalidad de hacer investigación ha echado mano

de métodos o aproximaciones tales como la fenomenología y el método fenomenológico.

La fenomenología y su método nacieron y se desarrollaron para estudiar las realidades cuya naturaleza y estructura peculiar sólo pueden ser captadas desde el marco de referencia interno del sujeto que las vive y experimenta (Martínez, 2001).

Sus raíces hay que situarlas en la escuela de pensamiento filosófico creada por Husserl en los primeros años del siglo XX. Para Husserl, la tarea de la fenomenología es construir a la filosofía como una ciencia rigurosa, de acuerdo con el modelo de las ciencias físico-naturales del siglo XIX, pero diferenciándose de ésta por su carácter puramente contemplativo (Rodríguez, Gil, J. y García, E., 1999).

La fenomenología es el estudio de los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por el hombre, su énfasis primario está puesto en el fenómeno mismo, en lo que se presenta y revela a la propia conciencia y del modo como lo hace con toda su concreción y particularidad. La fenomenología no desea excluir de su objeto de estudio nada de lo que se presenta a la conciencia, sin embargo, desea aceptar sólo lo que se presenta y, precisamente así como se presenta, se centra en el estudio de realidades vivenciales que son poco comunicables, pero que son determinantes para la comprensión de la vida psíquica de cada persona (Martínez, 2001).

Para Bullington y Karlson (citado por Tesch, 1990, p. 49) “la fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad”<sup>6</sup>.

Van Manen (citado por Mélich, 1994) define a la fenomenología como el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad (entiéndase por esta, la experiencia no conceptualizada o

---

<sup>6</sup> Para Güel (2001), la subjetividad es aquella trama de percepciones, aspiraciones, memorias, saberes y sentimientos que nos impulsa y nos da una orientación para actuar en el mundo.

categorizada). Es la explicación de los fenómenos dados a la conciencia, el estudio de las esencias (ya que se cuestiona la verdadera naturaleza de los fenómenos); la descripción de los significados vividos, el estudio científico-humano de los fenómenos, la práctica atenta de las meditaciones, la exploración del significado del ser humano y el pensar sobre la experiencia originaria.

Giorgi (1984, citado en Martínez, 2001) menciona que la fenomenología es descriptiva y reflexiva; no es sólo vivencial, ya que trata de entender el mundo y sus objetos como son experimentados internamente por las personas, sin llegar a ser un mero estudio de casos individuales.

Para Castillo (1999) la fenomenología está interesada en entender los fenómenos en sus propios términos mediante el descubrimiento y entendimiento de significados, hábitos y prácticas del ser humano, se fundamenta en los siguientes supuestos filosóficos sobre la persona:

1. Los seres humanos tienen mundo
2. La persona es un ser para quien las cosas tienen significado. La significancia o significado de las cosas se basa en las distinciones cualitativas reconocidas por la persona en su vida diaria, las cuales son moldeadas por la cultura y el lenguaje.
3. Los seres humanos son seres autointerpretativos ya que expresan y actúan frente a lo que están comprometidos o les interesa.
4. Ser humano es tener una inteligencia corporal que hace posible involucrarse hábilmente en las situaciones.
5. La persona es un ser temporal

La fenomenología busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, de ahí que el fenomenólogo intenta ver las cosas

desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando.

El fenomenólogo quiere entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor. Examina el modo en que se experimenta el mundo por lo que la realidad que importa es lo que las personas perciben como importante (Taylor, 2000). Para el fenomenólogo, la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo. La tarea del fenomenólogo es aprehender este proceso de interpretación, intentando ver las cosas desde el punto de vista de otras personas.

Para Mercado (1996) uno de los temas de interés entre quienes se adscriben a la fenomenología es el estudio de las prácticas interpretativas de los sujetos acerca de la naturaleza de la experiencia vivida y el orden social de la vida diaria a partir de un conjunto de suposiciones subjetivas, es decir, su objeto de estudio. Es la forma como los hombres comunes de una sociedad construyen y reconstruyen el mundo de la vida diaria a través del conocimiento y la interacción, y especialmente cómo proceden para producir y experimentar la vida diaria.

Siguiendo a este autor, otra característica de esta corriente radica en admitir que los significados subjetivos de los actores sobre el mundo de la vida se sustentan en un “conjunto de conocimientos” que comparten con los demás, compuestos por construcciones y categorías del sentido común cuyo origen es de naturaleza social.

El método fenomenológico se centra en el estudio de realidades vivenciales que son poco comunicables, pero que son determinantes para la comprensión de la vida psíquica de cada persona. Podemos decir que este método es el más adecuado para estudiar y comprender la

estructura psíquica vivencial que se da, por ejemplo en una persona que padece una enfermedad crónica como la diabetes (Martínez, 2001),

Apps (1991) presenta el método fenomenológico como el desarrollo de seis fases:

1. Descripción del fenómeno. A partir de la experiencia concreta se describe de la manera más libre y rica posible sin entrar en clasificaciones o categorizaciones.

2. Búsqueda de múltiples perspectivas. Se pueden obtener distintas visiones, del investigador, de los participantes, de agentes externos. Se trata de obtener toda la información posible desde diferentes perspectivas y fuentes incluso cuando son contradictorias.

3. Búsqueda de la esencia y la estructura. El investigador intenta captar las estructuras del hecho, actividad o fenómeno objeto de estudio, y las relaciones entre las estructuras y dentro de las mismas.

4. Constitución de la significación. El investigador profundiza más en el examen de la estructura, centrándose en como se forma la estructura de un fenómeno determinado en la conciencia.

5. Suspensión de enjuiciamiento. Se caracteriza por la suspensión de los juicios mientras se recoge la información y el investigador se va familiarizando con el fenómeno objeto de estudio. Se trata de distanciarse de la actividad para poder contemplarla con libertad, sin las construcciones teóricas o las creencias que determinen una manera u otra de percibir.

6. Interpretación del fenómeno. Se trata de sacar a la luz los significados ocultos, tratar de extraer de la reflexión una significación que profundice por debajo de los significados superficiales y obvios presentados por la información acumulada a lo largo del proceso.

Martínez (2001) clasifica el mismo método en una serie de etapas y pasos:

- Etapa previa: clarificación de los presupuestos. Consiste en reducir los presupuestos básicos a un mínimo y tomar plena conciencia de la importancia de aquellos que no se pueden eliminar.
- Etapa descriptiva: pretende lograr una descripción completa y no prejuiciada del fenómeno, que refleje la realidad vivida por cada sujeto, su mundo y su situación. Esta etapa se divide en tres pasos:
  1. elección de la técnica o procedimiento apropiado
  2. realización de la observación, entrevista, cuestionario o autorreportaje
  3. elaboración de la descripción protocolar
- Etapa estructural: el trabajo central de esta etapa es el estudio de las descripciones contenidas en los protocolos, esta se lleva a cabo en seis pasos:
  1. lectura general de la descripción de cada protocolo
  2. delimitación de las unidades temáticas naturales
  3. determinación del tema central que domina cada unidad temática
  4. expresión del tema central en el lenguaje científico
  5. integración de todos los temas centrales en una estructura descriptiva
  6. integración de todas las estructuras particulares en una estructura general
  7. entrevista final con los sujetos estudiados.
- Discusión de los resultados: El objetivo de esta etapa es relacionar los resultados obtenidos en la investigación para compararlas,



contra ponerlas, entender mejor las posibles diferencias y llegar a una integración mayor.

Como se puede observar el procedimiento metodológico será oír detalladamente casos similares o análogos, describir con minuciosidad cada uno de ellos y elaborar una estructura común representativa de esas experiencias vivenciales, las cuales serán un modo de conocimiento que nos ayudará a comprender esos estados que nosotros no hemos vivido y que quizá jamás viviremos.

## Capítulo 5

### ARQUEOLOGÍA VIVENCIAL

La diabetes es una enfermedad multifactorial, en la cual los impactos emocionales tienen una estrecha relación con el principio de su sintomatología. Los conflictos psicológicos influyen como factores que causan “descontrol” y participan como elementos precipitantes de cuadros de cetosis y acidosis, ya que el estrés emocional produce liberación de adrenalina la cual tiene un efecto hiperglucemiante.

El comienzo de la diabetes está casi siempre señalado por la presencia de factores estresantes que con su bombardeo incesante acaban por disminuir la capacidad de ajuste y adaptación al cambio de la persona, lo que hace que unido al esfuerzo adaptativo demandado por el comienzo de la enfermedad se determine la aparición de estados clínicos como el desvalimiento y la desesperanza (*helplessness and hopelessness*), caracterizados por la incapacidad para proyectarse hacia el futuro, la presencia de un autoconcepto negativo, la incapacidad para poner en marcha las habilidades necesarias para afrontar los conflictos, las dificultades para restablecer sus relaciones objetales y una excesiva atención cargada de afecto hacia el pasado (Engel y Schmale, 1967, citado en Aguiliano, 1994).

“La diabetes es una circunstancia de vida en la que se necesita regular mediante actos voluntarios el equilibrio interno del cuerpo (la

homeostasis), algo que en condiciones normales nuestro sistema nervioso (sensaciones, percepciones, etc.) y endocrino (hormonal) regulan sin necesidad de ayuda” (Vázquez, 2002 p.17).

La diabetes es un cambio brusco y repentino en el equilibrio y el modo de vida del ser humano. Una persona con esta enfermedad cae en un estado al que se llamará “de obsolescencia”, en el cual ha quedado fuera del contexto en relación a su medio ambiente, ha fracasado en su capacidad de adaptación en un ambiente que ha cambiado, debido a una dificultad para adaptarse a dicho cambio, entiéndase por este, el ser diabético. Por lo que estas personas requieren:

1. Crecimiento por medio de cambio y adaptación, para enfrentarse al medio ambiente mutante.

2. Cambiar el medio interno (percepciones, valores y creencias) a uno que sea compatible con las necesidades que implica el cambio.

El bienestar de la mente y del cuerpo están en completa relación, como lo mencionó Avicena “Nada hace mejor al cuerpo que el bienestar del espíritu” o el helenismo “mente sana en cuerpo sano” y “conócete a ti mismo” (Sócrates). Precisamente esto es lo que implica la diabetes: vivir con diabetes es aprender a vivir saludablemente, conociéndose a sí mismo, aceptándose y conociendo cómo funciona el cuerpo.

La conciencia y conocimiento de sí mismo y de sus necesidades de crecimiento y trascendencia no es más que el interés por su salud corporal, emocional y mental, condición sin la cual nunca se podrá llegar a ser una persona vital. Entiéndase por ésta, una persona con la energía y motivación que la mantiene no sólo viva, sino en constante crecimiento, desarrollo y actualización de sus potencialidades (Casares, 1989).

El hecho de ser vitales implica algo más que estar vivos, es crecimiento y realización de sus potencialidades en lo físico, espiritual,

social, profesional, económico, etc. Requiere de mantener un nivel de energía basado en un estado de buena salud, con un adecuado funcionamiento del organismo; tanto en lo físico como en lo psicológico.

Una persona vital es aquella que esta consciente de la importancia de tener una buena alimentación, un régimen ordenado de vida y trabajo así como del mantener un interés en las necesidades que demanda el cuerpo y el espíritu.

“Una persona vital es la que crece, que cambia, que está en proceso de maduración, que aprende, que es consciente y está deseosa de dicho crecimiento, cambio y aprendizaje, que no sólo lo acepta sino lo ve necesario y lo fomenta, viéndolo como el reto más importante al que haya podido enfrentarse en su vida” (Casares, 1989 p. 21).

Son personas con capacidad y actitud de aprender, que tratan de aprender de cualquier experiencia que la vida le ponga enfrente, desde la más insignificante hasta la más trascendente y profunda. Son aquellas personas que dicen “nunca acabaré de aprender”.

Al hablar de aprendizaje se hace referencia al aprendizaje significativo, que no sólo toma en cuenta el conocimiento teórico-conceptual, formal, curricular (conocimiento complementario). Se habla de aquel conocimiento que lleva a una vida sabia y feliz, como lo menciona Maslow (1988) en *El hombre autorrealizado*, este aprendizaje es el que se da en aquellas personas con una actitud de sorpresa o asombro ante los cambios de la vida en donde puede con simplicidad, humildad y sencillez contemplar los fenómenos cotidianos de la naturaleza y de la relación humana, admirándolos una y otra vez, gozándolos con nueva frescura, recreándose con ellos y sacando el fruto que le da la experiencia, aprendiendo y evolucionando con la vida misma.

Es oportuno mencionar la diferencia que hacía Heráclito entre el conocimiento y la sabiduría; el primero, es el cúmulo de datos conocidos por la persona (erudito), la segunda, es la capacidad de ser feliz a partir de lo que la vida me enseña (el sabio). Éste concepto lleva a la concepción de aprendizaje significativo: aquel que ocasiona un cambio interior (actitudes) y que se refleja en nuevos comportamientos (conductas). Si no hay nuevas conductas es que no hubo aprendizaje (Casares, 1989).

La búsqueda del centro y bienestar psicológico y espiritual a nivel personal y familiar; ha dado origen a diversos movimientos que han hecho renacer los intereses por lo auténticamente humano, como el autoconocimiento, la meditación, la vida emocional trascendente y la integración mente-cuerpo. Como ejemplos basta ver las filosofías existenciales, el interés por las escuelas del pensamiento y de la mística oriental, el énfasis en las relaciones interpersonales de la Psicología Humanista, el auge de la dinámica de grupos, el desarrollo organizacional y la novedad de los modelos psicoterapéuticos que integran cuerpo, mente y emoción como la Gestalt y la Bioenergética.

Casares (1989), resume la visión existencial y de necesidades del desarrollo humano donde propone una serie de principios fundamentales:

*1. Ser en desarrollo*

El ser humano es un ser en proceso continuo de desarrollo, cambio y aprendizaje, en el cual la experiencia misma es el centro de la existencia, la posibilidad de vitalidad y crecimiento. Este contacto con la experiencia da sentido a la vida trascendiéndola a través del compromiso existencial.

## *2. El momento vital presente. El aquí y ahora*

La vida se da en el presente, entendido como la experiencia fenomenológica que integra la historia pasada y las potencialidades susceptibles de realizar a futuro. El pasado ya no existe en cuanto tal, sino únicamente como factor de influencia en el crecimiento y desarrollo y que se manifiesta ahora en el presente. El futuro no tiene sentido sino en cuanto a lo que ya se vive de él en el presente. La mayor seguridad de lo que se puede realizar en el futuro es el compromiso existencial presente.

## *3. Vitalidad consciente*

El proceso de conciencia vital, de sentir, conocer y experimentar, debe estar caracterizado por el darse cuenta y ser consciente de lo que sucede dentro y fuera de la persona en un proceso de continua reflexión como un acto de intuición, sensibilidad y razón. Esta conciencia caracteriza lo auténticamente humano, hace de la persona un ser con centro en sí misma y en su contexto.

La conciencia de sí mismo hace posible el auténtico crecimiento y realización personal.

## *4. Énfasis en la relación*

Retomada de la filosofía existencial que ve como única posibilidad de crecimiento y trascendencia la auténtica relación humana. La fenomenología del encuentro, la actitud de empatía hacia el otro, la aceptación incondicional de su ser persona, el diálogo congruente y la comunicación en la formación del nosotros; hace de la relación humana el origen y el fin del crecimiento y de la trascendencia humana.

### *5. Autenticidad*

El ser congruente en la expresión del verdadero yo, de los sentimientos, emociones, ideas, valores, conductas y objetivos vitales, es una condición de encuentro y crecimiento que asegura una relación humana rica y significativa.

Esta autenticidad en la expresión es factor de encauzamiento libre de energía y creatividad que elimina o reduce la tensión y angustia vitales.

Enraizada en esta corriente fenomenológica existencial humanista, de redescubrimiento y crecimiento del hombre, surge Arqueología Vivencial (AV), programa que constituye un estímulo hacia la meditación integradora de la vida presente de cada persona, valores, intereses, capacidades y experiencias.

A partir de esta visión respetuosa y profunda, AV pretende generar un espacio, que promueva en las personas con diabetes vivenciar sus experiencias, ya que de estas surge el aprendizaje significativo. Complementado con el método expositivo del programa cuidados para la salud, donde se brindó información sobre la diabetes, cultivará un sentido de responsabilidad al permitir descubrir la vida más allá del conocimiento, que podrá ser traspolado a áreas de la misma en donde pongan en práctica su experiencia de vivir con diabetes.

AV se basa en el hecho de que la diabetes provoca una deficiencia en la capacidad de adaptación al cambio, una obsolescencia, razón por la cual representa la oportunidad para hacer un cambio en la vida. Un cambio evolutivo a partir del cual las personas pueden crecer y madurar, llegando a ser personas vitales con la capacidad de vivir, aprender, procurándose nuevas experiencias, nuevos valores, nuevos trabajos, nuevos estilos y formas de vida congruentes con sus deseos y posibilidades, siendo ellos los descubridores y constructores de su AV,

entiéndase por esto “que sean los reconstructores del conocimiento a través su propia experiencia”. Y es que contrario a la perspectiva médica entorno a los problemas de los pacientes crónicos, AV insiste en la necesidad de incorporar los conocimientos y experiencias psicológicas y sociales de la persona con diabetes, y porque no, de su familia e individuos cercanos retomando la forma como enfrentan la enfermedad, los tratamientos y los síntomas.

AV es un programa que surge tras la experiencia obtenida a partir del trabajo con personas con diabetes y de la observación de que todas ellas, al enfrentar el cambio que conlleva su enfermedad, llevan acabo numerosas actividades tendientes a tratarla, algunas de estas conductas relacionadas con las indicaciones médicas, pero muchas más derivadas de otras fuentes, como producto de su experiencia previa con la enfermedad, experiencia acumulada a lo largo de meses, años e incluso décadas, es decir de habilidades y recursos que la persona ha generado. Cabe destacar que estos recursos son válidos en torno al éxito que tuvieron para el control de la enfermedad en el marco de los problemas generados en su vida diaria.

AV permite que se reconozca la validez de las interpretaciones, las experiencias y las prácticas, útiles para el control de la enfermedad de las personas, como fenómenos objetivos y válidos.

Más que una moda o un método se propone como un medio a través del cual los participantes tienen la oportunidad de operar con la realidad mediante de la vivencia, la reflexión, la fantasía, la conceptualización y la sistematización del conocimiento. Teniendo una doble tarea: la aplicación como recurso terapéutico y la investigación de los medios expresivos.



Como recurso terapéutico AV logrará que las personas identifiquen, descubran, desarrollen y sistematicen estrategias, que favorecen el control de su enfermedad. Al permitir la expresión de muchas reacciones de sentimiento inmediato de cada miembro hacia los demás y hacia si mismos, logrando una mayor aceptación de la totalidad de su ser (emocional, intelectual y físico) lo que hace posible un cambio en las actitudes y el comportamiento de las personas, cambio que será benéfico para el control de su enfermedad, para evitar la presencia de complicaciones, para aspirar a una vida de calidad y sobre todo para proyectarse una vida futura significativa y en plenitud.

Como herramienta de investigación AV permitirá obtener información del impacto que causa en las personas el padecer una enfermedad crónica, así como el conocimiento de las problemáticas a las que se enfrenta día con día, ya que estas representan obstáculos que dificultan alcanzar el control y chocan con los tratamientos de atención. Por lo que al tener conocimiento de todos estos factores que atañen a la vida de una persona con diabetes, se hace posible, no sólo abrir nuevas directrices de atención en las que el eje principal deje de ser la prescripción de medicamentos, sino que se logrará disminuir la tasa de morbi-mortalidad causada por este padecimiento.

AV consta de 12 ejercicios vivenciales mediante los cuales se resaltan de manera vivencial la experiencia de cada una de las personas, permitiéndoles identificar, descubrir y sistematizar todas aquellas estrategias que han hecho y que les han sido útiles para lograr el control de su enfermedad. Además de fomentar, vivencialmente la creación y descubrimiento de nuevas estrategias.

AV es una herramienta que permitirá conocer de una manera humana y respetuosa todos aquellos recursos que la persona posee para

llegar al control de su enfermedad, rescatando todas aquellas estrategias, conductas, actitudes, sentimientos y habilidades presentes con respecto a la diabetes.

AV es una intervención psicológica que considera diversas áreas: corporal, afectiva, cognitiva, sociocultural, etc. Es un programa que incide en que el conocimiento sea significativo, mediante la utilización de metáforas, fantasías e imaginación, con la intención de atender el problema del control y mantenimiento del control de la diabetes. Ayuda a desarrollar habilidades, recuperar recursos y promover el crecimiento personal, todo esto vivencialmente. Cabe destacar que para lograr lo anterior es necesario ofrecer un ambiente adecuado, facilitador de seguridad, respeto y libertad de expresión.

AV es un tiempo y espacio en el que las personas lograrán construir y se apropiaran del conocimiento. Es un ámbito donde se promueve la integración del sentimiento, del pensamiento y la acción, basados en las experiencias y vivencias de las personas.

AV es una mirada hacia el otro ser humano. “Podría decirse que yo (autoobservador), que estuve viviendo dentro de un mundo aquí descrito como actor en orientación-otro, puedo también dirigir mi atención (y convertirme en autor) hacia ese mundo y hacia ese yo (actor) en orientación otro” (Gutiérrez y Delgado, 1994 p. 164).

En síntesis, Arqueología Vivencial se conceptualiza como: una mirada hacia el pasado para entender el presente y mejorar el futuro.

### **Dinámicas Vivenciales**

Resulta difícil no cuestionarse ¿cómo lograr todo esto?, más a sabiendas que podemos encontrar una resistencia al cambio, transformada en una incapacidad para fomentar o aceptar la innovación en los diversos planos

de la vida humana. Un camino para llevar a cabo este objetivo es mediante la utilización de dinámicas vivenciales, las cuales son un juego cuya disposición, como estructura lúdica, permite que un determinado grupo pueda hacer emerger experiencias, tanto previas como inmediatas, para transformarlas en aprendizaje.

Esto implica considerar al aprendizaje como un proceso, mediante el cual los conocimientos, que el hombre puede establecer como propios, son creados por él a través de la transformación de su experiencia en contenidos significativos, tanto para sí mismo como para aquellos agrupamientos sociales en los cuales participa.

“La dinámica vivencial es una herramienta inscrita en la pedagogía participativa, y como tal no puede dar sus mejores frutos si se le trata de ceñir a un enfoque tradicional de aprendizaje, porque con ella se denota un proceso en los sujetos que aprenden, que no puede ni ser medido ni ser transformado esquemáticamente en conductas observables; pues este proceso es, antes que nada, un estado mental al que se arriba, sustentado en la observación y registro colectivo de la historicidad del suceso humano y las implicaciones que de éste se desprenden” (Acevedo, 1996 p.7).

Al realizar una técnica de dinámica vivencial se demarca un espacio en el cual la acción humana tiene forzosamente que teatralizarse para que se desenvuelva. Lo hace porque se ha propuesto una cierta estructura y uno o varios tópicos relacionados con la temática que se encuentra en proceso de análisis. Cada sujeto tiene que hacer uso de toda su experiencia, primero, para poder estar en la realización de la acción y después, para poderla analizar desde el mero hecho social práctico.

La dinámica vivencial es un tiempo y un espacio en el que se construye, es un ámbito donde se promueve la integración del sentimiento, del pensamiento y de la acción. En ella se llevan a cabo tareas individuales y en grupo, se acentúa el hacer sentir y pensar, implicando la participación de las personas como tales e indivisibles, ya

que las personas comienzan a transformar su habilidad de aprendizaje apoyándose en sus propias experiencias y vivencias de tal manera que se provoca un desarrollo creativo al encontrar solución a situaciones problemáticas a través de la reflexión, el análisis y la crítica.

Gran parte de lo que ocurre en una dinámica vivencial queda presente entre los participantes porque es difícil valorar con conceptos de tipo intelectual aquello que también señala la otra parte del hombre: sus emociones. Por lo que es importante crear un ambiente de respeto y cordialidad hacia los demás, para que todos los miembros sientan libertad y confianza para expresar no sólo sus ideas sino también sus emociones (Moccio, 1991),

Cuando se entabla un diálogo en vez de un monólogo y existe alguna iniciativa para seguir los propios gustos y ordenar los estudios no sólo se aprende más, sino que se madura como ser humano (Curle, 1977).

Cuando el ambiente interpersonal-social es el adecuado y la persona puede abrirse a la experiencia de todas sus necesidades personales y sociales, cuando puede simbolizar con claridad en su conciencia las múltiples y diversas experiencias internas, y cuando puede tomar en cuenta tanto la información interna como la externa, es posible confiar en que la persona cursará en la mayoría de los casos, por caminos y direcciones que promuevan su propio crecimiento y que sean socialmente constructivas (Moreno, 1974).

Con lo anterior no se pretende negar la presencia de impulsos agresivos o irracionales en el ser humano, ellos existen y son parte del hombre. Lo que sí se postula es que su motivación básica está dada por una tendencia al crecimiento y la autorrealización, por una fuerza direccional interna que tiende al desarrollo de las potencialidades

(Rogers, 1980), ya que desde un punto de vista psicológico, la forma sana de vivir y de hacer elecciones es aquella en la que la persona funciona como un organismo total integrado y unificado, cuando el individuo no tiene necesidad de negar aspectos de su experiencia.

Según Lespada (1987), en el clima psicológico de un taller vivencial, tienden a expresarse muchas reacciones de sentimiento inmediato de cada miembro hacia los demás y hacia si mismo. De esta libertad mutua para expresar los sentimientos reales, positivos y negativos, nace un mayor clima de confianza recíprocos. Cada miembro se orienta hacia una mayor aceptación de la totalidad de su ser emocional, intelectual y físico, tal cual es, incluidas sus potencialidades.

Al disminuir la rigidez defensiva, los individuos pueden, en mayor grado, escucharse mutuamente y aprender unos de otros. Se crea retroalimentación de una persona a otra, en forma tal que cada individuo llega a saber como aparece ante los demás, y que huella deja en las relaciones interpersonales. Con esta libertad acrecentada y mejor comunicación, surgen nuevas ideas, conceptos y directivas que aunadas a las enseñanzas aportadas por la experiencia, tanto grupal como individual, tienden incluso a transmitirse, de modo temporáneo o permanente, a las relaciones con el cónyuge, los hijos, la familia, etc.

Se facilita que el individuo se sienta seguro al explorarse por medio del actuar. Al vivenciar se favorece el reconocer en otro nivel, darse cuenta de otras áreas de la vida. Los ejercicios vivenciales promueven que, antes de hablar o racionalizar, las personas tengan contacto con sus emociones, para que aprendan a respetarse, a conocerse, a responsabilizarse sobre todo lo que piensan, sienten y hacen, experimentando.

Y eso es precisamente lo que pretende AV: Mediante la aplicación de 12 ejercicios vivenciales (Ver Anexo, pág. 137) y a través del análisis de la vida cotidiana, las personas lograrán conocerse, expresándose de diversas maneras, ampliarán su repertorio conductual siendo más flexibles. Conocerán y aceptarán la responsabilidad de vivir plenamente, detectarán el aprendizaje individual, rescatarán, identificarán y sistematizarán las estrategias que realizaron para lograr el control de la diabetes, y en caso de no haberlo alcanzado llegarán a él mediante la creación de nuevas estrategias adquiridas a través de su crecimiento personal. De esta forma lograrán su bienestar, manteniéndose estables, con una buena calidad de vida y contrarrestando el avance de la enfermedad y sus complicaciones.

### **Condiciones necesarias que debe manejar el psicólogo para la realización del “programa Arqueología Vivencial”**

El programa se elaboró considerando los siguientes aspectos:

- **Empatizar con las personas.** La empatía exige una actitud de apertura a la experiencia de otro. Theodore Reik (1949) (Citado en Eisenberg, N. y Strayer, J., 1992) describió 4 aspectos del proceso empático: *Identificación*, prestar atención a otro y permitirse a sí mismo quedar absorto en la contemplación de esa persona. *Incorporación*, hacer propia la experiencia del otro mediante la internalización del otro. *Reverberación*, experimentar la experiencia del otro mientras que, simultáneamente, se observan las asociaciones cognitivas y afectivas de uno mismo con esa experiencia. *Distanciamiento*, regresar de la relación de confluencia interior a una posición de identidad separada que permite dar una respuesta que refleja tanto la comprensión de los otros como el distanciamiento respecto a ellos.

- **Informar sobre los propósitos del programa y la continuidad con los otros subprogramas.** La continuidad de los subprogramas es fundamental para un mejor aprovechamiento del programa, ya que el aprendizaje adquirido en el subprograma cuidados para la salud y en los otros subprogramas, complementado con sus vivencias, cultivará un sentido de responsabilidad y un aprendizaje significativo que podrá ser traspolado a otras áreas de su vida. De ahí la importancia de que la persona tenga conocimiento de los objetivos específicos que persigue cada ejercicio vivencial.
- **El consenso del grupo para participar en el programa.** Tomar parte en una determinada acción colectiva, plantea una condición básica, la existencia de un compromiso y responsabilidad en la participación, es por ello que al comenzar el programa se hace la invitación a las personas, de tal manera que ellas deciden si desean o no participar.
- **Establecer condiciones necesarias tanto corporales, de posición, respiración, distractores potenciales, como ambientales, escenario amplio, música.** Las condiciones de reunión y concurrencia deben ofrecer un clima psicológico de seguridad, respeto, libertad de expresión y movimiento. Para lograr esto fue necesaria un aula amplia adecuada a la cantidad de personas (lo suficiente para recostarse, caminar, etc), tranquila, con buena ambientación, se incluyeron los distractores, para lo cual se utilizó música y se hizo manejo de la iluminación.
- **Se considera la relajación que facilita la sensación de bienestar y confianza.** La técnica de relajación autógena es muy eficaz para controlar y disminuir el estrés y la tensión que viene asociada con

- él, facilita la sensación de bienestar y confianza, permite tener conciencia de algunas sensaciones corporales y autoconocimiento.
- **Poner atención especial en el lenguaje no verbal de las personas, la observación tiene un papel primordial.** La expresión corporal es una conducta espontánea, es un lenguaje por medio del cual el ser humano expresa sensaciones, emociones, sentimientos y pensamientos con su cuerpo. Integrándola a otros lenguajes expresivos como el habla, el dibujo y la escritura complementa aquello que la persona trata de comunicar. En este tipo de comunicación la observación juega un papel muy importante.
  - **Se considera una graduación ascendente en el diseño de cada ejercicio vivencial. Al finalizar el programa la persona se vivencia como totalidad.** Dado que las temáticas abordadas en este programa vivencial son fuertes y difíciles de trabajar, es importante hacer una graduación ascendente en cuanto al diseño y aplicación de cada ejercicio, de esta forma se prepara el terreno para trabajar lo más profundo y al finalizar se hace una integración de todo lo vivenciado.
  - **Explorar las cualidades de algún tema, para llevarlo a una posible solución, que la persona sea capaz de elaborarlo, promover el cambio de nivel de su percepción usando la imaginación, la reflexión y la actuación.** Propiciar la creatividad, lograr que las personas trabajen de forma colaborativa y coordinada, aprovechando las contribuciones de cada quien, promoviendo un cambio en su percepción, reflexionando, esto la llevará a actuar de formas diferentes y más flexibles.
  - **Promover una activación de energía que se puede detectar en el movimiento, facilitar que las personas externen áreas de su vida en**



las que la energía se ha invertido o se siente carencia. El coordinador debe ayudar al grupo a identificar y dimensionar sus problemáticas a través de la confrontación, la reflexión y la actuación.

- **Utilizar los sucesos que necesitan seguimiento.** Dado que las personas con diabetes son las que tienen mayor conocimiento sobre la enfermedad y las problemáticas a las que enfrentan en su diario vivir, es importante rescatar estas vivencias, utilizarlas durante los ejercicios y darles un seguimiento. Esto hará que se genere un aprendizaje significativo en cada una de las personas, porque las problemáticas ejemplificadas son reales y familiares a ellos.
- **Promover la asimilación.** Al final de cada ejercicio se debe preguntar que aprendieron, de que se dieron cuenta y cual fue su experiencia. Integrar la asimilación racional que se pueda traspolar a su vida cotidiana.

## Capítulo 6

### METODOLOGIA

#### **Propósito:**

Elaborar un programa de intervención el cual mediante el empleo de ejercicios vivenciales y a través del análisis de la vida cotidiana, permita que las personas con diabetes logren identificar, descubrir y sistematizar aquellas estrategias, pensamientos, conocimientos, conductas, emociones, actitudes, etc., benéficas en el control de su enfermedad. Lo cual a su vez les permitirá lograr su bienestar, manteniendo niveles de glucosa normales, una buena calidad de vida, contrarrestando el avance de la enfermedad y sus complicaciones, cimentando así, las directrices, objetivos y medios para una vida futura significativa y de plenitud.

#### **Tipo de estudio:**

- Descriptivo, Interpretativo

#### **Población:**

La componen 7 personas con diabetes, sin patologías agregadas. Éstas personas están inscritas en el DUPAM y han pasado por el programa anterior: “Diabetes: Una Oportunidad a la Vida, una intervención

psicológica para modificar creencias y valores relacionados con la diabetes.

### **Escenario:**

La Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ésta clínica, está ubicada en la colonia Tamaulipas de Cd. Nezahualcóyotl, Edo. de México. La Colonia Tamaulipas es una zona en la que existen muchas personas con diabetes que requieren ser atendidas, lo cual ofrece la oportunidad al DUPAM de cumplir con dos de las funciones sustanciales de la UNAM: docencia y servicio a la comunidad.

La clínica está conformada por dos edificios de dos pisos cada uno, comunicados entre si por una sala de espera. En el primer edificio se encuentra un aula asignada al DUPAM (en la cual se llevan a cabo la capacitación y asesoría de los prestadores de servicio y tesis, las sesiones multidisciplinarias y de retroalimentación del programa), también está la caja, la recepción (en la cual se encuentra el periódico mural del DUPAM donde se publica información sobre la diabetes y sus cuidados), 2 consultorios médicos (uno para consulta general y el otro para brindar atención a las personas asistentes al programa), salones de diferentes tamaños (para dar atención a los usuarios e impartir docencia), unidades dentales, rayos x y área de toma de muestras para laboratorios. El otro edificio consta de salones de diferentes tamaños y algunos consultorios para dar atención psicológica. Ésta clínica cuenta también con una zona de áreas verdes en la cual se asesora y capacita a las personas asistentes al DUPAM en relación a los ejercicios recomendados para ellos y se les da un entrenamiento en relajación.

## Métodos:

Se utilizaron 2 métodos

## Fenomenología

- a) Se partió de la experiencia concreta y se describió de la manera más libre y rica posible sin entrar en clasificaciones o categorizaciones.
- b) Se recabó toda la información posible desde diferentes perspectivas y fuentes obteniendo las visiones:
  - del autor
  - de los participantes
- c) Se captaron las estructuras del hecho, actividad o fenómeno objeto de estudio, y las relaciones entre las estructuras y dentro de las mismas.
- d) Se profundizó más en el examen de la estructura, centrándose en como se forma la estructura de un fenómeno determinado en la conciencia.
- e) Se suspendieron los juicios mientras se recogió la información y se familiarizaba con el fenómeno objeto de estudio. Hubo un distanciamiento de la actividad para poder contemplarla con libertad, sin las construcciones teóricas o las creencias que determinen una manera u otra de percibir.

- f) Se sacaron a la luz los significados ocultos, extrayendo de la reflexión una significación que profundice por debajo de los significados superficiales y obvios presentados por la información acumulada a lo largo del proceso.

## **2. Observación descriptiva**

La observación descriptiva “permite obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y como éste se produce (ya que) muchos sujetos o grupos no conceden importancia a sus propias conductas, a menudo escapan a su atención o no son capaces de traducirlas a palabras” (Rodríguez y col. 1999, p. 149).

Se obtuvo información aludiendo a conductas, acontecimientos, y procesos concretos desarrollados por los informantes.

### **Procedimiento:**

#### **Fase 1. Elaboración del programa**

- a) Revisión bibliográfica.
- b) Elaboración de 12 ejercicios vivenciales

#### **Fase 2. Aplicación del programa**

- a) El programa se aplicó cada 15 días en sesiones de 2 horas cada una.
- b) Las personas con diabetes que participaron en el programa están inscritas en el DUPAM, asistieron a todas las sesiones de los

programas: Cuidados para la Salud y Diabetes Una Oportunidad a la Vida, una intervención psicológica para modificar creencias y valores relacionados con la diabetes.

### **Fase 3. Evaluación.**

#### **3.1 Técnica de obtención de información:**

1. Registro de audiocasete, video en formato de 8 milímetros, fotografía digital y convencional y diario de campo (cuaderno de notas donde se registraron observaciones, asistentes, discursos, etc.).
2. Análisis de laboratorio (química sanguínea o glucosa central)

#### **3.2 Procedimientos de evaluación:**

1. Se recolectó la información a través de registros en video, audio, fotografía, escritos y diario de campo del discurso emitido por cada una de las personas sobre el control de su diabetes.
2. Se transformó a texto la información recabada.
3. Se elaboró el texto.
4. Se codificaron y analizaron los datos obtenidos para detectar el aprendizaje de la persona:
  - 4.1 Se redujeron los datos descartando y seleccionando para el análisis parte del material informativo recogido, identificando aquellas experiencias en donde el comportamiento de la persona le haya generado beneficios para el control de su enfermedad.

a) Se separó en unidades

- Criterios temáticos, donde se consideraron unidades en función del tema abordado.
- Criterios conversacionales, en este se consideraron las declaraciones o turnos de palabra para así conocer la información aportada por cada persona en particular.

b) Se identificaron y clasificaron los elementos

- Categorización y codificación de la información

Consistió en examinar las unidades de datos para identificar en ellas determinados componentes temáticos que permitan clasificarla en una u otra categoría de contenido, para posteriormente clasificar de forma conceptual las unidades. Las categorías hicieron referencia a situaciones y contextos relacionados con su enfermedad, actividades y acontecimientos, aceptaciones, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, emociones, perspectivas sobre la diabetes, métodos, procesos y estrategias llevados a cabo por la persona, que le generaron beneficios para el control de su enfermedad.

c) Se sintetizó y agrupó la información

La categorización es en si misma una forma de síntesis ya que permitió reducir un número determinado de unidades a un sólo concepto que las representa.

Se llevó a cabo el proceso de síntesis cuando en el análisis agrupamos en metacategorías la información contenida en varias categorías que tienen algo en común, y cuando definimos metacódigos que agrupamos a un conjunto de códigos.

#### 4.2 Disposición y transformación de datos.

a) Disposición. Se presentó la información de modo ordenado, mediante el uso de diagramas, matrices, etc.

b) Se transformó la información

4.3 Se obtuvieron y verificaron las conclusiones. Se ensamblaron de nuevo los elementos diferenciados en el proceso analítico para reconstruir un todo estructurado y significativo. Estas emanaron de la comparación de la información que ha sido ordenada según criterios cronológicos, causales, jerárquicos, etc., ya que implica una interpretación de los mismos y, en cierto modo, constituye un producto del análisis.

#### 4.4 Proceso para obtener resultados



- a) Proceso para alcanzar conclusiones. Se compararon para destacar las semejanzas, diferencias, contradicciones entre unidades incluidas en una categoría haciendo posible la formulación de sus propiedades fundamentales a partir de las cuales pudo llegarse a una definición, ilustración y verificación de esa categoría.
  - b) Verificación de conclusiones. Se comprobó el valor de verdad, comparando el discurso emitido por el sujeto respecto a su aprendizaje, experiencias y comportamiento para con el control de su diabetes y los resultados de las químicas sanguíneas realizadas al inicio, a la mitad y al finalizar el programa, los cuales permitieron conocer los niveles de glucosa en sangre y el estado general del organismo.
5. Se mostró a conocedores del tema que tienen experiencia en este tipo de metodología, para incluir sus sugerencias y enriquecer el trabajo final.

## Capítulo 7

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A través de los ejercicios vivenciales fueron identificadas algunas estrategias de las que han echado mano las personas con diabetes para disminuir sus niveles de glucosa en sangre, prevenir complicaciones y mantener el control de su enfermedad. La finalidad de mostrar estas estrategias es que sean tomadas en cuenta para alcanzar el control, así como al diseñar los tratamientos de atención.

Las estrategias son:

1. Aceptar la diabetes como algo propio para empezar el control
2. Responsabilizarse de su enfermedad y de su cuerpo
  - 2.1 Ser constantes
  - 2.2 Reconocerse como personas útiles y necesarias
3. Adquisición de un nuevo estilo de vida
  - 3.1 Mantenerse tranquilo y relajado
  - 3.2 Aprendizaje sobre la importancia del ejercicio, la alimentación y los cuidados necesarios para el control.
  - 3.3 Darse tiempo para sí mismos
4. Percepción de apoyo social
  - 4.1 Apoyo institucional: Grupo DUPAM en el que han encontrado: motivación, apoyo y acompañamiento.

## 4.2 Apoyo de los compañeros del grupo de diabetes

## 4.3 Apoyo de la familia

### 1. Aceptar la diabetes como algo propio para empezar el control

La enfermedad lleva implícita casi siempre sufrimiento, daño corporal o limitación de las posibilidades físicas y psíquicas del individuo, comporta ineludiblemente daño a la integridad del sujeto y una molestia en el ejercicio normal de la vida. En el caso de la diabetes, por tratarse de un padecimiento crónico, crea un especial problema de adaptación social ya que afecta la vida cotidiana de la persona que la padece y de su entorno (familia, ambiente laboral, amistades, estilo de vida, etc.), obligando a replantearse por necesidad muchos aspectos de la vida presente y futura.

*“Al darme la diabetes fue un cambio de vida total, al principio me dijeron que hiciera ejercicio, que no comiera muchas grasas, yo si puse en práctica eso, en hacer este, en no comer comidas grasosas, en evitar las tortillas, en todo ese tipo de cosas, me costó mucho trabajo, me quitaron muchas cosas a las que yo estaba acostumbrada a hacer”.*

Elvira

Pese a que en la actualidad, la diabetes representa un padecimiento muy común, sigue significando un verdadero problema difícil de superar para muchas personas, en especial para aquellas que por motivo del control de sus niveles glucémicos exigen un esfuerzo adicional que le permita aceptar y controlar su problema.

Se pudo observar que para muchas personas diagnosticadas como diabéticas la aceptación de este hecho se produce en etapas similares a las del proceso de pesadumbre o duelo típico del enfermo terminal. De esta forma la **negación** viene a representar la primera característica de quien enfrenta una enfermedad que significa una amenaza potencial para la vida. Posteriormente experimentan **temor**, en donde, de acuerdo a lo

observado, piensan en las posibles consecuencias de la enfermedad y surge el miedo a quedar inválido, ciego, ser rechazado, asistir a consultas constantes, a perder algún miembro, someterse a continuos tratamientos, no poder trabajar, ser hospitalizado e incluso a la muerte.

En cuanto se enteró esta persona lo primero que hizo fue...

*“Sentirme mal, mal de lo que pasaba, pensé en muchas cosas por los conocimientos que sabía de esa enfermedad. Después pensé en todo lo que podía venir atrás iba a adelgazar, que me iban a poner insulina, que iba a sentirme siempre mal, que me podía afectar al riñón, que me iban a poner diálisis, muchas cosas en cuanto a la alimentación, no poder comer nada, ni tomar lo que acostumbraba hacer, para mí iba a cambiar mi vida totalmente”.*

Elvira

Esto desencadena en la persona sentimientos de frustración, **depresión**, enojo, ansiedad y culpa que llevan a cambios en el ámbito físico, psicológico y social.

*“Al enterarme de la enfermedad me deprimió mucho”.*

Maria Filiberta

La siguiente etapa que se pudo observar, aunque no directamente en el programa, sino en el trabajo con las personas a lo largo de la realización de mi servicio social, es la **súplica**, en donde la persona busca una manera rápida y efectiva de desaparecer la enfermedad a cualquier precio, recurriendo a familiares, médicos, vecinos, curanderos, brujos y toda clase de personas que puedan proporcionar una cura.

Recuerdo escuchar el discurso de las personas en las que mencionaban que les habían recomendado el tomarse un licuado de nopal, pero tenía que ser un nopal del monte, cortado en luna llena para que surtiera efecto.

Y también que habían ido a ver a un curandero el cual tras haberles dado a beber una poción los curó del mal, pero sin embargo tras un disgusto muy fuerte, este regresó.

Finalmente, experimentan la **aceptación**, en este momento reconocen a la enfermedad como una parte de sí mismos y comienza a buscar información, atención y a reorganizar su vida para controlar la diabetes.

*“Así fue como llegué aquí, con mucho miedo, muchos temores y aquí me enseñaron a hacer ejercicio, alimentación, relajación, a los cuidados de la boca, el cuerpo, de la piel, los alimenticios y las pláticas que nos daban. Al fin que al venir aquí aprendí a sobrellevar la enfermedad, ser constante”.*

Elvira.

Por lo tanto, el problema de la persona con diabetes es encontrar un equilibrio ante su enfermedad. Esto supone que el sujeto acepte su estado sin el cual es prácticamente imposible el aprendizaje que condicione a dominar el mal, por lo que la aceptación es el primer paso en el camino hacia el equilibrio que le permita al sujeto vivir con su enfermedad después del duelo por la salud, el cual, de acuerdo a lo observado, es variable dependiendo de las habilidades y recursos con que cuenta cada persona.

*“Gracias a Dios he superado mi enfermedad, si que ya acepto que soy ciego y diabético”.* Ricardo Bustamante

*“He aceptado mi enfermedad”*

Graciela

*“Aceptando la realidad como es. De que se puede vivir con la enfermedad, de diferente o mejor forma de lo que se esta acostumbrado”.*

*“Mi enfermedad convertirla en mi amiga, su nombre Beatriz. Que puedo ir de la mano con ella, llevando una vida más sana de la que llevan aquellos que se dicen sanos”.*

Elvira

*“Estoy aprendiendo a vivir con mi diabetes, aunque aún no lo he logrado, no he podido, sin embargo tengo mucho que aprender”*

Amparo

*“la diabetes es como una plaga, sin embargo me he hecho compañera de la enfermedad, de la diabetes que es una deficiencia”.*

Martha

## **2. Responsabilizarse de su enfermedad y su cuerpo**

Recuperar el bienestar físico y psíquico para una persona que se sabe con diabetes, deberá formar parte de las metas primordiales para el inicio de un buen tratamiento. Las características propias del mal exigen la aceptación sin paliativos que la situación requiere así como capacidad y responsabilidad por parte de la persona. Esta es otra de las estrategias que surgió entre las personas participantes, aunque de manera no muy clara, “el responsabilizarse de su enfermedad”.

Después de algunos estudios le diagnosticaron una enfermedad llamada diabetes, en cuanto se enteró esta persona lo primero que hizo fue...

*“Comprar sus medicamentos, sin embargo no fui constante para tomarlos, yo decía hay se me olvidó la medicina, después me la tomo y cuando ya no tenía medicina... luego me la compro, hasta que me empezaba a sentir mal nuevamente, por fin me la compraba pero con ese descuido no podía estar bien”.*

Amparo

### **2.1 Ser constante**

La diabetes es una enfermedad extenuante que exige de la persona que la padece una disciplina y un esfuerzo continuos. Esto indica dos situaciones a destacar. En primer lugar el papel activo (de autocontrol) que la persona con diabetes debe ejercer como eje fundamental en el tratamiento de su enfermedad, y en segundo término, la importancia que tiene el papel de un buen equipo multidisciplinario como elemento activo dentro de las directrices a seguir en la atención a la persona.

*“Sin embargo no fui constante para tomarlos, yo decía hay se me olvidó la medicina, después me la tomo y cuando ya no tenía medicina... luego me la compro hasta que me empezaba a sentir mal nuevamente”.*

*“Estar en la lucha”.*

Amparo

*“Aquí (refiriéndose al DUPAM) aprendí a sobrellevar la enfermedad, a ser constante”.* Elvira

*“La señora Elvira la ve (A LA SEÑORA AMPARO) como una persona persistente y muy trabajadora”.*

## 2.2 RECONOCERSE COMO PERSONAS UTILES Y NECESARIOS

Se pudo observar que el sentirse personas útiles, valiosas y necesitadas dentro de su medio social y familiar, fue identificado por las personas como un motor para no desistir en el control del padecimiento, el cuidado de su salud y en la búsqueda de soluciones para afrontar las problemáticas cotidianas.

*“Sentirme pues orgullosa de querer seguir pues adelante pues con la vida, porque tengo a quien hacerle falta que es a mis hijos y a mi esposo”.*

Graciela

*“Ser una persona productiva”*

(el grupo)

## 3. ADQUISICIÓN DE UN NUEVO ESTILO DE VIDA

Hoy en día se tiene conocimiento que en la mayoría de los casos de diabetes tipo 2, la aparición de éste padecimiento esta relacionado con el estilo de vida de la persona: sedentarismo, obesidad, una alimentación inadecuada y una vida con altas cargas de estrés. Hábitos de los cuales la persona ha tenido el tiempo suficiente para desarrollarlos, por lo cual resultan altamente reacios al cambio. Sin embargo, dado que la diabetes es una circunstancia de vida en la que se necesita regular mediante actos voluntarios el equilibrio interno del cuerpo (la homeostasis), es un hecho

que la persona con diabetes deberá necesariamente adaptarse a muchos cambios en su vida cotidiana, además de aprender a vivir con su nueva situación y modificar su estilo de vida (modificaciones que no resultarán fáciles de manejar sin la ayuda de un profesional de la salud y del apoyo de la familia). Pese a lo difícil que resulta dicho cambio, se pudo observar que los participantes lograron adquirir, como estrategia, un nuevo estilo de vida acorde con las exigencias de su padecimiento, facilitando con ello el control de su enfermedad.

*“Los sanos deben de vivir como nosotros”. “Mi enfermedad convertirla en mi amiga, su nombre Beatriz y puedo ir de la mano con ella, llevando una vida más sana de la que llevan aquellos que se dicen sanos”.*

Elvira

*“Hasta que mi hija me ayudó a encontrar un lugar en donde aprendiera como manejar mi enfermedad y por fin estoy aprendiendo muchas cosas en el grupo DUPAM y fue entonces que empecé a mejorar mi modo de vida”.*

Amparo

### 3.1 MANTENERSE TRANQUILO Y RELAJADO

Como se vio anteriormente la angustia y la ansiedad no sólo representan la respuesta psicológica adecuada o no frente a la enfermedad, sino que a su vez constituye un importante factor precipitante de numerosos trastornos como la hiperglucemia para la persona con diabetes.

La regulación glucémica puede ser seriamente alterada por factores emocionales diversos, por lo que el estrés psicológico es un elemento agravante en el control metabólico del diabético. De hecho, como se vio anteriormente, el inicio de la enfermedad frecuentemente se relaciona con un periodo particularmente angustioso en la vida del paciente, y aunque aún no hay evidencia científica de una personalidad diabética, la caracterología del enfermo crónico y problemas propios del paciente



como: aprehensión, trastorno de ansiedad, depresión, sentimientos de frustración y problemas del carácter; pueden influir decisivamente en el curso de su vida y el control de la enfermedad.

Por todo lo anterior es fundamental que la persona con diabetes este consciente del impacto que causan las alteraciones emocionales en su vida y en el control de su enfermedad, para así vivirla lo más tranquilo posible, de lo contrario difícilmente se llegará al control a pesar de llevar una buena alimentación, hacer ejercicio e incluso estar tomando medicamentos.

En el caso de las personas asistentes al programa se pudo observar que tienen muy claro el impacto que causan las tensiones emocionales en sus niveles de glucosa, situación que ha facilitado alcanzar el control.

*“No había podido venir, porque ando a la corre y corre, y ya me tengo que tranquilizar”.* Martha

*“Hay que llevársela tranquila. Tratar de hacer livianos los problemas cotidianos”.*

*“Luchar día con día para que todo sea liviano”*

Amparo

*“Hacer las cosas sin presiones para que todo le salga bien. Hacer las cosas con cariño y amor.” “No enojarse cuando ya esta tirada su casa”.*

*“A partir de que vengo aquí, me gusta hacer todo tranquila”.*

Elvira

Esta conciencia del impacto que causa el estrés en sus vidas, ha hecho que ante problemáticas de la vida cotidiana, las personas busquen estrategias para enfrentar las adversidades cotidianas y disminuir la carga de estrés, entre las cuales se encuentran: ser pacientes, ocuparse más que preocuparse, dedicarse a actividades del hogar (lavar, trapear, planchar, etc.), leer, escuchar la radio, ver la televisión, mantenerse

ocupados, rezar, etc. Cabe destacar que las personas no tenían concientizadas como estrategias dichas actividades, sin embargo al vivenciar algunos ejercicios e indagar en su experiencia lograron identificarlas.

*“Pues yo creo que, yo, tener, armarme de paciencia, por ejemplo en la semana mi hija se enfermó y me hablaron para que la fuera a recoger porque ya la habían dado de alta, fuimos antes de las 8:00 y eran las 10:00, 11:00 de la noche y nada, pues, armarme de paciencia, esperar a que llegara la hora de visita que era a las 11:00 de la noche, no me dejaron pasar y no, nos recibieron en el momento, no respetaron el horario, nos recibieron después de las 11:00 como a las 11:20 nos recibieron y ahí estaba la gente, pues ya molesta porque no pasaban a dejar a los pacientes, y ya entramos, bueno yo entre, bueno, yo calmadamente me quede ahí sentada esperando a que pues, dieron las 9:00, dieron las 10:00, las 11:00 y después de las 11:00 ya me dejaron pasar, después de las 12:00 ya me la dieron de alta, pues ahí tener paciencia más que nada, fue eso. Me he vuelto paciente”*

Elvira

*“Hay que ocuparse más que preocuparse”.*

*“Tener paciencia y tratar de controlarme, bueno más bien controlarme, en realidad no me cuesta mucho trabajo”*

Amparo

*“Haciendo actividades del hogar, trapear, lavar, etc., me relaja”*

Amparo

*“Para que preocuparse”.*

*“A mí no me gusta ir a los hospitales, y sin embargo, prefiero rezar, que ir al hospital”. (Que el reza porque no se mete en donde no puede hacer nada).*

*(Él menciona que estando bien ayuda más)*

*“Para que se pone uno mal, empeora uno las cosas”.*

Ricardo

*“Yo para mí la lectura es lo más mejor, lo más relajante, porque no molesta a uno y le quita la tensión, pero yo, por ejemplo ahorita a mí el radio, a mí me quita demasiado la tensión la canción ranchera, o oigo comentarios, a mí me*

*gusta mucho escuchar una estación donde dicen comentarios y una psicóloga y entra una doctora y son los comentarios que dice la gente”.*

Ricardo

*“Yo leo, me gusta, hasta altas horas de la noche, es una estrategia que tengo y ya me siento cansada y ya me duermo tranquilamente, y no molesto a los demás con estar moviendo de lugar, a un lado o al otro, al otro, ni con la televisión, que luego inconscientemente estoy viendo y pone (refiriéndose a su marido) atención y no puede dormir”.*

Teresa

*“Ver la tele, escuchar música, Una estrategia también es que siempre me mantengo ocupada”.*

Elvira

### **3.2 APRENDIZAJE SOBRE LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO, LA ALIMENTACIÓN Y LOS CUIDADOS NECESARIOS PARA EL CONTROL**

Las primeras estrategias de las que se debe echar mano para llegar al control de la diabetes son la realización de algún tipo de actividad física y una alimentación adecuada, estrategias que debieran ser simples de llevarse a cabo. No obstante algo muy común en nuestra sociedad es que la mayoría de las personas tienen un estilo de vida con una alimentación inadecuada (alta en carbohidratos y grasas) y en la cual no existe el tiempo y/o el gusto por la actividad física.

Es por esto que los diabetólogos modernos insisten tanto en la enseñanza de una información competente y completa que haga concienciar a las personas sobre la importancia de llevar a cabo estas recomendaciones. Sin embargo, como se ha señalado, el personal de salud frecuentemente se enfrenta con dificultades para manejar la prescripción del tratamiento, así como al impartir aquello que ellos mismos han llamado educación para la salud y sobre todo, para manejar la angustia que se presupone desde el momento en que la persona es

informada de que padece de diabetes. Esto se debe en buena medida a aspectos que tienen que ver con la formación profesional propia del ejercicio médico, en cuyo ámbito los factores psicológicos y culturales suelen pasar desapercibidos dando mayor énfasis al aspecto orgánico del problema. (Padilla, G. P., Ezbán, B. M., Medina, M. E., Mass., C. C. y Campillo, S. C., 1984).

Las personas participantes en el programa han logrado no sólo identificar como estrategias para el control de su enfermedad la actividad física y una alimentación adecuada, sino que han desarrollado un verdadero gusto, interés y apropiación, a su estilo de vida, de tales prescripciones y por el aprendizaje adquirido en cada uno de los talleres de cuidados para la salud. De acuerdo con ellas, se creían negadas para la realización de algún ejercicio físico, existía mucho miedo a no poder comer aquellos alimentos de su agrado y sobre todo mucha confusión de los cuidados que debían de tener de ahora en adelante.

*“Pasaron 3 años, me cuidé lo poco que sabía o me dijo la médico (no tomar azucares, no comer grasas), me quitaron muchas cosas a las que yo estaba acostumbrada a hacer. Así fue como llegué aquí, con mucho miedo, muchos temores y aquí me enseñaron a hacer ejercicio, alimentación, relajación, a los cuidados de la boca, el cuerpo, de la piel, los alimenticios y las pláticas que nos daban. Al fin que al venir aquí aprendí a sobrellevar la enfermedad, ser constante”.*

Elvira

*“Le gusta mucho hacer ejercicio (refiriéndose a doña Martha), ella me comenta que a partir de que se integró al programa ella despertó en ella ese gusto por el ejercicio. Tiene 11 años de ser diabética, que ella se ha dado cuenta de la importancia que tiene el ejercicio y la dieta”*

Graciela

*“Que puedo hacer mucho ejercicio, cosa que no sabía antes de venir a este lugar”. “El comer lo que debo comer, la dieta”*

*Menciona que dentro de las estrategias de las que ella se pudo percatar esta el comer lo que debe comer, la dieta*

Amparo

*“Hago mis ejercicios”.*

Elvira

### 3.3 DARSE TIEMPO PARA SI MISMOS

Un cambio muy importante que se pudo observar en las personas participantes en el programa es el que han modificado el concepto que tenían de sí mismos. Esta redefinición sobre su persona ha hecho que se valoren, que se tomen en cuenta, que se respeten y exijan ese mismo respeto a sus semejantes, que logren ver por ellas antes que por los demás, cambios que no sólo son necesarios sino fundamentales para lograr el control de la enfermedad, ya que de acuerdo a lo narrado por los participantes se logró identificar que un impedimento para el control de la diabetes radica en algunas características observadas, tras el trabajo y convivencia con ellos, propias de su personalidad, como el hecho de que son personas que están acostumbradas a dar, anteponiendo cualquier circunstancia a su salud, llámese pareja, hijos, nietos, casa, trabajo, etc.

*“En la casa no me tomaba en cuenta, para mi existían la casa, mis hijas, mi esposo, lavar, planchar, la comida, y para Elvira no había otra cosa que eso, ahora ya tengo tiempo para venir aquí, para venir a los ejercicios, me doy tiempo para mí, para mis cosas personales. Aprendí a valerme por mí. Aprendí a valorarme yo, aprendí a tomarme en cuenta, porque ya me dedico tiempo para mí. Fui descubriendo que existía Elvira, aprendí a valorarme”.* Elvira

Amparo comenta que Paty, su nuera, fue a pedir trabajo, y que al parecer ya lo había conseguido, sin embargo, pensaba dejarle a sus nietos, incluyendo al bebé pequeño, sin siquiera haberle dicho antes a Amparo para ver si podía, al ver esta situación Amparo se le adelanta a su nuera y le pregunta como le piensa hacer con los niños, puesto que ella debido a sus actividades, entre las cuales está el asistir al Dupam, no podría hacerlo, Amparo menciona, que no quiere dejar su

grupo, porque le hace mucha falta, y ese fue uno de los principales temores que tenía el que dejara de hacer las cosas que le gustan como el asistir al Dupam por motivo de que su nuera o su hijo le dejaran a los nietos. *“Paty se quiere ir a trabajar y quiere dejarme a los niños”*.

*“Pues al futuro, igual, voy resolviendo los problemas como se vayan dando de la mejor manera, tampoco es cosa de que yo me enoje con ella, ni cosas así, de cualquier manera yo ya le dije, que yo tengo mis actividades, le pedí una disculpa y tan tan, yo ya me safé de ese problema. Al principio de lo que yo pensaba hacer cuando dije yo no, creo que si es de a de veras, dije, hígole no,... bueno me duele hacerle saber que no va, que no es cierto, que no va a tener apoyo de mi de esa manera, me sentí un poquito mal, porque a mí siempre me ha gustado ayudar apoyar, porque pues, ahora si que su única esperanza era yo...No, no siento que sea egoísmo, ni algo parecido a la venganza, ni nada de eso, simplemente que si Paty se va yo voy a dejar de venir, yo voy a dejar de ir, yo voy a dejar de hacer porque la bebé va a necesitar de muchísimos cuidados y yo no me puedo dedicar a cuidar a una criatura, tengo muchas cosas que hacer, y a lo mejor yo, me sacrificaría y lo haría, pero entonces a mi me va a llevar el tren, por muchas cosas, en primera porque yo no voy a venir aquí y en segundo porque cuidar un bebé ya tendría que cuidar 3 niños, yo nada más este, estoy más o menos bien con uno, porque Lupita es nada más la ocasión, pide de cenar y tengo, se lo doy, pero no es mi obligación, ni es mi pendiente...”* *“Si yo no me hubiera quedado en este grupo, que gracias a Dios, mi hija me mandó para acá, tengan la seguridad que yo me hubiera hecho cargo de las niñas, porque yo hubiera dejado todo para ayudarle a Paty”*.

Amparo

*“Delegar responsabilidades. Por ejemplo, sirve el desayuno, si están, bien, si no ya está servido y que lo tomen cuando gusten”*

Elvira

*“He organizado mis actividades para venir”*

*“Que quiero seguir siendo como soy, luchar por mi bienestar y mi tranquilidad, aún en contra de los pensamientos de otras personas, yo quiero ser como soy, quererme y respetarme y luchar por mi felicidad”*.

Amparo

#### 4. PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades dirigiéndose casi siempre a aquello que está a su alcance y al medio en el que se desenvuelve (instituciones de salud, familia,

amigos, compañeros) en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud. La respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y por lo tanto, en el control de la diabetes.

#### 4.1 APOYO INSTITUCIONAL: GRUPO DUPAM

Un hecho evidente en la adquisición de todas estas estrategias es la participación del Dupam en la vida de éstas personas con diabetes, ya que de acuerdo a lo reportado por ellas, después de haber acudido a un sin fin de consultas médicas, grupos e instituciones dedicadas a la atención de esta enfermedad, no es sino hasta su ingreso al DUPAM cuando iniciaron un verdadero control.

*“Al darme la diabetes fue un cambio de vida total, y al principio me dijeron que hiciera ejercicio, que no comiera muchas grasas, yo si puse en práctica eso, en hacer este, en no comer comidas grasosas, en evitar las tortillas, en todo ese tipo de cosas, me costó mucho trabajo, lo puse en práctica pero sin exactamente saber que era lo que yo tenía que hacer con exactitud, simplemente, la doctora me dijo que tenía que hacer algunas cosas, pero no me dijo las cantidades. Me costó trabajo, yo lo hice durante 3 años, a partir de eso vine para acá y fue cuando aprendí más cosas y pues no se si me haya dado resultado, pues en los ejercicios, en este, en la comida, en no comer muchas grasas, en evitar muchas cosas para mi, fue eso y, pues aunque en la casa, nadie lo reconozca, aquí si nos lo han reconocido y es a donde pues siento que estoy bien. Aquí me enseñaron a hacer ejercicio, alimentación, relajación, a los cuidados de la boca, el cuerpo, de la piel, los alimenticios y las pláticas que nos daban. Al fin que al venir aquí aprendí a sobrellevar la enfermedad”.*

Elvira

*“Hasta que mi hija me ayudó a encontrar un lugar en donde aprendiera como manejar mi enfermedad y por fin estoy aprendiendo muchas cosas en el grupo DUPAM y fue entonces que empecé a mejorar mi modo de vida”.*

Amparo

*La señora Martha, menciona que ella se vio como la semilla, de hecho dice que todos son esa semilla, la cual fue sembrada por nosotros, los integrantes del DUPAM.*

Lo anterior hace cuestionarse que es lo que estas personas han encontrado en el DUPAM, que no recibieron en otras instituciones. De acuerdo a lo reportado por ellos, el DUPAM es un grupo donde han encontrado: claridad, motivación, apoyo, acompañamiento, tranquilidad, reconocimiento, aprendizaje y amistad. Esto se debe a varios factores, el primero de ellos y el más importante radica en el tipo de atención que se brinda a los usuarios, una atención personalizada, humana, en la cual las personas son vistas como personas y no como pacientes o números, son vistas como seres integrales, en un ambiente de respeto, cordialidad, amistad, confianza y sobre todo con un trato igualitario libre de estigmatizaciones y jerarquías, condiciones que difícilmente se dan en instituciones de salud pública. Otro de los factores radica en la estructura misma del programa de atención, el cual consta de varios subprogramas que han sido creados y renovados de acuerdo a las necesidades y exigencias de los mismos usuarios.

*“Yo empecé con el grupo y aquí estoy, a mí me ha servido mucho convivir con mis amigas, con las doctoras, con los enfermeros, me han dado mucho y espero seguir echándole ganas para salir adelante porque nos motiva mucho”. Martha*

*“Aunque en la casa, nadie lo reconozca, aquí si nos lo han reconocido y es a donde pues siento que estoy bien. Aquí me enseñaron a hacer ejercicio, alimentación, relajación, a los cuidados de la boca, el cuerpo, de la piel, los alimenticios y las pláticas que nos daban. Al fin que al venir aquí aprendí a sobrellevar la enfermedad”.*

Elvira



## - MOTIVACIÓN

De acuerdo con los asistentes al DUPAM, este grupo representa una fuente de motivación que los impulsa a seguir en el camino para el control de su enfermedad y la prevención de sus complicaciones.

Para Cohen (1983), la motivación representa el empuje interior tras la conducta, ese estado excitante que se deriva de una necesidad interna, impulsando a un organismo a la actividad. En el caso de las personas que padecen una enfermedad crónica como la diabetes, por ser una enfermedad que dura muchos años, afecta la vida cotidiana del paciente y de su entorno, obligándolo a replantearse por necesidad muchos aspectos de la vida, situación que hace sumamente necesario que la persona este motivada para ejecutar dichos cambios, de lo contrario difícilmente se llegará al control.

*“Es motivante, necesitamos de este apoyo, necesitamos de cierta fuerza, vamos esa es la palabra”. “Al verlos nuevamente, se siente uno bien y motivado”.*

Tere

*“Estoy muy motivada y con mucha alegría de volver a verlos”.*

Graciela

*“Pues a mí me da mucho gusto venir aquí porque este, pues, para mí es como si me inyectaran vida venir aquí, llego contenta, hago mis cosas a gusto, este, ando contenta todo el día, toda la semana y ya no me enoja con frecuencia como antes me enojaba, y como les comentaba hace rato me armo de paciencia”.*

Elvira

## - APOYO

Otra de las cualidades que las personas integrantes del programa han descubierto en el DUPAM es apoyo. De acuerdo con ellos, aquí sienten que no están solos contra su enfermedad, se sienten entendidos, tomados en cuenta y apoyados.

*Y ahora que viene aquí, dice que viene desde por agosto le ha ayudado mucho “A mí se me gustó venir, eso me ayuda, me hace falta y tengo que aprovecharlo entonces a mí me gustaría que fuera más seguido”.*

Maria Filiberta

*“Nos hace falta el grupo, tanto a ella como a mí nos hace falta, ya no habíamos venido por ideas nada más de decir hay no yo de este modo o de este otro, yo ya no voy y al fin de cuentas lo estoy pagando porque siento que me hacen falta el apoyo que aquí recibimos, no que barbaridad”.*

Tere

*“Me ha ayudado mucho que yo recuerdo venir aquí, he andado en Alcohólicos Anónimos y en el DUPAM, iba cada jueves, luego aquí la psicóloga Enriqueta iba a mi casa, ósea que me han apoyado mucho aquí en el DUPAM, gracias a Dios he salido adelante”.*

Ricardo

*“Por eso sigo adelante, quiero echarle muchas ganas porque lo que me paso ya lo estoy superando, pero espero en Dios que viniendo aquí ya tenga yo el apoyo que necesito”.* Graciela

#### **4.2 APOYO DE LOS COMPAÑEROS DE GRUPO DE DIABETES**

El facilitador de un grupo que se reúne en forma intensiva puede desarrollar un clima psicológico de seguridad, donde se genera en forma gradual libertad de expresión y disminuyen las actitudes defensivas. En un clima psicológico semejante es parte inevitable del proceso grupal la expresión de sentimientos y la aceptación de los mismos lo cual genera acercamiento afectivo. Así pues, a medida que las sesiones se suceden toma cuerpo una creciente sensación de cordialidad, confianza y amistad; al igual que un espíritu de grupo, situación que se torna favorecedora para el control de la diabetes cuando se forma parte de un grupo que fue creado con ese fin. Y más aún cuando estas sensaciones se dan no solo entre los asistentes, sino incluso entre el personal encargado de dirigirlo.

En tales condiciones, las personas lograron identificar que cuando comparten con alguien se sienten ayudadas y acompañadas, ya que el

otro al padecer la misma enfermedad se solidariza con ellos haciendo que los problemas que se generan en torno al padecimiento y a la vida misma, sean más livianos.

*“Estoy muy motivada y con mucha alegría de volver a verlos como amistades como compañeros del mismo dolor” (la señora al decir esto, comienza a hablar como si tuviera un nudo en la garganta y conteniendo el llanto). (Tere la abraza)*  
Graciela

*“A mí también me ha servido mucho el venir aquí ósea que antes teníamos psicólogo personal y a mi se me ha levantado mucho, llevo un poco más de un año viniendo con los psicólogos y a uno le sirve, hemos tenido pues pocas amistades no, pero si conozco bien a la gente”.*  
Ricardo

*“Yo empecé con el grupo y aquí estoy, a mi me ha servido mucho convivir con mis amigas, con las doctoras, con los enfermeros, me han dado mucho” .*  
*“Me dio mucho gusto volver a ver a nuestras amigas del grupo porque ya se habían ausentado quizá por alguna enfermedad o ya ve que no faltan los problemas, pero me dio mucho gusto verlas”.*  
Martha

*“Yo siento que es como que si me hace falta sacar algo de lo que yo tengo, hay cositas que luego se me olvidan cuando estoy con la psicóloga, entonces y luego cuando estoy allá en su pobre casa me empiezo a acordar y digo hay no le dije esto, y a la mejor con otra persona”(haciendo referencia a su compañera de ejercicio).*  
Maria Filiberta

*“El verlos nuevamente, se siente uno bien y motivado”.*  
Tere

### 4.3 APOYO DE LA FAMILIA

La buena salud de un paciente con diabetes no sólo depende de él mismo. La participación de los familiares y el medio en el que se desarrolla es de suma importancia. El que la familia este conciente de lo

que implica ser diabético ayuda a que se de mayor apoyo en cuanto a su tratamiento.

El DUPAM ha sido un parteaguas al respecto ya que ha permitido que los familiares de las personas con diabetes no sólo se interesen en la enfermedad de manera preventiva, por el alto índice de predisposición que tienen, sino que además fomenta a que se involucren en el tratamiento, apoyen el seguimiento del mismo y adquieran un estilo de vida que favorezca el control de la enfermedad.

*“Gracias a Dios tengo una familia que me comprende y que me apoya y que me ha ayudado mucho. Por ejemplo, hay veces que mi hijo luego se pone a hacer ejercicio conmigo”.*

Maria Filiberta

*“Mi hermano (Ricardo), yo lo he apoyado de esta manera acompañándolo aquí”.* También dice que les ha ayudado mucho a salir adelante.

Matilde (tiene predisposición a la diabetes)

*“También tengo mi marido que es comprensivo, y pues me apoya, ya ve que luego hay maridos que pues también presionan mucho a uno, y pues le doy gracias a Dios que él comprende y, porque si no, presión de acá, presión de allá es peor”.*

Matilde

*“Gracias a Dios ha superado su enfermedad. Si que ya acepto que es ciego y diabético”.*

*“Eso ya lo he superado, y ahora Mati es la que me apoya pues viniendo aquí verdad, y pues ahora ya nos llevamos bien”.*

Ricardo

*“Yo vengo aquí pues para atender a mi mamá porque yo la he visto pues que realmente le ha hecho mucho bien el estar aquí, la veo menos presionada, más tranquila, creo que a nosotros como hijos nos ayuda bastante para ayudarles a superar esto.*

*Siento que esto me orienta para poder ayudar y orientarla no, cuando tiene sus depresiones y todo eso no, siento que esto me ayuda pues a sacarla adelante y pues eso está muy bien”.*

Graciela hija, no esta enferma de la diabetes, que ella únicamente acompaña a su mamá, pero la enfermedad que tiene también es media dura (hipotiroidismo) La mamá dice: a ella le sirve porque ella no es diabética pero si tiene otro problema del cual también es fuerte, ella padece de la tiroides.

*“Soy muy feliz con mi familia especialmente con mi esposo que como todos los matrimonios tenemos altas y bajas como todos, pero también me siento plenamente orgullosa de mi familia”.*

Tere

*“La verdad, porque yo acabo de pasar por una situación pues para mi bastante dura pues pensé que esta vez hasta aquí llegaste Graciela. Ya ve que yo si les digo que yo, perdón por la expresión, yo si le echo ganas pero hay momentos, más con lo que acabo de pasar, esta depresión tan fuerte, porque fue fuerte de salud, pensaba yo que hasta ahí, pero gracias a Dios, porque primero es gracias a Dios, y después el apoyo moral que mis hijos, la motivación de mi esposo también, pues aquí estoy”.*

Graciela

*“Reconozco el apoyo de mi hija”.*

Amparito

Ella comenta que la hija se iba a ir a trabajar y le iba a dejar al nieto y ella al externar que tendría que dejar de venir, la hija le dijo que no quería que dejara de venir, así que metió al niño al Kinder y le dijo a doña Amparo.

*“Involucrar a sus familiares en todo lo relacionado con su enfermedad, en la comida, hacer ejercicio y relajarse”.*

(el grupo)

Estas son las estrategias más representativas que las personas participantes en Arqueología Vivencial reconocieron como efectivas para llegar al control y mantener sus niveles de glucosa. Aunque el objetivo general del programa era ese, es importante destacar que gracias al ambiente adecuado, facilitador de respeto y seguridad, y a la libertad de expresión los alcances que se obtuvieron fueron más allá.

Se obtuvo información sobre el impacto que causa en las personas el padecer una enfermedad crónica como la diabetes.

*“Pues yo, este la diabetes no, pienso que, al darme la diabetes fue un cambio de vida total, y al principio me dijeron que hiciera ejercicio, que no comiera muchas grasas, yo si puse en práctica eso, en hacer este, en no comer comidas grasosas, en evitar las tortillas, en todo ese tipo de cosas, me costó mucho trabajo, pues lo puse en práctica pero sin exactamente saber que era lo que yo tenía que hacer con exactitud, simplemente, la doctora me dijo que tenía que hacer algunas cosas, pero no me dijo las cantidades, ni, no. Me costó trabajo, yo lo hice durante 3 años, a partir de eso vine para acá y fue cuando aprendí más cosas y pues no sé si me haya dado resultado, pues en los ejercicios, en este, en la comida, en no comer muchas grasas, en evitar muchas cosas para mi, fue eso y, pues aunque en la casa, nadie lo reconozca, aquí si nos lo han reconocido y es a donde pues siento que estoy bien, ahora sí que ya sería la opinión de ustedes y no la mía”.*

Elvira

*Había una vez una persona, la cual un día comenzó a sentirse mal, en cuanto a su salud, ella desconocía que era lo que tenía así que fue con el médico y después de algunos estudios le diagnosticaron una enfermedad llamada diabetes, en cuanto se enteró esta persona lo primero que hizo fue: comprar sus medicamentos, sin embargo no fui constante para tomarlos, decía hay se me olvidó la medicina, después me la tomo y cuando ya no tenía medicina... luego me la compro, hasta que me empezaba a sentir mal nuevamente, por fin me la compraba pero con ese descuido no podía estar bien, hasta que mi hija me ayudó a encontrar un lugar en donde aprendiera muchas cosas en el grupo DUPAM y fue entonces que empecé a mejorar su modo de vida.*

Amparo

Se logró la disminución de las actitudes defensivas por parte de los participantes haciendo posible la expresión de muchas reacciones de sentimiento inmediato de cada miembro hacia los demás y hacia sí mismo logrando una mayor aceptación de la totalidad de su ser (emocional, intelectual y físico) tal cual es, incluidas sus potencialidades haciendo posible un cambio en las actitudes y el comportamiento de las personas.

*“Yo trato de aceptar mis errores, no nada más echarle la culpa a la demás gente, sino que trato de ver primero lo mío, a fin de cuentas de todo uno nunca*

*he llevado, no sé si estoy bien o estoy mal, no he sabido llevar, no sé si sea feliz o no, pero trato de aceptar lo que tengo, por ejemplo el hecho de que estoy ciego”.*  
*“Yo también tengo mi carácter”.*

*“A mi me enseñaron, y a lo mejor por lo mismo tuve un fracaso en mi matrimonio, a mi me enseñaron que el hombre debía de meter el dinero en la casa y debían de atenderlo”.*

Ricardo

*“Yo en la casa no me tomaba en cuenta, para mi existían la casa, mis hijas, mi esposo, lavar, planchar, la comida, y para Elvira no había otra cosa que eso. Ahora ya tengo tiempo para venir aquí, para venir a los ejercicios, me doy tiempo para mí, para mis cosas personales. Aprendí a valerme por mí. No sabía salir sola, siempre me acompañaban mis hijos, tenía mucho miedo y ahora tengo el valor de salir sola, aprendí a perder el miedo, aprendí a valorarme yo, aprendía a tomarme en cuenta porque ya me dedico más tiempo para mí, hago mis ejercicios, me gusta venir aquí. Fue como fui descubriendo que existía Elvira, muchas cosas aprendí en la clínica, a platicar, porque yo era una persona muy seria, muy callada, yo sabía que estaba mal, pero no sabía como contestar, aprendí a valorarme, poco a poco, aprendí a defenderme, a valorarme para llegar hasta aquí, tengo un año de estar viniendo”.*

Elvira.

Hubo una redefinición de su autoconcepto y de los sentimientos hacia sí mismos.

*“Con este ejercicio a lo mejor vamos a, bueno no a lo mejor, vamos a aprender a aceptar nuestros pequeños o grandes defectos, no, porque nos los estamos calificando nosotros mismos”.*

Amparo

*“Me quiero, que me amo, me respeto y me admiro y quiero seguir siendo como soy, es todo, y también quiero echarle más ganas y pues a lo mejor ahora poner unos cambios en mi, me gustaría ser más valiente y más feliz, es todo (hay llanto)”.*

Elvira

*“Quiero seguir siendo como soy, luchar por mi bienestar y mi tranquilidad, aún en contra de los pensamientos de otras personas, yo quiero ser como soy,*

*quererme y respetarme y luchar por mi felicidad. Yo voy a seguir haciendo lo que yo, lo que yo quiero y lo que a mí me convenga”.*

Amparo

Lograron reconocer en si mismos cualidades de las cuales no se habían percatado

*“Tratando con personas necias, les doy por su lado. No es que les de el avión, sino que no me gusta discutir, que se queden con su idea, ya que si yo les aclara puede que hasta les haga sentirse mal”.*

*“Hay un don que yo creo que Dios me dio, hay veces que me llevan trabajos de costura difíciles, y yo me las ingenio, lo pienso y logré hacerlos”.*

Amparo

*“Es muy difícil porque uno no va a decir yo soy así o asado, es difícil”.*

*Menciona que con sus hijos, ella les dice que hagan las cosas y no los obliga.*

*Otras cualidades que ve Elvira en ella es que ayuda a la gente, que platica con ellos.*

*“Lo que no me gusta que me hagan no me gusta hacer”.*

*“Ayudar en situaciones difíciles“.*

*“Tener las cosas limpias”.*

*“Me ha vuelto paciente”*

*“He logrado aprender de la experiencia”*

*“Platico con mis hijos y convivo con ellos”*

*“Me gusta compartir”*

Elvira

Al disminuir la rigidez defensiva, los individuos pudieron en mayor grado, escucharse mutuamente y aprender unos de otros.

*“De la señora Amparito aprendí a no dejarme vencer por lo que pasa. Sabiduría y paciencia de la señora Elvira”.*

Martha

*“De cada uno de mis compañeros aprendí cosas que realmente me sorprendieron, de la señora Elvira aprendí su constancia y su esfuerzo por seguir hacia delante. De la señora Amparo su gran valor ante las cosas que pasan en la vida y que a pesar de esas cosas no se deja caer”.*

Guadalupe



*“Bueno de mi compañera Elvira aprendí a ser perseverante, tolerante, constante, a preocuparme por mí y tratar de ser fuerte, valiente a ser mejor persona de lo que era. De mi compañera Amparito aprendía a escuchar, analizar, reflexionar sobre mis actitudes y las de los demás, aprendí que debo preocuparme por lo que me suceda y ayudar a quien me lo pida, aprendí que muchas cosas que uno cree de los otros a veces no son como las percibimos y muchas veces nosotros nos generamos nuestros problemas”.*

Esmeralda

*“La constancia de todos, la amistad que brinda cada uno de ellos, la paciencia, la tolerancia. De Amparito que a pesar de sus problemas siempre esta con nosotros y cada uno esta pendiente del otro”.*

Elvira

*“Me llevo una muy buena impresión de cada uno de mis compañeros de DUPAM”.* Amparo

Luego, al explorar paulatina, tentativa y temerosamente sus sentimientos y actitudes recíprocos y hacia sí mismos, fueron desapareciendo las fachadas, las máscaras (defensas subjetivas del self), permitiendo así con mucha cautela el surgimiento de sentimientos y personas reales.

*“Si me descompuse mucho, entonces, si, yo empecé a tomar, porque sentía yo que me hacía falta algo, que me diera consejos que me dijeran que era lo que estaba haciendo bien o mal, si. Pero quizá fue a guamazos, pero mi jefa nos cargaba, mi mamá nos pegaba gacho si, pero eso no, no lo entendí, lo que yo quería saber, es lo que era bueno o malo no, entonces, me rebelé yo, yo fui una persona que de los 16, 17 años para abajo que era yo muy obediente, ya después llegaba yo borracho y le decía a mi mamá, haber pégame.*

*Yo, vuelvo a decir en mi infancia, yo recuerdo cosas bonitas, si, pero ya de los 16 para arriba ya no puedo recordar, porque yo...*

*no, no todo lo que tengo de mi edad hasta la fecha, ya es malo no, ósea, yo ya me volví muy rebelde, tomando toda la vida, me han pasado muchas cosas a mí muy, muy difíciles y gracias a Dios he salido, no, entonces de ahí yo ya no puedo recordar, no ósea, que yo digo, todo lo hace uno con el fin de, pasan las cosas por pasar, no, ósea, fui casado, me dejó mi mujer, siempre he sido borracho, anduve en el cabaret, ósea, mi vida ha sido muy, extraña.*

*Pues si, pues, ahora ya ciego, pues ya no, eso ya es lógico, me tuve que componer digamos me compuse bastante de tomar, de cuando me cambie aquí, pero la ley era la mía no, de decirle yo a mi mamá, pues vamos a, de se hace esto y esto, entonces yo me iba y como trabajaba y tomaba cada 8 días, ese era mi ambiente, yo daba mi dinero y decía a mi jefa, aquí esta tu dinero y nunca deje de trabajar ósea, en ese son, nunca fui yo dejándola no, nomás que si, le vuelvo a repetir, no había ni con mis hermanas, ni con mis hermanos, casi nunca hubo confianza en uno, cada quien buscaba su manera”.*

Ricardo

Se creó una retroalimentación de una persona a otra, en forma tal que cada individuo llega a saber cómo aparece ante los demás, y que huella deja en las relaciones interpersonales.

*“Yo veo a la señora Amparo como una persona persistente, y muy trabajadora, bueno así lo pienso”.*

Elvira

*Tere cree que Matilde tiene nobleza y bondad, que piensa con el corazón*

*“Mamá Amparito:*

*Te recordamos con cariño porque para nosotros fuiste una persona única y maravillosa que dio lo mejor de sí misma a nosotros tus tres hijos, y siempre dispuesta a servir a los demás.*

*Pepe, Lidia y Fernando”*

*“Elvira era una persona que le gustaba apoyarnos en el momento que le pidiéramos ayuda.*

*Para mis hijos:*

*Mi mamá le gustaba ayudarnos siempre que le pedíamos alguna ayuda nos apoyaba en todo momento, aunque a veces se molestaba pero siempre encontrábamos ayuda en ella, nosotros y la demás gente, tengo recuerdos buenos y también recuerdos de cuando se molestaba, pero siempre nos apoyaba.*

*A la familia:*

*A Elvira la recordamos porque nos visitaba en los momentos difíciles y en los momentos felices. Hubo cosas que admirabas de Elvira, como saber salir adelante, saber afrontar las cosas difíciles en caso de enfermedades”.*

*“Ricardo, yo nada más tuve la fortuna de estar con él una vez, estábamos en el ejercicio de las máscaras y lo que yo le recuerdo es que es una persona con todo el coraje para decir lo que le agrada y lo que no, una persona con coraje, pero coraje no de enojo, sino el coraje de decir sabes que no, no es así, y eso me agrada mucho, yo así lo recuerdo como una persona, valga la expresión, sin pelos en la lengua”.*

*“A las peleas les encontraba algo bueno y las disfrutaba mucho, ósea él no peleaba por enojarse, el no peleaba por hacerse daño, él peleaba al contrario por sacar lo que traía y terminar bien, porque yo recuerdo cuando peleaba con su hermana, que inclusive a veces decía lo mismo y aún así peleaban, por pelear, lo que el quería era sacar lo que sentía, lo que él traía y luego al final decía pues por eso, (hay risas)”.*

*“Defendía lo que él decía, pero al final si aceptaba lo que estaba mal, pero a la vez lo que no le gustaba”.*

*“Una persona muy sincera, muy fuerte”*

*“Nunca se expresó con amargura, nunca se amargó”*

*“Aprendió a vivir con lo que tenía, ósea no estarse lamentando, el decir ya no veo y lo único que me queda ahorita es caminar donde yo conozco, inclusive de alguna manera el burlarse de las cosas”.*

*“Una persona muy fuerte, esto de defender como dice, bueno así me educaron, y decía yo soy así porque así me educaron y bueno aunque tenga que cambiar defendía su postura de cómo lo habían educado, esto de tengo la razón y no hay de otra. Yo en lo particular si sentí cambios”.*

El grupo DUPAM

*La señora Tere le dice a la señora Mary que de ella se lleva toda la paciencia que tiene, el cariño y el amor con el que hace las cosas, lo que expresa.*

*La señora Mary le dice a la señora Martha que la aprecia mucho, que está muy agradecida con ella por que gracias a ella, se enteró de DUPAM y del trabajo que se realiza, y dice que le admira mucho la capacidad que tiene para resolver los problemas.*

*La señora Tere le dice a la señora Martha que de ella se lleva su disciplina, su constancia, su alegría, su ánimo, su perseverancia y tenacidad, para salir adelante y para hacer las cosas.*

*La señora Mary le dice a la señora Tere que aprendió de ella mucho, en especial su alegría y le desea bendiciones.*

Lograron aprender que aquellos sucesos que parecen catastróficos y trágicos no son sino una oportunidad de crecimiento y aprendizaje que la vida les ha regalado para ser mejores seres humanos.

*“De que se puede vivir con la enfermedad, diferente de mejor forma de lo que se esta acostumbrado. Mi enfermedad convertirla en mi amiga, su nombre Beatriz Que puedo ir de la mano con ella, llevando una vida más sana de la que llevan aquellos que se dicen sanos. Me acompaña, ahí nos ayudamos, ella es la que me dice que es lo que me pasa y se vuelve mi amiga, me dice la estas regando. Ya que a veces hacemos las cosas y no lo sentimos”.*

Elvira

Se pudo observar la utilización de los recuerdos como recursos para relajarse

La señora Mari relata que hay una necesidad de estar acompañada de su hijo. Continúa con su relato y menciona que comenzó a llorar porque el ejercicio le trajo recuerdos de su niñez, la cual fue en lugares similares a los que se trabajaron en el ejercicio, y que lloraba, por la añoranza de que según ella jamás podrá regresar a aquellos lugares. Ante esto se le dice que no es así, que en este preciso momento ella acaba de ir nuevamente a ese lugar, sin gastar un centavo, y que podrá seguir haciéndolo cuantas veces quiera.

*“Me sentí bien, porque regresé pues al tiempo que ya pasó y este, sentí bonito al recordar, este, al recordar y al ver todo aquello que... ya pasó, vi este, cuando yo tenía desde los XV años en mis XV años me vi, ahí pues empecé a ver todo, todo lo que a mí me gustaba vi a mis papás cuando este, cuando ellos eran jóvenes. Después pues fui recordando todo lo de, este que llegué a mis 20 años, que a mí me gustaban las fiestas, que iba yo, que yo me salía a veces sin pedirles permiso, de ahí seguí caminando, seguí recordando todo hasta la fecha que tengo ahorita, pero pues yo, eh, vi lo que a mí me gustaba más. Pues no sé, como sentí que se me quitó todo lo que, pues a veces hace que yo no sienta nada me siento muy tranquila me dio gusto todo, todos esos momentos”.*

María

Y como una revaloración sobre los logros alcanzados hasta este momento de su vida.

*Don Ricardo evocó a su trabajo de antaño, logrando una revaloración de éste.*

*Me quede en mis 10 años, me quedé con mi amiguita de la infancia, también se llama Tere, todavía nos frecuentamos, pensar que me veo. Verme de esa edad y sin ninguna preocupación. He disfrutado mucho. Disfrutamos mucho, disfrutamos mucho. Ahorita así la recordé y recordé aquellos tiempos también que eran muy bonitos, pero muy bonitos para mí, también recordé a mis padres que ya no los tengo, y pues ahorita también me dio gozo de que fuera más feliz si yo los tuviera porque hacen mucha falta, eso es lo que recordé.*

Teresa

Lograron utilizar como aprendizaje, aquellos recuerdos (tanto positivos como negativos) para no cometer los mismos errores. Revalorando las situaciones tristes que les ayudaron a fortalecerlos.

*“Pues yo creo que, bueno a mi modo de pensar, yo creo que yo me veo a mi misma, con recuerdos que vienen, las experiencias que vienen, como todo hay cosas buenas, y cosas desagradables”.*

Elvira

*“Le decía al grupo que lo que sentí que me lastimó en su tiempo física y emocionalmente, me sirvió. Eso representa ese aprendizaje, eso que en un momento no entendimos porque pasó, pero que ahora ya estamos en facultad de entender”.*

Teresa

*“Pues yo me sentí triste porque empecé a llorar, me recordó cuando mi mamá nos maltrataba, pero pues también me sirvió mucho, porque me sirvió para madurar, que lo que a mí me sucedió cuando pequeña, no hacérselo a mis hijos ahora que los tengo en mi matrimonio. Ya cuando uno forma su hogar, su matrimonio, lo que le sucedió a uno no quisiera uno hacérselos a sus hijos”.*

Martha

*“En el ejercicio pasado, yo recordé toda mi infancia, que fue bonita, tanto amor que había para conmigo, tanto cariño. Me daba tristeza el oír que les pegaban que los maltrataban cuando yo pensaba que todo era como yo lo había vivido,*

*con tanto amor, con tanto cariño, me llevó a valorar muchísimo todo lo que yo tuve, me llevó a valorarlo muchísimo”.*

Teresa

Lograron hacer un proyecto de vida presente y futuro.

*En el presente, se ve agradecida a DUPAM, al grupo, por todo lo que ha aprendido.*

*Que en el futuro se ve como viejita, pero una viejita feliz, flaca, diabética, pero no arrinconada, sino feliz, activa, alegre y sana.*

*Dice que ella se ve ocupándose de si misma y de su cuerpo.*

*Dice que depende del presente la calidad de vida que quiere tener en el futuro.*

Teresa

*“En mi futuro, este, gracias a la diabetes, veo muchas cosas diferentes, eh, vine aquí, por la diabetes estoy aquí, por la diabetes he aprendido a ver la vida diferente, pues, mi, lo que si más me ha dolido es la enfermedad de mi hija, no se, pienso superarlo y este, pues, por todo lo que yo he pasado a mi no me, no me duele tanto, sino más bien por mi familia (hay llanto) (silencio) yo se que he pasado por cosas muy fuertes, muy duras, pero no me duele tanto por mi, no me gusta ver a mi familia, sufrir, pero pues ya ahora he aprendido a pensar en mi, en mi futuro me veo, rodeada de mi familia, de mis hijos, mis nietos, la verdad no me quiero ver mal, y no quiero estar mal, me quiero ver bien, tener salud, saber cuidarme, saber alimentarme, todo eso es lo que veo en mi futuro, el no meterme en cosas que a mi no me incumben, simplemente lo que a mi me interesa es salir adelante con mis hijos y pues me veo, me quiero ver sana, cuidarme, rodeada de todos, de mi familia, pues me quiero ver feliz, no me quiero ver restando en una cama ni nada por el estilo, pienso cuidarme en lo que esta en mis manos, salir adelante”.*

Elvira

Pero sobre todo lograron rescatar recursos y herramientas necesarias para afrontar las adversidades de la vida.

*“Yo la señora Amparito me llevo una muy buena impresión de cada uno de mis compañeros del grupo DUPAM, en mi canasta he depositado muchas cosas positivas tales como: paciencia con mis semejantes, especialmente con Paty y familia; amor, tengo mucho amor para dar, sabiduría y entendimiento para vivir y solucionar los problemas de cada día, también deposite el entendimiento para saber cuidar mi enfermedad y tenerla contenta, para que ella a su vez no me haga daño, agradecimiento a todos nuestros instructores e instructoras, doctores*

*y doctoras que realmente se preocuparon por mi persona y finalmente estoy muy agradecida con mi hija Lidia que me trajo a este lugar”.*

Amparo

*“La constancia de todos, la amistad que brinda cada uno de ellos, la paciencia, la tolerancia. De Amparito, que a pesar de sus problemas siempre esta con nosotros y cada uno esta pendiente del otro; de la doctora Esmeralda la paciencia que me tiene, que está con uno que nos apoya a salir adelante, de Martita y Lupita, que nos apoyan en los ejercicios al igual que la doctora Lourdes, encontré mucho apoyo, ayuda siempre, me ayudaban cuando podían. Aprendí a ser disciplinada en cuanto a la alimentación, a comer, a hacer ejercicio, de lo mal que venía me recuperé poco a poco, las relajaciones, la amistad de todos, la paciencia que nos tuvieron, que nos han tenido en enseñarnos como llevar nuestra vida, como salir adelante. Soy muy diferente a como llegué, aprendí a saber valorar, aprendía a no quedarme callada, a quererme, a ver la vida diferente, deseo vivir mejor cada día de cómo viví; para mí los compañeros son personas valiosas, los que pertenecen a DUPAM”.*

Elvira

*“Pues me llevo todo lo que aprendí, por todo lo que llevo de cada uno de ustedes y yo creo que con dar las gracias no es suficiente no, pero pues, yo creo que me gustaría algo más, pero les doy las gracias por todo lo que he aprendido de cada uno de los que estamos aquí, y pues llevo muchas cosas en mi canasta y espero que siempre las tenga en mente para poder aplicarlas en mi vida en adelante, es eso, gracias a todos ustedes, aprendí muchas cosas...*

*Pues a lo mejor si, nada más que pues yo creo que uno, uno no, como nos decía hace un rato, no, que uno yo creo que, ahí están las cosas o estaban las cosas, pero uno no sabía y yo creo que gracias a ustedes descubrimos algo que teníamos oculto o que no lo sacamos a la luz o no sabíamos como aplicarlo y pues yo les agradezco pues llevo muchas herramientas y mi canasta pues llena y espero que lo que me venga de la vida pues aplicar todo eso que no quede así en vano lo aprendido, gracias a todos ustedes. Si pues ya llevamos nuestras herramientas, pues para poderlo aplicar en el momento en el que nosotros lo necesitemos”.*

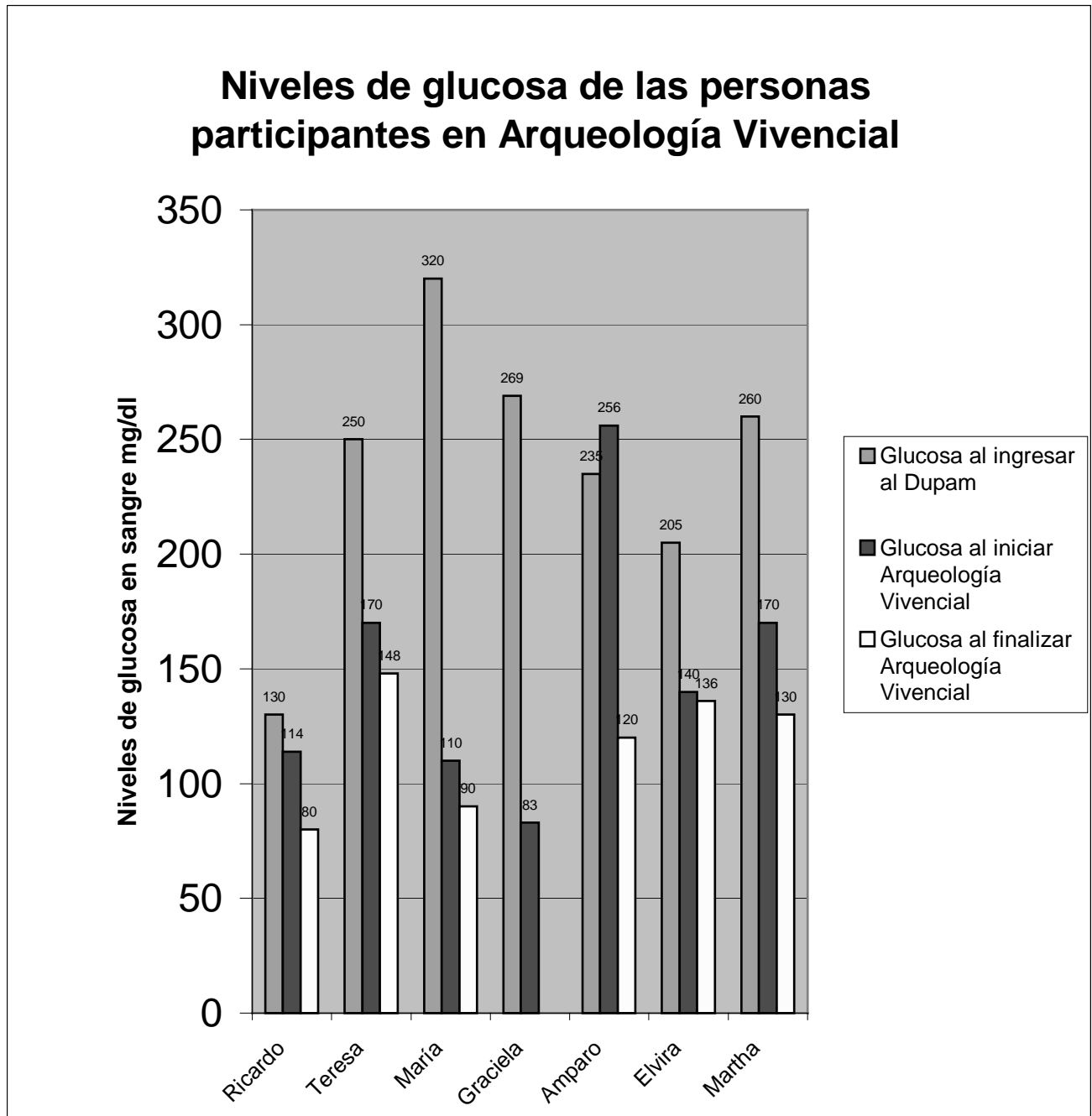
Elvira

La efectividad de todo lo anterior se ve reflejada en la gráfica 2, la cual muestra los niveles de glucosa de las 7 personas participantes en Arqueología Vivencial. En esta gráfica se puede observar que dos de las

personas lograron alcanzar niveles óptimos de glucosa, cuatro de ellas lograron disminuir sistemáticamente sus niveles de glucosa, y no lograron el nivel óptimo, probablemente porque el programa concluyó antes de darles la oportunidad.

Es importante aclarar que de la señora Graciela únicamente aparecen dos niveles de glucosa, el inicial y el tomado a la mitad del programa, debido a que la señora no concluyó con el programa por causa de problemas de índole personal.





Gráfica 2.  
Niveles de glucosa de las personas participantes en Arqueología Vivencial

## Capítulo 8

### CONCLUSIONES

Como se vio a lo largo de esta tesis, la diabetes, es una enfermedad crónica, en la que intervienen una serie de procesos que afectan al individuo enfermo en su totalidad psicofísica, su entorno familiar y social.

Pese a que en la actualidad existen grandes avances científicos y tecnológicos dirigidos al tratamiento y atención de este padecimiento, al no tomar en cuenta las condiciones personales y socioculturales, difícilmente se logrará alcanzar el control. Como muestra basta ver las estadísticas de incidencia en donde la diabetes se ha ubicado dentro de los 3 primeros lugares como causa de muerte general en nuestro país. Esto hace evidente la necesidad de que el personal de salud, encargado de brindar atención a las personas con diabetes, tenga conocimiento y comience a tomar en cuenta factores como las vivencias, pensamientos, percepciones e interpretaciones de las personas que desarrollan la enfermedad, de tal forma que la persona deje de ser un número, un paciente más y sea visto como un ser integral.

Si bien es cierto que las acciones institucionales han implementado estrategias de tipo preventivo, como son grupos de autoayuda y sesiones educativas con sentido obligatorio, como PREVENIMSS. Estas acciones se han quedado en el plano informativo, sin lograr que la persona haga suyo el conocimiento. Por lo que es necesario incidir en lo formativo, de tal manera que se puedan integrar las áreas cognitivas, afectivas, corporales y sociales, con la intención de potencializar los recursos que tienen las personas con diabetes, tal y como se lleva a cabo en el equipo multidisciplinario DUPAM. En donde la participación de los integrantes del equipo multidisciplinario, ha favorecido la eliminación de la visión sujeto-objeto por la de sujeto y objeto de lo investigado.

Una propuesta para conocer y tomar en cuenta estos factores es Arqueología Vivencial, que más que una moda o un método se propone como un medio, mediante el cual los participantes tienen la oportunidad de operar con la realidad a través de la vivencia, la reflexión, la fantasía, la conceptualización y la sistematización del conocimiento. Teniendo una doble tarea: la aplicación como recurso terapéutico y la investigación de los medios expresivos.

Como recurso terapéutico permitió que las personas logaran identificar, descubrir, desarrollar y sistematizar estrategias, como el evitar el estrés, que favorecen el control de su enfermedad. Al permitir la

expresión de muchas reacciones de sentimiento inmediato de cada miembro hacia los demás y hacia si mismos, logrando una mayor aceptación de la totalidad de su ser (emocional, intelectual y físico) lo que hace posible un cambio en las actitudes y el comportamiento de las personas, cambio que será benéfico para el control de su enfermedad, para evitar la presencia de complicaciones, para aspirar a una vida de calidad y sobre todo para proyectarse una vida futura significativa y de plenitud.

Como herramienta de investigación permitió obtener información del impacto que causa en las personas el padecer una enfermedad crónica, así como el conocimiento de las problemáticas a las que se enfrenta día con día, ya que estas representan obstáculos que dificultan alcanzar el control y chocan con los tratamientos de atención. Por lo que al tener conocimiento de todos estos factores que atañen a la vida de una persona con diabetes, se hace posible, no sólo abrir nuevas directrices de atención en las que el eje principal deje de ser la prescripción de medicamentos, sino que se logrará disminuir la tasa de morbi-mortalidad causada por este padecimiento.

Arqueología Vivencial es una intervención psicológica que considera diversas áreas: corporal, afectiva, cognitiva, sociocultural, etc. Es un programa que incide en que el conocimiento sea significativo,

mediante la utilización de metáforas, fantasías e imaginación, con la intención de atender el problema del control y mantenimiento del control de la diabetes. Ayuda a desarrollar habilidades, recuperar recursos y promover el crecimiento personal, todo esto vivencialmente. Cabe destacar que para lograr lo anterior fue necesario ofrecer un ambiente adecuado, facilitador de seguridad, respeto y libertad de expresión.

Arqueología Vivencial es un tiempo y espacio en el que las personas lograron construir y se apropiaron instrumentalmente del conocimiento. Es un ámbito donde se promovió la integración del sentimiento, del pensamiento y la acción, basados en las experiencias y vivencias de las personas.

Las ventajas de Arqueología Vivencial: es una intervención psicológica que humaniza a las instituciones, profesionales de la salud y personas con diabetes, tomando en cuenta a estos últimos como seres que comparten conocimientos y aprenden al igual que los profesionales de la salud del equipo, en una relación de igualdad y respeto, creando un ambiente ameno, utilizando los conocimientos, experiencias, sentidos y emociones.

Se desarrolla en los participantes la empatía, la creatividad y las potencialidades incluso algunas desconocidas.

Se rompen los estatus ya que al compartir conocimiento ambos se convierten en aprendices y poseedores de conocimiento con respecto a la diabetes.

Sin embargo también posee algunas restricciones: para su implementación se necesita que los profesionales de la salud tengan la experiencia para crear y diseñar los ejercicios vivenciales.

Se requiere de una visión holista. Es decir, que el personal tenga una preparación previa, que puedan rebasar la visión tradicional. Lo cual hace necesario una capacitación a profesionales interesados.

Finalmente Arqueología Vivencial permitió identificar algunas líneas de interés de investigación a continuar, tales como los estados emocionales que se presentan en la persona con diabetes tras el diagnóstico de la enfermedad, ya que de acuerdo a lo reportado, tal pareciera que dichos estados coinciden con las fases o etapas del duelo ante la pérdida de un ser querido.

Otra futura línea de interés se relaciona con la población infantil, actualmente existe un porcentaje alarmante de población infantil con obesidad, lo cual incrementa las probabilidades de que en un futuro estos niños desarrollen diabetes, generando problemáticas de diversa índole, desde el diagnóstico mismo, ya que por su corta edad, pueden ser mal diagnosticados con diabetes tipo uno. En el ámbito psicológico, este

diagnóstico resultaría sumamente impactante para la vida de un niño y aunado a esto, las Instituciones de Salud no están preparadas para dar atención a una población infantil diabética.

# ANEXO



## PROGRAMA ARQUEOLOGÍA VIVENCIAL

### Objetivo General

Identificar las estrategias utilizadas para lograr el control de su diabetes (en caso de haber alcanzado dicho control). Y en caso de no haberlo conseguido, promover la creación y descubrimiento de nuevas estrategias.

### Sesión 1

### PRESENTACIÓN

Ejercicio:

### LA ENTREVISTA

**Temática:** Presentación.

#### *Objetivos:*

- a) Entablar la integración del grupo, partiendo de algo fundamental: conocerse mutuamente, iniciando la relación interpersonal.
- b) Facilitar el rapport de forma individual
- c) Hacer notar que su presencia es importante dentro del grupo.
- d) Conocer los valores personales de los compañeros del grupo.

#### *Tiempo de duración:*

Cuarenta y cinco minutos, aproximadamente.

#### *Ambiente físico:*

Una sala bastante amplia con sillas para acomodar a todos los integrantes.

#### *Desarrollo:*

El animador comienza explicando que el ejercicio que se realizará exige que todos se sientan a gusto. Esto obliga a que todos sepan quién es quién. No se llegará a un conocimiento grupal, a no ser conociendo a los individuos. Esto se puede conseguir de varias maneras. Lo que se pretende con este ejercicio es la presentación a dos.

- I. El conductor solicita que los miembros participantes formen subgrupos de dos, preferentemente con compañeros desconocidos.
- II. Durante unos seis o siete minutos, los dos se entrevistan mutuamente.
- III. Volviendo al grupo único, cada miembro hará la presentación del compañero entrevistado.

- IV. Nadie podrá hacer su propia presentación.
- V. Cada miembro participante deberá permanecer atento y verificar que la presentación, hecha por el compañero, sea correcta y corresponda a los datos proporcionados.
- VI. A continuación el conductor pide a los participantes que se expresen sobre la presentación hecha por el compañero y sobre todo el valor del ejercicio.

*Tareas: Ninguna*

*Observaciones: Este ejercicio dejó ver que las personas se sentían agradecidas cuando los otros mencionaban una serie de cualidades en el momento de ser presentadas.*

*Se generó un ambiente cordial y de respeto.*

*Manifestaron que les hizo falta tiempo para seguir conversando, por lo que se sugiere incrementar el tiempo de la entrevista.*

## Sesión 2

### APRENDIZAJE PERSONAL

Ejercicio:

#### CUENTALO TÚ

##### **Temática**

Aprendizaje personal, de acuerdo con el control de su diabetes.  
Estrategias utilizadas.

##### *Objetivo:*

Reconocer e identificar las estrategias utilizadas para el control de la diabetes.

##### *Tiempo de duración:*

Treinta minutos aproximadamente.

##### *Material:*

Pizarrón y gis o cartulina y plumón, grabadora, cassette, lápiz, diario de campo.

##### *Ambiente físico:*

Una sala amplia para ubicar a los integrantes del equipo.

*Desarrollo:*

- I. El psicólogo a cargo anotará en el pizarrón o en la cartulina, palabras claves de un cuento para llevar cierta direccionalidad, por ejemplo: entonces, después, hasta qué, y luego, por fin, etc.
- II. Se repartirá una hoja y un bolígrafo a cada integrante.
- III. El psicólogo iniciará narrando un cuento, por ejemplo: Había una vez una persona, la cual un día se sintió mal de salud, fue con un médico y después de algunos estudios le diagnosticaron una enfermedad llamada diabetes tipo 2, en cuanto se enteró esta persona lo primero que hizo fue...
- IV. Al terminar esta parte el psicólogo les dirá a las personas que continúen cada uno su historia en la hoja que se les repartió, pero esta historia debe contener las palabras puestas en el pizarrón.
- V. Se les dará el tiempo necesario para que todos los participantes terminen su historia.
- VI. A continuación se le dará lectura a cada una de las historias rescatando todos aquellos recursos, de que han echado mano los participantes, que se hacen evidentes en sus narraciones.
- VII. Se destacaran dichos recursos y se ahondará en cada uno de ellos preguntándoles a los participantes como fue que lograron hacer tal o cual cosa.
- VIII. Finalmente se repite el ejercicio pero ahora haciendo una historia entre todos los participantes, para de igual manera rescatar aquellos recursos que cada uno aporte, recordando que es importante que la persona que continúe el cuento termine con una de las palabras claves que se escribieron en el pizarrón o cartulina, dejando inconcluso el final.
- IX. El psicólogo debe ir anotando cuales han sido las estrategias de las personas para alcanzar el control de su diabetes.

*Tareas: Se les dice que tal vez haya recursos que aún no tienen identificados, así que se les invita a que sigan explorando todos los recursos de los que han echado mano para que en la próxima sesión sean compartidos con el resto del grupo.*

*Observaciones: Se recomienda tener una actitud de facilitador, dar apoyo, ser accesible, para que las personas tengan la confianza de expresarse ampliamente.*

## Sesión 3

## LAS CUALIDADES

Ejercicio:

## EJERCICIO DE LA CUALIDAD

**Temática**

Las cualidades personales.

*Objetivo:*

Reconocer las cualidades propias y de los demás integrantes del grupo.

*Tiempo de duración:*

Cuarenta y cinco minutos aproximadamente.

*Material:*

Lápiz, hojas, videograbadora, cassette, lápiz, diario de campo.

*Ambiente físico:*

Una sala lo suficientemente amplia, con pupitres colocados en forma circular.

*Desarrollo:*

El psicólogo comenzará diciendo que, en la vida diaria, la mayoría de las veces las personas no observan las cualidades, sino los defectos del prójimo. En este ejercicio, cada cual tendrá la oportunidad de realzar una cualidad de un compañero.

- I. El animador distribuirá una hoja a cada participante. Cada cual deberá escribir en ella la cualidad que a su entender caracteriza a su compañero de la derecha.
- II. La hoja deberá ser completamente anónima, sin ninguna identificación. No debe tener el nombre de la persona de la derecha, ni estar firmada.
- III. A continuación, el animador solicita que todos doblen la hoja para ser recogida, barajada y redistribuida.
- IV. Hecha la redistribución, comenzando por la derecha del animador, cada uno leerá en voz alta la cualidad que consta en la hoja, buscando entre los miembros del grupo la persona que, en opinión del lector, se caracteriza por esa cualidad. Sólo podrá escoger una persona entre los participantes.
- V. Al elegir a la persona, deberá decir por qué tal cualidad la caracteriza.

VI. Puede ocurrir que la misma persona del grupo sea señalada más de una vez como portadora de cualidades: por ello, al final, cada uno dirá en público la cualidad que eligió de la persona de la derecha.

VII. Al término del ejercicio, el psicólogo pedirá opinión sobre el mismo.

*Tareas:* van a observar de su vida cotidiana situaciones que se les presenten como adversas y van a identificar que hicieron para resolver y les resultó y también que hicieron que no les resultó.

*Observaciones:* Poner atención a las situaciones emergentes que surgen de los integrantes del grupo e incluirlas a la dinámica para enriquecer el ejercicio.

#### Sesión 4

### MANEJO DE ADVERSIDADES

Ejercicio:

#### EXAMEN PERSONAL

##### **Temática**

Manejo de adversidades

##### *Objetivos:*

Reconocer las estrategias, recursos y métodos usados en situaciones de conflicto y considerar la negociación como alternativa.

##### *Tiempo de duración:*

Treinta minutos aproximadamente.

##### *Material:*

Lápiz, hojas para todos los participantes, videograbadora, cassette, diario de campo.

##### *Ambiente físico:*

Una sala lo suficientemente amplia, con sillas para acomodar a todos los participantes. Un ambiente silencioso.

##### *Desarrollo:*

- I. Los participantes son invitados por el psicólogo a hacer un ejercicio de fantasía, con el objetivo de examinar su estrategia en la solución de conflictos individuales.

- II. Durante aproximadamente cinco minutos, el psicólogo conducirá el grupo a través de la fantasía siguiente.
- III. El conductor invita a los participantes a que tomen una postura confortable, cierren los ojos, procurando ensimismarse, desligándose del resto, relajándose completamente.
- IV. A continuación, el conductor comienza diciendo:
  - a. “Estas caminando por la calle, y de pronto observan a cierta distancia, que se aproxima una persona que les resulta familiar. La reconocen”.
  - b. “Es una persona con la cual estás en conflicto. Sientes que deben decidir rápidamente cómo enfrentar a esa persona”.
  - c. “A medida que se aproxima, una infinidad de alternativas se establece en tu mente”.
  - d. “Decide ahora mismo lo que harás y lo que pasará”...
- V. El psicólogo detiene la fantasía. Espera un poco. A continuación dirá: “La persona pasó. ¿Cómo te sientes? Tomando una escala de 0 a 10, donde 0 es insatisfacción y 10 es satisfacción total. ¿Cuál es el nivel de satisfacción que sientes ahora?”
- VI. Continuando, el psicólogo pide a las personas del grupo que vuelvan a la posición normal y abran los ojos.
- VII. Apenas el grupo retorna de la fantasía, durante cinco minutos, todos los miembros deberán responder por escrito las siguientes preguntas: a) ¿En qué alternativas pensó? b) ¿Cuál es la alternativa que eligió? c) ¿Qué nivel de satisfacción sintió al final?
- VIII. Cada participante deberá comentar con los compañeros las respuestas y las preguntas anteriores; se designará un encargado para hacer una síntesis escrita.
- IX. Continuando, el animador conducirá los debates en el plenario, donde serán expuestas las síntesis de los subgrupos. Se observa que, en general, las estrategias más empleadas se resumen en evitar, postergar y enfrentar los conflictos.
- X. Por último, a través de la verbalización, cada participante expone sus reacciones al ejercicio realizado, y el psicólogo hará un comentario sobre el problema de los conflictos, pudiendo valerse del contenido siguiente.

## ESTRATEGIA PARA LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

EL CONFLICTO es una realidad de todos los días para una persona. En casa o en el trabajo, las necesidades y los valores de la persona entran constantemente en un choque con los de las otras personas. Hay conflictos relativamente pequeños y fáciles de solucionar. Otros son mayores, y requieren de una estrategia para una solución satisfactoria; de lo contrario se crean tensiones constantes y enemistades en el hogar o en el trabajo.

La habilidad de solucionar satisfactoriamente los conflictos es probablemente una de las más importantes que una persona pueda poseer desde el punto de vista social. Además de eso, hay pocas oportunidades formales para aprenderla en nuestra sociedad. Así como cualquier otra habilidad humana, la solución de conflictos puede ser enseñada. Como cualquier otra habilidad, ella consiste en una infinidad de sub-habilidades, cada una separada pero a la vez interdependiente. Estas habilidades deben ser asimiladas, tanto a nivel cognoscitivo como a nivel del comportamiento.

Los niños solucionan sus conflictos a través de sus propias estrategias. Aunque estas estrategias no siempre solucionen satisfactoriamente los conflictos, ellos continúan usándolas, a falta de más información acerca de otras alternativas.

La solución de los conflictos se puede dar a través de tres estrategias: evitándolos, postergándolos y enfrentándolos. Evitar y enfrentar son estrategias diametralmente opuestas.

Hay personas que procuran evitar situaciones conflictivas y otras que procuran huir de ciertos tipos de conflictos. Tales personas intentan reprimir reacciones emocionales, procurando otros caminos, o incluso abandonando enteramente la situación. Eso ocurre porque las personas no saben enfrentar satisfactoriamente tales situaciones, o porque no poseen habilidades para negociarlas satisfactoriamente.

Aunque estas estrategias de evitar tengan cierto valor en las ocasiones en que la fuga es posible, generalmente no proporcionan al individuo un alto nivel de satisfacción. Ellas tienden a dejar dudas y miedo acerca del encuentro del mismo tipo de situaciones en el futuro, y respecto de valores como la valentía y la persistencia.

La otra táctica consiste esencialmente en una acción de demora en que la situación se enfría, al menos temporalmente, o el asunto permanece no muy claro, y una tentativa de enfrentamiento es improbable. Así como en el caso anterior, la estrategia de la postergación genera sentimientos de

insatisfacción e inseguridad respecto del futuro, lo que preocupa a la persona misma.

La tercera estrategia implica un enfrentamiento con las situaciones y personas en conflicto. Este enfrentamiento puede, a su vez, subdividirse en estrategias de poder y de negociación. Las estrategias de poder incluyen el uso de la fuerza física y otros castigos. Tales tácticas son muchas veces eficientes. Generalmente hay un vencedor y un vencido. Infelizmente, el conflicto muchas veces recomienza. Hostilidad, angustia y heridas físicas son muchas veces consecuencias de las tácticas de los protagonistas de la estrategia del poder.

Usando la estrategia de negociación, ambas partes del conflicto pueden ganar. Un objetivo de la negociación consiste en resolver el conflicto con un compromiso o una solución que satisfaga a los involucrados. Todo indica que el uso de la estrategia de negociación proporciona generalmente una cantidad mayor de consecuencias positivas, o al menos pocas consecuencias negativas.

Sin embargo, las buenas negociaciones exigen otras habilidades que deben ser aprendidas y practicadas. Tales habilidades incluyen la de determinar la naturaleza del conflicto, eficiencia en señalar las negociaciones, capacidad de ver el punto de vista del otro, y el uso del procedimiento de solución del problema a través de una decisión de consenso.

*Tareas:* Ninguna

*Observaciones:* Se sugiere que en caso de que la mayoría de las personas manifiesten una sensación de insatisfacción, se vuelva a hacer el ejercicio, al finalizar la discusión, para eliminar la sensación de malestar.

## Sesión 5

### CONOCIMIENTO PERSONAL

Ejercicio:

#### LOS NARANJOS

#### **Temática**

Conocimiento personal de sensaciones corporales.

#### *Objetivo:*

Contactar e identificar las sensaciones y sentimientos experimentados en el cuerpo.



*Tiempo de duración:*

Cincuenta y cinco minutos aproximadamente.

*Material:*

Una colcha o tapete para recostarse, videgrabadora, cassette, lápiz, diario de campo.

*Ambiente físico:*

Una sala amplia (con el espacio suficiente para que los participantes se recuesten)

*Desarrollo:*

- I. Se lleva a cabo el caldeo, se pone música relajante de fondo y se les pide a todos los participantes que recorran la habitación, que sientan sus texturas, que observen los colores, que sientan las formas, que perciban los olores y la luminosidad del salón. Ahora se les pide que observen a sus compañeros, que se acerquen a ellos y que los tomen de las manos, que sientan la textura de la piel, que perciban su olor, ya que son ellos quienes los van a acompañar en esta aventura.
- II. Una vez terminado el caldeo, se les dice a los participantes que tomen su colcha o tapete en el que se recostarán y que lo coloquen justo en aquel lugar de la habitación en el que se sintieron más cómodos.
- III. Se les pide que se recuesten, que tomen una posición cómoda, que cierren sus ojos y que hagan unas cuantas respiraciones profundas.
- IV. Posteriormente se les dice que traten de visualizar un atardecer en el campo.
- V. Ahora que vean un camino, el cual esta bordeado por naranjos.
- VI. Que caminen por el camino, que perciban los colores, la frescura, el aroma de los naranjos y su color, que observen como están llenos, cuajados de fruta, la cual se encuentra inclusive tirada en el piso.
- VII. Se les pide que sigan caminando y que tomen una fruta, que sientan la textura de la cáscara, los bordes y que se la coman, saboreando, disfrutando su sabor.
- VIII. Se les pide que continúen con el camino, el cual ahora esta bordeado por limoneros, se les pide que tomen un limón que

- perciban su textura en su mano, que perciban su aroma y que se lo coman, disfrutando su sabor.
- IX. A continuación se les pide que sigan caminando por ese camino que de repente se abre en dos, “¡tu sabes que camino debes seguir!”.
- X. Se les pide que sigan avanzando hasta que vean una escalera, esa escalera va hacia abajo. Se les pide que bajen por ella, que una vez abajo podrán ver una preciosa alberca rodeada de rosas. Se les dice que perciban el aroma de las flores, que perciban su olor, su aroma, su color.
- XI. Se les dice que la piscina tiene pétalos de rosa.
- XII. Ahora se les pide que se desnuden y que se metan en el agua, que disfruten las sensaciones que ella les proporciona.
- XIII. Se les dice que naden en el agua, que disfruten.
- XIV. Que ahora naden de espaldas.
- XV. Se les pide que salgan de la alberca.
- XVI. Que perciban un aroma de humo dulce de hojas. Que observen que el humo proviene de un bosque cercano.
- XVII. Se les pide que se dirijan hacia donde proviene el humo.
- XVIII. Que una vez ahí, encuentran una fogata y toman un lecho de hojas, en el cual se recuestan sintiendo las hojas en su piel, descansando y disfrutando de esta sensación.
- XIX. Ahora se les pide que se despidan poco a poco de este maravilloso lugar, siempre con el conocimiento de que podrán regresar a él cuantas veces quieran. Se les dice que todas las sensaciones y emociones tan gratas que tuvieron podrán ser recorridas, cuando ellos quieran.
- XX. Poco a poco se les regresa en espacio y tiempo.
- XXI. Una vez finalizado el ejercicio se continúa, en plenario, con comentarios acerca de la vivencia de este ejercicio.

Tareas: Seguir practicando este ejercicio en casa.

*Observaciones: Se sugiere ahondar y preguntar a las personas sobre su experiencia en el ejercicio, promoviendo a la libre expresión de lo vivido, ya que en un principio se limitan a decir que se sintieron bien.*

Sesión 6  
**RETORNO**  
Ejercicio:  
**ESCALERA**

**Temática**

Conocimiento personal  
Reconocimiento de sensaciones, emociones y sentimientos positivos y negativos.

*Objetivos:*

Contactar y reconocer sensaciones, emociones y sentimientos experimentados en las vivencias pasadas.

*Tiempo de duración:*

Cincuenta y cinco minutos aproximadamente.

*Material:*

Videograbadora, grabadora,  
Cassette (nombre completo de los casetes), lápiz, diario de campo.

*Ambiente físico:*

Una sala amplia con sillas, para ubicar a los integrantes del equipo.

*Desarrollo:*

- I. El psicólogo solicita a las personas participantes que caminen alrededor del salón, que lo exploren, que sientan las diferentes texturas que hay en este lugar. Que pongan atención a los olores, los sonidos, los colores, las formas que se encuentran en ese espacio, que identifiquen las sensaciones que se van presentando. Que vean a sus compañeros de grupo, que toquen sus manos, su rostro, que junten sus hombros, sientan su piel, ya que son quienes los van a acompañar en esta aventura.
- II. Se dan las siguientes instrucciones:
  - a. “Colóquense en aquel lugar en el que se sientan más a gusto. Una vez que se encuentren en ese lugar que escogieron pongan su frazada y recuéstense. Ahora centrando su

atención sólo en su respiración, cierren los ojos y en ausencia de razonamientos, cuestionamientos, se aparece una gran pantalla en frente”.

- b. “Enseguida imaginen una escalera descendente, dicha escalera está alfombrada y en la parte izquierda de cada uno de los escalones tiene un número iniciando con la edad que tienen cada uno de ustedes actualmente”.
- c. “Vayan descendiendo poco a poco...cada escalón que desciende va disminuyendo la edad...al mismo tiempo que ustedes... con los pies descalzos...sintiendo la textura, el confort de los escalones alfombrados...sientan, disfruten todas esas sensaciones...muy bien ahora deténganse en una edad de la infancia, en esa edad que ustedes prefieran...”  
 “Observen a todas esas personas que estuvieron en ese momento de su vida...observen a todas esas personas, influencias, relaciones o vínculos. Observen los colores, los olores, los sonidos, las texturas que identifican en estas imágenes. ¿Cómo te sientes?..., ¿Qué edad tienes?..., ¿Quién está contigo?..., ¿En dónde estas?... ¿Cómo es ese lugar en el que estas?... Observa todo lo que hay a tu alrededor... Identifica todas las sensaciones y emociones que estas sintiendo”...
- d. “Ahora asciendan por la escalera...asciendan hasta llegar a su edad actual, ubicándose en el aquí y en el ahora. Cuando lo deseen abran los ojos”.

- III. Se les dice que con esta experiencia van a escribir un cuento y en la siguiente sesión se trabajará.
- IV. Posteriormente se les invita a que compartan algo con el equipo, aclarando que es valido guardar en su intimidad lo que deseen. (se agradece a uno por uno).

*Tareas:*

Traer por escrito el cuento para trabajar con el en la siguiente sesión.  
 Por ejemplo: era un niño que....

*Observaciones: Puede existir cierta resistencia a expresar las experiencias pasadas, por lo que se recomienda tener una actitud de facilitador, ser accesible, dar las pautas, directrices y apoyo que promuevan en las personas expresarse ampliamente.*

## Sesión 7

## RECONCILIACIÓN CON EL PASADO

Ejercicio:

## CICATRIZACIÓN

**Temática**

Conocimiento Personal.

Confrontación de emociones, sensaciones y sentimientos positivos y negativos.

Identificación de vínculos negativos.

Reconciliación con el pasado.

*Objetivos:*

- a) Identificar y confrontar sensaciones corporales, emociones, sentimientos, etc.
- b) Considerar el perdón hacia los vínculos negativos del pasado.
- c) Identificar el aprendizaje adquirido por la vivencia.
- d) Asimilación y resignificación de heridas del pasado

*Tiempo de duración:*

Cincuenta y cinco minutos aproximadamente.

*Material:*

Videograbadora, grabadora, cassette, lápiz, diario de campo.

Se les pide a cada uno de los participantes la cantidad de listón de color rojo y negro que ellos crean necesario, tijeras, encendedor y un recipiente en el que se pueda hacer fuego.

*Ambiente físico:*

Una sala amplia con sillas, para ubicar a los integrantes del equipo.

*Desarrollo:*

- I. El psicólogo solicita a las personas participantes que caminen alrededor del salón, que lo exploren, que sientan las diferentes texturas que hay en este lugar. Les pide que pongan atención a los olores, los sonidos, los colores, las formas que se encuentran en ese espacio, que identifiquen las sensaciones que se van presentando. Que vean a sus compañeros de grupo, que toquen sus manos, su rostro, que junten sus hombros, que sientan su piel, ya que son quienes los van a acompañar en esta aventura. Ahora se les pide que identifiquen un lugar donde se sientan cómodos y seguros.

- II. Se dan las siguientes instrucciones:
- a) “Coloquen su colchoneta en el lugar que eligieron y lleven con ustedes su listón y sus tijeras”.
  - b) “Recuéstense en la colchoneta y cierren los ojos”.
  - c) “Ahora imaginen una escalera descendente alfombrada, que en la parte izquierda de cada uno de los escalones tiene un número iniciando con la edad que tiene actualmente”.
  - d) “Vayan descendiendo poco a poco...cada escalón que desciende va disminuyendo la edad...al mismo tiempo que ustedes... con los pies descalzos...sintiendo la textura, el confort de los escalones alfombrados...sientan, disfruten todas esas sensaciones...y se detienen en la edad de la infancia que prefieran...”
  - e) “Observen cada una de las heridas que fueron hechas en esa etapa...cada una de esas heridas que fueron hechas sin intención o con ella, no importa, obsérvenlas... observen a todas esas personas que estuvieron en esos momentos...observen a todas esas personas, influencias, relaciones o vínculos negativos, perjudiciales para ustedes.”  
“...Con este listón (negro) por cada uno de ellos vayan haciendo un nudo...hagan un nudo más por todo aquello que no pudimos tomar en este momento en cuenta...ahora al localizar sus heridas físicas o emocionales...obsérvenlas... pídanles que poco a poco se cicatricen...sanamente...delicadamente...ya que hay una gran diferencia entre una herida y una cicatriz...la herida duele y nos molesta...y nos obstruye...no nos deja crecer emocionalmente...mientras que las cicatrices, aunque nos acompañan en nuestra vida y las podemos ver...ya no nos duelen ya sanaron...ahora asciendan por la escalera...ya sin heridas, sin rencores, sin odios, sanamente...asciendan hasta llegar a su edad actual, y cuando lo deseen abran los ojos”.
  - f) “Ahora con este listón rojo decoren cada una de sus heridas”.
- III. Se les proporciona una hoja y se les solicita que con la mano izquierda escriban una carta a sus padres o a esos vínculos, diciéndoles todo lo que les desean decir, todo aquello que no se atrevieron a comentar, aquello que no les permitieron expresar.

- IV. Ahora se les solicita que con la mano derecha escriban una carta a su niño, en esa carta le van a escribir todo lo que le quiera decir, un perdón, una promesa, lo que ellos decidan.
- V. Se les pide que se lleven su carta y que la guarden en el lugar que quieran.
- VI. Ahora con los listones negros se hace un fuego común.
- VII. Con los listones rojos en equipo se les solicita que hagan algo creativo y cuando terminen salgan a avisar (se sale el psicólogo).
- VIII. Se les invita que se tomen de la mano y con los ojos cerrados traten de transmitir lo que sienten en ese momento.
- IX. Se les invita a que si desean compartir algo con el equipo, lo hagan, aclarando que es valido guardar en su intimidad lo que deseen. (se agradece a uno por uno).
- X. Se aclara que eso que hicieron ahora son sus cicatrices y que aunque siempre las vamos a llevar en nuestro cuerpo y espíritu, ahora no duelen en diferencia de que cuando eran heridas que si dolían.
- XI. Finalmente, se les solicita al equipo a que cada uno decida que hacer con lo que hicieron.

*Tareas:* Guardar las cartas en donde ellos prefieran y seguir reflexionando sobre las vivencias y el aprendizaje obtenido de ellas.

*Observaciones:* Se sugiere indagar sobre aquello que cada persona ha aprendido de su pasado, para identificar si realmente ha habido un nuevo aprendizaje.

## Sesión 8

### CONFORMACIÓN PSICOSOCIAL

Ejercicio:

#### MASCARA

#### **Temática**

Participación como ser social para la formación de personalidades en un medio social común, así como la responsabilidad de asumir los patrones impuestos por lo socialmente establecido.

*Objetivos:*

Sensibilizar sobre la participación y responsabilidad que tiene cada uno de ellos en los procesos socioculturales para la formación de la personalidad.

*Tiempo de duración:*

Cincuenta y cinco minutos aproximadamente.

*Material:*

Videograbadora, grabadora,  
Cassette (nombre completo de los casetes), lápiz, diario de campo.  
Venda enyesada, crema vaselina, tijeras y bandeja.

*Ambiente físico:*

Una sala amplia con sillas, para ubicar a los integrantes del equipo.

*Desarrollo:*

- I. El psicólogo solicita a las personas participantes que caminen alrededor del salón, que lo exploren, que sientan las diferentes texturas que hay en ese lugar, que pongan atención a los olores, los sonidos, los colores, las formas que se encuentran en ese espacio, que identifiquen las sensaciones que se van presentando. Que vean a sus compañeros de grupo, toquen sus manos, su rostro, junten sus hombros, sientan su piel, ya que son quienes los van a acompañar en esta aventura.
- II. Se les pide que formen parejas y se coloquen en aquel lugar en el que se sientan más a gusto. A continuación se les dan las siguientes instrucciones:
  - a. “Van a tomar las vendas y con sus tijeras las van a recortar en pedazos de regular tamaño”. (se le hace una muestra).
  - b. (Se pone música suave). “Una persona va a ponerse la vaselina en su cara y se va a recostar, mientras la otra va a remojar los pedazos de la venda en la bandeja con agua, y poco a poco va a cubrir la cara con las vendas hasta cubrir toda la cara”.
  - c. “¿Que sensaciones, sentimientos y pensamientos estas experimentando en este momento?” “¿Qué sientes mientras estas en la postura que te tocó?”. “Que sientes, donde lo sientes, que sentimientos se evocan, agradables, desagradables identificalos, identifica todos los pensamientos que se presentan, ¿son positivos, o son negativos?”.



- III. Al terminar, se invierten los papeles, se quitan la máscara que se formo y se realiza de la misma manera con la otra persona.
- IV. Se cierra esta parte con una retroalimentación sobre todo lo que aconteció en este ejercicio. La participación de contribuir en esta formación de personalidad y la responsabilidad de aceptar lo socialmente impuesto.

Tareas: Se les solicita que transformen la máscara en algo creativo omitiendo cualquier sugerencia.

*Observaciones: Se sugiere promover a la reflexión sobre el papel activo y el poder de decisión que tiene cada uno sobre su vida y la influencia en los demás en el ámbito social.*

## Sesión 9

### REDEFINICIÓN DE AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

Ejercicio:

#### ESPEJO

#### **Temática**

Redefinición de la autoestima y autoconcepto.

#### *Objetivo:*

Iniciar un proceso de redefinición de la autoestima y autoconcepto con que cuentan las personas, por medio de autoverbalizaciones.

#### *Tiempo de duración:*

Cincuenta y cinco minutos aproximadamente.

#### *Material:*

Videograbadora, grabadora,  
Cassette (nombre completo de los casetes), lápiz, diario de campo.

#### *Ambiente físico:*

Una sala amplia con sillas, para ubicar a los integrantes del equipo.

#### *Desarrollo:*

- I. El psicólogo solicita a las personas participantes que caminen alrededor del salón, que lo exploren, que sientan las diferentes

texturas que hay en este lugar, que pongan atención a los olores, los sonidos, los colores, las formas que se encuentran en ese espacio, que identifiquen las sensaciones que se van presentando. Que vean a sus compañeros de grupo, toquen sus manos, su rostro, junten sus hombros, sientan su piel, ya que son quienes los van a acompañar en esta aventura.

- II. Se les pide que se coloquen en aquel lugar en el que se sientan más a gusto. Una vez que se encuentren en ese lugar que escogieron se les pide que tomen su espejo y lo coloquen frente a ellos. Se les pide que cierren los ojos y que pongan atención únicamente a su respiración.
- III. Se les solicita a su inconsciente una pantalla blanca, del tamaño y las dimensiones que requieran.
- IV. Se les dice que van a observar que esa pantalla es un gran espejo que los refleja, en el cual van a observar todo de ellos, ahí van a verse como han sido hasta ahora. Se les pide que tomen todos los detalles y cuando hayan terminado que abran los ojos.
- V. Ahora se les dice: “frente a ustedes está un espejo, repitan conmigo lo que se van a decir”:
  - Soy una persona amada
  - Tengo amor por doquier
  - Comparto amor con mis semejantes
  - Merezco amor de todo lo que me rodea
  - Dejo de sustituir, hago mío el amor
  - Tolero el amor y lo necesito
  - Admito mi necesidad de amar y de ser amada
  - Asimilo el amor
  - Quiero dar amor
  - Erradico la amargura para aceptar lo dulce
  - Ahora puedo enfrentarme a mi misma
  - Merezco el afecto
  - Mi sed y mi hambre de amor la satisfago amándome a mi misma, recibiendo amor de los demás.
  - Tomo al amor por guía, ámame, ama
  - Me amo, me respeto, me admiro
  - Acepto lo que soy y me amo.
  - Soy una expresión divina de la vida. Me amo y me acepto como soy ahora
  - Me acepto como bello y amado.
  - Ahora descubro lo maravilloso que soy. Elijo amarme y gozar de mí mismo
  - Me amo y me apruebo. Para mí, cuidar de mí mismo representa seguridad.

- Me regocija ser lo que soy. Soy una bella expresión de la vida que fluye perfectamente en todo momento.
- Con gran facilidad y comodidad me deshago de aquello que ya no necesito en la vida
- Con todo amor me perdono. Soy libre. El pasado acabó. Prefiero amarme y aprobarme en el ahora.
- Vivo en el ahora. Cada momento es nuevo. Elijo ver mi valía. Me amo y me apruebo
- Estoy a salvo siendo yo. Me siento maravilloso así como soy. Elijo vivir. Opto por el gozo y la autoaceptación.
- Con facilidad fluyo con el cambio. Mi vida está guiada por la divinidad y siempre sigo la mejor dirección.
- Soy amor. Ahora elijo amarme y aprobarme. Veo a los demás con amor.
- Con amor perdono y libero todo lo pasado. Elijo poblar de gozo mi mundo. Me amo y me apruebo.
- Me doy permiso para ser todo lo que puedo ser y sé que merezco lo mejor de la vida. Me amo y me aprecio a mí mismo y a los demás.
- Con amor me protejo con pensamientos de gozo y paz. El pasado está perdonado y olvidado. Estoy libre en este momento.
- Estoy seguro siendo yo. Expreso quién soy
- Me siento seguro de ser yo.
- Soy una persona única en el universo. No existe otra persona igual que yo, con la misma historia, con las mismas cualidades, ni con la misma percepción del mundo que me rodea.
- Soy una persona en proceso; en cambio continuo. Este cambio se va realizando en función de mi realidad familiar y social, pero sobre todo en función de mis decisiones vitales.
- Soy una persona libre y responsable de lo que hago con mi vida. De ella puedo tomar elementos más valiosos o los menos valiosos y útiles para la creación de mi propia persona.
- Soy una persona limitada, con defectos y cualidades.
- Soy una persona en conflicto con fuerzas opuestas dentro de mí. Justo e injusto al mismo tiempo. Que puede odiar y amar. Con fuerzas y debilidades, con deseos de cambio y de estancamiento; pleno y vacío, creativo y destructivo.
- Soy una persona en el tiempo y el espacio. Lo que ya pasó quedó atrás. Ya no soy ese. Lo que va a venir aún no llega. Sólo tengo mi presente y la respuesta a mi existencia la doy hoy: aquí y ahora, en este lugar, en esta realidad que tengo en las manos en este día. El futuro depende de mi respuesta de hoy y no de las promesas que me haga para mañana.

VI. Ahora, se les solicita que se digan lo que deseen cada uno de ellos.

*Tareas:* Seguir reflexionando sobre estas verbalizaciones.

*Observaciones: Considerar aquellas verbalizaciones hechas por las personas para enriquecer el ejercicio.*

Sesión 10

**EL RECuento**

Ejercicio:

**ENCUENTRO CON LA MUERTE**

**Temática**

Proyecto de vida, el buen vivir, aceptación del cambio.

*Objetivos*

- a) Hacer una revalorización de lo hecho y lo que falta por hacer a lo largo de su vida.
- b) Ejercer el perdón a sí mismos y a los demás.
- c) Identificar el aprendizaje adquirido con las experiencias que les brindaron las personas significativas en su vida afectiva por medio del agradecimiento.

*Tiempo de duración:*

50 min. aproximadamente.

*Material:*

Cobija o tapete, grabadora, casete para relajación, lápiz, diario de campo.

*Ambiente físico:*

Una sala amplia para ubicar a los integrantes.

*Desarrollo:*

- I. Se les explica a los participantes que es una esquela, se les dice que es una invitación que se hace en memoria de las personas que fallecen, que dicha invitación trae un texto en el que se dice como lo recuerdan las personas.
- II. Se les reparte una hoja en blanco y se les pide que cada uno de ellos elabore su propia esquela. Esta va a contener la manera en la que cada uno de ellos quiere ser recordado por las personas más significativas de su vida.

- III. Una vez que todos hallan concluido con su esquila se lleva a cabo el caldeo, se les pide a todos los participantes que recorran la habitación, que sientan sus texturas, los colores y formas.
- IV. Una vez terminado el caldeo, se les dice a los participantes que tomen su colcha o tapete en el que se recostaran y que lo coloquen justo en aquel lugar de la habitación en el que se sintieron más cómodos.
- V. Se les pide que se recuesten, que tomen una posición cómoda, que cierren sus ojos y que hagan unas cuantas respiraciones profundas.
- VI. Se les dan las siguientes instrucciones:
  - a. “Imaginen la entrada de una casa cualquiera. En esa casa hay una puerta,... ésta puerta está abierta,... esa puerta se te hace familiar”.
  - b. “Poco a poco comienza a caminar hacia esta puerta,... entra en la casa,... observa a la gente que se encuentra dentro, la mayoría de ellos son conocidos,... pareciera ser que es una reunión familiar”.
  - c. “Sigues caminando, pero parece que nadie nota tu presencia... Te das cuenta que el ambiente se torna un tanto triste... Sigues avanzando y al fondo de la casa observas que hay un féretro, te acercas más... y más, porque te intriga saber quien es,... ¿de quién se trata?, te acercas y al observar por el cristal del ataúd, vez un rostro conocido...se trata de ti”.
  - d. “Eres tú,... se trata de tu velorio. La muerte te ha tomado por sorpresa”.
  - e. “Ahora lean mentalmente, cada uno la esquila que anteriormente escribieron y observen como cada una de las personas que están ahí se expresa de una u otra manera de ti, de la forma en que tú quieres”.
  - f. “Poco a poco, esta imagen se va desvaneciendo y te das cuenta de que todo esto ha sido un sueño, te encuentras en tu habitación. Cuando despiertas sientes una gran tranquilidad pues te das cuenta de lo que dejaste en los corazones de cada una de esas personas significativas en tu vida afectiva, y que tienes ahora la oportunidad de retribuir a todos ellos,... tienes la oportunidad de reconocer lo que ellos en medida de sus posibilidades te dieron en vida, o bien tienes la

oportunidad de completar aquello que te falta y de agradecer aquello que ellos reconocieron en ti”.

*Tareas:* Seguir reflexionando respecto a su experiencia vivida

*Observaciones:* Debido a la temática abordada se requiere que el moderador incremente su sensibilidad para la conducción y centre los puntos clave.

### Sesión 11

#### PLAN DE VIDA

Ejercicio:

#### LINEA DE VIDA

#### **Temática**

Proyecto de vida. El buen vivir hacia una calidad de vida con diabetes.

#### *Objetivos:*

- a) Ubicar los recursos presentes para poder proyectar su vida futura.
- b) Identificar los obstáculos del pasado que podrían impedir el futuro al que desean llegar.
- c) Visualizar el futuro al que desean llegar.

#### *Tiempo de duración:*

Treinta y cinco minutos aproximadamente.

#### *Material:*

Lápiz o bolígrafo, hojas para todos los participantes, videgrabadora, cassette, lápiz, diario de campo.

#### *Ambiente físico:*

Una sala lo suficientemente amplia, con sillas para acomodar a todos los participantes.

#### *Desarrollo:*

- I. El psicólogo comienza explicando los objetivos del ejercicio. A continuación solicita a las personas participantes que caminen alrededor del salón, que lo exploren, que sientan las diferentes texturas que hay en este lugar, que pongan atención a los olores, los sonidos, los colores, las formas que se encuentran en ese espacio, que identifiquen las sensaciones que se van

presentando...a continuación se les pide que vean a sus compañeros de grupo, que los toquen, que toquen sus manos, su rostro, que junten sus hombros, que sientan su piel, se les dice que son ellos quienes los van a acompañar en esta nueva aventura.

- II. Se les dan las siguientes instrucciones:
- a. “Colóquense de pie en aquel lugar en el que se sienten más a gusto, y tracen una línea imaginaria...”.
  - b. “Ahora centrando su atención sólo en su respiración, van a cerrar los ojos, van a sentir como poco a poco su respiración, su pulso, su ritmo cardiaco se van haciendo armoniosos, rítmicos”.
  - c. “Eso es, donde se ubican se encuentra trazada una línea, pero esta línea no es una línea cualquiera, esta línea es tu línea de vida, en la cual se encuentran vivencias, sentimientos, momentos especiales y significativos en la parte trasera de esta línea y al frente observa como se prolonga, obsérvala, muy bien”.
  - d. “Sobre de esta línea, la línea de tu vida, marca tu presente, te encuentras en el lugar que marca este momento de tu vida, tu presente,... lo que eres hoy... Poco a poco comienza a caminar, caminas hacia atrás, y comienzas a adentrarte en tu pasado, en todo aquello que ya viviste. Hoy has tenido la oportunidad de regresar a él, has regresado a tu pasado, y comienzas a ver a todas esas personas que estuvieron en tu vida, esas personas que ya son parte del pasado, esas personas, influencias, relaciones o vínculos que pueden ser negativos, positivos, perjudiciales, beneficiosos; que te dieron tantos momentos de alegría y también te hicieron heridas que ahora ya son cicatrices, que aunque te acompañan en tu vida y las puedes ver...ya no te duelen porque ya sanaron. Hoy es tu oportunidad, has regresado a eliminar rencor, odio o cualquier sentimiento negativo que pudo haber quedado en tu pasado, hoy has regresado a agradecer todo aquello que en medida de sus posibilidades te dieron todas esas personas, ya que son todas estas vivencias las que te han hecho crecer y han contribuido en tu formación de ser humano...observa si existe algo que te impida lograr tu propósito de crecer y resuélvelo...”
  - e. “Muy bien, ahora, ya sin heridas, sin rencores, sin odios, sanamente...vas a regresar al presente, a lo que eres hoy, un ser integral, que gracias a la diabetes se ha dado la

oportunidad de cuidarse, de ver por su bienestar y por su salud, de vivir plenamente, de amarse y amar a los que le rodean, un ser en armonía consigo mismo y con el exterior, un ser que ha aprendido a escuchar a su cuerpo, que ha visto a la diabetes como una oportunidad a la vida, a una vida nueva, sanamente, mente sana, cuerpo sano, cuerpo con diabetes.”

- f. “Muy bien, ahora con todo esto que has aprendido, con este nuevo estilo de vida, comienzas a caminar nuevamente sobre tu línea de vida, pero ahora caminas hacia delante, caminas hacia el futuro, y vez tus próximos años de vida, ¿cómo te ves? ¿cómo es tu vida? ¿qué haces? ¿cómo estás? ¿cómo te sientes? ¿quién está contigo? ¿en dónde estas?, recuerda que tu eres el creador de tu plan de vida, tu eres el artista que construye su futuro día con día”.
  - g. Muy bien ahora, ya que has construido tu futuro, nuevamente vuelve a caminar por la línea de tu vida y vuelve a ubicarte en el presente, en el hoy, en el aquí y en el ahora, en lo que eres hoy ese ser integral, sano, en equilibrio consigo mismo, que ha aprendido a ver la diabetes como una oportunidad a la vida. Ahora poco a poco comienza a recuperar la movilidad de tu cuerpo comenzando por los dedos de los pies y manos, posteriormente las muñecas y tobillos, continuando con los brazos y piernas y finalmente abre los lentamente ojos.
- III. Se les invita a que compartan algo con el equipo, aclarando que es valido guardar en su intimidad lo que deseen. (se agradece a uno por uno).
- IV. Terminado el ejercicio, siguen comentarios y opiniones de los participantes.

*Tareas:* Ninguna

*Observaciones:* Poner atención en el espacio para que los movimientos que realicen los hagan con libertad sin obstaculizarse uno a otro.



Sesión 12  
**CIERRE**  
Ejercicio:  
**CRECIMIENTO**

**Temática**

Reconocimiento de recursos, la relación con los otros y el cierre integral.

*Objetivos:*

- a) Reconocer la gama de recursos descubiertos y adquiridos a lo largo de programa.
- b) Reconocer la transformación en sus autopercepciones y la capacidad de interacción con su medio social.

*Tiempo de duración:*

Cincuenta y cinco minutos aproximadamente.

*Material:*

Videograbadora, grabadora,  
Cassette, lápiz, diario del grupo.

*Ambiente físico:*

Una sala amplia con sillas, para ubicar a los integrantes del equipo.

*Desarrollo:*

- I. El psicólogo comienza explicando los objetivos del ejercicio. A continuación solicita a las personas participantes que caminen alrededor del salón, que lo

exploren, que sientan las diferentes texturas que hay en este lugar, que pongan atención a los olores, los sonidos, los colores, las formas que se encuentran en ese espacio, que identifiquen las sensaciones que se van presentando...

- II. A continuación se les pide que vean a sus compañeros de grupo, que los toquen, que toquen sus manos, su rostro, que junten sus hombros, que sientan su piel, se les dice que son ellos quienes los van a acompañar en esta nueva aventura.
- III. Se les pide que se coloquen en aquel lugar en el que se sintieron más a gusto. Que una vez que se encuentren en ese lugar que

escogieron pongan su frazada y se recuesten. Se les dan las siguientes instrucciones:

- a. “Centrando su atención sólo en su respiración, van a cerrar los ojos, van a sentir como poco a poco su respiración, su pulso, su ritmo cardiaco se van haciendo armoniosos, rítmicos”.
- b. “Muy bien, ahora en ausencia de explicación y razonamiento alguno, observa como se abre una gran pantalla, esta pantalla se encuentra frente a ustedes... Eso es, en esta pantalla hay un campo...y tú te encuentras ahí. Y en ausencia de explicación alguna te vas convirtiendo poco a poco en una semilla...siéntete y percíbete como una semilla”.
- c. “Ahora eres una semilla y actúas como tal,... siente y observa el crecimiento que vas teniendo... ya que a lo largo de este tiempo fuiste recolectando energía,... te fuiste preparando para crecer, y hoy ha llegado el momento, eres una semilla que gracias a la madre tierra, que te proporciona todos los nutrientes necesarios para tu buen desarrollo así como, su protección... su calor... su frescor... y al padre sol que con sus rayos te dan calor y luz para dirigir tu crecimiento...está creciendo el día de hoy”.
- d. “Siente como te mueves... siente como creces... desarrollándote sanamente más y más y más... siente como te mueves... siente como creces... siente como esa semillita, nutrida se va convirtiendo en una matita con sus hojas y ramitas que le van dando forma ... Observa la luz... los colores... aprecia esa naturaleza que te rodea y que te ayuda a desarrollarte... obsérvalo todo... todo aquello que te acompaña en tu crecimiento... agrádeceles con tu belleza... tu verdor...siente como te mueves... siente como creces... siente como poco a poco esa ramita va creciendo más y más... como va convirtiéndose en un árbol... un árbol flexiblemente fuerte... erecto ... flexiblemente firme... con sus ramas y hojas...estas creciendo”.
- e. “Siente como las raíces como se van arraigando a la tierra que le sigue proporcionando nutrientes y protección, afiánzate a ella...Visualiza toda esa belleza... y esa firmeza en tu tronco... un tronco resistente, fuerte, sólido que puede sostener, apoyar y ser apoyado, observa tus ramas...tus hojas... tus frutos...todo tú... ¿qué frutos das? ¿cómo son esos frutos?, recuerda que son esos frutos los que te van a dar salud, confort, felicidad, esos frutos representan todo lo que has aprendido a lo largo de este tiempo, esos frutos van a poder ser compartidos con

otros seres que están a tu alrededor, con otros seres que comparten el lugar contigo, que comparten tu escenario, tus espacios, esos frutos son lo mejor de ti”.

- f. “Muy bien ahora, ves que alguien a colocado una canasta en una de tus ramas, es una canasta amplia, grande, profunda, ¿cómo es esa canasta?, ¿de qué color es? Obsérvala, en ella vas a colocar cada uno de los frutos que has dado ahora que eres un árbol, un árbol maduro, un árbol sabio, vas a colocar todo eso que has aprendido y que ahora puedes dar...ve bien la canasta con los frutos que tu mismo has colocado dentro y déjala ahí sobre tus ramas, déjala ahí a la mano para que en el momento en el que necesites uno de los frutos estén a tu alcance. Muy bien”.
- g. “Ahora díganse a sí mismos... a través de mi fluye la luz...el amor divino...regándolo sobre todo lo que me rodea y proporcionándome alegría y felicidad...este momento está lleno de gozo elijo experimentar la dulzura de hoy, muy bien”.
- h. “Ahora con esa vitalidad y energía positiva... esa salud confortable en todo su cuerpo...en todo su espíritu...ya desarrollado, como un árbol flexiblemente fuertemente, maduramente, sabiamente, que ha dado una gran gama de frutos, esos frutos que podrá utilizar y compartir, como lo mejor de si, comienza a ubicarte poco a poco en este tiempo y espacio, comienza a mover lentamente los dedos, los pies, las muñecas... y en el momento que lo deseen abran los ojos”.

VII. Se les da una hoja a cada uno de los integrantes y se les pide que escriban en ella lo que se llevan de cada uno de sus compañeros.

VIII. Se le entrega a cada persona lo que se le escribió y se le da lectura, finalmente se agradece lo expresado.

*Tareas:* Continuar con la reflexión y ejercitar lo aprendido.

*Observaciones:* Proponer una sesión de recapitulación y hacer entrega de un producto creativo de cada uno de los elementos adquiridos en los diferentes ejercicios, por ejemplo una carpeta, un video, un álbum de fotos, etc.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acevedo, I. A. (1996). *Aprender Jugando 3, dinámicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoría*. México: Limusa.
2. Aguiliano, P. B. (1994). *Psicología y Diabetes Infantojuvenil*.
3. Alonso, P. M., (1985). *La afectividad en el niño. Manual de actividades preescolares*. México: Trillas.
4. Alpizar, S. M., (2001). *Guía para el manejo del paciente diabético*. México: Manual Moderno.
5. Apostel, et. al. (1975). *Interdisciplinariedad, problemas de la enseñanza y de la investigación en las universidades*. México: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior.
6. Apps, J. (1991). Dirección de un examen crítico en las prácticas de educación permanente. *Revista de educación*. No. 294. pp. 141-162.

7. Barquin M. y cols. (1999). *Sociomedicina, Salud Pública y Medicina Social Tomo I*. México: UNAM.
8. Cardoso, G. M. A. y Pérez, C. J. (1998). *Construcción de una definición conceptual de Multidisciplina*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM.
9. Cardoso, G. M. A. (2000). La Confrontación cultural: un factor determinante para el control de la Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Investigación en Salud*. Centro Universitario de Ciencias de la Salud Universidad de Guadalajara, Vol II, N° 2, Agosto 2000 pp. 110-116.
10. Cardoso, G. M. A. (2002). *Factores culturales que condicionan el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en una zona de Ciudad Nezahualcóyotl*. Tesis doctoral. México: I.N.A.H.
11. Cardoso, G. M. A. y Figueroa, R. M. E. (2002). *Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria. Proyecto PAPIME-UNAM clave EN211203*, México: FES Zaragoza UNAM.
12. Casares, A. D. (1989). *Planeación de vida y carrera. Un enfoque Teórico-Vivencial*. México: Limusa.
13. Castillo, E. (1999). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. Obtenido el 19 de febrero de 2004, de <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/mar2000/Fenomenologia.html>

14. Cohen, J. (1983). *Psicología de los motivos personales*. México: Trillas.
15. Curle, A. (1977). *Educación liberadora*. Barcelona: Herder.
16. Duran, L., Bravo, P., Hernández, M. y Becerra, J. (1999). *El diabético optimista. Manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud*. México, D. F. Trillas.
17. Eisenberg, N. y Strayer, N., (1992). *La empatía y su desarrollo*. España: Desclée de Brouwer.
18. Ferrer, V. (1995). “Adherencia a” o “cumplimiento de” prescripciones terapéuticas y de salud. Concepto y factores psicosociales implicados. *Revista de Psicología de la salud*, Año 1, N° 7. pp. 37-38.
19. Figuerola, D. (1997). *Diabetes*. Barcelona: Masson.
20. Figuerola, D. (1999). *Diabetes*. Barcelona: Masson.
21. Fletcher, F. G., Gruñid, M. S. y Hayman, L. (2002). *Obesidad: Impacto en la enfermedad cardiovascular*. España: Novoprint, S. A.
22. Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. [En red]. Disponible en: <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5029.html>, en la

- página Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(5):502-5, obtenido el 25 de noviembre de 2003.
23. Guerrero, J. y Rodríguez, M. (1996). *Diabetes mellitus: un análisis de mortalidad por causa básica*, Rev, Med IMSS, 34, p 43-48.
  24. Guerrero, J. y Rodríguez, M. (1997). *Complicaciones relacionadas a la mortalidad por diabetes mellitus: un análisis de mortalidad por causa múltiple*, Med Int Mex, 13, p 263-267.
  25. Güel, P. (2001). Subjetividad social: desafío para el nuevo siglo. Obtenido el 14 de julio de 2004, de <http://www.revistapolis.cl/2/guell.htm>
  26. Gutiérrez, J. y Delgado, J. M. (1994). *Métodos y Técnicas cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. México: Síntesis.
  27. Hernández, M y G. Olaíz (2002). La diabetes y el mexicano: un reto para la salud pública, *Ciencia: Revista de la Academia Mexicana de Ciencias*, Vol. 53, n° 3, p 8-17.
  28. Houston, J. C., Joiner, C. L. y Trounce, J. R. (1978). *Texto básico de medicina*. Buenos Aires: El Ateneo.

29. INEGI, SSA/DGEI (1998). Estadísticas vitales de 1998, página Web de la Secretaría de Salud de México, obtenida el 22 de diciembre de 2003, de <http://www.ssa.gob.mx>
30. INEGI (1993). Información estadística del sector salud y seguridad social, Cuaderno n°11 , México.
31. INEGI (2000). Información estadística del sector salud y seguridad social, Cuaderno n° 15, México.
32. INEGI (2000). XII Censo De población y vivienda, entidad federativa, México, 2000, página Web del Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, obtenida el 22 de diciembre de 2003, de <http://www.inegi.gob.mx>
33. INEGI, SSA/DGEI (2001). Estadísticas vitales de 2001, página Web de la Secretaría de Salud de México, obtenida el 22 de diciembre de 2003, de <http://www.ssa.gob.mx>
34. Islas, S. y A. Lifshitz (1993). *Diabetes Mellitus*. México, D. F. Mcgraw-Hill.
35. Krall, L. y Beaser, R. (1993). *Manual Joslin de diabetes*. México, D. F. Ediciones Científicas y Técnicas.
36. Kilo, C. y Williamson, J. (1991). *Controle su diabetes*. México: Limusa.



37. Lerman, G. I. (1998). *Atención Integral del Paciente Diabético* (2ª ed.). México: McGraw-Hill.
38. Lerman, G. I. (2000). *Atención Integral del Paciente Diabético* (2ª ed.). México: McGraw-Hill.
39. Lespada, J. C. (1987). *Aprender haciendo. Los Talleres en la escuela*. Buenos Aires: Humanitas.
40. Lifshitz, A. (1996). *Depresión y diabetes*. Revisiones bibliográficas para el médico general. Academia Nacional de Medicina, vol 1 (7): 32.
41. Lozano, C. O. (2003). *Simposium Diabetesidad*. 28 de noviembre de 2002. León, Guanajuato. Grupo Roche-Syntex de México, S. A. De C. V. México.
42. Martínez, M. (2001). *Comportamiento humano: Nuevos métodos de investigación*. México: Trillas.
43. Maslow, A. (1988). *El Hombre autorrealizado. Hacia una psicología del Ser*. México: Kairós.
44. Mélich, J. C. (1994). *Del extraño al cómplice: La educación en la vida cotidiana*. Barcelona: Anthropos.

45. Mercado, M. F. J. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
46. Mercado, F., Robles, L., Ramos, L., Torres, T, Alcántara, E. y Moreno, N. (1998). La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara. En: Mercado, F. y Robles, L. comps: *Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el Occidente de México*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, p 223-164.
47. Moccio, F. (1991). *El Taller de terapias expresivas*. Buenos Aires: Paidós.
48. Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, (2001) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, página Web de la Secretaría de Salud, <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cdi/cgi-bin/wxis/unidades/cdi/data/iah/> publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de Enero de 2001, obtenida el 1 de Junio de 2003.
49. Moncada, L. (1984). *Educación en Diabetes. Guía para educadores*. España: Científico-Médica.
50. Moreno, L. S. (1974). *La Teoría de la Educación de Carl Rogers y algunos resultados obtenidos en la Práctica*. U.I. A. Tesis Lic. Psicología.

51. Murillo, J. J. (1999). *Vivir con diabetes. Guía para pacientes, sus familiares y educadores*. Madrid: Neo Person.
52. Mustard, S. y Stebbins, E. (1980). *Introducción a la Salud Pública*. México: La prensa Médica Mexicana.
53. Programa de Acción: Diabetes Mellitus, primera edición 2001-11-22. D.R. Secretaria de Salud México. ISBN 970-721-001-X.
54. Ribes, I. E. (1979). *La Interdisciplinariedad y la Multidisciplinariedad en la enseñanza en la Psicología*. Memorias sobre problemas de enseñanza-aprendizaje en el área de la salud. "III jornada de Aniversario de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala": UNAM, 19-23 de marzo.
55. Ribes, I. E. (1980). *La Interdisciplinariedad y la Multidisciplinariedad en la enseñanza en la Psicología*. Trabajo presentado en las "V jornadas de Aniversario de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala": UNAM.
56. Rodríguez, R. (1963). *Manejo del paciente diabético*. México: La prensa Médica Mexicana.
57. Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1999). *Metodología de la investigación Cualitativa* (2ª ed.). Málaga: Aljibe.

58. Rogers, C. (1980). *El Poder de la persona*. México: Manual Moderno.
59. Scribano, A. (2000). Reflexiones Epistemológicas sobre la Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales. Obtenido el 18 de mayo de mayo de 2004, de <http://csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/08/frames06.htm>
60. Secretaría de salud, (2001) Principales causas de mortalidad general, 2001, Nacional. [En red]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>, bajado en: 04 de Julio de 2003.
61. SSA: Comunicado de prensa no. 027, 2002 del 1 de marzo de 2002, página Web de la Secretaría de Salud de México, obtenida el 23 de marzo de 2002, de [http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala\\_noticias/comunicados/2002-03-01-027-PERSONAS-CON-DIABETES.htm](http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-03-01-027-PERSONAS-CON-DIABETES.htm)
62. SSA: Comunicado de prensa no. 058, 2003 del 20 de marzo de 2003, página Web de la Secretaria de Salud de México, obtenida el 23 de marzo de 2003, de [http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala\\_noticias/comunicados/2003-03-20-058-DIAGNOSTICO-TRATAMIENTO-Y-CONTROL-DE-LA-DIABETES.htm](http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2003-03-20-058-DIAGNOSTICO-TRATAMIENTO-Y-CONTROL-DE-LA-DIABETES.htm)
63. Stokoe, P., y Hart, R. (1987). *La expresión corporal en el jardín de infantes*. España: Paidós.

64. Taylor, B. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. México: Paidós.
65. Tesch, R. (1990). *Qualitative Research: analysis and Software Tools*. Bristol: The Falmer Press.
66. Vázquez, E. F. (2002). *Sintiéndote bien con la Diabetes*. México, D. F. Editorial Intersistemas.
67. Vázquez, R. y Escobedo, P. (1989). Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1979-1987), *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 28 (3-4), p 157-170.
68. Velasco, C., M. L. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia, sistemas, historias y creencias*. México: Manual Moderno.
69. Velázquez, M. y Ramírez, L. (1992). Información epidemiológica de mortalidad en México, *Boletín Mensual de Epidemiología, Secretaría de Salud* 7 (12), p 217-229.
70. Zaldívar, D. (2003). Adherencia Terapéutica y modelos explicativos. [En red]. Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=article&file=article&sid=82>, en la página: Salud para la Vida <http://saludparalavida.sld.cu/>, bajado en: 25/11/2003.

71. Zubirán, A. (1960). *La diabetes mellitus como problema de salud pública*, Primer Congreso de salud pública, México, D. F.