



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

UNA APROXIMACIÓN A LA CONSTRUCCIÓN DE  
LA DIABETES MELLITUS DESDE LO PSICOSOMÁTICO

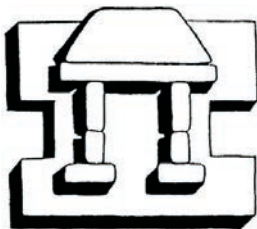
**T E S I S**

Que para obtener el título de

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Presenta:

**José de Jesús Espinosa Morúa**



IZTACALA

**DIRECTOR:** Lic. Gerardo Abel Chaparro Aguilera

**SINODAL:** Lic. Irma Herrera Obregón

**SINODAL:** Mtra. Margarita Rivera Mendoza

Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres que sentaron las bases de lo único que realmente podemos poseer, la vida, a "Chuy", mi madre, porque tu fortaleza, dulzura, responsabilidad, belleza, honestidad, amor y muchas cosas más me incitan a imitarte inspirándome día tras día tu historia de vida y tu actitud diaria porque sé bien que lo rescatable de mí es gracias a ti, gracias por hacerme ver que la vida necesita que cada uno hagamos el menor daño posible a lo demás, equilibrar, porque por ti sé que se puede confiar, gracias por enseñarme a amar con devoción.

A Claudia, mi hermana, que al quedarme claro que te ha venido costando trabajo concebir lo que has sido, eres y puedes ser me permito aclararte que aun te queda una responsabilidad ante mí por ser la mayor y es la de ponerme el ejemplo de hacer congruente día con día la imagen de una persona tan bella con una actitud diaria hacia la vida y así mi agradecimiento será aun mayor.

A Erika, mi hermana, porque si no bastara todo el apoyo que me has brindado en todos los aspectos, que bien sabes que si no fuera así ni en diez años hubiera terminado este trabajo (por ejemplo), día tras día tus logros magnifican mi acierto de intentar seguir tus pasos para que algún día cuando vuelvan a decir que nos parecemos mucho realmente sea así porque ahora ante ti y todo lo que representas me quedo corto, gracias por demostrarme lo que significa crecer, compartir y ayudar.

A Nacho, mi hermano, porque no dejarás de serlo y al menos a mi no se me olvidará nada de ti.

A mis cuñados que permitieron amplificar esta experiencia tan grandiosa que resulta mi familia.

A quienes han resultado ser el estímulo más inesperado y divertido ante cualquier adversidad, Moisés, Alex, Alejandra, Erika y Saúl, que me dicen "tío" y que para mí son mis hijos.

A mis maestros Gerardo Chaparro, Irma Herrera y Margarita Rivera por permitirme trabajar con ustedes y aprenderles (en mayor medida) y ratificar (en menor medida) tan valioso saber.

A la UNAM.

A los maestros Jorge Aguilar (qepd) y Gerardo que fuera de un aula seguían enseñando.

A la Unidad Médico Familiar "Valle de Aragón" del ISSSTE por permitirme un espacio para darle continuidad a este trabajo y en especial al Doctor Florencio García González por su actitud de apoyo y de apertura hacia proyectos como el presente.

A la familia Gamiño Rodríguez por su mero interés de amistad ya que me acompañaron cuando más lo necesité.

A todos los que la vida nos ha puesto como compañeros, tanto de barrio como de escuela y que al decir que hemos compartido momentos inolvidables saben quienes son.

A quienes tal vez sin darse cuenta realizaron ante mí una acción que les ha causado problemas durante toda la vida, la de compartir, a los entrevistados.

## **DEDICATORIAS**

Al ser más maravilloso que he conocido, Sra. María de Jesús Morúa Cardona.

A la familia que afortunadamente me ha tocado complementar.

A quienes han dedicado parte de su vida a enseñarme.

A quienes consideren que han compartido más que tiempo durante el camino.

Porque sin todos ustedes no solo no hubiera hecho este trabajo, sino que tal vez ni siquiera hubiera tenido la oportunidad que cada día obtengo.

A quien padezca Diabetes mellitus, especialmente a quien entrevisté.

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>RESUMEN</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>CAPÍTULO 1. LA DIABETES MELLITUS DESDE EL MODELO BIOMÉDICO</b> .....                                | <b>12</b> |
| 1.1 Epistemología predominante .....   | 12        |
| 1.2 Percepción actual de salud-enfermedad .....  | 22        |
| 1.3 La diabetes mellitus en la historia .....  | 28        |
| 1.4 Definición de la diabetes mellitus .....   | 31        |
| 1.5 Etiología .....  | 34        |
| 1.6 Clasificación .....  | 37        |
| 1.7 Diagnóstico .....  | 44        |
| 1.8 Tratamiento .....  | 47        |
| 1.9 Complicaciones .....   | 62        |
| <b>CAPÍTULO 2. LO PSICOSOMÁTICO, LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE UNA ENFERMEDAD; DIABETES MELLITUS</b> ..... | <b>67</b> |
| 2.1 Cambio epistemológico .....  | 67        |
| 2.1.1 Desde cómo nos concebimos .....  | 68        |
| 2.1.2 El reinado otorgado a la razón .....   | 70        |
| 2.1.3 Mente y cuerpo como unidad .....   | 75        |
| 2.1.4 El relegado instinto, el prestigiado intelecto y la olvidada intuición .....                     | 76        |
| 2.1.5 Al instinto se le desprestigió, ¿Y a la intuición?<br>Parte de la alternativa, retomarlos .....  | 77        |
| 2.1.6 ¿Cómo concebirme? .....  | 79        |
| 2.2 Relación salud-enfermedad .....  | 81        |
| 2.2.1 Dolor y muerte .....   | 81        |
| 2.2.2 La cultura y el dolor como parámetro .....   | 83        |
| 2.2.3 Configuración social .....   | 85        |
| 2.2.4 Una visión tradicional .....   | 93        |
| 2.3 Enfermedades psicosomáticas .....  | 95        |
| 2.3.1 Biomedicina; “síntomas físicos cuya etiología no es orgánica” .....                              | 95        |
| 2.3.2 Más que una definición alternativa .....   | 99        |
| 2.4 Emociones .....  | 106       |
| 2.4.1 Emoción y desarrollo .....   | 108       |
| 2.4.2 Emoción; aceptación o negación .....   | 115       |
| 2.4.3 En el cuerpo, en la mente .....  | 121       |
| 2.5 Cinco elementos .....  | 124       |

|   |            |
|---|------------|
| 2.6 Salud-Enfermedad, una relación más compleja .....             | 130        |
| 2.7 Consecuencias por proceder bajo la epistemología actual ..... | 141        |
| 2.7.1 Plano personal .....  | 141        |
| 2.7.2 Estado actual del cuerpo .....                              | 143        |
| 2.7.3 Relación médico-paciente.....                               | 144        |
| 2.7.4 Plano social y cultural .....                               | 145        |
| 2.8 Propuestas.....   | 146        |
| <b>CAPITULO 3. METODOLOGÍA .....</b>                              | <b>152</b> |
| <b>CAPITULO 4. RESULTADOS.....</b>                                | <b>158</b> |
| <b>ANALOGÍAS.....</b>   | <b>228</b> |
| <b>LÍNEA TEMPORAL.....</b>  | <b>238</b> |
| <b>CONCLUSIONES.....</b>  | <b>243</b> |
| <b>REFLEXIONES.....</b>   | <b>255</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>   | <b>262</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>   | <b>265</b> |

## INTRODUCCIÓN

En México cada día se torna más común el manejo de la diabetes mellitus como tema de interés por la creciente difusión de campañas preventivas e informativas que realizan las dependencias encargadas de la salud por parte del estado. Desafortunadamente este no es el único motivo por el cual la diabetes prácticamente sea una especie de dominio público, ya que en mayor medida esto se da por que en el transcurso de los años este trastorno va incrementando su presencia en nuestra sociedad.

Para aquellos que tienen la problemática de desarrollar este mal, al momento de su diagnóstico, el formado en la alopática le ofrece una explicación sutil con el único propósito de responder ante la obligada pregunta; “¿por qué soy diabético(a)?”, sin embargo si nos damos a la tarea de recopilar esas explicaciones comunes y realizamos una comparación con lo que textual y literalmente se maneja en los libros de medicina encontraremos que no existe mucha diferencia entre una explicación y la otra.

En lo personal podría esperar que por “sentido de comprensión y motivos prácticos y éticos” la explicación ofrecida por los médicos fuera burda, es decir, libre de tecnicismos para una fácil y garantizada asimilación de parte de un paciente sin formación en esta área de la salud y que al revisar la literatura científica recopilara información basta y con un perfil profundo al grado de agotar todos y cada uno de los factores que se presumen a manera de rezo son *etiológicos*, no obstante esta realidad no es así ya que de los supuestos agentes precipitadores del trastorno, nos referimos a la dieta, sedentarismo, estilos de vida, obesidad y herencia, solo el último es el que parece preocuparle a los científicos dejando a los restantes en un desarrollo casi similar al que le puede dar una persona sin un título en medicina.



Es por esto que un médico, un biólogo o cualquier especialista que mantenga relación con el trastorno a manera de investigarlo o simplemente manejarlo con exclusividad nos pueda impresionar con todo el conocimiento que un experimento con genes de ratas le ha permitido desarrollar o la descripción de la función o disfunción dentro del trastorno mismo de ciertas células, pero impresiona más que con todo y estos supuestos grandes avances, con estas soberbias expresiones del resultado por proceder bajo los limitantes positivistas, aun así la diabetes, aquel trastorno que dicen conocer, avanza más que los científicos, conquistando a mayor número de ciudadanos, de personas, de cuerpos, y que para muestra encontramos oportuno los siguientes datos:

Actualmente la diabetes mellitus ocupa el cuarto lugar mundial como causa de mortalidad, mientras en la primera posición se ubica el infarto del corazón, además, se estima que existen alrededor de 120 millones de diabéticos en el planeta.

México ocupó en el 2002 el noveno lugar mundial en la prevalecía de diabetes, pero las proyecciones de los especialistas internacionales refieren que para el año 2025, el país ocupará el séptimo lugar.

A nivel nacional, la diabetes ocupa según datos proporcionados por INEGI en noviembre del 2002 la tercera posición en cuanto a las causas de mortalidad en general, esto desde 1996 año en que compartió dicha posición y posteriormente desplazaría hasta la fecha al cuarto lugar a los decesos relacionados con accidentes.

La Diabetes mellitus obtiene esta posición gracias a un 11.9% del total de las defunciones del país, porcentaje que ha aumentado un 5.8% en relación del año 1990 al 2002, encontrando así que si se hace una comparación del incremento de su porcentaje con el de las enfermedades que ocupan los dos primeros lugares (enfermedades del corazón: 3.7% y tumores malignos: 3.0%) se puede ver que el

porcentaje de la diabetes ha aumentado más que ninguna otra enfermedad desde 1990 y que su posible escalada de peldaños en un futuro es inminente.

Delimitando esta información, se observa que el grupo de los decesos por diabetes en mujeres de entre los 30 a los 64 años de edad se encuentran en el segundo lugar nacional con un 19.4% solo por debajo de los tumores malignos.

En cuanto al grupo de hombres de entre 30 a 65 años, de cada 100 muertes 16 son por enfermedades del hígado. 13 por accidentes, 13 por enfermedades del corazón y 13 son por diabetes.

En las mujeres de 65 años en adelante de cada 100 que mueren 24 son por enfermedades del corazón, 16 por diabetes y 12 por tumores malignos.

En los hombres de 65 años en adelante el 22.2% de los decesos son por enfermedades del corazón, 14% por tumores malignos y 12% por diabetes.<sup>1</sup>

Los anteriores son porcentajes en bruto de la diabetes, no obstante se debe de considerar que en el país una tercera parte de los infartos al miocardio y la mitad de las insuficiencias renales crónicas son consecuencia directa de la diabetes.<sup>2</sup>

Por otra parte para considerar el efecto específico de la diabetes mellitus en la economía nacional se efectúan estudios relacionados con los costos directos que ocasiona la enfermedad. Gastos generados por atención médica y los costos indirectos (incapacidad temporal, invalidez y mortalidad).

---

<sup>1</sup> Información obtenida en la página Web del [Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática \(INEGI\)](http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx); <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx>

<sup>2</sup> Información obtenida en la página Web de la Universidad Autónoma de Nuevo León; <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/iv/2/articulos/avpp.html>

El Instituto Mexicano del Seguro Social emite reportes de morbilidad que se consideran confiables; sin embargo, por corresponder a cifras globales, se dificulta estimar el costo real de cada padecimiento.

Para 1990 la cobertura de los servicios de salud institucional atendió al 42% del total de trabajadores mexicanos; se puede hablar de una población no estrictamente cautiva para los programas de detección, atención primaria y servicios hospitalarios así como rehabilitatorios. Estos gastos conforman las prestaciones en especie, conocidas también como costos directos de la atención médica.

Si en 1997 un examen de glucosa en sangre tenía un costo aproximado de 45 pesos, se requirieron 135 millones de pesos para cubrir 3 millones de acciones de detección de diabetes mellitus que se realizaron en la población derechohabiente como promedio anual. Si se hubiera solicitado un estudio de rayos X con un valor medio de 155 pesos a los 750 mil pacientes diabéticos que acudieron a los servicios de atención primaria a la salud, se tendría que haber dispuesto de 116 250 000 pesos para realizarlos. A los datos anteriores se debe de incorporar el costo de 800 pesos como mínimo por cada día que pasa un paciente en el hospital (día/paciente/hospital)

En el IMSS los costos por atención médica han tenido una tasa de crecimiento anual constante; esto se explica, entre otras circunstancias, por el incremento de la demanda de servicios de la población usuaria y prestadora de los mismos. La institución invierte más de 168 millones de pesos para atender a 30 mil ingresos hospitalarios por diabetes mellitus al año, que en promedio permanecen en el hospital durante siete días.

En 1990, el IMSS contaba con 8 millones de trabajadores afiliados; si se aplica una cifra conservadora de prevalencia del 6.2% por tratarse de población adulta, se esperaba que 500 mil trabajadores fueran diabéticos. Para 1996 la población

asegurada se incremento a 10 millones, por lo tanto se considera que 620 000 asegurados sean diabéticos.

Si se establece como indicador un mínimo de dos consultas médicas por paciente diabético al año y la expedición de una incapacidad temporal de siete días en cada una de ellas, para 1996 se calcularon 1 240 000 consultas, que representaron un mínimo de 8 680 000 días de incapacidad temporal, con una erogación de 232 647 000 pesos anuales.

En 1990, 15 mil diabéticos tenían pensión de invalidas; representaban 7.5% del total de los casos (204 587). Si continuaban vigentes en 1997, recibieron cada uno 804 pesos mensuales, cantidad equivalente a un salario mínimo, y se destinaron anualmente 14 472 000 pesos para este concepto. Los datos anteriores no incluyen mil quinientos casos nuevos que se agregan por año.

Al considerar otras cifras de prevaencia, que son superiores para los grupos comprendidos entre los 40 y 59 años, los costos unitarios superan las estimaciones anteriores. (Islas, 1999)

Por su parte, la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) realizó un análisis de la contribución de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus (DM) a la pérdida de años de vida productiva en población económicamente activa. Es un estudio descriptivo, analítico y transversal, que se desarrolló de Agosto a Diciembre del 2001. Se incluyó a 108 sujetos pensionados en edad productiva de 15 a 64 años con diagnóstico de diabetes mellitus y complicaciones crónicas de las Unidades Médico Familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Área Metropolitana de Monterrey, N.L. (México). Se encontró que las complicaciones crónicas en su conjunto contribuyeron a una perdida de 1099 AVPP (Años de Vida Productiva Perdidos); observándose un promedio AVPP de 10.68 con una variación con respecto a la media de 5.59; así mismo se determino que el 75% de la población motivo de estudio perdió 14.42 años o menos y el 25% de ella mayor a esta cantidad. La complicación crónica con mas frecuencia fue la retinopatía

(47.2%); el porcentaje más alto de pérdida de años de vida productiva se encuentra entre lo 6 a 10 años. la retinopatía fue la que contribuyó con el mayor número de años, sumando 513 años; mientras que en promedio de AVPP, fue la insuficiencia circulatoria periférica con 12.79, que resultó ser significativamente diferente de los AVPP con los que contribuyo en promedio la retinopatía que resultó ser de 8.92. Sobresale la insuficiencia circulatoria renal, como las más importantes al ocupar una segunda posición en su contribución total de AVPP y la primera posición por el promedio AVPP.

Por su parte, la jefatura de servicios de estadística institucional del ISSSTE realizó un reporte de las tasas de morbilidad y mortalidad de su población derechohabiente en un periodo comprendido entre 1966 y el 2003 en el cual podemos apreciar cuando la DM se instauró dentro de las 10 primeras causas de morbimortalidad registradas en los archivos de dicha dependencia, también se puede vigilar su gradual ascenso de peldaños de esta relación hasta lograr los primeros lugares en ambos rubros.

Esta información indica que dentro de la cobertura que el ISSSTE maneja de población la DM entró al grupo de las 10 enfermedades que más representaron causa de muerte en sus clínicas ocupando la posición número siete en el año de 1969, mientras que en el año de 1970 ingresó por primera vez ocupando el décimo lugar en el grupo de las primeras diez enfermedades más atendidas.

A este mal le bastó poco más de una década para alcanzar el primer lugar como causa de mortalidad hospitalaria en toda la república ya que esto se dio por vez primera en el año de 1982 manteniéndose en este sitio por 19 años ya que posteriormente fue superada por los tumores malignos y las consideradas “enfermedades del corazón” que bien sabemos entre sus causas podemos encontrar a la misma DM al menos en la mitad de los casos, estadísticamente hablando.

Mientras que el lugar más alto en la relación correspondiente a las primeras 10 causas de morbilidad hospitalaria registrada en esta dependencia lo alcanzó en el año de 1992 ocupando el segundo sitio superada solo por el parto normal, manteniéndose de la misma manera en los primeros sitios repitiendo la situación de la mortalidad, es decir, siendo superada por al menos una enfermedad relacionada.

La otra dependencia representativa del sector salud de México, el IMSS, en su primer “Encuentro Nacional Diabetes y Sociedad” llevado a cabo del 22 de julio al 24 del mismo del 2005 en la unidad de congresos del “Centro Médico Nacional Siglo XXI” reportó que durante el año anterior al congreso, es decir, en el 2004 ya se manejó a la DM como la primera causa de muerte en los 32 estados de la república, al menos en su población derechohabiente.

Tal vez, ignorando la significación de lo psicosomático, desde el mismo título de este trabajo más de uno se pregunte; “¿qué tiene que ver la psicología en un trastorno del metabolismo?”, quizás alguien que tenga que ver con algún área de la salud localiza esta relación en el apoyo y adherencia en el que el psicólogo participa hacia el tratamiento “integral” que la alopática le brinda al diabético, lo anterior tiene al menos dos lecturas, la primera es que automáticamente quienes contamos con esta formación obtenemos responsabilidad de los datos revisados anteriormente que distinguen al trastorno como una pandemia prácticamente, y la segunda es que bajo el mismo marco de referencia positivista, nuestra participación en este tema es exageradamente limitado.

Y es precisamente este segundo punto que obliga a cuestionar si el marco de referencia con el que se ha atacado a la diabetes es la única opción, cuestionamiento justificado por el avasallador desarrollo del mal.

Cosa curiosa, los testimonios de los mismos afectados por este trastorno opinan, de manera indirecta claro, que no es así, que existen factores más allá de lo

objetivo, de los genes, factores que al científico se le dificultan asimilar, factores que desafortunadamente, al igual que las posturas las cuales contemplan sin ningún prejuicio, no solo son difíciles de percibir sino que son desprestigiadas por lo “subjetivo” que resultan.

Sin embargo, con el transcurso de los años y la imposición de explicaciones oficiales, por medio de las ya mencionadas campañas de difusión, aun así siguen perseverando las consideraciones hacia aspectos como el emocional como agente en el que se puede encontrar respuesta a manera de responsable en el desarrollo de este mal.

Un cambio en la veneración de un marco de referencia recopila toda la información valiosa que se ha dejado de lado y que no ha permitido hacerle un frente serio ante este trastorno, al menos desde una postura holista no se pierde ni tiempo ni esfuerzo descartando por descartar.

Esto quiere decir que sin hacer a un lado el conocimiento que ya se obtuvo gracias a la visión alópata, se contempla al aspecto emocional en el proceso de construcción de este mal, es decir, especificar las cualidades de esos estilos de vida, hábitos alimenticios, árbol genealógico, con todo lo que implica y no solo genes como las relaciones afectivas por ejemplo, y así explicarnos los establecimientos de determinados estados anímicos que dándole la oportunidad a una visión como una tradicional oriental, según la teoría de los 5 elementos impactaran orgánicamente a manera de desequilibrio energético.

Por todo lo anterior el presente trabajo está estructurado de tal modo que en el capítulo 1 se hace una revisión de la diabetes mellitus como convencionalmente la alopátia lo maneja, todo con el propósito de organizar lo que se puede recopilar desde esta perspectiva.

El segundo capítulo es un esfuerzo de un cambio epistemológico encaminado a los niveles de la realidad social, familiar, personal y corporal y de la relación salud-enfermedad para así comprender la percepción actual de todo lo anterior y la contemplación de una alterna y obtener resultados favorables hacia la misma relación, específicamente al trastorno manejado, además de brindar argumentos para la realización de un análisis alternativo ante el mismo.

El tercer capítulo especifica la metodología empleada, misma que congruente al marco de referencia que se decidió adoptar, es de perfil cualitativo y que se apoya en la historia de vida para recopilar información y la teoría de los 5 elementos para el análisis de los datos obtenidos.

El cuarto capítulo es la presentación de los resultados, capturados en categorías definidas en el mismo capítulo y con su respectivo análisis a través de analogías y una línea temporal construida de acuerdo a la cronología de las edades de los participantes.

Por último se desarrolla las conclusiones finales de este trabajo en las cuales se presume de la obtención de relaciones entre el aspecto emocional a manera de patrón y los desequilibrios en la salud de los entrevistados incluyendo a la diabetes mellitus.



## RESUMEN

El presente trabajo fue llevado a cabo partiendo de un cambio epistemológico adoptando una visión holista que, al despojarse de las dualidades que recalcitrantemente el positivismo ha enraizado, permitió abordar el tema de la diabetes mellitus desde una perspectiva de las enfermedades psicosomáticas no convencional, es decir, una postura que no solo se conformó con lo que la alopátia ofrece, sino también el contemplar principios provenientes de una visión tradicional oriental.

Por este motivo se buscó conocer si la configuración social de la realidad condiciona la experimentación de las emociones al grado de repercutir en la salud de las personas de tal modo que precipite la construcción de la diabetes mellitus.

Para esto y acorde al marco de referencia implementado, el proceder metodológico fue cualitativo ya que se buscó obtener y describir relaciones entre patrones por sus cualidades más que por sus cantidades y relaciones estadísticas que la información obtenida nos pudo brindar, todo esto por medio de un análisis en relación a los principios de la teoría de los 5 elementos de la medicina tradicional china.

Los datos arrojados por este estudio muestran que este grupo de personas diabéticas presentan o han presentado en periodos de sus vidas 3 estados anímicos, específicamente la tristeza en mayor medida, siguiéndole la ira y el miedo.

Se llegó a la conclusión de que factores de índole social como lo es el patrón alimenticio, la conformación de conceptos como lo es el bien, el mal, familia, amor, los estilos de vida, los particulares desarrollos personales dentro de un núcleo familiar, con sus respectivas relaciones, etc., configuran los estados de salud de los individuos tanto por las dinámicas a las que someten sus cuerpos como por los

estados emocionales permanentes que presentan y que trascendió de tal manera en el bienestar de estos sujetos de modo que permitió desencadenar un trastorno crónico-degenerativo, la diabetes mellitus.

# CAPITULO 1

## LA DIABETES MELLITUS DESDE EL MODELO BIOMÉDICO

*“...hay que destacar que aunque sabemos ahora mucho más sobre la enfermedad de lo que sabían los antiguos egipcios o los médicos de siglos pasados y contamos con más armas terapéuticas que ellos para combatirla, es evidente la inmensidad de lo que desconocemos, en especial en los aspectos de etiopatogenia y fisiopatología de los diferentes trastornos que se agrupan bajo la denominación DM(Diabetes Mellitus)”.*

A.M. Sanmartí  
Jefe de sección de endocrinología  
Hospital Germans Trias i Pujol  
Badalona, Barcelona

### 1.1 Epistemología predominante

Suena trivial decir que el hombre en toda su historia ha tenido cambios significativos en relación con su realidad, pero en este momento creo que es la manera más próxima para describir lo anterior. Quizás bajo el contexto en el que actualmente se vive en occidente lo que quiero expresar se deba hacer de la siguiente forma: el hombre ha buscado estudiar la realidad en su totalidad y “explicarla”.

El ser humano, a lo largo de la historia, ha presentado la acción de descubrir realidades, diseñarlas, vivirlas e imponerlas. La mayoría de la literatura a la que actualmente podemos acceder expresa como máximo esfuerzo desarrollar estudio de los orígenes de “las primeras tomas de conciencia”(como se denomina comúnmente a este acto) del hombre, de su realidad en el mundo en los tiempos en que el totemismo y el animismo marcaban la pauta en toda actividad humana.

Lo más común a la hora de revisar ensayos que expresan un interés por lo anterior es encontrar que experiencias fundamentales como el nacimiento, la muerte o los mismos sueños propiciaron en los antiguos las primeras construcciones o intentos de construcciones de esquemas que le dieran organización y respuestas a lo que pasaba, lo anterior toma validez en ejemplos propuestos por autores como Mueller (1976) quien además de considerar las experiencias ya mencionadas propone a los fenómenos meteorológicos o

cósmicos como posible explicación del surgimiento de una preocupación existencial del hombre.

El mismo autor realiza una descripción de lo que posiblemente pasaba en épocas como la prehelénica, donde asociaciones secretas, en Thiasas, realizaban ritos, celebraciones, danzas frenéticas bajo antorchas en la noche, con tambores, gritos y flautas que provocaban delirio colectivo que suscitaban una exaltación, tal experiencia, según el autor, pudo conducir a la convicción de que esa emoción de plenitud “despertada por el dios” era superior a la vida mezquina y cotidiana de la tierra.

Mueller además menciona que en los tiempos de Pitágoras (VI a.C.), existió una secta griega denominada los órficos quienes le dieron forma a su doctrina por medio de la leyenda de Dionisios, hijo de Zeus y de Seleme, el cual, por medio de metamorfosis se transformaba y que en una ocasión convertido en toro al no poder escapar de sus enemigos los “Titanes” es asesinado en manos de estos mismos, por esta razón Zeus, el padre, los mata con un rayo. Es por esto que por haber devorado al hijo del dios, de las cenizas de los Titanes nace el género humano con el doble principio del bien (gracias a la esencia de Dionisios) y el mal (de la esencia de los Titanes), (Mueller, op. cit., p.20).

Esta leyenda, nacida para explicar el descuartizamiento ritual del toro que representaba al dios, transluce un motivo metafísico: que el mundo nace de un crimen cometido contra la unidad de dios y la meta es, desde entonces, el retornar a la unidad indeleblemente rota. El cuerpo (elemento titánico) es una tumba para el alma (el elemento dionisiaco) y el librarse del cuerpo representa la meta suprema.

Tomando en cuenta que los historiadores creen que esta doctrina se difundió por África, el sur de Italia, parte de Asia y parte de la India, se puede decir que fue amplia la divulgación de principios o valores, a todos los niveles, como el moral,

por lo del bien y el mal, pero que ante todo produjeron una influencia que sentenciaría el camino de la construcción de la percepción de lo que es el humano (hablando de occidente), encontrando así que todo intento o aproximación hacia una explicación a la duda existencial del hombre estaría influenciada por esta división de un alma con origen divino depositada en un contenedor terrenal.

Sin duda que lo que producían estas propuestas místicas como respuestas hacia algunos “por qué” trascendentales de esa época era el surgimiento de mayor preocupación o acto de reflexión de los pensadores que oscilaban en la época de entre el siglo V y IV a.C. En el transcurso de estos tiempos la tendencia ya no fue solo descubrir y aceptar que gracias a mitos como el órfico había una dualidad sino que surgió el interés por tratar de describir las cualidades de ambas partes.

Personajes como Demócrito (460- 370 a.C.) o Leucipo (V a.C.) son ejemplos de interesados por tratar de explicar qué era el alma y cómo impactaba a la otra parte, al cuerpo, viendo a la primera como una especie de fuego o calor que permitían movimiento y sensación a lo segundo.

Estos pensadores y otros como Anaxágoras (500-428 a.C.), además de ver como responsable de situaciones, como el movimiento en los seres, definían al alma como el primer principio de todas las cosas

Pero no todo era concepción mística del alma entre algunos de estos pesadores, como Empédocles (490-430 a.C.), quien en él reinaban ideas naturalistas gracias a su formación médica y actividades de disección y que en sus postulados se podía encontrar influencia de lo natural, incluso en su explicación del alma, al afirmar que ésta misma estaba compuesta por los elementos de la naturaleza; “ Por la tierra vemos la tierra, por el agua el agua, por el aire el aire divino, por el fuego el fuego destructor, el amor por el amor y la luctuosa destrucción por la destrucción” (Sahakian, 1986, p. 14).

Sin embargo, una evolución crítica de la filosofía griega cobró forma con los sofistas, quienes se consideraba, estudiaban dentro de sí mismos su propio pensamiento y naturaleza, en vez de observar el mundo de las cosas. Se dividían en dos escuelas, una que sostenía que la naturaleza era buena y la razón mala; que por naturaleza todos los hombres eran iguales y que lo único que establecía desigualdades eran las instituciones de clase; que la ley era un invento de los fuertes para encadenar y gobernar a los débiles. La otra escuela afirmaba que la naturaleza estaba más allá del bien y el mal, que por naturaleza todos los hombres eran desiguales; que la moralidad era un invento de los débiles para limitar y frenar a los fuertes; que el poder era la suprema virtud y el máximo deseo del hombre y que todas las formas de gobierno, la más sabia y natural era la aristocracia (Durant, 1978).

Sin tener la intención de hacer una revisión profunda podemos percibir que la humanidad no se conformó en aceptar aquellos mitos e ideas antiguas sino que fue de la mano con ellas para utilizarlas como guía y base al momento de darle seguimiento a una tradición que no fue exclusiva de su época, que venía seguramente de tiempo atrás y que por motivos obvios como el tecnológico no pudimos conocer, me refiero al acto de desarrollar conocimiento.

Basándose en lo que la literatura ha recopilado de la historia, ya sea de la psicología o filosofía, se puede ser testigo de que estos pensadores de esos entonces extrapolaban algunas de sus propuestas a otras esferas de la vida, es decir, sus principios no solo eran aplicables a un solo ámbito, como el religioso, por ejemplo, sino que lo llevaban a otras esferas, lo vemos en lo acabado de revisar con los sofistas, esforzándose por hacer intrínseco lo natural con lo social.

De este cúmulo de saber fueron herederos los personajes más famosos que la historia de la filosofía nos puede presentar, un saber trastocado no tanto por una voluntad otorgada divinamente, que seguramente alguien podría proponer, sino más bien por las circunstancias que rodeaban su entorno en ese momento. Estos

personajes los otorgó una Grecia que según expertos fue determinada por su ubicación geográfica para convertirse en el pilar de la vida occidental. Encontrando al sur la isla de Creta de la cual fue influenciada en el segundo milenio antes de Cristo. Al este encontramos Asia menor palpitante en la época preplatónica con su industria y comercio. Al oeste Italia, luego Sicilia y España, al norte Tesalia, Epiro y Macedonia de donde se cree venían vigorosas tropas que dieron luz a la Grecia de Homero y Pericles.

Encontramos así una ubicación que permite el contacto con lo diverso, es decir, a otras tradiciones y dogmas que el comercio en este caso permitía. El desarrollo de las “ciencias” fue gradual, las matemáticas avanzaron con la creciente complejidad de los intercambios y la Astronomía con la audacia cada vez mayor de la navegación. El aumento de la riqueza trajo consigo el ocio y la seguridad que permitieron el darle lugar a unos cuantos la oportunidad de la investigación y especulación (Durant, op. cit.).

Tenemos así el contexto en el cual viviría un habitante de Grecia en ese momento, habitantes que en su mayoría vivían en estado de esclavitud, otros más como militares y comerciantes y unos cuantos en la riqueza. Platón (427-347 a. C.) creció en éste último grupo, este filosofo que dentro de sus obras, algunas que rescatan ideas expresadas en los diálogos que mantuvo con su maestro Sócrates (470-399 a. C.), desarrolló pensamientos que apoyarían la tendencia de formar una visión dualista. Platón afirmaba que “el hombre debería retirar el ojo del espíritu enterrado en el áspero pantanal del mundo de lo aparente”, todo esto como conclusión de la descripción que el filosofo hacía del hombre como poseedor de un alma obtenida gracias a una entidad divina, esta alma era lanzada al mundo terrenal y era depositada en un cuerpo que tenía tentaciones, seducciones, por esto el alma tenía que trascender al cuerpo para poder regresar de donde había venido, de la divinidad (Mueller, op. cit.).

Al hablar de conocimiento Platón consideraba que este era exclusivo del alma ya que él mismo decía que conocer no era otra cosa que recordar, ya que el alma era inmortal y cada que reencarnaba y comenzaba a vivir en otro ser se olvidaba todo pero por medio de un maestro y el diálogo se retomaba lo conocido

Además este filósofo realizó una división del hombre en tres partes o fuentes que según él mismo daban origen a toda acción de las personas, la primera era el deseo quien a su vez daba lugar al apetito, impulso e instinto y lo localizaba en la zona de los riñones. Esta parte era más característica en personas relacionadas a la clase social de los comerciantes. La emoción era la segunda parte y daba lugar al espíritu, ambición y el valor, se localizaba en el corazón y era característico de la clase militar. Por último se encontraba el conocimiento, el cual daba lugar al pensamiento, la inteligencia y la razón, se encontraba en la cabeza y estaba reservado para la clase alta donde comúnmente se encontraban los grandes pensadores.

Con esta clasificación Platón no solo ofrecía una descripción del orden social sino que acusaba una importancia mayor a la tercera fuente de las personas, es decir, al conocimiento, ya que lo veía como “el piloto del alma” para evitar lo más posible caer en tentaciones que el cuerpo ofrecía. Afirmaba que un hombre sano se daba cuando el conocimiento dirigía al deseo, impulsado éste último por el espíritu. Se considera lo anterior como la piedra clave del arco del pensamiento platónico (Durant, op. cit.).

Se puede decir entonces que Platón reforzó en la historia del conocimiento la noción de la composición humana de un alma regidora de todas las acciones de un cuerpo que le servía de camino para alcanzar lo divino. (López, 2003)

Por su parte Aristóteles (384-322 a.C.), discípulo de Platón, se abrió paso para enfrentar al mundo por el sentido de la observación objetiva, un gusto con lo concreto, por lo individual, encontrando aquí esa separación de objeto (lo



estudiado) y el sujeto, siendo él el observador gracias a un alma, sobreestudiada según el filósofo, por los platónicos y los pitagóricos al buscar su sobrenaturalidad (Mueller, op. cit.).

Para este filósofo el hombre consistía en un cuerpo, que era de lo que estaba hecho, y el alma, su esencia, la cual tenía tres funciones; la racional (exclusiva del hombre), sensible (a nivel animal) y la vegetativa (con sustento biológico).

Este pensador, a diferencia de Platón, consideraba que al momento de nacer el hombre se podía comparar con una tábula rasa, es decir, como una hoja en blanco, y que conforme a la experiencia vivida o una enseñanza unidireccional<sup>3</sup>, la tabula va sufriendo grabados o escritos que configuraron el conocimiento del hombre, es decir, la parte racional (López, op. cit.).

Con este tipo de ideas se percibe cómo es que se comenzaba a darle importancia al proceso de razonamiento, de concebir que el alma, como entidad no material, controlaba y reinaba la parte sensorial, el cuerpo, lo material, y que incluso éste último llegaba a ser distractor para lograr alcanzar el saber. Así se comenzaba a heredar la concepción del cuerpo como algo mundano, una tumba de lo que fuera una divinidad, un escalafón hacía la meta final de la existencia eterna, encontrando a un gran porcentaje de la humanidad que se perfilaba a enraizar en sus dogmas esta dualidad y por ende se perfilaba también a establecer una sola manera de desarrollar conocimiento y que solo por éste proceso sería reconocido todo principio.

Sin embargo, más adelante encontramos que “la decadencia del imperio romano y las invasiones de los llamados bárbaros determinaron el “límite” de la influencia de la cultura grecorromana. Una nueva fuerza espiritual sucedió a la cultura antigua,

---

<sup>3</sup> Donde el maestro se basa en la reflexión y en un método inductivo ya que la verdad está en lo particular y va del conocimiento más sencillo al más complejo.

preservándola pero sometiéndola a su filtro ideológico: la iglesia cristiana” (Gadotti, 1998, p.41).

Personajes como San Agustín (354-430), y Santo Tomás de Aquino (1225-1274) dieron mayor impulso y oficialidad al dualismo. Con estandartes como el pecado original, los pecados capitales, los diez mandamientos, etc., no solo ratificaron esa separación del alma y el cuerpo sino que, de la misma manera que los griegos, ponían mucho hincapié en darle un toque de divinidad al alma y que como menciona López (2002), “se comenzó a sofisticar la represión hacia el cuerpo”, más específicamente a lo sexual<sup>4</sup> p.16.

Posteriormente surgió el personaje que le dio el sello mas característico a la epistemología que mayor afluencia tiene el presente, René Descartes (1596-1650), este filósofo francés (conocedor de las ideas desarrolladas por los antiguos griegos y crecido en un ambiente cristiano) desarrolló todo un método de estudio que sustenta las bases de todo ámbito denominado científico. Este procedimiento expuesto en la obra “discurso del método” sostiene que para estudiar algo se debía de dividir en partes y disponerlas según un orden lógico (Berman, 1987).

Descartes afirmaba que se podía dudar del cuerpo y del mundo pero no del pensamiento (similar a lo del mundo aparente de Platón) ya que para el filósofo cuando una persona pueda pronunciar “soy yo, yo existo” es necesariamente verdadero ya que para hacerlo está pensando, dando lugar a su frase celebre “pienso, luego existo”.

En sus “principios de filosofía” afirma que la evidencia misma debe inclinarse ante la garantía de la evidencia racional, encontrando así que si le damos forma de balanza al hombre, Descartes colocaba todo el peso de la existencia del lado espiritual (alma), o mejor dicho, a la razón, enmarcando lo anterior en la siguiente

---

<sup>4</sup> ¿Será casualidad que teorías como la psicoanalítica en la actualidad le atribuyan muchos trastornos en la edad madura al ser humano por situaciones de carácter sexual que estuvieron presentes en la edad infantil?.

frase; “ningún cuerpo es espíritu, por lo tanto, ningún cuerpo puede pensar” (Mueller, op. cit., p. 205).

Para el mismo Mueller, Descartes reduce la actividad espiritual del hombre a su vida intelectual, pero se podría decir que fue más allá, al grado de negar la materia si no se llega a ella por medio de la razón, nulificando la sensibilidad por ejemplo.

Encontramos entonces que este pensador es el responsable de comenzar a reducir la naturaleza a leyes matemáticas. El primer filósofo de la era moderna tenía la "idea clara y fundamental" de que el mundo físico no era más que un puro mecanismo.

Más adelante Francis Bacon (1561-1626), fue decisivo para alcanzar la era del pensamiento científico moderno al desarrollar un proceso de razonamiento llamado inducción. La inducción es el proceso por el cual las conclusiones generales se extraen de situaciones particulares, esto último lleva a autores como el mismo Berman a concluir que Bacon elevó la tecnología a un nivel filosófico ya que principios matemáticos aplicados en la tecnología tratarían de ser empleados a temas en general.

Se puede afirmar que personajes como Isaac Newton (1642-1727) lograron llevar a cabo el programa cartesiano, que consiste en ofrecer la explicación del mundo físico en función de su mecanismo.

Newton, al igual que Galileo Galilei (1564-1642), proyectarían lo desarrollado por Aristóteles y Bacon, comenzando a manejar la idea de que el hombre se le asemejaba a una máquina que poseía materia y movimiento y que obedecía a leyes matemáticas.

Esta forma de construir pensamiento ayudó a desarrollar tecnología que conmocionaría al mundo en todas sus facetas como la imprenta y su impacto

cultural; la revolución industrial y su influencia en el cambio de producción que impulso un reordenamiento económico-político-social y que fomentaría un cambio en el estilo de vida del ser humano.

Como sabemos, la revolución industrial impulsó lo que sería el movimiento de revolución en Francia, acontecimiento que sus ideales mas trascendentales influyeron en toda nación que hoy en día vive en “democracia” (constituciones como la nuestra tomaron el modelo que aquel país impuso después de su revolución). Estos ideales estaban relacionados con la libertad pero sin lugar a dudas el tema que influyó más para que se suscitaran cambios en la estructura de ese país fue lo económico. “Empieza aquí a conformarse una nueva clase ascendente; la clase capitalista que requería libertad para desarrollar la producción y venderla en cualquier lugar, así como hombres libres, no sujetos a señores feudales o a gremios, que pudieran vender su fuerza de trabajo” (Rojas, 1995, p.51) .

Entendido al aspecto económico intrínseco al político, éste último tomaría la forma que el primero comenzaba a demandar, de éste modo se les debía dar libertad a “todos” de desarrollarse económicamente de forma capitalista, es decir, todo aquel que pudiera acumular riqueza bajo la nueva forma de producción lo podría hacer, así que el pensamiento que tomaría reconocimiento u oficialidad, que tomaría la hegemonía era el que se basara en lo científico, las escuelas entonces, que desde la época de Constantino (siglo IV) pasaron a ser el aparato ideológico del Estado, tomarían un perfil apegado al rigor científico y por consiguiente todos los que egresaran de sus aulas tendrían el título oficial de su respectiva especialidad (Gadotti, op. cit.).

Es así que al revisar las disciplinas que son reconocidas como ciencias en la actualidad, están separadas según su especialidad gracias al modelo cartesiano, en la salud por ejemplo podemos encontrar que la medicina esta separada de la

Psicología, “y cómo no iban a estar separadas si una atiende al cuerpo y otra a la mente”.

## **1.2 Percepción actual de salud-enfermedad**

Tomando en cuenta lo anterior se puede decir que en ésta realidad occidental el médico, como exponente de una de las áreas de la ciencia, es el único que puede saber acerca de la salud “física” del hombre y el único con la autoridad de decir y actuar sobre la enfermedad, por lo tanto mientras sigan con su postura de ser los únicos autorizados para saber acerca de la salud tendrán una trascendente responsabilidad en el estado actual de la población en general (Berman, op. cit.).

Todo lo revisado hasta aquí llevó al mismo Berman a decir que se aprende a figurar la realidad de acuerdo a las reglas de una cultura, Illich (1978), por su parte, menciona que “cada cultura da forma a una gestalt única de salud y a una configuración única de actividades hacia el dolor, la enfermedad, invalidez, muerte, etc.” Además, afirma que “la salud culturada está limitada por el estilo de cada sociedad en el arte de vivir, celebrar, sufrir y morir” p. 173. Es decir que la forma en que concebimos conceptos como el dolor o la muerte estará intrínseco a cómo formemos nuestro concepto de salud, intrínseco nos dice que tendrá influencia y determinación, encontrando entonces crucial recordar que el hombre ha vivido de manera distinta el dolor y ha concebido variablemente a la muerte y que por lo tanto el concepto de salud también ha tenido distintas representaciones.

Siguiendo esta línea, el modelo biomédico, resultado de la visión positivista, es quien ha tomado la responsabilidad de decir qué es salud y qué es enfermedad, por este motivo revisaremos las definiciones que actualmente se tienen de dichos conceptos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a ésta última “como la ausencia de dolor o de alguna desviación de lo que, de un modo convencional, se admite como “normal”. Salud es bienestar físico, psíquico y social al que todo ser

humano tiene derecho. La salud implica el disfrute de la mayor norma posible de bienestar orgánico, psíquico y social, sin distinción de raza, religión, creencia política o condiciones económicas” (Otte, 1995, p. 90).

En esta primera definición podemos remarcar la parte referida a la ausencia de dolor ya que lo anterior ha sido una constante en la gerencia de la alopátia. En la obra de Illich, “Némesis médica”, se encuentran una serie de estadísticas que demuestran el exorbitado consumo de pastillas (como aspirina) que su sustancia activa solo actúa para atacar el dolor, tomando las reservas de que este estudio no fue realizado en nuestro país, no es arriesgado suponer que en el nuestro y en muchos más ocurra lo mismo.

No solo es una la lectura que se puede hacer ante dicha situación, actualmente la norma dicta que el dolor es displacentero y que hay que evitarlo, solo que habría que recordar cuantas son las enfermedades que cuando producen dolor ya están inevitable e irreversiblemente implantadas en el cuerpo o cabría preguntarse si se cuenta con el conocimiento como para saber qué dolores de cabeza, estómago, pecho, etc., son avisos evidentes de que alguien está construyendo un cáncer, por ejemplo.

En relación a la desviación de lo normal, que menciona la misma definición, habría de tomarse en consideración las desventajas que se tienen en el momento de regirse por ese lineamiento positivista de partir de situaciones particulares para llegar a conclusiones generales, es decir, poner en tela de juicio el seguir reverenciando ese determinismo médico que a veces no le queda más que diagnosticar enfermo a un sujeto que simplemente se salió de la norma al nacer con un órgano en una posición no habitual o a alguien que supuestamente no tiene contacto intelectual con el exterior. Tal parece que la norma es el limitante mismo de la medicina oficial ya que ésta no le permite hacer excepciones o aceptar alternativas para afrontar los inevitables entes malignos incurables y devastadores de cuerpos humanos modernos.

En este recuento encontramos a un autor que realizó un esfuerzo por estructurar una definición lo más completa posible, San Martín (1981), quien especificó que “la salud no es un estado absoluto, completo y estático; que representa una situación relativa, variable, dinámica y que resulta de todos los factores que actúan sobre la vida de la población y del individuo” p.31.

El concepto de salud como construcción social, repercute en el ambiente de vida de la comunidad y produce en el individuo en circunstancias favorables el estado ecológico de la salud o en circunstancias desfavorables el desequilibrio que se ha llamado enfermedad. La salud se define de acuerdo con una situación ambiental en donde intervienen amplios aspectos sociales como la educación, economía, vivienda o justicia. En el estado de salud también son importantes los aspectos psicológicos.

Recapitulando lo anterior, pueden señalarse tres características importantes del concepto de salud:

- “No es algo absoluto, completo o permanente. Es esencialmente variable, igual que las situaciones físicas y sociales que afectan el equilibrio homeostático.
- No existe un límite definido y drástico entre el estado de salud y enfermedad. Existen diversos niveles y grados que no están definitivamente establecidos.
- Tienen tres componentes; el subjetivo (percepción o creencia de bienestar), objetivo (integridad y/o funcionalidad orgánica) y adaptativo (integración biopsicosocial del individuo)” p. 31-32.

Los aspectos que determinan y se contemplan en el estado de salud-enfermedad del individuo son:

- “Biología humana. El sustrato fisiológico y los aspectos genéticos y evolutivos. El equipo personal, el potencial neurobiológico.
- Medio ambiente. Contaminación física, química o biológica, el medio social y sociocultural y el aspecto sociológico. También incluye el aspecto familiar y socioeconómico, así como los procesos de evolución dinámica en interacción entre los potenciales del individuo y el mismo medio.
- Estilo de vida. El aprendizaje, tanto individual como colectivo, que fue importante en la construcción del estado de bienestar a través de la ejecución de conductas a favor de la salud como por ejemplo el ejercicio físico, alimentación adecuada, adopción de medidas preventivas y por el contrario, disminución de conductas de riesgo para la salud como las adicciones o el estrés excesivo.
- Sistemas de asistencia sanitaria. Servicios de salud. Políticas de salud, calidad de asistencia, medios técnicos y de atención” p. 32.

Aunque, como podemos apreciar, este autor desarrolla más que otros los aspectos que regularmente se manejan en las definiciones, como lo biológico, medio ambiente, estilo de vida, la constante al momento de entender la ausencia de la salud por parte del modelo biomédico es, como critica Capra (1996), viéndola como “una entidad bien definida que implica ciertos cambios estructurales a nivel celular y que tienen unas raíces causales únicas”, es decir, se deja en segundo término a todo lo que contemplan, literalmente, solo contemplan como factores etiológicos y se termina en lo que el reduccionismo nos ofrece, descripción del “¿cómo?” y no del amplio “¿por qué?” p. 167.

Según este modelo toda enfermedad tiene su vertiente personal, vivencias que se exteriorizan por unos síntomas. Pero junto a estos “sentimientos” todo proceso morboso (relativo a la enfermedad) provoca unas alteraciones objetivas o signos que serán detectados y evaluados por el médico.



Solo después de una cuidadosa interpretación de los síntomas de una enfermedad (sintomatología) y de sus signos (semiológica) el médico podrá identificar la enfermedad (diagnóstico), establecer su origen (etiología) analizar el modo como la causa morbosa actuó sobre el organismo (patogenia) y juzgar la trascendencia que pueda tener para el futuro del individuo afectado (pronóstico), (Otte, op. cit.).

Sí se nos hace una petición de llevar a cabo una ejemplificación de lo anterior lo más explícita posible podemos crear a “Pedro”, un joven que va al doctor y le menciona que tiene un dolor intenso en el vientre (síntomas). El doctor le pide que le explique más detalladamente la experiencia con su malestar y le hace unos estudios donde las células “x” se encuentran en un nivel no habitual (signos) y que le indican que el paciente tiene una glándula inflamada peligrosamente a punto de colapsar (Diagnóstico). Esto quiere decir que la mala alimentación o exceso de grasa (etiología) orillaron al incremento de una sustancia que a su vez provocó el aumento de esas células “x” (patógena), por lo tanto la cirugía es inminente (Tratamiento).

El hacer hincapié en la parte de la etiología y patógena en este trabajo es crucial ya que en este modelo el “desajuste” orgánico es el mal o el inicio del calvario del paciente (o sea, solo hasta que hay dolor) y aunque se toma en cuenta la dieta, por ejemplo, como originador del mal, nunca se va más allá de el exceso de grasa, hidratos de carbono, etc., es decir nunca se profundiza en los “¿por qué?” del que una persona consume en su historia de su vida esas sustancias en exceso, y mucho menos se toma en cuenta factores que han estado presentes en la misma historia del hombre, es decir, son el hombre mismo, sentimientos, emociones, relaciones con sus semejantes y con su entorno.

En la parte final del ejemplo se mencionó el tratamiento que, aunque no se manejó en las definiciones, ha llegado a ser piedra angular ya no solo para recuperar lo perdido por la enfermedad sino para no perder, la salud.

Cualquiera que sea el método terapéutico empleado, la condición previa, insoslayable para un tratamiento radica en un diagnóstico científicamente establecido. El tratamiento puede estar dirigido “contra la causa de la enfermedad” (terapéutica causal etiológica) o contra sus manifestaciones más molestas o indeseables (terapéutica sintomática). En algunos casos también se trata de despertar, evocar o reforzar las fuerzas naturales de defensa del organismo.

El entrecomillado de *contra la causa de la enfermedad* se debe a que revisándolo de manera crítica y trascendiendo el convencional marco epistemológico podemos ver que regularmente se toma como causa a lo que pertenece a un proceso más complejo y que la mutación de algunas células, la alteración de glándulas o la “imperfección” de algún órgano, en efecto, son resultado de un estilo de vida, alimentación inadecuada, contaminación ambiental o del “estrés”, pero al momento de atacar las causas se ataca al primer grupo de situaciones mencionadas, mientras que el sujeto sigue inmerso en una dinámica, una cultura, una sociedad, en un mundo en el que, incluso la misma alopática, no solo orilla, sino que día con día refuerza más la tendencia de seguir viviendo alejados de la salud sin que se tome del todo la raíz de los males, su proceso en sí.

Es por esto que todo parece indicar que la única dirección del tratamiento es hacia las manifestaciones, esto es una práctica implantada por la ciencia para reprimir lo que realmente es la forma que un organismo encontró para manifestar que por nuestro malo proceder en la vida nos estamos deteriorando, en los casos más serios, crónica y degenerativamente.

Existen algunos métodos para afrontar el mal padecido desde la alopática (sus principios se basan en el empleo de remedios que en el hombre sano provocan efectos que difieren de los síntomas de la enfermedad que se pretende combatir) entre los que se encuentran los métodos dietéticos, quirúrgicos y a base de fármacos.

La farmacopea se refiere a preparar los medicamentos mientras que la farmacología se ha encargado de investigar sistemáticamente los efectos positivos y negativos (curativos y lesionales o tóxicos) que los medicamentos pueden desencadenar (Otte, op. cit.).

Hemos revisado así como es que se concibe la salud y el mantenimiento de la misma desde la perspectiva oficial actual, ahora seguiremos esta misma concepción para revisar una de las enfermedades que se pueden presentar en las glándulas de secreción interna (endocrinología) la denominada diabetes mellitus.

### **1.3 La diabetes mellitus en la historia**

Se ha considerado que las primeras descripciones datan de hace 35 siglos y pertenecen a los egipcios, pero otras culturas también la conocían.

En las culturas orientales, el dato más antiguo que se conserva sobre la diabetes se debe a Súsruta, médico hindú que en el siglo V a. de C. observó los síntomas de esta enfermedad, a la que llamó “de ricos” por el hecho de que afectaba sobre todo a personas obesas, grandes consumidoras de dulces y arroz. Se cree que la caña de azúcar fue aprovechada por primera vez por gentes de la Polinesia, quienes posteriormente la introdujeron en India. Fue en el año 642 d. de C., con la expansión del imperio islámico que invadió Persia, cuando se aprendió el proceso de elaboración del azúcar, introduciéndolo después en los nuevos territorios conquistados, como el norte de África y la Península Ibérica.

El azúcar fue descubierto en el oeste de Europa en el Siglo XI d. de C. como resultado de las cruzadas realizadas en Oriente. Se obtuvo por primera vez en Inglaterra en 1099. El precio en Londres en el año 1319 era de dos chelines por libra, lo que equivale actualmente a unos 100 dólares estadounidenses por kilo, es decir, un precio extraordinariamente elevado, accesible solamente a las clases más adineradas. El consumo de azúcar en Europa durante esta época era muy escaso (Figuerola, 2003).

Sin embargo Sanmartí (1991) realiza una revisión más detallada del curso de la diabetes en la historia. Este autor coincide que la descripción más antigua de la DM se encuentra en el papiro de Ebers (155 a. de C.) hallado en Egipto. Por su parte, en la literatura sánscrita, Sushruth (Súsruta), unos cuatrocientos años de C. comenta la emisión de orina con sabor a miel en unos pacientes que bebían y orinaban mucho y perdían peso, Arateo de Capadocia (II a. de C.) describió la enfermedad “como si la carne y los miembros se derritieran y se eliminaran por la orina” e introdujo por primera vez el término diabetes que en griego significa “correr a través” o “atravesar”. Fue Paracelso, a principios del siglo XVI, quien identificó un residuo en la orina de los pacientes diabéticos que supuso que era sal. Tuvieron que pasar más de cien años hasta que Thomas Willis redescubriera el sabor dulce de la orina del diabético y Mateo Dobson hallara en ella glucosa en grandes cantidades. A finales del mismo siglo XVII, J. Rollo y J.P. Frank introdujeron el calificativo de “Mellitus” para distinguir e estos sujetos diabéticos de los que padecían diabetes insípida. El primero en destacar la hiperglucemia como rasgo característico de los pacientes con DM fue Claude Bernard, en 1859, que atribuyó la enfermedad a trastornos no identificados del sistema nervioso central.

La historia de la diabetes transcurre de forma paralela a los progresivos conocimientos que se van adquiriendo sobre el páncreas. En 1682, J.C Brunner observó en perros pancreatectomizados<sup>5</sup> la aparición de la sintomatología clásica de la diabetes (poliuria y polidipsia); sin embargo, al no haberse practicado pancreatectomías totales, los animales se recuperaron de forma espontánea, lo que llevó a Brunner a afirmar que el páncreas no era un órgano necesario para la vida. Casi 150 años después, en 1854, R. Virchow postuló por primera vez una función endocrina para el páncreas y animó a su P. Langerhans a realizar su conocida tesis doctoral en la que se recoge una detallada descripción morfológica de los islotes pancreáticos a los que posteriormente, en 1893, E. Lassaraigne atribuiría la función endócrina y denominaría islotes de Langerhans. Las

---

<sup>5</sup> Pancreatectomía. Retiro parcial o total del páncreas.

experiencias de Brunner fueron repetidas e interpretadas por O. Minkowski y J.J Von Mering, en 1889; y así empezó a vislumbrarse la existencia de una íntima relación entre lesión pancreática y DM. Así, varios años antes del descubrimiento de la insulina, entre 1906 y 1908, J.L. Zulzer consiguió mejorar la clínica de algunos pacientes diabéticos inyectándoles extractos pancreáticos.

En el verano de 1921 se encuentra un hecho que se considera como el más importante en la historia de la DM. F.G. Banting y C. Best, en el laboratorio de J. Macleod de la Universidad de Toronto, aislaron la sustancia hipoglucemiante pancreática, sustancia desconocida para J. de Meyer, cuando, en 1909, la denominó isletina y que ellos prefirieron llamar insulina. Con ella, consiguieron mantener con vida a Marjorie, una perra sometida a pancreatectomía total y, por estos trabajos, Banting y Macleod fueron galardonados con el premio Nobel de medicina en 1923, premio que compartieron con Best y J. Collip, que había realizado importantes trabajos para purificar la insulina.

La primera persona que se trató con insulina fue Leonard Thompson, un diabético canadiense de 14 años que sobrevivía gracias a una dieta de 450 Kcal, y que estuvo administrándose la hormona desde enero de 1922 hasta 1935, año en que falleció de una bronconeumonía.

A partir del aislamiento de la insulina, cambió totalmente el pronóstico de los individuos diabéticos aumentando su esperanza de vida y apareciendo, con los años de enfermedad, las complicaciones tardías.

Si bien se considera que la diabetes ha estado presente en la humanidad desde mucho tiempo atrás, la realidad que nos dan los números y estadísticas<sup>6</sup> es que la toma real y desafortunada de protagonismo en la cotidianidad del mundo no es tan antigua (Figuerola, op. Cit.).

---

<sup>6</sup> Presentados en la introducción de este trabajo

#### **1.4 Definición de la diabetes mellitus**

Según el modelo biomédico, dentro de las funciones orgánicas de un ser humano como la de nutrición, relación y reproducción se da un mecanismo de gobierno y regulación, además del sistema nervioso central o vegetativo también se encuentra la regulación establecida por la vía humoral, es decir la sangre que lleva a cada tejido, a cada órgano, un mensajero químicamente definido, capaz de iniciar, equilibrar o inhibir una determinada función.

Esta regulación humoral se lleva a cabo por las glándulas de secreción interna o endocrinas (porque vierten su segregación directamente a la sangre), al contrario de las glándulas exocrinas que lo hacen a la piel.

La sustancia activa producida por estas glándulas es recogida por la sangre (hormonas). Se comprende que la liberación de estas hormonas esté determinada por las necesidades orgánicas y que unas veces se complementan en su acción, mientras que otras se convierten en antagonistas. A la hipófisis le corresponde una posición privilegiada, pues produce tantas hormonas específicas como hormonas que solo actúan para estimular o frenar otras glándulas endocrinas. De ahí que haya recibido el nombre de “director de orquesta” del sistema endócrino. Respetando esta lógica se puede decir que cuando una glándula fracasa, o es destruida o alterada, las repercusiones se extiendan a todo el organismo, provocando enfermedades y síntomas sumamente variables (Otte, op. cit.).

Como se mencionó anteriormente, se contemplará como enfermedad y se actuará en relación a la misma solo cuando una o más de las glándulas del organismo “fracase”, sea destruida o alterada, es decir, en esta situación el “por qué” pasa a segundo término por perpetuar esa prioridad por “entender” el mecanismo del fracaso para así estructurar una estrategia apoyada en fármacos o cirugías que permita inhibir la “desviación de lo normal” y supuestamente “recuperar el

bienestar físico, psíquico y social”, es decir, bajo esta lógica, no sufrir el dolor que causa el fracaso de una glándula.

La observación anterior fundamenta la objeción que se plantea hacia al modelo biomédico al momento de afrontar una enfermedad, es decir, al tratar de entender o conocer la etiología de la misma parece ser que en lugar de preguntarse “¿por qué sucede dicho mal?” se pregunta “¿cómo?”.

Siguiendo en el área de la endocrinología encontramos que la diabetes mellitus es definida por Schor (1983) como “una enfermedad crónica, caracterizada por la dificultad del organismo de utilizar adecuadamente los nutrientes que son indispensables para un correcto funcionamiento del mismo. Esto surge de la falta o la insuficiente acción de una sustancia, producida por el páncreas, la insulina, indispensable para una nutrición normal” p. 7.

Para este autor son múltiples las causas que llevan a esta situación, algunas son transmitidas genéticamente de padres a hijos y otras son consecuencia del efecto de diversos procesos ambientales, pero esta definición se limita a decir que la conjunción de ambos grupos de factores hacen aparecer la enfermedad, esto hace que nos adentremos en el terreno de la ambigüedad ya que, por ejemplo, no se sabe con exactitud qué proporción interviene cada una de ellas para provocar la dolencia además de no aclarar cuales son esos procesos ambientales.

Una segunda definición es la que nos da Sanmartí, este autor considera que el concepto de diabetes mellitus ha evolucionado notablemente desde la primera descripción de la enfermedad. “En la actualidad se acepta que la Diabetes no es una enfermedad única sino que engloba un conjunto amplio y heterogéneo de trastornos de etiología variada y, en muchos casos, no totalmente conocida. En todos estos trastornos existe una alteración crónica del metabolismo de los hidratos de carbono y, en menor grado, de las proteínas y lípidos, secundaria a

una deficiencia absoluta o relativa de la hormona hipoglucemiante: la insulina” p. 1.

El denominador común y característico de la diabetes es la hiperglucemia que presentan los pacientes que la padecen, así como las alteraciones que, con gran frecuencia y tras varios años de evolución, tienen lugar prácticamente en todos los aparatos y sistemas del organismo, complicaciones crónicas o tardas de la diabetes.

Por su parte, Krall y Baeser (1992) proponen que el termino diabetes significa “una concentración alta de azúcar (glucosa) en la sangre a causa de una falta absoluta o relativa de insulina. El nivel de glucosa normal debe estar entre 60 y 120 mg. Esto significa que hay de 60 a 120 mg de glucosa por cada 100 ml de sangre. La diabetes no es una sola enfermedad, sino una colección de varios desórdenes con diferentes causas subyacentes y con múltiples anormalidades hormonales. Todas las formas de diabetes están caracterizadas por un desorden en el metabolismo de los carbohidratos con hiperglucemia. La diabetes resulta de una deficiencia en la función de la insulina, ya sea porque las células Beta del páncreas producen insuficiente insulina o porque la producida no puede ser utilizada efectivamente” p. 4.

En la Enciclopedia medica “el Gran libro de la salud”, se menciona que la diabetes “es un trastorno crónico, congénito o adquirido del metabolismo de los hidratos de carbono, que se caracteriza por una insuficiencia del organismo para aprovechar los azucares y que se debe a la ausencia o disminución de la formación de insulina en el páncreas o a que la insulina formada es insuficiente en la actividad, por un trastorno de las células” p. 454”

Por otra parte Islas (Op. Cit.) define a la diabetes mellitus como “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 en la secreción de la insulina y con grados variables de resistencia a ésta. Cuando la enfermedad alcanza pleno desarrollo, se caracteriza por hiperglucemia en ayunas y, en la mayoría de los pacientes con larga evolución de la enfermedad, por complicaciones microangiopáticas, en especial renales y oculares, así como macroangiopatía con afección de arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y neuropatía” p. 3.

Como podemos observar, al llevar a cabo un intento para estructurar una definición lo más completa posible de esta enfermedad encontramos una constante en los enunciados de distintos autores especialistas en el tema, primero que definen a la enfermedad utilizando una descripción reduccionista, es decir, aclaran el desajuste a nivel orgánico debido a desperfectos glandulares generados por ineficiencias celulares, por otra parte, se maneja sutilmente el tema de la etiología varándonos, como mencionamos anteriormente, en un terreno ambiguo. Todo esto, manejándose como un problema, se amplifica al momento de revisar este tema de forma particular ya que esta ambigüedad se sigue presentando como lo veremos a continuación.

### **1.5 Etiología**

Se considera que la diabetes mellitus “es un cuadro muy heterogéneo en cuya etiología se entremezclan factores ambientales (nutrición, infecciones virales, fármacos, etc.) y genéticos; dando lugar a que se produzca un trastornos del metabolismo hidrocabonato y graso, que compromete a los vasos pequeños y de gran calibre del organismo” (Moncada, 1984, p. 9).

Luego entonces, bajo esta visión, en la diabetes intervienen tanto la herencia como el ambiente.

Los estudios actuales consideran que hay factores que pueden predisponer a la diabetes, es decir, que es multifactorial, en donde puede estar implicados múltiples genes o incluso un rasgo genético que hace susceptible al individuo de ser

afectado por un factor externo como un virus que podría propiciar el desarrollo de la enfermedad

El papel que los virus pueden desempeñar en el desencadenamiento de la diabetes es aún incierto para la alopátia. Se ha considerado la posibilidad de que los virus puedan desempeñar un papel activo en la producción de la diabetes, ya que esta misma se ha asociado con paroditis. Por otro lado, se ha observado que las asociaciones de la diabetes con infecciones virales son más frecuentes en la estación invernal.

A nivel genético, supuestamente, cada día hay más pruebas de que la diabetes es una enfermedad hereditaria. La diabetes parece darse en la familia. Si un gemelo idéntico desarrolla la enfermedad, el otro tiene posibilidades de desarrollarla también. Lo anterior sucede en casi el 90% de los gemelos idénticos con diabetes tipo dos y en aproximadamente el 50% de los gemelos idénticos con diabetes tipo uno.

Empero, ninguna teoría basada en un gen ha sido compatible con las pautas de herencia reales de la diabetes uno o dos. Los hijos de dos padres diabéticos tienen solo el 30% de probabilidades de desarrollar la enfermedad y por otro lado los estudios con gemelos idénticos sugieren un vínculo genético definido, pero no absoluto. En el mismo sentido, también se ha establecido que existe diferencia entre la frecuencia de factores hereditarios de la diabetes tipo uno y la diabetes tipo dos; ya que las personas con tipo dos parecen tener muchos más familiares con diabetes en comparación con las de tipo uno. (Krall y Baeser, op,cit).

Algunos factores que con mayor frecuencia causan la diabetes cuando ya existe un supuesto terreno hereditariamente preparado son:

- “La obesidad; que determina una resistencia periférica aumentada para la circulación de la sangre, representando un mayor esfuerzo para el corazón.

- Las tensiones emocionales agudas y el estrés crónico.
- El alcohol y fármaco dependencia; que igualmente se comportan como verdaderos agresores para el organismo y actúan como factores desencadenantes.
- Las intervenciones quirúrgicas; que constituyen un desequilibrio psicofísico importante que implica carga emocional.
- Los tratamientos (de fracturas, golpes, accidentes o quemaduras) que siempre se acompañan de un sobreesfuerzo más o menos importante.
- La pubertad, el embarazo, aborto, menopausia, etc., son factores desencadenantes en la mujer” (Villalobos, 2004, p.11).

Como podemos ver, las variables o factores que con mayor frecuencia se citan al momento de proponer la etiología de éste mal son; factores genéticos y ambientales. En cuanto al primero, que obviamente determinan de manera hereditaria, se argumenta con situaciones como la de los gemelos, habría que reflexionar profundamente si es confiable basarse en este hecho aun tan particular para encontrar explicación a esta epidemia (como ya se maneja) tan general. Además habría que cuestionarse por qué esos otros factores, como la obesidad, “tensiones emocionales” o intervenciones quirúrgicas no son contempladas hereditarias, no necesariamente con un trasfondo genético sino como propone Illich, cultural y social, comunicados por medio de modos, fabricación de necesidades y reordenamientos preceptuales y conceptuales.

Cabe mencionar que al contemplar los factores ambientales se continúa con la costumbre de ver la adquisición de males del exterior por medio de bacterias o virus, en cuanto a la nutrición, esta se ve como factor cuando algún sujeto se sale de la pirámide alimentaria, misma, que por cierto, no solo está influenciada por los encargados de la salud sino por intereses de orden político y económico, por ejemplo, el TLC o la globalización.

Es de llamar la atención el hecho de que en las propuestas etiológicas se manejan a los fármacos como posibles generadores de la enfermedad, este argumenta aun más la yatrogenesis o iatrogenesis clínica que el mismo Illich declara.

Por estas “razones” nuestra idea de que la etiología propuesta por parte de la alopatía hacia la diabetes es ambigua

## 1.6 Clasificación

Con el paso del tiempo la clasificación ha ido tomando forma, lógicamente más compleja cada vez, Zarate (1989) considera que el término diabetes mellitus, más que una sola enfermedad, describe a un grupo de enfermedades en las que el común denominador es la hiperglucemia. En la mayoría de los casos la causa es desconocida, de modo que la clasificación actual de la diabetes mellitus se fundamenta más en criterios epidemiológicos y fisiopatológicos que en etiológicos, por lo que consideraba posible que surgieran modificaciones a medida que se conociera mejor la etiopatogenia de la enfermedad. Reconocía cuatro clases:

1. “Diabetes mellitus tipo I (dependiente de insulina)
2. Diabetes mellitus tipo II (no dependiente de insulina; asociada o no con la obesidad)
3. Diabetes gestacional
4. Diabetes mellitus secundaria (intolerancia a la glucosa) a:
  - Enfermedad pancreática
  - Disendocrinia (cushing, tirotoxicosis, etc.)
  - Anormalidad del receptor de insulina (acantosis)
  - Trastornos genéticos” p.17-18.

Sin embargo en ese mismo año, 1979, un grupo internacional, patrocinado por el *National Diabetes Data Group* (NDDG) de los *National Institutes of Health*, creó una clasificación más compleja de la diabetes mellitus DM y otras categorías de

intolerancia a la glucosa basada en la investigación científica de este síndrome. Dicho grupo reconoció la DM como un síndrome, es decir, un grupo de enfermedades que se caracterizan por hiperglucemia e intolerancia a la glucosa, ya sea por deficiencia insulínica, irregularidades en la eficacia de la acción insulínica o una combinación de ambas. El *expert committee on Diabetes* de la OMS apoyó en 1980 las recomendaciones del NDDG. Estos grupos distinguieron dos variedades principales de DM en el mundo occidental, a las que denominaron diabetes mellitus insulino dependiente (diabetes mellitus de tipo 1) y diabetes mellitus no insulino dependiente (diabetes mellitus de tipo 2). Recomendaron abolir los términos antiguos de diabetes mellitus “juvenil”, “del adulto” y “de la madurez”.

El sistema de clasificación de NDDG-OMS incorporó los datos obtenidos en investigaciones realizadas a lo largo de varios años, estableciendo claramente que la DM es un grupo heterogéneo desde el punto de vista causal y clínico de trastornos que tienen en común la intolerancia a la glucosa. Para este grupo de expertos la evidencia a favor de esta heterogeneidad era abrumadora y comprendía lo siguiente: a) existen varias enfermedades distintas, la mayor parte de las cuales es rara en forma individual, que conllevan intolerancia a la glucosa; b) la prevalencia de las variedades principales de DM es distinta en los diversos grupos raciales o étnicos en todo el mundo; c) la intolerancia a la glucosa se manifiesta por rasgos clínicos variables, como sucede en el paciente delgado propenso a la cetosis e insulino dependiente y el enfermo obeso, sin cetosis y con DM resistentes a insulina; d) los estudios genéticos, inmunitarios y clínicos demuestran que, en los países occidentales, las variedades de DM en jóvenes que no requiere insulina se hereda en forma autosómica dominante y es claramente distinta de diabetes aguda clásica juvenil.

Estas características y otros datos colectivos se utilizaron para clasificar a la DM en dos grupos principales; insulino dependiente (tipo 1) y no insulino dependiente (tipo 2). Estos grupos se distinguen por sus cuadros clínicos y determinados factores causales genéticos y ambientales. Este sistema de clasificación incluye

además una categoría llamada “otro tipo de diabetes”, donde las causas se atribuyen a determinados factores conocidos como trastornos pancreáticos, anomalías de los receptores insulínicos y lesiones pancreáticas por fármacos o sustancias químicas. La diabetes mellitus gestacional (GDM) constituye un cuarto grupo y se trata de hiperglucemia durante el embarazo que origina un mayor índice de complicaciones tanto para el feto como para la madre. Estas variedades de DM se caracterizan por hiperglucemia de ayuno o una concentración plasmática de glucosa superior a los valores normales durante la prueba oral de tolerancia a la glucosa. Además, el NDDG y la OMS reconocieron una categoría llamada “tolerancia alterada a la glucosa”, en la que la concentración plasmática de ésta, en la prueba oral de tolerancia, resulta superior a la normal pero inferior a la que define a la diabetes mellitus (LeRoith, 2003, p. 406-415).

Lo anterior Lerman (1994) nos lo presenta a manera de esquema:

A. “clases clínicas”

DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus dependiente de insulina (DMID)

Diabetes mellitus no dependiente de insulina (DMNID)

No obeso

Obeso

Diabetes mellitus relacionada con malnutrición (DMRM)

Diabetes pancreática fibrocalculosa

Diabetes relacionada con desnutrición y con deficiencia proteica

Diabetes asociada con otras situaciones o síndromes

Enfermedad pancreática

Enfermedad de etiología hormonal

Inducida por sustancias químicas o fármacos

Anormalidades de la molécula de insulina o sus receptores  
Ciertos síndromes genéticos  
Misceláneas  
Diabetes mellitus gestacional (DMG)

## ANORMALIDAD DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA

No obeso  
Obeso  
Asociada con otras situaciones o síndromes

### B. clases con riesgo estadístico

Anormalidad previa de tolerancia a la glucosa  
Anormalidad potencial de tolerancia a la glucosa” p. 8.

No obstante, en 1996 y 1997 la *American Diabetes Association* creó un comité de expertos que estudió los resultados de investigación obtenidos durante los últimos veinte años y propuso algunos cambios en la clasificación de NDDG-OMS:

1. “Eliminación de los términos “diabetes mellitus insulino dependiente y diabetes mellitus no insulino dependiente y de sus acrónimos, IDDM y NIDDM. Sin embargo, se postuló que se conservaran los términos diabetes mellitus de tipo 1 y tipo 2.
2. Inclusión dentro de la diabetes de tipo 1 de variedades de diabetes en que ocurre destrucción de células beta pancreáticas, como los casos con causa autoinmunitaria y los casos de causa desconocida.
3. Definición más precisa dentro de la diabetes mellitus de tipo dos de la variedad de diabetes más frecuente en Estados Unidos, que es la causada por resistencia insulínica con defectos en la secreción de insulina (LeRoith, op. cit.)

En términos generales el esquema de esta clasificación es la siguiente:

#### *Diabetes mellitus de tipo 1*

Causada por la destrucción de células beta, a menudo de tipo inmunitario, que origina la pérdida de la secreción de insulina y deficiencia insulínica absoluta. Aún no se conocen los elementos causales del proceso autoinmunitario y la destrucción de las células beta. También comprende los casos en que no se conocen las causas de la destrucción de las células beta. Representa entre 5 y 10% de los casos del síndrome diabético.

#### *Diabetes mellitus de tipo 2*

Producida por una combinación de factores genéticos y no genéticos cuyas consecuencias son la resistencia insulínica y la deficiencia de insulina. No se conocen los genes específicos. Algunos de los factores no genéticos son edad avanzada, consumo excesivo de calorías, sobrepeso, adiposidad central, vida sedentaria y bajo peso al nacer. Corresponde a entre 90 y 95% de los casos de síndrome diabético.

#### *Diabetes mellitus gestacional*

Ocasionada por resistencia insulínica y deficiencia relativa de insulina durante el embarazo. Ocurre en 3 a 5% de los embarazos.

#### *Otros tipos de diabetes mellitus*

Estas variedades comprenden un grupo causal heterogéneo que abarca los casos de diabetes en que las causas se establecen o por lo menos se conocen parcialmente. Estas causas comprenden defectos genéticos que alteran el funcionamiento de las células beta o la acción insulínica, trastornos del páncreas exocrino, endocrinopatías, cambios pancreáticos medicamentosos o químicos y enfermedades y situaciones en que la frecuencia de la diabetes se eleva en grado considerable pero aún no se ha establecido una causa precisa. Representa entre



1 y 2% de los casos de síndromes diabéticos. A continuación se presentan estos casos específicos:

1. “Defectos genéticos del funcionamiento de las células beta

- a) Cromosoma 12, HNF1 (antes MODY3)
- b) Cromosoma 7, glucocinasa (antes MODY2)
- c) Cromosoma 20, HNF-a (antes MODY1)
- d) DNA mitocondrial
- e) Otros

2. Defectos genéticos de la acción insulínica

- a) Insulinorresistencia tipo A
- b) Duendismo o leprechaunismo
- c) Síndrome de Rabson-Mendenhall
- d) Diabetes lipoatrófica
- e) Otros

3. Enfermedades del páncreas exocrino

- a) Pancreatitis
- b) Traumatismo o pancreatectomía
- c) Neoplasia
- d) Fibrosis quística
- e) Hemocromatosis
- f) Pancreatopatía fibrocalculosa
- g) Otras

4. Endocrinopatías

- a) Acromegalia
- b) Síndrome de Cushing
- c) Glucagonoma
- d) Feocromocitoma

- e) Hipertiroidismo
- f) Somatostatinoma
- g) Aldosteronoma
- h) Otras

5. inducida por medicamentos o químicos

- a) Vacor
- b) Pentamidina
- c) Ácido nicotínico
- d) Glucocorticoides
- e) Hormona tiroidea
- f) Diazóxido
- g) Agonistas beta-adrenérgicos
- h) Tiazidas
- i) Dilantin
- j) Interferón alfa
- k) Otros

6. Infecciones

- a) Rubéola congénita
- b) Citomegalovirus
- c) Otras

7. Formas raras de diabetes inmunitaria

- a) Síndrome de “hombre rígido”
- b) Anticuerpos contra los receptores insulínicos
- c) Otras

8. Otros síndromes genéticos que a veces se vinculan a la diabetes

- a) Síndrome de Down
- b) Síndrome de Klinefelter

- c) Síndrome de Turner
- d) Síndrome de Wolfram
- e) Ataxia de Friedreich
- f) Corea de Huntington
- g) Síndrome de Lawrence Moon Beidel
- h) Distrofia miotónica
- i) Porfirio
- j) Síndrome de Prader Willi
- k) Otros” (Villalobos, op. cit., p. 12-15).

### **1.7 Diagnóstico**

Antes de entrar de lleno a lo que es el diagnóstico cabría mencionar que cuando la información es insuficiente, a menudo resulta difícil distinguir entre DM de tipo 1, tipo 2 o consecutiva a otros trastornos. La diabetes de tipo 1 conlleva insulinopenia, que se identifica por la concentración de insulina o péptido C o se infiere por el antecedente de accesos documentados de cetosis o de uso de insulina desde el diagnóstico de la diabetes en pacientes delgados. La diabetes consecutiva a otros trastornos se diagnostica únicamente realizando una investigación clínica o una historia clínica médica para definir la presencia de otra enfermedad. Cuando se excluye la posibilidad de diabetes de tipo 1 y secundaria, es posible suponer que el paciente que cumple los criterios para el diagnóstico de diabetes padece el tipo dos, entendiéndose la cita de lo anterior en relación a la distinción de las variedades de diabetes mellitus en la práctica clínica (LeRoith, op. cit).

En cuanto al diagnóstico éste se establece cuando se cumple una de las tres siguientes condiciones:

1. Síntomas clásicos de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso y, en algunos casos, cetonuria), con aumento franco en la concentración plasmática de glucosa.

2. Aumento de la concentración de glucosa en ayunas mayor de 140 mg/dL en el plasma venoso, o de 120 mg/dL en sangre venosa, en mas de una ocasión.

3. Glucemia en ayunas menor al nivel diagnostico de diabetes, pero elevación sostenida de la glucemia en una curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG) en más de una ocasión.

En adulto, en ausencia de embarazo, según la OMS, el criterio para diagnosticar diabetes mellitus por CTOG es un valor de glucosa igual o mayor de 200 mg/dL en plasma venoso o de 180 mg/dL en sangre venosa, dos horas después de la carga oral.

En niños los criterios diagnósticos son más estrictos. En este grupo el diagnostico se establece cuando hay síntomas clásicos de diabetes, con aumento en la glucosa plasmática mayor de 200 mg/dL o de 180 mg/dL en sangre venosa.

En la diabetes gestacional son tres las diferencias importantes del diagnostico respecto al diagnostico en el adulto en ausencia de embarazo: cantidad de glucosa administrada (100 g para la primera contra 75 g en la segunda), duración d la CTOG (3 y 2 h, respectivamente) y valores diagnósticos. Para el diagnóstico de diabetes se deben igualar o exceder dos o más valores de glucosa que en la tabla 1.1 se presentan.

#### Concentración mg/dL

| Momento de la medición             | En plasma venoso | En sangre venosa |
|------------------------------------|------------------|------------------|
| En ayunas después de la carga oral | 105              | 90               |
| 1h                                 | 190              | 170              |
| 2h                                 | 165              | 170              |
| 3h                                 | 145              | 125              |

**Tabla 1.1** Valores de glucosa para el diagnostico de la D. M. G.

Anormalidad previa de la tolerancia a la glucosa. Esta clase de riesgo estadístico se restringe a individuos con tolerancia normal a la glucosa, pero que previamente tuvieron hiperglucemia diabética o intolerancia a la glucosa, ya sea espontáneas o respuesta a un estímulo identificable.

Anormalidad potencial de la tolerancia a la glucosa. En esta clase de riesgo estadístico se incluyen individuos que nunca tuvieron intolerancia demostrable a la glucosa, pero que si presentan uno o más factores de riesgo de desarrollar diabetes, los factores de mayor riesgo para DMID son en orden de importancia:

1. Positividad de anticuerpos contra islotes
2. Ser gemelo monocigótico de un individuo con DMID
3. Ser hermano de un individuo con DMID
4. Ser hijo de un individuo con DMID (Otte, op. cit.).

Por otra parte el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos presentó en su portal de Internet el 1 de noviembre de 1998 nuevos criterios para diagnosticar la diabetes los cuales incluyen los siguientes cambios;

- ❁ La nueva prueba de rutina para el diagnóstico de la diabetes es la prueba de glucosa en plasma en ayunas en lugar de la prueba de tolerancia oral que se usaba previamente. (Sin embargo, en ciertas circunstancias clínicas, el médico todavía puede elegir la prueba de tolerancia oral de la glucosa la cual es más laboriosa y costosa)
- ❁ Un valor confirmado de glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126 miligramos/decilitros (mg/dL) indica un diagnóstico positivo de diabetes. Anteriormente, se requería un valor mayor o igual a 140 mg/dL para diagnosticarla.

- ❁ En la presencia de síntomas de diabetes, un número confirmado que sea mayor que 200 mg/dL de glucosa en el plasma, sin necesidad de ayunar, indica un diagnóstico positivo de diabetes.
- ❁ Cuando un médico elige la prueba de glucosa oral (75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua, administrada de acuerdo con las reglas establecidas por la OMS, y luego midiendo la concentración de la glucosa en el plasma 2 horas más tarde) un valor de glucosa confirmado mayor o igual a 200 mg/dL indica un diagnóstico positivo de diabetes.

Como podemos distinguir, los parámetros para diagnosticar a una persona con diabetes son claros, solo que si atendemos lo expuesto en el primer Encuentro Nacional de Diabetes y Sociedad, llevado a cabo por fundación IMSS (Ya mencionado en la introducción de este trabajo), en relación a la posibilidad de que por individuo diagnosticado existe otro que no ha sido pero que padece diabetes y obviamente no lo sabe, considero entonces que esto nos obliga a revisar qué es lo que produce que, tentativamente, la mitad de la gente que padece este mal no llegue a saberlo quizás hasta que el mismo padecimiento le provoca otro daño severo. Habría que cuestionar situaciones de toda índole, como el por qué este sujeto no diagnosticado no llega al consultorio para hacerse los estudios pertinentes, si es porque no puede o no quiere, es decir, si está o no a su alcance esta forma de asistencia hacia la salud o si esta misma es la más idónea.

## **1.8 Tratamiento**

Tierney (2004) considera que la diabetes es una enfermedad crónica que requiere cuidados médicos y educación constante del paciente y su familia para evitar enfermedades agudas y reducir el peligro de complicaciones a largo plazo. La terapéutica dirigida hacia estas metas no debe restringir demasiado la calidad de vida del paciente. Los resultados más recientes del estudio de control y complicaciones de diabetes indican que el objetivo terapéutico consiste en restaurar hacia la normalidad desarreglos metabólicos conocidos con el propósito

de evitar y demorar la progresión de las complicaciones diabéticas. Este objetivo debe mantenerse mientras se hace por evitar una hipoglucemia intensa.

Por su parte Alpízar (2001) considera que los objetivos del tratamiento van encaminados a aliviar y prevenir tanto los síntomas como las complicaciones de la diabetes y divide en tres partes estos objetivos:

- “Lograr el bienestar de los pacientes con diabetes mellitus e intolerancia a la glucosa, aliviando y previniendo los síntomas de la hiper e hipoglucemia.
- Evitar o retardar las complicaciones de la diabetes mellitus, logrando un control metabólico óptimo y una reducción de los factores de riesgo cardiovasculares para cada paciente. Esto incluye el peso corporal, los lípidos y la presión arterial, así como los niveles de glucosa en sangre.
- Detectar el desarrollo precoz de complicaciones, para poder instaurar el tratamiento en el momento adecuado” p. 165.

Para Lerman generalmente al iniciar el tratamiento de un paciente diabético “importa mejorar los síntomas atribuibles a la diabetes y evitar las consecuencias graves a corto plazo de un control deficiente. Más tarde la atención continua del paciente con diabetes tiene dos objetivos principales: a) mantener corregido el desequilibrio metabólico y b) prevenir las complicaciones crónicas” p. 35.

Como podemos ver el tratamiento está diseñado para atacar y mantener el malestar o dificultades que provoca el desajuste a nivel celular, en un nivel de corrección, eso es lo que puede hacer la alopática por una persona que tendrá que vivir con el miedo de no sufrir consecuencias que más adelante se revisaran, así pues, la cura no es el objetivo.

El tratamiento comúnmente esta dividido en tres rubros; dieta, ejercicio y medicación, el primer rubro, por separado, regularmente está destinado a los pacientes que tienen diabetes tipo 2 y con excepciones no tan comunes de combinación con insulina o agentes orales, el segundo rubro se puede contemplar

para todo tipo de diabetes pero con especial atención para los que requieren inyecciones de insulina y el tercero dependerá del mismo medicamento como más adelante se aclarará.

**Dieta.** La comida del diabético es un factor de gran importancia. La posibilidad del aprovechamiento de las sustancias nutritivas, especialmente de las que contienen azúcar, está constitutivamente disminuida, disminución que, en cada caso, es distinta e indica el grado de la enfermedad, la falta completa de utilización de los hidratos de carbono, aun en las formas mas severas de la diabetes, es rara. En muchos diabéticos, sobre todo en los llamados “diabéticos de la edad madura”, en los que aparecen los primeros síntomas de enfermedad alrededor de los cincuenta años, puede mantenerse el metabolismo normal con algunos ajustes en la dieta, restringiendo los alimentos que no pueden ser aprovechados. En las formas graves debe administrarse, junto al régimen, un tratamiento médico.

En todo caso, es muy importante la regulación de las comidas y la valoración de cada una de ellas, importa especialmente regirse por su contenido en hidratos de carbono.

El contenido en hidratos de carbono de los alimentos es diferente según su clase y, además, hay que tener en cuenta que no todos los hidratos de carbono están presentes en forma absorbible en los alimentos; algunos tienen una parte de celulosa que no se puede absorber.

Por lo tanto el diabético debe de aprender a calcular su comida con base en la cantidad de hidratos de carbono que contienen los alimentos.

A continuación, en la tabla 1.2 se presenta el cálculo del contenido de carbohidratos en alimentos comunes.

25 g de hidratos de carbono están contenidos en:



| <b>Bebidas alcohólicas</b>   | <b>Productos lácteos</b>   |
|--|--|
| Cerveza clara 1000g<br>Coñac (no contiene)<br>Cerveza tipo Pilsen 480g<br>Vino espumoso seco 600g  | Suero de mantequilla 640g<br>Quesos grasos 1400g<br>Leche condensada sin azúcar 220g<br>leche de vaca 200g<br>quesos frescos 800g<br>Yogur 700g<br>Nata 800%   |
| <b>Pan, harinas y pasta</b>  | <b>Frutos secos</b>  |
| Pan integral 44g<br>Tortillas 50g<br>Pan de centeno 50g<br>Pan blanco 40g<br>Pan tostado 36g<br>Hojuelas de avena 40g<br>Harina de avena 36g<br>Macarrones 36g<br>Fideos 36g<br>Arroz 32g<br>Harina de trigo 32g | Cacahuates sin cáscara 180g<br>Castañas sin cáscara 70g<br>Avellanas sin cáscara 100g<br>Cocos 100g<br>Almendras sin cáscara 200g<br>Nueces sin cáscara 210g   |
| <b>Papas y legumbres</b>   | <b>Verduras</b>  |
| Alubias y frijoles 60g<br>Lentejas 50g<br>Garbanzos 56g<br>Papas peladas 132g<br>Papas con cáscara 120g  | Zanahorias 210g<br>Chíncharos frescos 200g<br>Chíncharos en conserva 340g<br>Col blanca 380g<br>Betabel 340g<br>Apio 800g<br><br>(No contienen hidratos de carbono prácticamente: espinacas, acelgas, coliflor, ejotes frescos, pepinos, lechugas, col morada, tomates, ajos, cebollas, espárragos, rábanos, etc.) |
| <b>Jugos de fruta sin azúcar o frescos</b>   | <b>Frutas</b>  |
| Manzanas 200g<br>Fresas 500g<br>Frambuesas 400g<br>Grosellas 340g<br>Cerezas dulces 210g<br>Cerezas amargas 240g   | Piña 360g<br>Naranjas 420g<br>Plátanos 360g<br>Peras verdes 350g<br>Moras 440g<br>Fresas 400g<br>Ciruelas 200g<br>Uvas 140g  |

**Tabla 1.2** Contenido de carbohidratos en alimentos (Otte, op. cit.)

Por todo lo anterior no debe de tomarse: azúcar y dulces de cualquier clase, por ejemplo bombones, chocolates, pasteles, pastas, mazapán, miel, jaleas, mermeladas, confituras, jarabes, jugos de frutas, chicles dulces, budines, helados, nata, mantequilla, mayonesa (eventual adición de grasa y harina).

Además: licores, vinos no naturales, cerveza, leche condensada azucarada, rosquillas, frutas secas (pasas, higos, dátiles). Los medicamentos que contengan azúcar, por ejemplo los jarabes para la tos, deberán evitarse; si esto no es posible, deberán tenerse en cuenta en el cálculo de la dieta.

Siguiendo lo anterior se recomienda saber la siguiente información en caso de padecer diabetes:

Existen dos tipos de hidratos de carbono; los simples y los complejos, los primeros se encuentran en dulces, miel, jarabe y refrescos y elevan el nivel de azúcar mas rápido, mientras que los complejos se pueden obtener de frutas, vegetales, pan integral y cereales, alubias secas y guisantes y lentejas y legumbres, estos tipos de hidratos de carbono satisfacen el hambre de una persona por un periodo de tiempo mas largo además de ser mejores por contener en algunos casos fibras como en los granos.

Se debe considerar además que un gramo de hidratos de carbono equivale a 4 calorías. Entre el 50 y 60 % de las calorías deben venir de estos hidratos de carbono.

Las proteínas que son muy importantes para el organismo de un humano se encuentran en la carne, en aves, pescado, alubias secas, huevos y frutas secas.

Un gramo de proteína equivale a cuatro calorías. No más del 10 al 20% de las calorías deben venir de las proteínas.

Las dietas deberán ajustarse al estado de cada individuo, no obstante, existen cinco tipos en los cuales se puede buscar acomodo;

|         | <b>Calorías</b> | <b>Carbohidratos</b> | <b>Proteínas</b> | <b>Grasas</b> | <b>Indicaciones</b>   |
|---------|-----------------|----------------------|------------------|---------------|-----------------------|
| Dieta A | 1000            | 100                  | 70               | 45            | Obesidad              |
| Dieta B | 1500            | 150                  | 70               | 70            | Obesidad discreta     |
| Dieta C | 2000            | 220                  | 100              | 80            | La mas habitual       |
| Dieta D | 2500            | 250                  | 100              | 125           | Desnutrición moderada |
| Dieta E | 3000            | 300                  | 100              | 150           | Desnutrición          |

**Tabla 1.3** Clasificación de dietas para D. M. (Otte, op. cit)

Si hacemos una comparación entre lo recomendable y lo no recomendable para un diabético en cuanto al consumo nos podemos dar cuenta que a diferencia del primer grupo, que por lo regular, si no son alimentos naturales, están muy aproximados a serlo, mientras que los alimentos que pueden atentar contra la salud de un diabético y que son sospechosos potenciales de ser los responsables del establecimiento del mal, son por lo regular productos procesados, fabricados en toda la extensión de la palabra, encontrando con esto incongruencia total cuando el sector salud solo se preocupa por establecer dietas reguladoras de comida innecesaria cuando a la persona no le queda más que aceptar un mal incurable y no combatir en la población en general el consumo de productos que como cualidades nutritivas no tienen nada.

**Ejercicio.** Desde hace sesenta años, pero sobre todo en los últimos tres decenios, el valor del ejercicio se sustenta en investigaciones científicas que tienen como propósito establecer los cambios metabólicos, cardiovasculares, respiratorios y hormonales, entre otros, que contribuyen en el manejo integral de la diabetes mellitus.

En la actualidad está plenamente demostrado que el ejercicio sistemático determina una mayor calidad de vida del diabético, al mejorar su capacidad al trabajo, su estado emocional y sus cifras de glucemia. Sin embargo, también se sabe que pacientes diabéticos con deficiente control que realicen actividades físicas pueden presentar alteraciones de consecuencias, incluso fatales y que los beneficios de tal ejercicio resultan muy cuestionables o de poco interés por ser un área menos lucrativa que el alimentario (ya revisado) o farmacológico (que veremos a continuación). ¿A qué me refiero con lucrativo?, basta con visitar tiendas departamentales, ya sea especialista o no en productos para diabéticos, o revisar las ganancias recopiladas por medicinas para sospechar por qué no se hace tanto énfasis en el área de acondicionamiento físico, área que, visto desde otro ángulo, resulta ser determinante en la diabetes ya que rememorando en la revisión etiológica encontramos al sedentarismo masivo en todo el mundo. ¿Y para qué moverse, para qué sufrir?, si ya existen productos que no solo te hacen “más cómoda tu vida cotidiana” y además nos venden productos que prometen darte un cuerpo digno de un súper atleta o top model que te hará lucir como un ciudadano digno de una ciudad poseedora de la modernidad.

**Fármacos.** El tercer rubro del tratamiento es a base de fármacos, por cierto, el más enfatizado debido a la manera en cómo la alopátia concibe la enfermedad y su manera de atacarla, la costumbre construida para afrontar malestares y un gran plus, el lucro, ¿por qué?, porque la asistencia tiene precio así como las medicinas. Pero no solo podemos decir que pagamos un precio al adquirir dicha instancia y sobre todo los fármacos, en estos últimos también se paga un precio por consumirlos, más que un precio, una consecuencia que en muchos de los casos

es “irreparable” y aunque de antemano acordamos tomarlas sabiendo que no van a curar nuestro mal, se supondría que tienen un trasfondo intelectual máximo que ayudaría y evitaría más daños pero que como vemos al revisar los fármacos más representativos en el tratamiento contra la diabetes parece ser que no es así, por tal motivo se presentarán en los medicamentos indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios.

A todo esto, la literatura médica recomienda no iniciar el tratamiento con fármacos en cuanto a los DMNID, solo que en algunos enfermos esta pudiera ser la única intervención en el mantenimiento de la normoglucemia.

Existen variedades de los Hipoglucemiantes orales, cuyos mecanismos de acción son diferentes y corrigen la HG al actuar sobre uno o más de los trastornos fisiopatológicos de la enfermedad. Su elección debe individualizarse y dependerá de la edad, peso, rapidez de corrección de HG deseado, presencia de otras enfermedades y de la aceptación, motivación y educación del paciente.

Dentro del grupo de las **Sulfonilureas** se encuentran los siguientes fármacos:

**Tolbutamida.** Es el hipoglucemiante de acción mas corta y menos potente, tienen pocos efectos secundarios, su metabolismo hepático y 50% se elimina por riñón; poco es el tiempo de su acción debe darse en dos o tres dosis y se recomienda una dosis máxima de 2g ya que es poco practica la ingesta de mas de cuatro tabletas cuando se dispone de otros medicamentos más potentes.

**Clorpropamida.** Tiene una vida más prolongada que la anterior, hasta de 72 horas, 20% se excreta por riñón sin modificaciones; es el medicamento con más efectos secundarios como hipoglucemia acentuada, hiponatremia y efecto antabuse.

**Glibenclamida.** En muchos países es la sulfonilurea mas utilizada, su absorción es lenta y pudiera no controlar la hiperglucemia posprandial; puede administrarse

en una sola dosis que no debe ser mayor de 20mg. La gicalcida tiene metabolismo similar al de glibenclamida, con vida media mas corta.

**Glipicida.** Es de los hipoglucemientes más potentes, de rápida absorción, corrige la hiperglucemia posprandial. Se ha utilizado en pacientes con intolerancia a carbohidratos provocando disminución en la progresión a DMNID y retraso en la aparición de las complicaciones crónicas.

**Glimipirida.** Aprobada en 1996 por la FDA de Estados Unidos de Norteamérica, es una nueva sulfonilurea cuyas ventajas parecen ser más teóricas que practicas. Su mecanismo de acción es similar a las anteriores, se refiere sin acción sobre el flujo coronario y los canales de ATP-K de los cardiomiocitos, puede administrarse en una sola dosis, es segura y bien tolerada; sin embargo su costo es más elevado.

#### **Indicaciones: factores predicativos para una respuesta adecuada**

- Hiperglucemia menor de 250 mg/dL.
- DMNID con menos de 5 años de diagnosticada.
- Control con dosis pequeñas.
- Peso normal o sobrepeso.
- inicio de la enfermedad en la quinta década de la vida.

#### **Contraindicaciones**

- Diabetes mellitus dependiente de insulina
- Insuficiencia renal o hepática
- Situaciones de estrés
- Alergia a las sulfonilureas.
- Embarazo o lactancia.
- Enfermedades catabólicas

-Desequilibrio metabólico importante.

En aproximadamente 20% de los enfermos no se logra un control adecuado a pesar de utilizar las dosis máximas de estos fármacos, fenómeno que se conoce como falla primaria; a su pérdida de efectividad con el paso del tiempo se le denomina falla secundaria y puede presentarse hasta en 60% de los pacientes a cinco años. Esta última complicación se relaciona con diferentes factores como transgresiones dietéticas, infecciones inaparentes, fármacos en dosis inadecuadas, taquifilaxia y pérdida funcional de la célula beta, que en México se considera más bien rara, por lo que se deben buscar causas modificables antes de decidir cambio de terapéutica.

El tratamiento crónico con sulfonilureas solo es justificable si se mantiene el control metabólico deseado.

### **Efectos secundarios**

La hipoglucemia es el efecto adverso más importante, en algunos enfermos desaparece al ingerir alimento y en otros puede causar daño neurológico irreversible y mortal. Es una complicación predecible, se acentúa en pacientes de mayor edad, cuando se utilizan fármacos de acción prolongada, cuando hay enfermedades intercurrentes con disminución de ingesta de alimentos, o con el uso concomitante de otros medicamentos que modifican los niveles de glucosa. El tratamiento de la hipoglucemia debe ser enérgico y preventivo. Muchos medicamentos tienen efecto acumulativo, por lo que se recomienda vigilancia hospitalaria de 25 a 72 h, sobre todo en pacientes geriátricos, con ingesta errática, o donde exista una sospecha o conocimiento previo de insuficiencia renal o hepática.

La alopatía considera efectos secundarios “anecdóticos” el síndrome de Steves-johnson, colestasis intrahepática, depresión de médula ósea, efecto antabuse, secreción defectuosa de hormona antidiurética.

En cuanto al grupo de las **Biguanidas** cabe recalcar que en 1977 en Estados Unidos retiraron estos medicamentos por su relación con algunos casos de acidosis láctica y en diciembre de 1994 fueron puestos nuevamente a la venta; en México nunca dejaron de utilizarse. La metformina sustituyó a la fenformina en prácticamente todos los preparados comerciales, ya que exhibe un índice menor de efectos secundarios.

Disminuyen la glucosa sólo en pacientes diabéticos y se consideran fármacos antihiper glucémicos, reducen la producción hepática de glucosa así como su absorción intestinal, promueven la lipólisis, potencializan el efecto posreceptor de la sensibilidad a la insulina, disminuyen el apetito y en consecuencia hay una pérdida de peso que, aunque en muchos casos es pequeña, es significativa para el mejor control metabólico.

### **Indicaciones**

- DMNID obesos y no obesos
- Falla primaria o secundaria a sulfonilureas.
- RI incluso en enfermos con diabetes dependiente de insulina.
- La metformina pudiera considerarse el medicamento de elección en enfermos con DMNID que en forma típica exhiben las características del síndrome de RI.

### **Contraindicaciones**

Son todos los factores de riesgo para acidosis láctica:

- Ayuno
- Sepsis
- Insuficiencia renal o hepática
- Enfermedad sistémica grave.
- Neuropatía obstructiva crónica



- Insuficiencia cardiaca
- Enfermedad vascular cerebral.
- Alcoholismo.
- Uso de agentes radiológicos en pacientes con hipoperfusión renal.

Se utiliza en combinación con insulina para disminuir la dosis o el número de sus aplicaciones con buenos resultados.

### **Efectos secundarios**

Sus principales efectos secundarios son gastrointestinales, que en general se presentan al inicio del tratamiento y tienden a desaparecer con el tiempo; puede disminuir la absorción de la vitamina B.

### **Inhibidores de glucosidasas alfa**

Son medicamentos que se han utilizado ampliamente en Europa, en México solo se encuentra con acarbosa. Es un seudotetrasacárido similar a la glucosa, con una elevada afinidad por las glucosidasas alfa del enterocito, a las cuales inhibe cuando se une y retrasa la absorción de los carbohidratos. Este proceso es lento, salvo a nivel de la primera parte del duodeno y parte alta del yeyuno.

### **Indicaciones**

En HG posprandial constituyen el fármaco de elección, tanto en DMID como en DMNID. En pacientes con intolerancia a carbohidratos, ya que no actúa sobre las células beta y no produce hiperinsulinemia periférica ni ganancia de peso; asimismo, disminuye los factores de riesgo cardiovascular.

## **Contraindicaciones y efectos secundarios**

Los principales efectos secundarios se refieren al aparato digestivo y de éstos la flatulencia es la más común, ya que se presenta en 16 a 40% de los pacientes, de acuerdo con la dosis. No obstante, suele desaparecer durante las primeras semanas del tratamiento y es poco frecuente que un enfermo abandone su empleo por este efecto.

No tiene las contradicciones formales de otros fármacos durante el embarazo o la lactancia, pero aun se carece de experiencia en este aspecto.

Los inhibidores de la glucosidasa alfa no producen hipoglucemia cuando se utiliza como monoterapia.

Ante una hipoglucemia con terapia combinada (insulina, sulfonilureas, etc.), el tratamiento por vía oral debe ser con monosacáridos y no con disacáridos, o e su defecto iniciar con un vaso de leche ya que la presencia de glucosidasas alfa impedirá la absorción de los carbohidratos.

Recientemente surgió el miglitol que comparte eficacia de la carbosa pero presumiblemente con menos efectos secundarios (Islas, op. cit., pp 330-336).

## **Insulinas**

Esta hormona prescrita en forma exógeno debe aplicarse por medio de inyecciones subcutáneas diariamente y de por vida en los diabéticos tipo 1, y el régimen terapéutico debe adecuarse a las necesidades de cada paciente individualizarse con base en la determinación de la glucemia, sobre todo preprandial, la actividad física y etapa de la vida. También a de tenerse en cuenta las interurrencias como las infecciones, que aumentan los requerimientos de insulina, o las diferentes etapas del embarazo (los requerimientos de insulina

descienden a principio del embarazo y se incrementan al final del mismo) en la paciente diabética, o la presencia de las complicaciones tardías de la enfermedad. Por otro lado, la insulina debe adecuarse en cuanto a la toma y cantidades de alimentos, y de acuerdo con el tiempo de aplicación y formas de acción de los diferentes preparados.

Se cuenta con insulinas obtenidas del páncreas de la res (bovina), del páncreas del cerdo (porcina) o una combinación de las dos. También se dispone de la insulina humana, producto de la nueva tecnología de recombinación del DNA dentro de células huésped bacterianas (Ecoli), que sintetizan en vivo las cadenas A y B de la insulina humana.

| <b>Acción</b>                      | <b>Inicio acción</b> | <b>Pico efecto</b> | <b>Duración</b> | <b>Vía de administración</b>                                     | <b>Aspecto</b>     |
|------------------------------------|----------------------|--------------------|-----------------|--|--------------------|
| Rápida<br>(regular,<br>cristalina) | 20 a 30 min          | 2 a 4 h            | 6 a 8 h         | SC, IM, IV* con<br>intermedia y<br>ultralenta                    | Cristalino         |
| Intermedia<br>NPH<br>Lenta         | 1 a 2 h              | 10 a 16 h          | 20 a 28 h       | SC se puede<br>mezclar con<br>rápida,<br>nunca con<br>ultralenta | Lechoso,<br>turbio |
| prolongada<br>PZI<br>ultralenta    | 6 a 8 h              | 14 a 26 h          | 24, 36 o +      | SC   | lechoso,<br>turbio |

\*SC: subcutánea  
IM: intramuscular

IV: intravenosa

**Tabla 1.4** Tipos de insulina

## Regímenes insulínicos

Régimen de una sola inyección al día. Frecuentemente los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 necesitan un mínimo de dos inyecciones diarias para obtener la suficiente insulina con el correr de las horas, incluso al pasar la medianoche.

Dos inyecciones al día. Una inyección típica de insulina se prescribe en una dosis de 0.6 a 1.0 unidad por Kg/día, dos tercios del total por la mañana, media hora antes del desayuno, y el tercio restante media hora antes de la cena. Puede ser solo la insulina de acción intermedia o combinada con insulina de acción corta, en casos especiales, en que la insulina rápida corresponderá a una cuarta o tercera parte de la dosis por aplicar.

Todos los regimenes son variables en extremo y deben individualizarse de acuerdo con la alimentación, ejercicios y estilos de vida, y de acuerdo con la autovigilancia.

Formas de dosificación. En paciente nuevo una dosis de 0.5 U por Kg/día, que ira aumentando de acuerdo con las determinaciones de la glucemia que se efectúen.

Dosis de insulina. Generalmente los adultos y niños requieren menos insulina que los adolescentes; así, un paciente adolescente de recién diagnostico requiere iniciar la dosis con 1.0 U por Kg de peso, que puede incrementarse mas de 50 por ciento.

### **Complicaciones de la terapia insulínica**

Las complicaciones son de dos categorías; aquellas relacionadas con la acción farmacológica de la hormona (hipoglucemia, hipertrofia y edema insulínico) y aquellas relacionadas con sus propiedades inmunógenas o antigénicas (alergia local o sistémica, lipoatrofia o síndromes de resistencia insulínica)

#### *Lipodistrofia*

La hiperlipodistrofia se caracteriza por incremento del tejido subcutáneo debajo del sitio de inyección; esto sucede por no rotar lo suficiente el sitio de aplicación. La piel y el tejido subdérmico se vuelven anestésicos y fibroso, y absorbe la insulina en forma irregular.

La lipoatrofia se caracteriza por una excavación del tejido subcutáneo; esto, aunque no se define, corresponde a inmunogenecidad y es mas frecuente con el uso de insulinas menos puras.

#### *Edema insulínico*

Se observa en pacientes que mantuvieron un mal control metabólico por algún tiempo y que normalizan su glucemia en forma abrupta; la resultante es una acumulación mascada de líquidos, con el siguiente edema, ya sea local o generalizado.

El tratamiento consiste en diuréticos tiacídicos por uno o dos días, aunque también puede autolimitarse.

#### *Reacciones locales*

Estas varían desde leves, localizadas, como nódulos subdérmicos detectables a la palpación, a zonas dolorosas, eritematosas, grandes y con intenso prurito.

#### *Hipoglucemia*

Se define como la triada de Whipple: a) concentraciones bajas de glucosa de plasmática, b) presencia de síntomas típicos (manifestaciones adrenérgicas y datos de neuroglucopenia) y c) que dichos datos mejoren con la administración de glucosa (Islas, op. cit., pp 339-344).

## **1.9 Complicaciones**

Dentro del estudio de la diabetes mellitus podemos encontrar que al momento de revisar las compilaciones de este mal se hacen de manera separada, hallamos así a las de tipo agudas y crónicas.

Las complicaciones agudas son el resultado directo de anomalías en el nivel de glucosa en sangre: hiperglucemia o hipoglucemia. Tradicionalmente la

cetoacidosis diabética y el coma hiperosmolar se han considerado dos problemas separados. Sin embargo para muchos expertos representan partes del espectro de un proceso patológico caracterizado por diversos grados de deficiencia insulínica, sobreproducción de hormonas reguladoras y deshidratación.

En cuanto al rubro de las crónicas McDermott (1999) considera que los pacientes con diabetes tienen propensión a padecer una amplia gama de complicaciones médicas, pero la mayoría de esos problemas pueden ser atribuidos, de manera especial, a la susceptibilidad a sufrir daños oculares (retinopatía), en el riñón (neuropatía), nervios periféricos (neuropatía) y en los vasos sanguíneos (aterosclerosis). Las tres primeras categorías de complicaciones son relativamente específicas de la diabetes y se caracterizan por cambios endoteliales patológicos, como engrosamiento de la membrana basal y mayor permeabilidad vascular. Por esta razón, la retinopatía, neuropatía y neuropatía han sido clasificadas como complicaciones microvasculares de la diabetes. La mayor susceptibilidad a la aterosclerosis y sus complicaciones subsecuentes son consideradas complicaciones macrovasculares.

Alpízar, por su parte, desarrolla de la siguiente manera esta categoría de complicaciones:

#### *“COMPLICACIONES AGUDAS*

- HIPOGLUCEMIA. El riesgo de hipoglucemia aparece particularmente cuando se tiene control muy estricto de la glucemia, principalmente en individuos manejados con insulina exógena.
- CETOACIDOSIS DIABÉTICA (CAD). La cetoacidosis diabética sigue siendo una complicación aguda letal, con una mortalidad de 10-15%. Aproximadamente el 50% de los casos son reversibles. Pacientes con diabetes mellitus, con náuseas o vómitos, dolor abdominal, depresión del sistema nervioso central, respiración rápida, fiebre, signos de infección o glucemia >250 mg/dl, son sujetos con alta probabilidad de padecer una CAD

- **RETINOPATÍA.** La DM se acompaña también de daño en los vasos sanguíneos de pequeño calibre en la retina, dando como resultado pérdida de la visión. Casi todo paciente con DM1 desarrollará retinopatía diabética después de 20 años de tener la enfermedad. Simultáneamente durante sus vidas, 75% desarrollará retinopatía proliferativa, la cual es el estadio más severo. En DM2, casi 60% desarrollará retinopatía diabética, y durante sus vidas aproximadamente 10% desarrolla retinopatía proliferativa.
- **NEFROPATÍA DIABÉTICA.** La neuropatía diabética es la principal causa de muerte prematura en los pacientes con diabetes mellitus, principalmente cuando presentan uremia y manifiestan enfermedades cardiovasculares. Consiste en el daño vascular y metabólico causado a la unidad estructural y funcional del riñón y es la principal causa de enfermedad renal crónica
- **NEUROPATÍA DIABÉTICA.** El término neuropatía diabética se refiere a las alteraciones morfológicas y funcionales del sistema nervioso periférico causadas por la DM, cuando no existen otras causas de neuropatía. Afecta al sistema nervioso periférico, principalmente en las áreas somáticas (sensitivas, motoras o ambas) y al sistema nervioso autónomo o vegetativo.

### *COMPLICACIONES CRÓNICAS*

- **ATEROESCLEROSIS.** El tabaquismo, la hipertensión y la hipercolesterolemia también aumentan el riesgo de enfermedad coronaria en personas con DM, en igual proporción a la observada en gente que no la padece. Sin embargo, el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria es mucho mayor en DM.
- **PIE DIABÉTICO.** El pie del paciente con diabetes es quizá el sitio del organismo en el que más se evidencia el efecto devastador de las complicaciones vasculares y neuropáticas, que se presentan en mayor o menor grado a lo largo de la evolución de la enfermedad. Los procesos infeccioso, isquémico o ambos, en los tejidos que conforman el pie diabético, abarcan desde las lesiones cutáneas pequeñas hasta la

gangrena extensa, la cual tiene el riesgo de pérdida de la extremidad. A este tipo de lesiones también se les define como infección, ulceración y destrucción de los tejidos profundos, asociado a complicaciones neurológicas (pérdida de la sensación de dolor) y diversos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores. Cabe recalcar que esta complicación ha propiciado incluso la publicación de libros enteros hacia este tema en particular” pp 127-148.

Por último, para Villalobos es posible diferenciar las complicaciones en agudas y crónicas. Dentro de las agudas se encuentran las infecciones por microorganismos patógenos, la neumonía bacteriana, las infecciones del sistema urinario y las infecciones micóticas.

También maneja dentro de este grupo la cetoacidosis, coma hiperosmolar, hipoglucemia, acidosis láctica

Por otro lado, en las complicaciones crónicas del paciente con diabetes tipo II, se encuentran lesiones como las angiopatías, misma que se divide en micro y macro. Las primeras se presentan en riñón, fondo de ojos y sistema nerviosos, las segundas son lesiones mayores como la insuficiencia coronaria o el infarto al miocardio. También se incluyen las insuficiencias circulatorias en extremidades inferiores, que pueden provocar gangrena, (pie diabético).

Lo anterior lo clasifica de esta forma:

- “Enfermedades cardiovasculares.
- Accidente vascular cerebral.
- Enfermedades arteriales periféricas.
- Gangrena
- Enfermedades renales
- Ceguera
- Hipertensión



- Lesiones de los nervios
- Impotencia
- Aumento en la incidencia de infecciones.
- Pérdida de fuerza y masa muscular.
- Disfunciones gastrointestinales.
- Rigidez de articulaciones y piel.
- Disminución de la capacidad de distinguir colores
- Etc.” pp 26-27.

Como nos podemos dar cuenta, cuando una persona sufre de este trastorno estará sujeto a un cambio de vida obligado, su vivencia diaria cambia en todas las esferas, cambia su alimentación, su estabilidad emocional, su predisposición a otro tipo de padecimientos aumenta considerablemente, además de determinar su vida productiva y por ende su estado económico siendo este último crucial para todas las esferas mencionadas antes y dejadas de mencionar en la dinámica de vida perpetuada por la forma de producción actual.

## CAPÍTULO 2

### “LO PSICOSOMÁTICO, LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE UNA ENFERMEDAD; DIABETES MELLITUS”

*De nuestra incapacidad para dejar en paz;  
del gran fervor por lo nuevo y el desagrado  
por lo antiguo; de anteponer el conocimiento  
a la sabiduría, la ciencia al arte y la habilidad  
al sentido común; de tratar a los pacientes  
como casos; y de hacer que la curación de  
la enfermedad sea más penosa que el  
sufrimiento de la misma, líbranos Dios mío.*

**Robert Hutchison**

#### **2.1 Cambio epistemológico**

Partiendo desde lo epistemológico encontramos que heredamos una visión que se encarga de fragmentar la realidad al grado de hacer parecer que “esto no tiene nada que ver con lo otro”, ¿a qué me refiero?, a que la psicología, bajo esta lógica, no tendría que meter sus narices en la diabetes, es decir, problema que afrontamos, problema que tratamos de resolver aisladamente.

Es indudable que se ha desarrollado conocimiento de esta forma y que no se trata de tirar en tierra de un solo golpe cirugías que salvan vidas, intervenciones al corazón, a fracturas, etc., pero debemos cuestionar el por qué cada día se hacen más cirugías al corazón, por qué la gente se enferma cada vez más del corazón, apegándonos al tema central del trabajo, debemos cuestionarnos por qué cada vez padecen más personas diabetes, qué fue lo que las orilló a depender de inyecciones diarias o a medir con calculadora en mano (así lo proponen las dietas) las propiedades de los alimentos para no sufrir de esa falta regulativa, cómo es que llegaron a estas situaciones y no solo describir cómo el organismo expresa una mala regulación y tomar eso como etiología de la enfermedad.

Vemos pues que el problema radica en como percibimos el mundo, lo vemos como algo que podemos dividir para conocerlo mejor y solo así vivir bien, aprovechando lo que el planeta tiene, como Descartes lo expresaba, se tenía que

trascender con el conocimiento para “ser amos y dueños de la naturaleza” (René Descartes, *discurso del método* (1637) citado en Berman, op. cit. p 25).

Comprendemos así que la forma en que vamos en la vida la extremamos del lado de la razón, y cómo no, si uno no lo hace no está más que destinado a ser etiquetado como demente y ser recluso a un manicomio.

Por esta razón (o por la razón misma) encontramos lógico desde la postura biomédica el casi nulo trabajo de la psicología hacia la diabetes mellitus, de hecho, lo único que se puede encontrar como “oficial” es apoyo en cuanto a superar las incomodidades o el impacto en el estado emocional que provoca el control de esta enfermedad por el tiempo que las personas están condenadas a padecerla<sup>7</sup> (el resto de sus vidas), más específicamente con los niños y adolescentes que padecen la Diabetes mellitus 1 o dependientes de insulina ya que este tipo de padecimiento acarrea mayores problemas al momento de controlarla por la razón de estarse inyectando insulina hasta tres veces al día.

Es por esto que a continuación se revisa una propuesta que no tratará de “descubrir el hilo negro” pero que nos obligará a revisar lo que la visión cartesiana ha dejado a un lado, encontrando así las relaciones que han permitido el avance de esta enfermedad.

### **2.1.1 Desde cómo nos concebimos**

Siguiendo de manera crítica el modo en que es percibido algo, en este caso el hombre, disciplinariamente hablando, podemos encontrar lógico el que aunque se trate del mismo ser, al momento de investigarlo, analizarlo o estudiarlo parecerá que se está hablando de cosas sin relación alguna ya que “para lo que el nutricionista es una máquina térmica, para el analista del movimiento solo es un sistema de palancas, mientras que para un médico o psiquiatra no es más que un emisor involuntario de sistemas o de signos” (Boltanski, 1975 p 14).

---

<sup>7</sup> Lo que se conoce comúnmente como auxilio y adherencia al tratamiento

Nos encontramos así con que el sistema de valores que configura nuestra realidad actual ha venido acostumbrando la idea de comparar al hombre con una maquina, obligándonos de esta manera a buscar otra alternativa. Al respecto Capra realizó esa comparación bajo una visión holista, afrontando las características de ambos encontrando que a las maquinas se les construye mientras que el hombre nace y crece, las actividades de las maquinas están determinada por su estructura mientras que la estructura del hombre esta determinada por los procesos, las maquinas son rígidas y tienen un numero definido de partes mientras que el hombre es flexible y cuenta con plasticidad, además de que el primero es lineal y el segundo no.

En lo referente a la plasticidad y la flexibilidad, estas dan origen a una autoorganización, es decir, el mismo organismo da orden de su estructura y sus funciones. Esta autoorganización crea fenómenos dinámicos los cuales son la autorrenovación y la autotrascendencia. Lo anterior lo podemos ver en miles de ejemplos en organismos o como el mismo páncreas que remplaza la mayoría de sus células cada 24 horas.

Otra cualidad de un organismo es la de superreparación debido a que un organismo como tal no funciona indefinidamente es por eso que recurren a la reproducción.

Lo anterior nos ayuda a concluir que en lugar de seguir comparando al hombre con una maquina, debemos de tener en claro que los organismos han sido inspiración para construir maquinas por ese afán de llegar a dominar a la naturaleza.

Con una postura que no deje a un lado algo por el simple hecho de no verla percibimos a un organismo, en este caso particular, al ser humano, que no solo posee procesos internos e individuales sin relación aparente entre las nominadas "partes" y elementales relaciones con su entorno como sutilmente se maneja.

### **2.1.2 El reinado otorgado a la Razón**

Como hemos visto, en quien se ha postrado la responsabilidad de formar esa división entre lo que entra y no en la realidad es la razón, ha sido encomendada para descubrir lo desconocido, para explicarlo y crear teorías, dejando a lo incognoscible relegado y sin explicación descartándolo por completo (Osho, 2001).

En su obra, “El punto crucial”, Capra hace énfasis en que la razón nos a llevado por el camino de la técnica, y que así hemos ido construyendo realidades, económicas, políticas, biológicas pero se nos ha olvidado aspectos como la interrelación y su interdependencia, que bajo la teoría general de sistemas podemos encontrar que estas esferas tienen entre sí.

Dethlefsen y Dahlke (1983) consideran que para interpretar una cosa se requiere de un marco de referencia mismo que encontramos fuera del plano en el que se manifiesta lo que se ha de interpretar. Este marco es el responsable de que tengamos la posibilidad de decir (de la manera en que se inicio este trabajo) que en la historia el ser humano ha vivido, diseñado, impuesto, etc., distintas realidades ya que al estar presente la “forma” (concreto, visible, funcional) ante el hombre, todo lo que representa y su conciencia, se manifestará el contenido, que al ser invisible, abstracto, permitirá darle un significado con cualidad ambivalente de ser homogéneo y heterogéneo ya que se tendrá facultad tanto de convenirlo en esencia y discreparlo a su vez en algunos aspectos o viceversa.

Encontramos así a la conciencia como el emisor de la información que se manifiesta, haciendo perceptible el mundo tanto de una como de mil maneras.

Lo anterior permite afirmar que “el cuerpo es el vehículo de la manifestación o realización de todos los procesos y cambios que se producen en la conciencia”, esto quiere decir que un desequilibrio en la conciencia se manifiesta en el cuerpo a manera de síntoma. Así entonces, en el plano de la conciencia se da la

enfermedad mientras que en el plano corporal el síntoma, planos más no partes p. 18.

Para sustentar esta propuesta, del cuerpo como espejo de la conciencia, estos autores consideran que el hombre posee una conciencia del mundo gracias a un pensamiento construido con base en la polaridad, esto desde el momento en aceptar la existencia del “Yo”, el ego, impidiendo mantenernos en un estado de unidad, por lo tanto, provocando una inserción a una dinámica de anhelo, de afán, empeño por lo exterior.

De esta manera vemos que no es que el mundo sea polar, lo es el conocimiento que adquirimos gracias a una conciencia “moldeada” que nos hace aprehender de esta forma. Otro parámetro que da sustento a lo anterior es la dependencia que hay entre los mismos polos ya que los contrarios, por mucho que lo sean, forman la unidad porque sin uno no existe el otro, como lo podemos ver en la respiración (inhalación-exhalación), electricidad (positivo-negativo), etc.

Siguiendo esta línea se pueden encontrar posturas que contemplan el que la conciencia provoque una visión polarizada del mundo, esto debido a que también existe en ella misma este principio, teniendo así al polo del supraconsciente y al inconsciente. Estos polos forman entre sí una “membrana” hecha por sustancias olvidadas del supraconsciente y sustancias reprimidas que afloran del inconsciente formando a esta membrana como la encargada de mantener separada esta unidad que es la conciencia porque, no está de más decir que la expresión “inconsciente” no implica carencia de conciencia sino que es un estado de la misma.

La analogía de lo anterior la encontramos en el taoísmo con sus principios de la unidad, el Yang-yin, o en los estudios científicos que han descubierto lo que en oriente sabían miles años atrás, la polaridad humana por medio de los hemisferios cerebrales.

La comisurotomía es el claro ejemplo de estos estudios, era una cirugía en el cuerpo calloso en la cual cortaban todas las uniones nerviosas de los dos lóbulos con el propósito original de combatir la epilepsia o dolores graves. Después de la intervención, a los pacientes se les colocaba cualquier objeto (por ejemplo, un destapacorchos) en la mano izquierda y con los ojos tapados se les exigía decir el nombre de tal objeto sin obtener respuesta, sin embargo, sí tenían la pericia para utilizarlo. Al invertir el ejercicio, es decir, colocar en la mano derecha, sabían nombrarlo pero no utilizarlo. Lo mismo sucedía con estímulos olfativos y auditivos.

Lo anterior ratificó la teoría de que el polo izquierdo (Yang) dominaba con sus cualidades (lineal, razón) la parte derecha del cuerpo, y el polo derecho (Yin) al lado izquierdo del plano corporal.

El comprender la polaridad de nuestra conciencia transmuta preconceptos que parecían absolutos, como el tiempo, ya que esta división de la conciencia, a juicio de Dethlefsen y Dahlke, provoca la incapacidad de contemplar simultáneamente los dos aspectos de la unidad y obliga a hacerlo sucesivamente<sup>8</sup>.

Bajo este supuesto, conceptos como evolución, progreso o cambio toman el sentido de un encuentro nunca dado pero de modelos ya existentes, es decir, se da un “principio complementario” en donde la unidad no se podrá ver simultáneamente pero que a través del invento del tiempo se mantiene esa unidad porque se irá dando una compensación de cada polo al ser sustituido por su contrario. Como ejemplo podemos tomar nuestras vidas; antes de ser “concebido” no existo (pasado), al nacer, vivo, existo, (presente), y al morir vuelvo a no existir (futuro), es decir, lo dual impide ser y no ser, no ser una unidad pero el tiempo me permite contemplarla; existir o no existir, sucesión y no simultaneidad.

---

<sup>8</sup> “El paso del tiempo es un continuo que se construye la mente para explicar la vida” (Solís citado en López, op. cit., p 96). Este tipo de declaraciones fortifican la importancia de tener muy presente que el tiempo, determinante factor en todo ámbito, es un invento.

Como se quiera ver, la sucesión, el tiempo, o la polaridad nos orillan a ejercer la elección de uno u otro polo en todas las facetas de la vida, es aquí que el valor hace su acto de presencia ya que esto nos hará inclinarnos por alguna de las opciones. Sin embargo, hemos caído históricamente en el error de inclinarnos en demasía a un extremo que al parecer origina una tendencia por aniquilar al otro pero esto va en contra de la unidad porque si se lograra ese propósito de eliminar lo feo, lo malo, malvado, etc., se acabaría por completo ya que uno no existe sin lo otro.

Pero, ¿qué pasa con lo que no elige el hombre, qué hace con eso, adónde va?. Al estar relacionado con lo negativo, por nuestro sistema de valores establecido, es causa de repudio, asco y reprobación, tanto así que no se reconoce y se descarta, pero como ya se mencionó, no se puede eliminar, solo pasa a la espera de que en algún momento pueda darle sucesión a su contrario, y al no podernos deshacer de eso que no anhelamos es relegado a lo inconsciente. Desde el simple hecho de referirnos a esa instancia como lugar para relegar le damos carácter de mundana. Esa es la parte del hombre que tradicionalmente se ha venido manejando como lo oscuro, donde no se puede ver aunque ahí esté ese algo.

Ha sido una constante el manejar al inconsciente como la instancia en donde se sumerge lo que alguien niega asumir conscientemente y que su resurgimiento desestabiliza la psique, el mismo comportamiento y un cuanto al plano corporal, sin embargo, ahora, con un cambio de postura, es más viable encontrarnos con la propuesta de que la mente y sus instancias tienen una relación más compleja con el cuerpo. Es así que la elección de un polo y el rechazo o represión de otro fomenta o es la enfermedad misma ya que relegado cualquier principio al inconsciente tratará de aflorar cada que, aparentemente, en la cotidianidad exterior de la persona se presente dicho indeseado. Digo aparentemente ya que más que considerar a un entorno que influya, se podría considerar percibir esta situación como un espejo que refleja la unidad (separada claro), en otras palabras,



cualquier acontecimiento somático será expresión del inconsciente, será un síntoma.

Como mencioné anteriormente, resulta que todos los conceptos regidos por la polaridad “cambian”, incluyendo los que se podrían considerar pilares del sistema de valores humano, como el bien y el mal, por ejemplo.

Sin entrar en un debate profundo del “por qué”, es un hecho que en occidente estos constructos fueron determinados por el cristianismo a tal grado de ser una de las religiones más intolerantes de la historia (inquisición, genocidio, etc.). Para muestra basta recordar las disculpas ofrecidas por la máxima autoridad “terrenal” de esta religión antes de su reciente deceso por “los errores cometidos en nombre de dios” por sus antecesores.

Podemos afirmar bajo esta lógica que el ser humano cayó en estado de enfermedad desde el momento que dejó de vivir en unidad, desde que percibió la polaridad, desde el “Yo” y lo demás, y que lo que hoy se conoce como enfermedades no son más que síntomas de la enferma separación del ser humano y su relación de veneración con la razón.

La pregunta obligada ante un problema, en lo particular, por la naturaleza de este trabajo, algún trastorno, es el por qué del mismo. El marco de referencia al que “lo oficial” nos indica asistir para responder este tipo de cuestionamiento es de carácter científico, correspondiente a lo lineal ya que se guía bajo el supuesto de que existen relaciones operativas de causa y efecto.

Sin embargo, lo revisado hasta aquí permite afirmar que solo es “una perspectiva de nuestro conocimiento para interpretar procesos, es la forma de pensar del hemisferio cerebral izquierdo” y no la manera absoluta de conocer (Dethlefsen y Dahlke, op. cit., p. 88).

Por esto mismo Heisenberg (Citado en Berman, op. cit., 142) mencionaba que lo que observamos “no es la naturaleza en si misma sino que la naturaleza expuesta a nuestro método de cuestionamiento”.

Siguiendo con lo anterior podemos decir que el significado de las cosas, y siendo mas especifico, el significado de la salud dependerá de la visión que se tenga de un organismo viviente y su relación con el entorno. (Capra, op. cit)

Claro está que no interesa descalificar el método científico sino buscar alternativas que nos brinden la oportunidad de conocer lo que no hemos podido por este método, es decir colocar a un rey en su reinado original, a sus territorios y no en toda la tierra.

### **2.1.3 Mente y cuerpo como unidad**

Lo anterior nos vislumbra que la relación que existe entre el cuerpo y la mente es más compleja a tal grado de decir que son uno mismo, todo esto aunado a su entorno. Es prudente recordar en esta parte teorías como la de Santiago la cual afirma que la mente no es una cosa sino un proceso, desechando así la idea de que la mente solo se deposita en el cerebro. Esta teoría menciona que un organismo no necesita tener cerebro para tener mente, como una planta por ejemplo, viendo así a la actividad mental como una actividad organizadora de los vivos.

Reich (citado en Berman, op. cit.), por su parte, decía que el cuerpo y el inconciente son uno y la misma cosa; “Pongan sus manos sobre el cuerpo y habrán puesto sus manos en el inconciente” p.173.

Lo anterior comparte la idea de que la mente la podemos encontrar en todo el cuerpo al igual que algunas de sus instancias, como el mismo inconciente, encontrando así discrepancia con la teoría psicoanalítica ya que esta última con el afán de apegarse al modelo positivista sigue dividiendo la parte orgánica de la psíquica

El mismo Reich afirmaba que “una conciencia diferente era un cuerpo diferente” entendiéndolo entonces que toda interacción y toda interdependencia con todos los elementos del todo daban forma al cuerpo, notando entonces que lejos de esa separación mente, cuerpo, entorno, estos últimos son uno mismo y que se debe manejar una aproximación distinta a la biomédica que nos permitirá vivirlas enteramente, es decir como se diría comúnmente “estudiarlas” p.180.

Este autor manejaba el término de “rigidez somática” la cual se daba a través de un proceso de represión. “Cada rigidez contiene la historia y el significado de su origen” p. 173., además, consideraba que la armadura es la forma en la cual se recuerda y se preserva la experiencia del funcionamiento impedido, es decir lo que se había reprimido.

#### **2.1.4 El relegado instinto, el prestigiado intelecto y la olvidada intuición**

Por su parte, Osho realiza una propuesta epistemológica la cual, considera, sería imposible y equivocado tratar de explicar. La manera para tener contacto con esta alternativa es por medio de expresiones. Habría quien mencionara que expresar y explicar es lo mismo, sin embargo, bajo esta propuesta no es así, encontrando en todo momento en la explicación lo racional mientras que la expresión da lugar a lo intuitivo.

Este autor concibe al hombre en tres peldaños que a su vez determinan la instancia de la conciencia del mismo; sin sentido peyorativo ni mucho menos encontramos en la parte baja al instinto, quien se encuentra en el centro de la inconciencia. Todas las funciones esenciales del cuerpo están en manos del instinto como lo es la respiración, latidos del corazón, digestión de la comida, circulación de la sangre, etc. Aquí no es el pensamiento, la razón, quien se encarga de estas funciones porque sino fuera así, ¿cuántas veces se nos olvidaría respirar? o ¿cuántas veces se nos olvidaría “convertir la comida en sangre”? Es el intelecto el segundo peldaño encontrándose en el centro de la conciencia. Bajo esta concepción el intelecto es ciego, crea y crea sin saber si tomará precisamente

esa formar, creación y no destrucción. El error, a juicio del autor, ha sido tomar como hogar al intelecto (darle más reinado al rey), y no se ha utilizado para pasar del instinto al tercer peldaño. ¿Cuántas historias relacionadas con la lucha entre estos dos peldaños podemos contar?, que por medio del intelecto desprestigiamos, y como una de las consecuencias, reprimimos algo que es intrínseco a la vida misma en su reproducción, lo sexual, algo instintivo que ha llegado a ser convertido en pensamiento. En el centro de la supraconciencia encontramos a la intuición, nuestro tercer peldaño, el menos visitado, aceptado y, por supuesto, entendido. ¿Por qué?, porque la intuición es algo irracional, no se puede explicar, porque la explicación necesita una causalidad. Es cuando aconteces lo incognoscible, lo “vives”, realizas un salto sin metodología alguna a lo incognoscible que tantos dolores de cabeza le ha creado a los pensadores. Es eso que te lleva al 85 ó 95% que, según los mismos científicos, dejas de ocupar en cuanto a tu inteligencia, más no tu intelecto.

### **2.1.5 Al instinto se le desprestigió, ¿Y a la intuición?. Parte de la alternativa, retomarlos**

Quizás sea más fácil distinguir el desprestigio del instinto por lo que la historia nos brinda y por lo que ya se ha revisado en este trabajo, la concepción separatista del hombre. Vasta recordar las ideas que se tenían con todo lo relacionado al cuerpo, viéndose como algo mundano, negativo, no digno de la divinidad.

Sin embargo, la intuición también ha transitado por senderos que la han hecho ser olvidada, ser vista de distintas formas o incluso negada.

El orden cronológico de la acción del método filosófico y la intuición cambió con Descartes ya que en la época anterior a este pensador se ejercía el método filosófico después de poseer intuición, presentándose en la posteridad la inversión de este orden.

Con este proceder se comenzó a desarrollar un camino filosófico egocéntrico en el ser humano (antropocéntrico), es decir, un campo de conciencia que el “Yo” creo desde la racionalidad, donde no es posible estar en contacto con las cosas tal y como son ya que el “Yo” ocupa así la escena central pero que paradójicamente el sujeto no está en contacto consigo mismo sino con los ideales que ha y le han formado, construyendo así, con su actividad, al objeto.

Llegamos así a ratificar que el pensamiento occidental se construyó en dos ejes principales:

- 1) En la autonomía e individualidad, y
- 2) En la acción sobre el mundo.

Bajo esta forma de pensar, la intuición se concibió como una forma inmediata de percepción del sujeto, una intuición que se distinguía en tres tipos;

- 1) Intelectual. La cual, según Platón, se articulaba con la idea o no se daba si no había proceso intelectual como afirmaba Descartes.
- 2) Emotiva. En la cual no hay definiciones estáticas y mecánicas sino se tiene ingreso a la realidad profunda, a través de metáforas y sugerencias.
- 3) Volitiva. Los motivos son derivados de las voluntades ya que “antes de pensar el hombre tiene voluntad” (Dilthey, citado en Durán, 2004, p. 39)

De esta manera podemos observar que se presenta un alejamiento del hombre y la naturaleza por el recargamiento en la razón, y por la individualización, descartando a la tierra como hogar y usurpándola con el mundo ideal, es decir, el hombre pasó a ser, de manera artificial, el centro de todo.

Este antropocentrismo alteró la percepción de la intuición descartando el darle lugar a la parte natural, a la parte correspondiente al cuerpo, y es que cuando se agotaba todo medio racional se daba por conocido o desconocido algo. Sin

embargo, con un cambio de visión, una en donde el cuerpo es integrado al cosmos, permite ver, apoyados en la intuición, que el cuerpo se ha estado comunicando con nosotros constantemente pero, desafortunadamente sin una percepción de orden holista, esta comunicación se transforma en una expresión sin receptor, plasmando los reclamos de nuestro mal proceder en enfermedades, crónico-degenerativas por ejemplo.

Considerando al tiempo y espacio como factores cruciales que determinan a una sociedad y tomando en cuenta teorías como en la que Capra se basó, la de los ciclos de las civilizaciones<sup>9</sup>, es decir, su surgimiento y agonía, la cual nos indica que los días de nuestra civilización como tal están contados ya que se presentan los síntomas de crisis en todos los planos, Durán considera que el cuerpo muestra ser la síntesis de los procesos sociales e históricos, en este caso, la supremacía del cerebro sobre el cuerpo, de la razón sobre todo lo demás, es decir, el colapso del cuerpo de los que integramos esta sociedad por regirnos de esta manera.

### 2.1.6 ¿Cómo concebirme?

Una alternativa sería trascender la dualidad de lo conocido y desconocido que el intelecto nos permite ver, y aceptar a lo incognoscible como tercera parte que hasta nuestras fechas solo el misticismo ha aceptado (Osho, op. cit).

---

<sup>9</sup> "...parece que todas las civilizaciones pasan por los mismos procesos cíclicos de génesis, crecimiento, ruptura y desintegración. ...A pesar de estar lleno de conjeturas, el *Estudio de la historia* de Arnold Toynbee es uno de los primeros y más importantes análisis sobre los ciclos de desarrollo y decadencia de las civilizaciones. Según Toynbee, una civilización nace cuando pasa de una condición estática a una actividad dinámica. Esta transición puede ocurrir de manera espontánea, o bien puede ser influida por otra civilización ya existente; también puede ser resultado de la desintegración de una o varias civilizaciones inmediatamente anteriores. Toynbee ve el modelo básico del nacimiento de una civilización como una interacción que él llama *estímulo y respuesta*. Un estímulo del entorno social o natural provoca en una sociedad o en un grupo una respuesta creativa que les induce a entrar en el proceso civilizador...Según Toynbee, un elemento esencial de esta decadencia era la pérdida de la flexibilidad. Cuando las estructuras sociales y modelos de comportamiento se tornan tan rígidos que la sociedad ya no puede adaptarse a los cambios de la evolución cultural, la sociedad se derrumba y, eventualmente, se desintegra". (Capra, op. cit., pp 28-29).

Por esto mismo Capra considera que una postura holista nos acercaría, o mejor dicho, nos sumergiría a una realidad mas compleja, menos fragmentada que no tiene prejuicios para aceptar las relaciones que para muchos quizás no existan debido a la forma que ven el mundo, a la forma en que lo viven.

Esta manera de hacer el acto de concepción se basaría en teorías como la general de sistemas la cual sostiene que el mundo puede ser concebido con una interrelación e interdependencia de los fenómenos, ya que un sistema es una unidad integrada cuyas propiedades no pueden reducirse a la de sus partes.

Apoyándonos en esta visión un organismo estaría conformado por genes engarzados con cromosomas, estos últimos dentro de células mismas que forman tejidos responsables de forma organismos y que estas partes interaccionan y participan en una interdependencia.

Siguiendo esta línea tenemos que ver al hombre no solo como un ser biológico (con sus genes, cromosomas, etc.) porque no solo es biológico su vivir, es decir, también interactúa y tiene interdependencia con otros sistemas como lo es el padre, la madre, hermanos y hermanas que a su vez forman otro sistema, la familia (fuera de ella conforman otro sistema, escuela, trabajo, etc.), la misma que junto con otras familias como sistemas forman una sociedad, que a la vez conforman una nación, misma que pertenece a una geografía con sus características particulares.

Miguel Ángel Paz (citado en Durán, op. Cit.) es otro ejemplo de los esfuerzos por buscar y diseñar visiones alternativas de la realidad, con su definición de cosmovisión se suma al invaluable esfuerzo por encontrar esa esencia más compleja que la limitante “si no se ve no existe”;

Cosmovisión; “conjunto articulado de sistemas ideológicos relacionados entre sí en forma relativamente congruente, con el que el individuo o grupo social, en un momento histórico determinado pretende aprehender el universo. La cosmovisión es un producto cultural colectivo, forma un microsistema de comunicación en el

que cada mensaje cumple requisitos mínimos de inteligibilidad, de coparticipación intelectual entre emisores y receptores, y de establecimiento de reglas a través de cuyo cumplimiento las ideas pueden ser recibidas, aceptadas y asimiladas por el coparticipante. La absoluta conjunción de los sistemas ideológicos de la cosmovisión es posible sólo en el individuo” p. 123.

## **2.2 Relación salud-enfermedad**

### **2.2.1 Dolor y muerte**

Cabe recordar que en el primer capítulo de este trabajo se manejó esta relación desde el enfoque biomédico, sin embargo inmersos en este ejercicio de revisión epistemológica y aun más, si compartimos la idea de que la cultura determinará la manera en que una sociedad y, más complejamente, cada individuo celebra la manera de vivir, sufrir, morir, etc., el abanico de elementos a investigar para llegar a una comprensión holista de lo que es salud-enfermedad se extiende y por lo tanto la relación la encontramos no tan simple.

Esto fue lo que llevó a autores como Illich a encontrar en el dolor un agente crucial en la composición de la concepción de esta relación ya que este autor propone que si se revisa en la historia se encontrará que no siempre se concibió al dolor exclusivo de la enfermedad, es decir que, como sabemos, acontecimientos revolucionarios de orden social, político, económico han influido en la transmutación de la realidad, de una reconceptualización y asociación, en este caso, la nueva tendencia en cuanto a la extrapolación de las leyes fisicomatemáticas racionales a todos los ámbitos no se olvidó del ámbito de la salud.

Esto por lógica obligó a conformar normas y patrones apegados a la posibilidad de medir, y junto con la enfermedad, la salud adquirió una categoría clínica, convirtiéndose en la ausencia de síntomas clínicos y si a esto le aunamos que los



patrones clínicos de la normalidad se asociaron con el bienestar, el dolor pasó a una posición igual de cómoda que la satanización.

Así como la percepción hacia el dolor cambió, también lo fue hacia la muerte. Una de las mentes cimentadoras de este cambio de percepción, Francis Bacon, fue el primero en hablar acerca de la prolongación de la vida como una nueva tarea de los médicos. Dividió a la medicina en tres oficios. Primero, la preservación de la salud, segundo, la curación de la enfermedad, y tercero, la prolongación de la vida, llegar a este objetivo se entañaría a manera de obsesión en las personas a cualquier costo, accesible claro, sin reflexionar si realmente era una manera digna y genuina de sobrevivir dándole cabida de esta forma a situaciones como las enfermedades crónico degenerativas.

Para llegar a esta prolongación y evitar la penosa situación de estar lidiando con el tan evitado dolor se recurre a los medicamentos mismos, que en su multitud de fracasos por, ya no permitir, sino eliminar el verdadero mal instalado, solo toman el rol de analgésicos que forman la apariencia de presentar un bienestar mientras el trastorno va, prácticamente, carcomiendo al cuerpo.

No es casual que se invierta y se obtengan más resultados en la investigación para desarrollar medicamentos que “alivien” y menos en los que curen, para muestra, muchos males incurables y que, increíblemente en esta triste historia, existe un puñado de beneficiados, las farmacéuticas, quienes por lógica ni conciben la yatrogenesis, concepto en el que más adelante se profundizará.

Es aquí cuando toma mayor fuerza ese trillado concepto de enajenación, como Illich percibe a la sociedad, “somos transportados, no nos transportamos, somos comunicados, no nos comunicamos, somos educados, no aprendemos” y aquí añadiría que somos (y en parte solo en intento) curados (aliviados) más no nos mantenemos sanos, se vuelve a lo mismo, se perpetua el prescindir o como se le quiera denominar p. 284.

Por todo esto el autor propone que se entienda por Némesis médica, entre otras cosas, como “la expropiación de la capacidad del hombre para afrontar la adversidad por un servicio de mantenimiento que lo conserva equipado a las órdenes del sistema industrial” p. 350.

### **2.2.2 La cultura y el dolor como parámetro**

En este supuesto ir y venir en el tránsito de la salud a la enfermedad (supuesto ya que desde otra perspectiva siempre se está del lado mórbido), Boltanski considera que los determinismos sociales nunca se transmiten al cuerpo de manera inmediata a través de una acción que se ejerza directamente en el orden biológico, sino que son modificados por el orden cultural que los traduce y los transforma en reglas, obligaciones, prohibiciones, repulsiones o deseos, gustos y aversiones plasmados en tradiciones, costumbres, modismos, etc. Encontramos así que a la hora de concebir y afrontar la pérdida de la salud dependerá de una cultura somática de las distintas clases que se presentan socialmente hablando.

Una de las hipótesis que le da forma al estudio que este autor desarrolló es que existe una diferencia entre riesgo de enfermedad corrido por los miembros de cada clase y su grado de morbilidad y los servicios médicos que consumen. Esto nos dice, entre otras cosas, que se puede encontrar como indicador de consumo de actos médicos a la clase social.

Algo que para la mayoría que hemos compartido la realidad occidental nos parece intrínseco a la enfermedad es el dolor, en algunos casos, tomado incluso como indicador de la valoración o gravedad de la misma. Entendiéndolo como parte de esta relación de salud-enfermedad, vemos que la percepción hacia la dolencia está determinada por las expectativas del sujeto, por sus experiencias pasadas y, más profundamente, por todo su aprendizaje cultural.

Rememoramos así otra relación que se manejó ya en el primer capítulo de este trabajo, la de Enfermo-Médico, ya que considerando que las funciones de este último le otorgan la posibilidad material y el derecho legal de manejar física y moralmente al enfermo, es pues, a quien debemos recurrir en el momento en que el dolor esté presente en nuestro acontecer. Es cuando esta relación de transacción comercial pasa a ser una simple relación de autoridad, donde te enfrentas a la eminencia que, más allá de aprenderle todo su conocimiento, le dejarás toda la responsabilidad de decidir si tienes algún mal, y si lo tienes, que te diga cuál es y cómo lo vas a atacar, es decir, perpetuar el prescindir de él.

Ya dentro de esta otra relación, y tomando en cuenta la percepción del dolor, Boltanski considera que entre más elevado es el nivel de instrucción (relacionado con la clase social) más se tiende a tomar el dolor como signo o síntoma de una enfermedad grave, es decir, el interés y la atención que los individuos atribuyen a su cuerpo, por una parte, a su apariencia física, agradable o desagradable y, por otra, a sus sensaciones físicas de placer o displacer, aumenta a medida que sube en la escala social.

No considero que esto se dé porque el individuo de posición social baja se niegue a “escucharse” sino más bien porque espera hasta el último momento para acudir al médico por sus obligaciones y limitaciones que le impiden el abandono de sus tareas que le permiten vivir al día. Por lo mismo, para estos miembros de las clases populares, su cuerpo es percibido como una herramienta al cual le piden que les funcione y al utilizar esta herramienta hasta el límite para no desequilibrar su vivir diario, la enfermedad se manifiesta brutalmente por ignorar los signos. En cambio, los miembros de las clases superiores adoptan, respecto de la enfermedad, una actitud provisoria.

A todo esto, el autor considera que al momento de preguntarles qué deben de hacer para tener salud los miembros de las clases superiores responden que se debe adoptar una sana alimentación, de sueño, orden y abstinencia, mientras que

la clase popular considera que se debe comer bien, estar limpio y tener buen aspecto. Cabe mencionar que el comer bien significa una cocina fuerte, rica en grasas, carbohidratos, etc., que le permita cumplir el objetivo de cubrir más las jornadas de trabajo que demandan esfuerzo físico.

Esto da a entender que cuando el esfuerzo físico aumenta se pierde la selección e identificación de lo mórbido, mientras que el incremento de la atención al cuerpo reduce la duración e intensidad de la actividad física.

Cabe resaltar que estos datos que obtuvo este autor lo llevaron a construir su tesis central de su obra de esta manera;

“las normas que determinan las conductas físicas de los sujetos sociales y cuyo sistema constituye su *cultura somática* son el resultado de conductas objetivas que esas normas retraducen en el orden cultural, o sea, en el modo en que debe actuarse, más exactamente, del grado en que los individuos obtienen sus medios materiales de existencia de la respectiva actividad física” p. 85

### **2.2.3 Configuración social**

A propósito de la escala social como factor en la conformación de la percepción de lo que es la Salud-Enfermedad considero importante rescatar el trabajo realizado por Rojas (Op. cit) denominado *capitalismo y enfermedad* con algunas restricciones como las siguientes.

Hay que tomar en cuenta que con el mismo título de su obra se postula una relación entre ambos constructos, llegando a esto, por lógica, desde una postura teórico marxista. Cabe recalcar aquí que si bien a lo largo de esta tesis predomina una postura crítica hacia el modelo biomédico, siempre se hace con conciencia absoluta del aporte favorable que ha brindado a la humanidad, así que se aclara hacer mención de esta perspectiva teórica marxista de la misma manera que con

el modelo biomédico, primero, viéndola como una alternativa que nos ha brindado elementos trascendentales que han repercutido profundamente en mantener un espíritu de crítica a situaciones que se creían dadas. Pero de la misma manera, considero importante remarcar que esta perspectiva no se libró de ese debate por distinguir qué era abstracto o metafísico y que no lo era, es decir, manejar y desechar conceptos al momento de realizar un análisis de la realidad. Aunque contemplaba conceptos holistas como la interrelación y la interdependencia, lo no lineal, el cambio o la misma transformación, caían en las fauces positivistas al tratar de evadir lo abstracto, lo subjetivo, y analizar a final de cuentas.

Sin embargo, el aporte de esta perspectiva es que por su mismo interés en este escenario lo ha ampliado, ha ayudado a corroborar que detrás de esta relación Salud-Enfermedad hay más que células.

Bajo este enfoque la relación Salud-Enfermedad se plantea como “un proceso condicionado socialmente que se concreta en seres históricos, en grupos que se relacionan con la naturaleza y entre sí de cierta manera, es decir, que trabajan y viven en circunstancias históricamente determinadas”. (Rojas, op. Cit., p 9)

Siguiendo este orden, se considera entonces que las causas fundamentales de la salud y la enfermedad se encuentran en la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse.

En esta obra se plasma un claro esfuerzo por organizar un análisis que permita llegar a corroborar o rechazar la hipótesis de que hay diferencias en la morbimortalidad, esperanza de vida y acceso real a servicios médicos entre las clases.

En primera instancia Rojas considera que existen tres niveles de análisis hacia la relación Salud-Enfermedad, la primera es la correspondiente al modelo biomédico, en la cual es casi nula la intervención de las ciencias sociales. En el segundo nivel

el sujeto se concibe como parte de una comunidad, se contemplan factores como lo social, económico, cultural, físico, químico, etc. Se vincula con condiciones deterioradas de vida y trabajo como el hacinamiento (aglomeración), falta de agua potable, desnutrición, educación médica deficiente, etc., pero que aunque se considera un modelo multicausal no se permite una comprensión profunda del verdadero significado de lo social. Sin embargo, ya en el tercer nivel, se pueden conocer las causas fundamentales de la enfermedad, la esperanza de vida y la muerte, y acceso real a los servicios médicos en los seres humanos.

No obstante, la diferencia en los tres niveles estriba en el tiempo de realidad que se estudia en cada uno, encontrando que en el primer nivel la realidad es solo el individuo y su cura inmediata. En el segundo es la búsqueda del conocimiento sobre la realidad del individuo y en el tercero la realidad se considera en su conjunto, con múltiples nexos y determinaciones.

Por lo tanto, el objetivo a seguir para lograr aclarar esta relación Salud-Enfermedad sería determinar por qué existen situaciones diferentes entre las clases sociales respecto del tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad, así como la concepción de ésta, en la esperanza de vida y muerte y en el acceso real a los servicios médicos.

Para esto el autor se apoyó en las leyes y categorías del materialismo dialéctico como la ley de la unidad y lucha de contrarios, la de la negación de la negación, contenido y forma, etc.

Este análisis, como es de esperar, se inclina a una de las partes de lo que se denomina modo de producción capitalista, al obrero, al proletariado y lo sitúa desde los momentos en que los medios de producción pasaron a ser posesión de una minoría y se empezó a conformar el proceso de disociación entre el obrero y la propiedad sobre las condiciones de su trabajo, cuando pasó a ser asalariado. Marx (citado en Rojas, op. cit.) lo sentenció de esta manera:

“El trabajo es algo extraño a la esencia de el obrero, no es él ni de él...no representa la satisfacción de una necesidad, sino que es, simplemente un medio para satisfacer necesidades extrañas a él. No es algo suyo sino de otro...el obrero solo siente en sí fuera del trabajo, y en este se siente fuera de sí.” p. 59

Además de presentarse en sí una enajenación por la situación descrita anteriormente, el experimentar un trabajo rutinario (cada vez mayor por el predominio tecnológico fomentador de la producción en serie) provoca una fatiga psíquica, sensorial y muscular, la cual a su vez condiciona un campo propicio para el surgimiento no solo de accidentes sino también enfermedades.

Un estudio realizado por Laurell y colaboradores (citado en Rojas, op. cit.) en México en la década de los setentas corrobora esto. Este estudio demostró que en una comunidad de autoconsumo la mortalidad se presentaba en porcentajes más bajos que en comunidades con mayor grado de desarrollo capitalista.

El impacto de esta forma de producción a la salud no es exclusivo de la instancia de la actividad laboral sino también de otras, como la vivienda ya que si tomamos como cierto el que las características de las viviendas influyen decisivamente en la forma de vida de los trabajadores y de sus descendientes y le aunamos el hecho de que los ingresos marcan la pauta para intentar adquirir, construir o rentar un hogar, la lógica será lo que nos ha dicho la historia, que los ingresos, en el mejor de los casos, permiten alcanzar una vivienda de interés social.

Entendiendo así que en forma indirecta o mediata, la falta de una vivienda cómoda y que satisfaga las expectativas y patrones culturales de sus miembros puede repercutir en la salud mental al ocasionar depresiones, tensiones, estados neuróticos, etc., encontramos otra instancia en la cual la manera de producción impacta la relación Salud-Enfermedad en las personas.

Además, los estudios en los que se basó este autor para describir la diferencia en la morbimortalidad de las clases sociales en México datan de los años setentas, los resultados indican que padecimientos agudos pulmonares, cirrosis hepática, amibiasis, desnutrición en el adulto, polineuritis alcohólica, cardiopatía reumática, dermatosis bacterianas, micosis profundas, aborto provocado, espontáneo o infectado, en pocas palabras, enfermedades infecciosas y parasitarias se presentaban y atendían con mayor porcentaje en la clase trabajadora y hospitales públicos respectivamente (42 % aprox.) mientras que las enfermedades crónico degenerativas se presentaban y atendían con mayor frecuencia en la clase acomodada y hospitales privados (48% aprox.), sin embargo, enfatiza que las enfermedades consideradas de clase acomodada comenzaron a impactar a todas las clases en general porque todos se inmiscuyeron en el proceso de urbanización (Celis y Nava 1970, Álvarez y Herrera 1979, citado en Rojas, op. cit.)

Los datos mostrados por INEGI en su portal de Internet (Ver tabla 2.1 y 2.2) corroboran esta afirmación, sin embargo las estadísticas de mortalidad que la misma institución exhibe y que se presentaran como parte de la introducción de este trabajo permiten ver más claramente esta tendencia ascendente de las enfermedades consideradas crónico-degenerativas en nuestra sociedad en general.

| <b>Grupos principales de causas de egresos en instituciones publicas</b> | <b>2002</b>          | <b>2003</b>          | <b>2004</b>          |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Total</b>   | <b>4 228<br/>621</b> | <b>4 353<br/>429</b> | <b>4 416<br/>313</b> |
| Causas maternas <sup>a</sup>   | 1 432<br>021         | 1 457<br>133         | 1 477<br>902         |
| Enfermedades digestivas  | 437 117              | 460 369              | 472 082              |
| Enfermedades del sistema genitourinario                                  | 306 043              | 318 600              | 327 503              |
| Enfermedades cardiovasculares  | 209 658              | 221 538              | 222 589              |
| Ciertas afecciones originadas en el período perinatal                    | 183 089              | 184 881              | 182 734              |
| Infecciones respiratorias  | 147 962              | 136 755              | 155 592              |
| Fracturas  | 137 803              | 142 664              | 145 347              |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias                                  | 143 322              | 145 127              | 138 527              |
| Tumores malignos   | 124 978              | 129 535              | 135 708              |
| Otras causas de contacto con los servicios de salud                      | 132 311              | 131 992              | 132 376              |



|  |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|
| Diabetes mellitus  | 120 577 | 126 684 | 128 036 |
| Enfermedades respiratorias   | 122 892 | 128 046 | 126 743 |
| Otros tumores  | 107 236 | 114 633 | 118 085 |
| Enfermedades del sistema músculo esquelético   | 50 294  | 105 257 | 107 517 |
| Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso  | 81 941  | 83 408  | 83 199  |
| Las demás causas   | 491 377 | 466 807 | 462 373 |
| NOTA: Con base en el último año se consideran las quince principales causas de egreso hospitalario.                  |         |         |         |
| <sup>a</sup> Se refiere a las causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio.                                    |         |         |         |
| FUENTE: SSA. <i>Boletín de Información Estadística. Daños a la salud. Volumen II.</i> Núm. 22, 23 y 24. México, D.F. |         |         |         |

**Tabla 2.1** Morbilidad hospitalaria por principales grupos de causas de egresos del 2002 al 2004

| (Por 100 mil habitantes)<br>Causa de casos nuevos de enfermedad  | 2000        | 2001        | 2002        | 2003        | 2004        |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Infecciones respiratorias agudas   | 29<br>427.3 | 27<br>980.5 | 28<br>874.3 | 25<br>948.9 | 24<br>581.3 |
| Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas  | 5 203.3     | 5 283.3     | 5 250.2     | 4 684.0     | 4 535.5     |
| Infección de vías urinarias  | 2 967.1     | 3 240.5     | 3 276.0     | 3 154.2     | 3 228.2     |
| Úlceras, gastritis y duodenitis  | 1 284.1     | 1 393.5     | 1 413.6     | 1 281.7     | 1 365.7     |
| Amebiasis intestinal   | 1 353.4     | 1 237.8     | 1 124.8     | 972.6       | 792.2       |
| Otitis media aguda   | 614.6       | 643.2       | 693.9       | 695.6       | 675.3       |
| Hipertensión arterial  | 401.4       | 407.8       | 418.8       | 478.2       | 529.8       |
| Otras helmintiasis   | 735.2       | 646.5       | 580.6       | 524.4       | 498.0       |
| Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)  | 287.2       | 291.3       | 308.6       | 365.0       | 384.0       |
| Varicela   | 377.1       | 235.5       | 282.7       | 307.0       | 365.8       |
| Gingivitis y enfermedad periodontal  | ND          | ND          | ND          | 276.0       | 350.0       |
| Candidiasis urogenital   | 302.5       | 325.8       | 354.8       | 346.3       | 330.9       |
| Asma y estado asmático   | 261.0       | 275.2       | 274.6       | 289.1       | 289.5       |
| Intoxicación por picadura de alacrán   | ND          | 221.7       | 231.7       | 233.4       | 218.5       |
| Faringitis y amigdalitis estreptocócicas   | ND          | ND          | ND          | 573.9       | 201.7       |
| NOTA: Con base en el último año se consideran los quince principales casos nuevos de enfermedades.       |             |             |             |             |             |
| ND No disponible.  |             |             |             |             |             |
| FUENTE: SSA. SUIVE. Dirección General de Epidemiología. www.dgepi.salud.gob.mx (24 de febrero del 2006). |             |             |             |             |             |

**Tabla 2.2** Tasa de morbilidad de los principales casos nuevos de enfermedades del 2000 al 2004

Como podemos ver, el tipo de respuestas sociales a la enfermedad variará de un grupo social a otro, de una zona a otra, lo cual dependerá de múltiples circunstancias (como Illich y Boltanski, quienes proponen a la cultura, la educación, etc.). Pero dentro de esta multitud de elementos se abrirá paso el factor económico.

Extendiendo un poco más este análisis podemos encontrar además que dentro de la misma clase social, en este caso el proletariado, existen situaciones diferenciales respecto a la relación Salud-Enfermedad. Esto, según el autor, se debe a que no obstante que los miembros de dicha clase ocupan estructuralmente el mismo lugar en su sistema de producción históricamente determinado, existen elementos importantes que provocan esta diferenciación que surge debido a que:

- 1) “La rama de la economía en la que se trabaja
- 2) La manera concreta de insertarse en el proceso de trabajo (tipo de ocupación, condiciones de trabajo)
- 3) El monto de salario que se percibe (derivado en parte de lo anterior), lo cual a su vez condiciona la reproducción de la fuerza de trabajo (vivienda, alimentación, vestido, etc.)
- 4) Las características específicas de la legislación para regular las relaciones capital-trabajo: condiciones de empleo, y
- 5) El nivel educativo, el nivel de conciencia de clase y las características culturales difieren de un grupo a otro dentro de la misma clase obrera” (Rojas, op. cit., p. 172).

A todo esto, Rojas considera que los cambios de la realidad no dependen tanto de las emociones, deseos, etc., sino de la relación de los polos antagónicos, siguiendo fielmente con alguna de las leyes principales del materialismo dialéctico.

Sin embargo, el desechar tajantemente aspectos, como a las emociones por ejemplo, como parte de un “cambio de realidad” que determine la situación general de vida de un humano discrepa con la tendencia central de este trabajo. Para argumentar mi desacuerdo considero prudente citar un estudio realizado por Guillermo Farfán que el mismo Rojas señaló en su obra. En este estudio se demostró que el salario mínimo de la época y lugar estudiado (México, D.F., 1976) no era suficiente para cubrir las necesidades físicamente indispensables para la

subsistencia del obrero y su familia, en dicho trabajo se consideró solo la alimentación, la vivienda y el vestido. No se incluyó la educación, transporte, diversión, servicios, etc.

Esto nos dice que su tesis principal, la morbimortalidad condicionada por la clase social, por la manera de producir, tiene sustento solo que no contempla factores, como las emociones por ejemplo, como parte del tránsito de la salud a la enfermedad sino más bien, como se advirtió a lo largo de su obra, como enfermedad misma a manera de depresión, fatiga psíquica, tensiones, estados neuróticos, etc.

(Ingreso insuficiente → desestabilidad emocional)

Esto último lo encuentro congruente bajo esta línea ya que su intento fue demostrar metodológicamente, analíticamente que lo histórico-social es factor etiológico para el surgimiento de enfermedades y no las emociones. Sin embargo, desatiende las consecuencias que puede provocar el estar constantemente en esos estados anímicos que producen esa insuficiencia salarial, de vivienda, nutricional, etc.

(Ingreso insuficiente → desestabilidad emocional → Cualquier padecimiento)

Pero reitero, no le podemos exigir eso porque no tenía intención alguna, ya no de investigarlo sino de darle una posibilidad de percepción.

Sin embargo en la postura que a continuación se revisará esos aspectos que dejan a un lado las posturas estudiadas hasta aquí si son contemplados y toman un papel crucial en esta relación de Salud-Enfermedad. Cabe aclarar que solo se revisaran de manera muy superficial algunos fundamentos y que el tema “emocional como tal” se manejara en un apartado más adelante.

#### **2.2.4 Una “visión” tradicional**

Realizar una revisión de todo el legado médico tradicional de oriente seguramente requeriría toda una vida tanto por su antigüedad como por su complejidad, naturaleza y magnitud, sin embargo existen documentos que nos pueden acercar algunos fundamentos teóricos por los cuales se rige la vida de oriente no solo en lo referente a la relación Salud-Enfermedad sino en la vida en general.

Sin lugar a dudas la participación de los taoístas en la conformación de la medicina tradicional de oriente es fundamental. Bajo su percepción se considera que el ser humano consiste en tres instancias o tesoros los cuales cada uno está formado por aspectos prenatales (primordiales) y postnatales (temporales). Se considera que cuando se nace se pierde la Unidad convirtiéndose entonces en uno de los principales objetivos del Tao (camino) regresar a esa Unidad.

El primer tesoro es la Esencia (Jing) la cual es el cuerpo, su carne, sangre, fluidos, como las hormonas y las enzimas.

El segundo tesoro es la Energía (Chi) la cual adquirimos prenatalmente del cosmos y nuestros padres (Yuan-Chi y Tien) y postnatalmente por medio de alimentos, agua, hierbas, aire, etc.

El Espíritu (Shen) es el tercer tesoro conformado por los componentes de la mente, encontrándose en la parte prenatal a la mente del Tao primordial, es decir, la parte intuitiva, sentimental, volitiva que representa un “corazón abierto” indiferente a la dualidad. La parte postnatal le da lugar al pensamiento, conocimiento, al dualismo representado en la cabeza.

Para alcanzar una plena salud desarrollaron lo que se ha denominado como el árbol taoísta de la salud, ya que para lograrlo hay que conocer los fundamentos teóricos de su percepción de la realidad (raíces), llevarlas a la práctica (ramas)

para posteriormente gozar de una longevidad (frutos) digna y no condicionada por padecimientos.

El “dorado término medio” (equilibrio) surge del principio del Yin y el Yang, una polaridad regida en toda la existencia. La encontramos también en la percepción estructurada de una persona ya que la energía es la fuerza que da a la forma su función, el enlace entre la mente (espíritu) y la materia (esencia), es decir, que el equilibrio entre los polos dependerá del manejo de la energía.

Como podemos observar, el término medio y el principio del Yin-Yang “se dan vida” el uno al otro y bajo su influencia está la percepción del ser humano y su entorno.

Esta perspectiva encuentra en la fisiología humana relación análoga entre los órganos del ser humano y la polaridad Yin-Yang, teniendo de parte de Yin al corazón, hígado, riñones, pulmones, bazo y del lado Yang al intestino delgado, vesícula biliar, vejiga, intestino grueso y estómago.

Siendo la energía la que condicione el que se dé el equilibrio, los taoístas desarrollaron una teoría la cual maneja cinco tipos de energía, conocida también como cinco movimientos o cinco elementos (Wu shing). Estas energías rigen las relaciones entre la esencia o los órganos y el espíritu o pensamiento, emociones, etc. (Reid, 1993)

Como podemos observar, el tratar de revisar una relación tan importante en el acontecer de un ser humano nos obliga a hacerlo desde muchos ángulos (dimensiones, como el mismo materialismo dialéctico diría) que el enfoque biomédico se limita a su contemplación y solo se compromete a citarlos. Dejando atrás la práctica de concebir esta relación a manera de mecanismos meramente biológicos (materiales) y contemplando a la cultura y sociedad no solo como escenarios sino como proveedoras de los componentes que configuran a la salud-

enfermedad se propone revisar a las enfermedades que se les ha denominado psicósomáticas.

## **2.3 Enfermedades psicósomáticas**

### **2.3.1 Biomedicina; “síntomas físicos cuya etiología no es orgánica”**

Es común que este término sea utilizado para referirse a la multicausalidad e interrelación entre los factores biológicos y los psicosociales que colaboran en la historia de la enfermedad. Sin embargo sólo algunos trastornos son identificados como psicósomáticos, y son aquellos en los que se puede distinguir claramente la afección, de factores psicológicos sobre una condición médica (López, op. Cit.)

Juárez (citado en López, op. cit., p. 65) considera como habitual el que al momento de definir a las enfermedades psicósomáticas se recurra al siguiente discurso:

“...como una reacción física ante una vivencia o estado conflictivo en el que se observan cambios en el cuerpo y una enfermedad orgánica”.

Sin embargo, rigiéndonos por las leyes científicas podemos presenciar que en el acto de realizar la clasificación de las enfermedades, la disciplina en la que recae la responsabilidad de atender este tipo de padecimientos es la psiquiatría

A todo esto, es importante dejar en claro que se tiene presente que al realizar una revisión literaria dentro de esta área del modelo biomédico podemos encontrar una aceptación en relación a que el aspecto emocional influye en la presencia de estos padecimientos como lo veremos a continuación.

Solomon (1976) considera que “los trastornos psicofisiológicos (psicósomáticos) son disfunciones orgánicas en las cuales los trastornos emocionales presumiblemente desempeñan un papel etiológico o contribuidor importante. El sistema neurovegetativo es el más frecuentemente involucrado. Los síntomas orgánicos actualmente son producidos o agravados por los trastornos emocionales

y no constituyen substitutos simbólicos para ellos, como en las neurosis. Al final, pueden resultar cambios patológicos...los trastornos psicofisiológicos, por lo tanto, son implicaciones emocionales de órganos y vísceras frecuentemente bajo el control del neurovegetativo y los síntomas son primordialmente fisiológicos (úlceras pépticas, asma, etc.), la ansiedad no se alivia y en los casos graves la vida puede hallarse en peligro” p 147.

Por su parte, en la definición que desarrolla Guzmán (1992) podemos encontrar mayor preocupación por el aspecto emocional como factor etiológico al grado de incluir algunos estados a manera de ejemplo;

“Son objeto de estudio de la llamada medicina psicosomática. Inicialmente a estos trastornos se les llamó organoneurosis que, literalmente, significa neurosis de órgano, para diferenciarlos de las neurosis o psiconeurosis cuyos síntomas se expresan fundamentalmente en el plano psicológico.

Se trata esencialmente de trastornos somáticos cuya etiología es, si no exclusiva, predominantemente emocional. Toda emoción se acompaña de cambios endócrinos, metabólicos y neurovegetativos (acción del simpático y parasimpático) que, en condiciones normales, son pasajeras. Cuando ciertas emociones como la ira, la ansiedad, el miedo, etc. se enraizan en el individuo, esto es, se cronifican, y existen dificultades para su libre expresión (contención, represión) originan cuadros patológicos muy bien definidos. Los trastornos psicosomáticos no se diferencian en nada de los mismos trastornos producidos por otras causas. Varía la etiología (emocional) pero no la patogenia que es idéntica para ambos” pp 28-29.

Como podemos apreciar, aunque se ha contemplado el aspecto emocional al momento de definir o clasificar a estos padecimientos, podemos encontrar la constante en el apoyo de palabras o frases como “presumiblemente” o “...no pasar por alto la enfermedad orgánica, la cual puede estar escondida o incipiente en estos padecimiento”. Esto hace suponer una resistencia por aceptar, con todo el rigor de la palabra, que un factor tan “subjetivo” sea el causante del deterioro de la

salud de una persona, sin embargo, los antecedentes<sup>10</sup> que han heredado científicos mismos han orillado a las autoridades contemporáneas de la biomédica a tomar en cuenta esta relación de mente y cuerpo pero sin dejar aun lado la dicotomía.

Esta forma, se podría decir cautelosa, de desarrollar el tema por parte de los científicos es una constante en toda la literatura con perfil biomédico, como ejemplo tenemos la manera en la que Solomon le da apertura a su apartado de “trastornos psicofisiológicos” en su manual de psiquiatría:

“Las emociones pueden desempeñar una parte originando e intensificando ciertas enfermedades (en especial de las articulaciones, del estomago, colon, bronquitis y sistemas angiológico). No pasar por alto la enfermedad orgánica, la cual puede estar escondida o incipiente en estos padecimientos. Y no pasar por alto los factores emocionales en la enfermedad aguda y crónica, en la hospitalización, en las unidades de cuidado intensivo y de cuidado coronario, en las medidas de apoyo para la supervivencia y en la cirugía. La psicoterapéutica generalmente del tipo de apoyo y no de descubrimiento debería acompañar al manejo médico y reconsiderar las necesidades del paciente hacia la enfermedad y su reacción a la misma” p. 147

---

<sup>10</sup> los autores mas representativos de los antecedentes a los cuales hago referencia han sido figuras centrales en el campo de la medicina psicofisiológica como lo fueron, Cannon, Deutsch, Selye, Dunbar, Alexander, Mirsky y Wolf. De este grupo de científicos podemos resaltar los trabajos de Wolf y Cannon, el primero fue “el principal responsable del enfoque de *Fuerzas múltiples en la vía común final*, la cual incluía fuerzas biológicas, psicológicas, sociales, económicas, hereditarias, familiares, ambientales y otras” (Solomon, op. Cit., p 148) El segundo, por su parte, considerado el padre de la endocrinología, desarrolló su teoría de la “sabiduría del cuerpo”, “la cual subrayó la necesidad de reconocer la influencia tanto de los *impulsos* conocidos como de los no conocidos, como factores que afectan los procesos fisiológicos” (Brussel, 1967, p 62). Cabe recalcar que el mismo Brussel considera que, alrededor de los años cuarenta, “había una cantidad tan impresionante de evidencias acumuladas en archivos clínicos que no era posible ignorar el papel que jugaba la mente en la causa de ciertos trastornos cuyos síntomas primordiales y más sobresalientes eran la patología y el mal funcionamiento de los diferentes órganos” p 62.



Del discurso anterior es de mi interés recalcar tres puntos;

1. Sin encontrarlo exclusivo de este autor sino de todos sus colegas, la constante de la alopátia es agrupar repetitivamente al mismo grupo de enfermedades consideradas psicosomáticas además de percibir las, en situaciones que implican trauma, es decir, como incorporadas al proceso mórbido y no tanto como etiología en sí.

Dentro del grupo de enfermedades que comúnmente se manejan podemos encontrar a;

-Hipertensión arterial

-Úlcera de estómago (péptica)

-Asma bronquial

-Artritis

2. Aunque pueda existir una excepción<sup>11</sup>, la tendencia desde esta perspectiva es no considerar a las enfermedades crónico-degenerativas como propias de un proceso psicosomático ya que aunque en su discurso las mencionan no es así al desarrollar investigaciones.
3. Son escasos los discursos alópatas que, como este, propongan reconsiderar la manera de afrontar un padecimiento de estas características, aunque este autor solo contemple como alternativa a la terapéutica o a la psicoterapéutica.

Es por esto que el término enfermedades psicosomáticas aun es considerado por algunas autoridades como una implicación de una dicotomía entre la mente y el

---

<sup>11</sup> Como Solomon, quien contempla, además de los ya mencionados, problemas a nivel cardiovascular o endocrino en donde maneja que al presentarse la diabetes mellitas, "en su comienzo y en sus episodios de cetoacidosis se cree que frecuentemente sean precipitados por problemas emocionales. Los diabéticos (juveniles a menudo) emplean su enfermedad y a menudo su terapéutica, en una forma manipulativa y con frecuencia sadomasoquista" p 152.

cuerpo y, se presume entonces que esta sea una de las “razones” por la cuales se prefiera el término medicina holística (Brussel, op. cit).

Una medicina que por el hecho de mostrar interés hacia estas enfermedades desarrolle en primera instancia conocimiento de las mismas, cosa que en oriente, por ejemplo se ha venido haciendo desde hace siglos. Estos, y la inminente pandemia de padecimientos crónico-degenerativos, afloran como motivos para reconsiderar la perspectiva actual del transito de la salud a la enfermedad.

### **2.3.2 Más que una definición alternativa**

Sin embargo, al haber revisado argumentos que dan base a una nueva epistemología nos podemos introducir a un camino que determina la forma en que se ven a las enfermedades, concibiendo a un ser humano, determinado no solo por las relaciones que su realidad construida le hace ver, sino por sus relaciones con lo familiar, económico político, cultural, en fin todo lo que lo ha llevado a tener un cuerpo no solo natural (como genuinamente es) sino social y con todas las consecuencias que esto acarrea.

Dethlefsen y Dahlke proponen recurrir a la analogía en, por lo menos, tres planos; el mental, corporal y social, o como lo manejan los autores al último plano mencionado, “naciones”, al momento de intentar buscar una explicación y no solo descripción de una enfermedad. El acontecer diario nos permite presenciar que en cada uno de estos planos se presentan tensiones en alguna de sus polaridades y es precisamente la tesis central de la obra de “la enfermedad como camino” el demostrar que un conflicto corporal como lo podría ser una infección, una tensión, es resultado de una elección en el plano psíquico o un conflicto entre “naciones”. Esto es por su relación de manera vertical (siempre-cuando-entonces) más que horizontalmente (antes / después, causa-efecto, lineal).

Para esto se consideran que los órganos corresponden a un simbolismo que les permite reaccionar ante un desajuste en su similar pero en otro plano, ya sea nación o mental, en otras palabras, “que un órgano asume un proceso de

aprendizaje en el plano corporal cuando el individuo no presta atención al problema psíquico que corresponde a ese órgano” pp 120-121.

Y si tomamos en cuenta que un individuo asume su cotidianidad de acuerdo a una conciencia resultado de lo aprendido hasta ese entonces pues obtenemos a un ser humano inmerso en una cultura en contra de los conflictos.

De esta manera, el cuerpo sería una especie de “superficie de proyección” en la cual solo se daría un desajuste somático si el individuo no tuviera conocimiento que en alguna instancia de su conciencia se está presentando un conflicto, aún así, ese síntoma ayudaría a conocer ese desajuste, desafortunadamente la costumbre es atacar a quien ahora podríamos ver como aliado en busca de un equilibrio, el síntoma.

No obstante, a diferencia de otras posturas psicósomáticas, se considera que el cuerpo no es lugar para resolver problemas ya que se sigue viendo, aunque como unidad gracias a la analogía, un plano ajeno al psíquico, social, etc.

A todo esto se puede decir que más que ser un villano, el inconsciente lo hemos formado nosotros mismos desde la polaridad de nuestro mundo por confundir el anhelar un paraíso (bueno, bien, positivo), en lugar, tener conciencia plena de que aun vivimos en esa unidad solo que al no asumirla nos encontramos en desequilibrio ya que esa unidad, como el mismo cuerpo, ha hecho esfuerzos impensables por ser flexible ante tanto atentado de quienes no vemos esa unidad. Por esa invención de lo malo, desagradable, negativo, nos vimos forzados a engañarnos y a desarrollar formas para evitarlas, lo cual, como podemos ver, es negar nuestra propia naturaleza y que por más esfuerzos que hacemos, como la creación de nuestro sistema de defensa, terminamos por experimentarlos en algún plano, por la no resolución en el psíquico, en este caso. Como el diabético quien, a juicio de los autores, por no desarrollar una adecuada dinámica en el proceso de amar, por no saber darlo, lo retiene causando el trastorno al expulsarlo por

necesidad, mas no otorgándolo (el azúcar, lo dulce siempre está relacionado con el amor).

Sin embargo, habiendo tomado como referencia para este cambio epistemológico a una postura tradicional oriental se nos hace pertinente realizar una revisión de las enfermedades psicosomáticas desde esta medicina.

La concepción del cuerpo que maneja la acupuntura, por ejemplo, esta sostenida en la analogía con un microcosmos en armonía que, al ser violentado, produce desequilibrios energéticos en el cuerpo; el desequilibrio puede tener orígenes diversos que van desde los alimentos que se consumen, la forma en como se respira, el lugar donde se vive, el tipo de trabajo, las formas de expresar los sentimientos y como se vive la sexualidad, “Cuando la emoción domina se instala en el órgano, lo que permite que la persona manifieste trastornos energéticas en el” (López, op. cit.).

Los taoístas proponen que el cuerpo tienen procesos más complejos que los que sólo podemos encontrar en el manifiesto fisiológico como lo es la memoria corporal, que oculta o expresa resentimientos, envidias, rencores, miedos, etc., y que se mantienen a manera de exceso permitiendo así un desequilibrio energético provocando estragos en su órgano correspondiente.

De esta manera no solo se deben considerar como elementos que intervienen en la construcción del cuerpo a la historia genética o a las condiciones climatológicas sino también a una historia cultural por la transmisión de símbolos y signos que marcan tanto la identidad como el cuerpo.

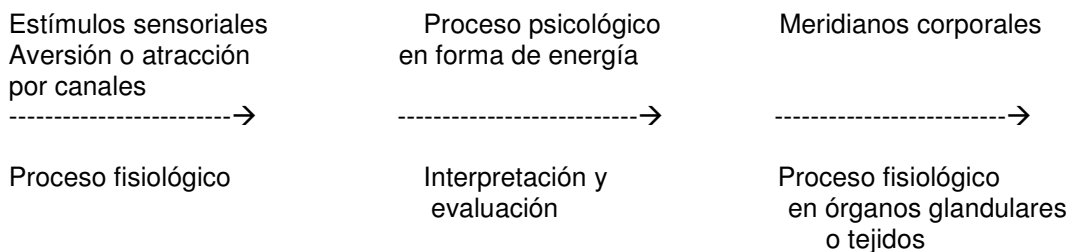
Es así que encontramos que el cuerpo “es una síntesis de un proceso social pero que también se somete a una construcción cultural que transforma las funciones de los órganos y establece nuevas relaciones con la fisiología del individuo que se cruza con el proceso psicosomático de las relaciones humanas y el cuerpo es el

espacio donde confluyen las nuevas relaciones individuo-sociedad". (López, op. cit., 182)

Lo anterior nos dice que la enfermedad es un desequilibrio energético y que se puede dar de dos formas, una es debido al cúmulo de algún tipo de emoción<sup>12</sup>, como el miedo, odio, y éste desajusta al órgano o el órgano se desajusta ya sea por la energía adquirida por malos alimentos y crea miedos en la persona sin causa aparente, miedos a morir, a la soledad, etc.

Sin embargo, parece ser que ningún científico se quiere arriesgar a conocer el resultado de estar inmerso por un tiempo prolongado o de una forma aguda en uno o más estados anímicos, no solo en el plano psíquico sino también el corporal. Pero la costumbre sigue siendo el limitarse a declarar que una reacción emocional puede producir secreción de hormonas, liberación de neurotransmisores, cambios en el ritmo cardiaco, en la respiración, en la digestión, etc.

Los taoístas consideran que e-moción es energía en moción, en movimiento, de tal manera que se sugiere revisar el siguiente esquema que plantea describir el proceso de una emoción en un ser humano:



**Tabla 2.3** Proceso de emoción

En palabras del Daniel Reid "la mente asigna un valor al estímulo sensorial físico o cerebral, y pone en marcha una poderosa corriente de energía emocional a través

<sup>12</sup> Recordemos que bajo esta perspectiva si algo es bueno y se le aumenta no significa que sea mejor.

de los canales de energía. Una vez que esa energía está en movimiento adquiere una vida propia” p. 4

Siguiendo la lógica de lo anterior resulta “imposible separar lo psíquico del proceso somático”, como Wilhelm Reich proponía, y motiva a revisar de esta manera el abanico de posibles emociones que se presentan en una persona para acercarnos más a esa “relación entre el metabolismo y los trastornos emocionales” que personajes como George Watson hacían mención p. 95.

Los taoístas contemplaban siete emociones las cuales, como ya hemos visto, de manera análoga tenían mayor relación con un elemento y órgano permitiendo de esta manera que al presentarse algún exceso en el plano emocional éste se presentaba en su similar en el plano corporal.

Tan distinto es el modelo biomédico y la propuesta tradicional oriental que para lo que en nuestra actualidad es un pilar de la actividad de un responsable de la salud, es decir, el diagnóstico, en la antigua china era un síntoma de fracaso de la actividad misma. Se consideraba fracaso presentarse una enfermedad ya que al médico no se le pagaba si no mantenía sanos a los miembros de un hogar, en otras palabras, era una cultura de prevención en el más estricto sentido de la palabra.

Cuando fracasaba el acto médico procedían a las cuatro fases del diagnóstico; la entrevista, observación, escuchar y tocar para que, posteriormente, se buscaran otros indicadores que se basaban en el principio de polaridad Yin-Yang, interno-externo, frío-caliente, lleno-vacío, etc.

Como ya se mencionó, la esencia se divide en pre y postnatal. La primera, conformada por el espermatozoide y el óvulo al momento de nacer y que se depositan en testículos y ovarios y tendrá una estrecha relación con la esencia hormonal misma que dependerá de un mantenimiento equilibrado de la parte postnatal. Ese

mantenimiento será por medio de una alimentación que brinde equilibrio nuevamente con el Yin (alcalino) y el Yang (ácido).

Es de esperarse que el lector a estas alturas del trabajo espere encontrarse con una definición que “sustituya” o sea una alternativa a las presentadas al principio de este apartado por la tendencia que se ha venido desarrollando, sin embargo, coincido con Juárez (2002) en cuanto a cometer un error, o mejor dicho, el error de conformar una definición determinista que por lógica deje fuera algunos aspectos.

“No solo resulta difícil establecer una relación causal entre los factores psicológicos sobre el sistema inmune y el establecimiento de una enfermedad psicosomática, sino que además es muy arriesgado definir qué es una enfermedad psicosomática, porque implica en un momento dado dejar de lado aspectos que influyen en su constitución, quedándose corta en su concepción” p. 151

Parte del problema al momento de intentar realizar una definición es debido a que en estas se maneja “sutilmente”, por motivos prácticos, la etiología de la enfermedad, no obstante, el abordar lo psicosomático, como hemos visto, nos obliga a estudiar de manera epistemológica sus relaciones que dan origen a las mismas, sus procesos, etc., haciendo tan compleja esa tarea al grado de ser arriesgado formarlo en unas cuantas líneas. Sin embargo, esta autora maneja una opción:

“Las enfermedades psicosomáticas, en sentido estricto, son aquellas cuya manifestación y desarrollo están bajo la influencia demostrable de factores psicosociales. Ello significa que no toda persona que sufre asma está enferma psicosomáticamente, y que tampoco es cierto que el diabético padece una enfermedad puramente física.”pp 151-152

De esta manera considero que más que diseñar una definición alternativa lo preponderante es trascender la percepción del ser humano dividido por la de una

unidad que al ser y percibirse separada enfermó en sí, lo anterior en alusión a la propuesta de Dethlefsen y Dahlke en relación a que no es correcto siquiera decir enfermedades, en cambio, la enfermedad es una, el desequilibrio y los trastornos o síntomas son todo lo que conocemos por enfermedades.

Recordando lo que Osho propone, tenemos ante nosotros la alternativa de apoyarnos en expresiones y no solo en explicaciones para lograr reestructurar ese constructo llamado psicósomático, como lo encontramos en Solís (citado en López, op. Cit., p 99);

“Estas pautas de comportamiento lo que engendran son sentimientos y emociones como el coraje, la ira, la tristeza, la melancolía, la depresión, los rencores, los resentimientos, la amargura, el miedo, la soledad, hasta llegar finalmente al odio contra la vida. Dichos sentimientos, al ser depositados en el cuerpo, van a ubicarse en determinadas partes y en diferentes órganos a manera de energías donde empezaron a bloquear el fluido natural de ese cuerpo. La onda vibratoria de dicha emoción, al ser constante, puede llegar a profundizarse lo suficiente como para llegar hasta la célula y actuar ahí de tal manera que lo que va a ocasionar es un cambio en la red de cooperación de las células, es decir, puede ocasionar un cambio en la información genética de la misma. La emoción, por tanto, puede cambiar la memoria, llegando a gobernar la red de cooperación, formando por consiguiente una nueva célula que cambia y altera el funcionamiento de la red a través del sistema endócrino, inmunológico o sistema nervioso central, tomando por lo tanto un efecto ya a nivel orgánico, lo que se va a manifestar como una alteración orgánica que trae como resultado una particular forma de enfermarse.”

Vemos así que lejos del estereotipado sentido con que se ha manejado el tema de emoción, con poca seriedad y relación con los temas “trascendentales”, relegado incluso al campo de lo “cursi”, resulta ser crucial al menos en una relación que determina el vivir de un ser humano, es decir, del tránsito de la salud a la enfermedad, por este motivo considero oportuno revisar lo relacionado con el tema.



## 2.4 Emociones

Si continuamos respaldándonos en las propuestas que revisamos anteriormente acerca de una epistemología diferente a la que predomina en la actualidad, podemos decir que a partir del parto, el humano continúa con un desarrollo biológico que será determinado, en el más amplio sentido de la palabra, por esta “filtración” social hecha por los padres. Podemos decir que se da una herencia de costumbres, ideas, hábitos, patrones comportamentales, es decir, una herencia no solo con perfil genético sino como suele denominársele, “herencia social” (sin olvidar lo devastado que le vamos dejando la geografía y clima a cada generación venidera). Es entonces que en la familia se tejen los lazos afectivos primarios, los modos de expresar el afecto, la vivencia del tiempo y del espacio, el lenguaje, es decir, donde se adquiere el significado de las cosas, objetos o situaciones, se adquieren conceptos que en otra familia se obtendrán con otras particularidades, como el amor, responsabilidad, conceptos que comprenden todas las dimensiones humanas más significativas.

Esta es por excelencia el campo de las relaciones afectivas más profundas y constituye, por lo tanto, uno de los pilares de la identidad de una persona que hará diferente a cada individuo, a cada historia de una persona<sup>13</sup>.

Encontramos entonces el por qué una persona ejerce la autoridad, por ejemplo, en su hogar de distinta forma que su vecino, es así que en cada familia se decide de manera peculiar qué tareas corresponden a cada sexo, a los jóvenes, a los ancianos, quién provee las necesidades, qué códigos de comunicación están permitidos ya sea gestuales, orales o el silenciamiento de emociones y sentimientos, el sentido de la vida y la muerte, la importancia de las fiestas, reuniones sociales o ceremonias.

---

<sup>13</sup> “La familia nuclear representa a su vez la concretización de un modelo económico de país que se ha venido impulsando donde el hilo rector tiene su piedra angular en la producción, la importancia del dinero como valor fundamental y la acumulación como motivación para alcanzar un estilo de vida”. (Herrera citado en López op. cit., p 320 )

Vemos pues que el contexto en el que un hombre contemporáneo nace y se desarrolla le instruirá que es lo que deseará o lo que le desagradará, lo que anhelará y lo que ignorará, lo que lo hará sufrir, llorar, reír, gozar, odiar, envidiar, intimidar, es decir, lo que se presente ante su humanidad y la forma tan particular o tan general que lo sienta, lo perciba, lo “razone”, lo viva. El ser humano tendrá contacto con eso que le indicará lo que debe ser, el “deber ser”.

De esta forma se puede decir que lo que actualmente conocemos como nacimiento de un ser humano (el parto) es un nacimiento “social” en donde el organismo entra de lleno a esta dinámica comenzando a afrontar ese mundo sostenido por los principios que en la mayoría de los casos me atrevería a decir están alejados de lo que un ser vivo requiere<sup>14</sup>. Principios implantados por medio de instituciones (iglesia, gobierno, etc.)

Continuando con lo anterior podemos recordar lo mencionado por Capra acerca de que el producir conocimiento y su forma de alcance estarán condicionados por el estado de ánimo, encontramos entonces que todas las primicias económicas, políticas, religiosas, científicas se construyeron bajo un estado de ánimo de los que tenían el poder de hacerlo en su momento.

Retomando aquí la idea de que la mente no es exclusiva del cerebro sino que se deposita en todo el cuerpo y por ende sus instancias, nos encontramos con cuerpos que han ido creciendo (esta última característica de un organismo viviente) pero moldeados por lo social, moldeados en el mejor de los casos, (reprimidos, maltratados, despreciados, abandonados, abusados), es decir se da una construcción social del cuerpo por intereses alejados de los principios y necesidades biológicas y recargados al extremo en principios que tienen como

---

<sup>14</sup> Julio I. Flores (citado en López, op. cit., p. 191) menciona que existe una realidad cultural previa y posterior al hombre que es mortal, pero paradójicamente se inmortaliza a través de sus bienes culturales.

prioridad, competir, vender, buscar una libertad por encima de la vida misma, una libertad que lo único que te permite es consumir más, o al menos anhelarlo.

Coincidiendo con lo anterior se estaría obligado a revisar la vida emocional del ser humano si se quiere tener mayor conocimiento de cómo es que las personas desarrollan esos procesos llamados enfermedades. Es precisamente la palabra desarrollo quien se torna importante en esta parte del trabajo ya que como lo veremos, un ser humano nunca deja de ser emocional, por esta razón, de la misma manera que como se hizo al citar la postura marxista en forma de apoyo pero con restricciones, considero prudente auxiliarme de la propuesta que hace Sroufe (2000) en relación al tema.

#### **2.4.1 Emoción y desarrollo**

Sroufe decidió estudiar lo referente a la emoción a manera de su desarrollo. Desde su perspectiva, la importancia que se tiene al hacer una revisión de este tema es debido;

- 1) “A que ilustra la naturaleza fundamental del desarrollo como tal
- 2) Pone de manifiesto el vínculo entre el estudio del desarrollo normativo y la comprensión de las diferencias individuales, y
- 3) Porque el desarrollo emocional es fundamental en el estudio sobre la adaptación individual y la sicopatología” p11.

Este autor parte del supuesto de que el desarrollo es la naturaleza de la transición de una etapa a otra, surgimiento de formas nuevas, es decir, que en una perspectiva de desarrollo “existe la inquietud por la convergencia, coordinación e integración de varios hilos de cambio *conductual* en el tiempo” p. 4.

La literatura interesada en este tema ha arrojado algunos cuestionamientos para dirigir el estudio de “la dinámica de la emoción” en el desarrollo, como las propuestas de Nico y Tinbergen (1951, citado en Sroufe, op. cit.):

- “¿Por qué presenta el animal dicha conducta?”
- ¿Qué causó la reacción?
- ¿Cómo creció para responder así?
- Hacer una revisión de los pasos de la conducta en la vida del animal
- ¿Por qué su clase se comporta así?
- Determinar los orígenes evolutivos de la conducta” p. 5

Pero, como es de esperar, al momento de iniciar preguntándose ¿qué es una emoción?, surgen distintas posturas teóricas, de modo que cuando se describe de manera conductual es común encontrar una cadena de sucesos como la siguiente:

Estimulo en contexto → proceso cognitivo → sentimiento experimentado → conducta

Izard (1978, 1990 citado en Sroufe, op. cit., p. 14) por su parte resalta en su propuesta la función comunicativa de la emoción humana:

Suceso → percepción simple (cognición) → cambio facial → sentimientos / conducta

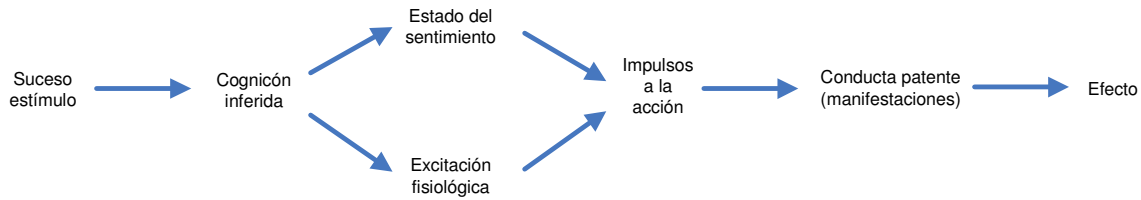
No obstante, Arnold (1960, citado en Sroufe, op. cit., p. 16) define la esencia de la emoción como una tendencia sentida hacia la acción:

Suceso → valoración intuitiva inmediata → reacción conductual / fisiológica → valoración cognitiva continua

Otro ejemplo es Mandler (citado en Sroufe, op. cit., p. 16), quien pone de relieve el “análisis de significado” en la instigación de la emoción:

Suceso → excitación (por interrupción de plan) → análisis de significado → sentimiento etiquetado

Plutchik (1983, citado en Sroufe, op. cit., p. 17) al contemplar que las emociones pueden definirse sólo como cadenas complejas de sucesos elaboró este esquema:



Sin embargo, Sroufe considera que no se debe determinar cuál ha sido el esquema ideal sino apoyarnos en ellos para obtener uno más complejo.

El *Webster's international dictionary* define a la emoción “como una desviación fisiológica de la homeostasis que se experimenta subjetivamente con sentimientos intensos y se manifiestan en cambios neuromusculares, respiratorios, cardiovasculares, hormonales y otros cambios corporales, preparatorios de actos patentes que pueden o no llevarse a cabo” p. 17.

A parte de estas propuestas, el autor elabora otra para basar su descripción del desarrollo emocional, de esta manera, considera que la emoción podría ser una reacción subjetiva a un suceso sobresaliente, caracterizado por cambio de orden fisiológico, experiencial y patentemente conductual.

Además, el autor establece como emociones básicas universales las siguientes:

- Interés-Excitación
- Rabia-Enojo
- Vergüenza-Timidez-Humillación
- Goce-Alegrías
- Fastidio-Cambio repentino
- Espanto-Sorpresa
- Desprecio escarnio (burla)
- Culpa-Remordimiento

- Zozobra-Angustia
- Miedo-Terror

En cuanto a su función, basándose en la teoría darwiniana, sería para el fomento de la seguridad, el dominio del ambiente y el éxito reproductivo animal, pero se han considerado estas otras funciones;

- La comunicación de estados internos
- Estimular la competencia exploratoria y
- Alentar las respuestas adecuadas a emergencias

Bajo esta perspectiva se considera que el papel fisiológico es dar inicio a una respuesta emocional y que los cambios formen parte de una reacción total.

A todo esto, se considera que tanto la naturaleza general del desarrollo cerebral postnatal como los detalles emergentes relacionados con la maduración e integración de diversas estructuras y rutas tienen implicaciones notables para el desarrollo emocional. Por ejemplo, “en los tres primeros meses, con la elaboración dentrítica de neuronas corticales, alrededor de los diez meses, con la maduración de los lóbulos frontales, el desarrollo del sistema nerviosos simpático y el establecimiento de interconexiones corticolímbicas básicas, o, en el periodo de párvulo, con la completa maduración de estructuras líbicas y el desarrollo acelerado del sistema nerviosos parasimpático” p. 86.

El fundamentarse por medio de lo fisiológico supone entonces que las emociones como tales se presentan después de la primera mitad del primer año de vida ya que las emociones representan transformaciones de reacciones anteriores, reacciones preemocionales o no emocionales. Después, acumulando más significados se llega a las emociones precursoras y así hasta llegar a las emociones principales.

El autor considera así que las emociones “verdaderas” no comienzan hasta que se ha hecho una diferenciación entre el “sí mismo” y el medio circundante, es decir, hasta que surge la conciencia o la conciencia rudimentaria. Cuando no se hace distinción alguna entre la experiencia interior y el entorno no puede hacerse “conexiones”, en otras palabras, no hay relación Sujeto-Objeto, y no hay relación emocional. Es decir que hasta antes del medio año solo se presentan afanes de sobrevivencia (dolor, hambre, restricción física), no se presenta emoción, dependiendo del efecto hacia el entorno de lo anterior se puede presentar placer, cautela o reacción de frustración, es decir, emociones precursoras y al ir desarrollando el crecimiento fisiológico y haciéndose más compleja la experiencia con el entorno madura la emoción sin “desalojar” las emociones precursoras (alegría, miedo, enojo). Con esto se puede decir que las emociones no aparecen sino que se desarrollan.

La “modulación de la tensión” es la fase que eslabona este proceso evolutivo...

Reacciones preemocionales → emociones precursoras → emociones principales

...ya que se da por el enfrentamiento a una situación nueva, donde se presentan complejas reacciones motoras, sensoriales y automáticas (como orientación de los receptores sensoriales, aquietamiento muscular, desaceleración de la frecuencia cardíaca, etc.) que elevan la capacidad de procesar y responder a la información ambiental. (Grahm y Clifton, 1966, citado en Sroufe, op. cit., p. 114)

Es decir, se contempla lo social por el ambiente o contexto y lo cognitivo por la interpretación o evaluación de lo anterior.

Las interpretaciones sociales, entonces, comprenden los componentes expresivos evidentes de liberación de la tensión, en otras palabras, explican por qué sonreímos y no doblamos los dedos de los pies cuando sentimos placer.

Si consideramos que el manejo de la tensión de un niño depende de los individuos que lo rodean pero más específicamente de la presencia y disponibilidad de la persona que lo atiende, con quien tiene más contacto, encontramos a la relación Bebé-Cuidador como la piedra angular en las diferencias individuales de las personas que conviven incluso en la misma familia ya que esa presencia y disponibilidad de una persona estará sujeta al tiempo y espacio, cambiará.

Es así que las raíces de las diferencias individuales en la autorregulación de la emoción se sitúan en las pautas distintivas de la regulación diádica, del tránsito de la regulación diádica a la autorregulación.

Al no tener conciencia de los objetos por no conocerlos, el recién nacido no puede experimentar emociones, al menos bajo las definiciones propuestas. No obstante, se cree que no solo es un cúmulo de alivio de malestares sino también una búsqueda de estímulos en esa primera etapa.

El significado del suceso resultaría ser el causante de la excitación emocional pero esto no podría lograrse sin el notable desarrollo de la memoria.

El proceso de adquirir un conjunto de reglas, valores y, en última instancia, de principios (conformadores del significado) así como el de utilizar tales normas como guías de la conducta, tienen lugar durante todo el tiempo en que transcurren la niñez y la adolescencia. No obstante, durante la etapa preescolar se hacen adelantos muy considerables hacia la conducta regida por normas, hacia la mitad del segundo año, los párvulos muestran que ciertas actividades están prohibidas.

Es por esto que dos individuos pueden empezar de modo parecido y desviarse o comenzar en veredas principales diferentes y tener al final pautas de adaptación semejantes debido a algunos recorridos posteriores y exposiciones en el desarrollo.



Es así que el manejo de la tensión, la flexibilidad con la que se estructuró la personalidad de un ser humano será la clave para el mantenimiento de la salud.

El ejercicio de la predicción sería más fácil al proponer qué tipo de emociones predominarán, por ejemplo, en la vida de individuos pertenecientes a una sociedad en donde los padres expresan prohibiciones cada nueve minutos a sus bebés (Power y Chapiesk, 1986, citado en Sroufe, op. cit., p. 249), en la etapa en la cual se considera surge la personalidad.

“...esta es la edad en la que llegan a consolidarse los estilos peculiares de la regulación emocional, evitando situaciones excitantes emocionalmente y renunciando a sentimientos de enojo o miedo mientras que otros muestran desregulación crónica, ansiedad difusa, falta de límites interpersonales, etc. Tal coherencia en la organización conductual, así como ciertas expectativas vigorosamente desarrolladas en lo que respecta al yo y al mundo social aproximadamente a esta edad, permiten hablar del surgimiento de la personalidad...el niño interioriza no sólo los valores afirmados por los padres y las conductas que ellos les elogian o prohíben, sino también las pautas prácticas de la regulación diádica. Dicha interiorización es tanto fisiológica como cognitiva e influye sobre las orientaciones básicas (expectativas) y las respuestas afectivas a las situaciones interpersonales, así como sobre las creencias y los valores más conscientes; y también influye en las actividades así como en el estilo conductual. El resultado son las variaciones individuales en la aceptación de los sentimientos, el alivio de la excitación emocional (en contextos sociales y no sociales) y, en general, la regulación de la emoción” pp 267, 288.

Está claro que las ideas centrales del trabajo Sroufe se presentaron porque las considero importantes en la comprensión de la historia emocional de las personas, como la modulación de la tensión, de la energía a fin y al cabo, sin embargo no está de más aclarar que debido al corte conductual que maneja es de entender que se apoye en sustento fisiológico y por lo tanto, al momento de revisar su

propuesta de la emoción como factor para el estado de salud de una persona se limita al plano mental al aseverar que es importante tener conocimiento del desarrollo emocional para la comprensión de la adaptación del individuo y su psicopatología, descartando el plano corporal.

#### **2.4.2 Emoción, aceptación o negación**

Por su parte, con una propuesta que contempla con mayor interés la relación entre el cuerpo y los estados emocionales, encontramos que Singrid Lange (2001) define a las emociones de la siguiente forma:

“Son sentimientos fuertes que nos quieren *mover*<sup>15</sup>. Se diferencian de los demás sentimientos por la mayor carga energética que poseen y no por el contenido” p 185.

Como podemos ver esta definición coincide en puntos como el movimiento y la energía con la postura oriental.

Además deja claro que cualquier sentimiento cuya duración deja de ser puntual, puede transformarse en estado de ánimo, manifestándose en las personas en forma casi permanente.

Para esta autora existe una secuencia vital en los humanos en el sofisticado fenómeno de la comunicación;

Percibir – Sentir – Expresar (reaccionar)

Sin embargo, los componentes de esta secuencia sufren alteraciones que ponen en peligro el equilibrio emocional y por ende la salud de las personas.

---

<sup>15</sup> La cursiva es de la autora

Se puede presentar un desajuste, por ejemplo, cuando el niño confronta su percepción con la de alguien de mayor edad y es sujeto a una descalificación perdiendo de esta forma la “propia referencia interior”, ya que la percepción que se impone es la de mayor autoridad.

El condicionamiento cultural y social puede reprimir y alterar el cuerpo emocional<sup>16</sup>, esto, debido a códigos culturales considerados equivocados como el de cometer un pecado por desear disfrutar un cuerpo carnal o caer en lo antisocial, loco, antiespiritual, malo, por ser capaz de sentir cualquier sentimiento y expresarlo.

Como muestra encontramos los resultados del estudio ya mencionado de la obra de Sroufe acerca del promedio de prohibiciones hacia un niño pequeño de parte de sus padres en un día común.

De esta manera se puede decir que existen prejuicios y pensamientos limitantes del cuerpo, porque la educación, al menos occidental, realiza una categoría de los sentimientos en buenos y en malos.

Lo anterior resalta, a juicio personal, la tesis central de Lange, es decir, el que no existe ningún sentimiento malo, ya que por medio de un autorreconocimiento y una total aceptación de los sentimientos experimentados se puede llegar a la curación emocional.

Por eso de la importancia de esa secuencia vital de la comunicación ya que desde su primer componente, la percepción, se presenta el condicionamiento cultural al valorar que es bueno y que es malo y en base a esto se dará lugar a la forma de

---

<sup>16</sup> “Conjunto de herramientas energéticas propias para guiarnos en el mundo”. (Lange, op. Cit., p185)

sentir o no sentir y a su vez de expresarlo o no, en otras palabras, que se presente una represión<sup>17</sup>.

Lo anterior es un mecanismo de protección que nos protege del exceso emocional en situaciones límites. Es de esperarse que en occidente se abuse de este mecanismo por lo ya mencionado antisocial, antiespiritual, etc.

Entendiéndose como secuencia, se presenta así un fluir de energía, de esta manera es necesario canalizar esa carga emocional reprimida y al no haber permiso para sentir, se presenta la somatización en mayor o menor grado en el cuerpo.

La represión emocional presentada en la vida real nos orilla a una válvula de escape emocional artificial, como lo podrían ser las películas de terror, de pánico, con contenido violento, sexual, llenas de sentimentalismo en las que se logra expresar lo que en lo cotidiano es casi imposible y se sustituye el sentir por la preferencia, la alabanza o la misma premiación (del material), Condicionando aún más esta secuencia.

Es así que existen tres formas de represión;

#### “Represión mental

“Cuando pienso debido a un concepto negativo”

- Sentimiento desagradable. “No lo quiero sentir”
- Sentimiento antiespiritual. “No lo debo sentir”
- Sentimiento antisocial. “No lo puedo sentir ni expresar”

#### Represión energética

---

<sup>17</sup> Como la “evolución” de la que ha estado sujeta la relación del hombre y su vivencia y concepción del dolor, o la misma salud que tanto Illich como Boltanski proponen.

Ejemplo: cuando se presenta la angustia se coloca una “tapa” energética a la altura del pecho.

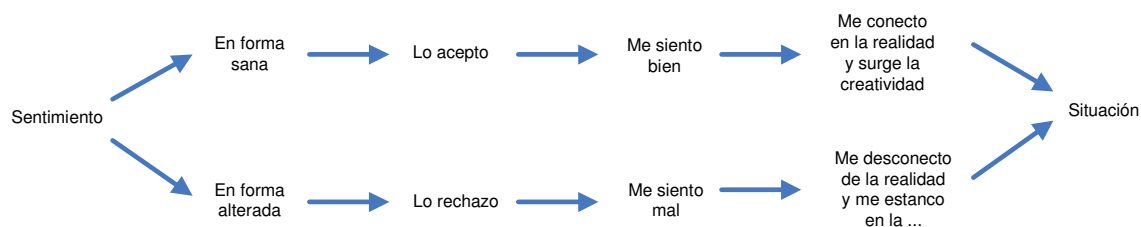
### Represión corporal

- Disminución de la capacidad respiratoria
- Tensión muscular
- Actividad corporal frenética
- Varias actividades “para olvidar” p. 30

Siguiendo la lógica de la inexistencia de sentimientos malos y la represión como inadecuada alternativa por su uso excesivo, la propuesta es una “integración emocional”. Esto sería la clave para llegar a la curación emocional, una incondicional aceptación hacia todo lo que sentimos, durante el tiempo que sea necesario.

Aparte del pensar para tener disposición de abrirnos a sentir cualquier sentimiento están los recursos del humor, confianza en la propia fuerza, aprendizaje, lo místico, la desidentificación e investigación y el disfrute.

A continuación se presenta un esquema propuesto por la autora que contrasta el camino de la aceptación del sentimiento o su represión.



(Lange, op. cit., p. 33)

Es así que Lange divide en cinco grupos a los sentimientos mismos que subdivide en su función sana (aceptación) y su forma alterada (represión).

El primer grupo lo denomina “los grandes sentimientos ancestrales de exigencia”, los considera ancestrales porque hasta los animales y plantas tienen la capacidad de sentirlos.

Dentro de este grupo se encuentran emociones que maneja la teoría de los cinco elementos, como lo es el miedo, la rabia y la tristeza.

La función sana del miedo es básica ya que cuida la integridad física por medio de la huida, ataque de defensa y parálisis. Desafortunadamente hoy en día se tienen miedo a tener miedo, rabia, dolor, abandono, etc.

Su forma alterada se manifiesta al no reaccionar. Nuestra sociedad se basa en gran medida en las alteraciones del miedo debido a los cimientos de la religión judeocristiana. El no reaccionar se refiere a que queda estancado o cristalizado en las reacciones básicas que son:

- Huída; no afrontar
- Ataque; agresividad con los demás
- Parálisis; vidas rígidas, acorazados corporales

Los sentimientos ligados al miedo son la inseguridad y la desconfianza.

La función sana de la rabia es la autodeterminación para poner límite a situaciones, mientras que su forma alterada se presenta al no tener esa autodeterminación

Lo que a continuación se presenta describe con más detalle una manera de realimentar la forma alterada de este sentimiento volcado a emoción o estado de ánimo:

“En todas las jerarquías autoritarias de esta sociedad (iglesia, familia, educación, organismos estatales, cuerpo militar, empresas) se usa el traspase de límites

hacia el subordinado, para que en su imposibilidad de poner un límite quede cada vez más sumiso, ya que junto con la rabia reprime su autodeterminación. El subordinado manifiesta el otro componente de la rabia: se siente impotente para cambiar nada y soporta los traspases de sus superiores” P.51.

Por otra parte, la tristeza en su función sana indica que estamos o perdimos algo. Equivale a la dimensión en que valoramos lo perdido. En su forma alterada no se valora lo que aún se posee. Se considera que este estado emocional encarna la desconexión con la existencia que metafórica y mitológicamente se le ha manejado como “la pérdida del paraíso”.

El segundo grupo está denominado como “los sentimientos de exigencia más específicos de las relaciones humanas”

En este grupo podemos encontrar a la culpa, la vergüenza, traición, confusión, asco y la injusticia.

“Los sentimientos de exigencia en la realización de nuestro potencial” es el tercer grupo y en el se encuentran el estrés, la responsabilidad, admiración-envidia, desgana-indiferencia-aburrimiento, agobio-fastidio, equivocación-fracaso, frustración-decepción-desilusión y la incapacidad.

En el cuarto grupo, “los sentimientos avisadores de situaciones internas”, podemos encontrar a la angustia la cual en su función sana aflora en situaciones exteriores que afectan, avisando que se está reprimiendo las emociones activadas en esas situaciones, mientras que en su forma alterada encontramos una señal de represión emocional excesiva o porque tenemos que mantener bajo control demasiados contenidos emocionales alterados viejos y/o porque nos inculcaron el hábito de reprimir inconsciente y automáticamente.

El último grupo lo conforman “los tres grandes sentimientos vitales para el crecimiento” los cuales son el Amor-Odio, Agradecimiento y las Ganas-deseos-anhelos.

El amor en su función sana “es la energía creadora, unificadora y curadora más potente que existe”, mientras que en su forma alterada (odio) estando “acumulado provoca comportamientos perversos como el disfrute del sufrimiento de los demás, para lo cual serían provocados a propósito en sus formas más brutales, castigo físico, abuso sexual, tortura, atentados contra la naturaleza, etc” p. 164.

No está de más señalar que cuando el estado de ánimo se asemeja a algún sentimiento de exigencia significa que está presente una desintegración emocional, o sea, un desequilibrio. Desafortunadamente aunque no estuviera presente algún estado de ánimo de estas características sería muy difícil encontrarse en un genuino sentimiento de bienestar debido a que en occidente, culturalmente hablando, se ha cultivado un umbral de disfrute muy reducido aprehendido desde la infancia y adolescencia que entorpece aún más la tarea de llegar a una “conexión” con “el éxtasis emocional”, como lo maneja Lange, y que interpreto como lo equivalente a salud.

Como podemos apreciar, aunque maneja de manera menos apegada a términos conductuales y fisiológicos el tema de la emoción, en Lange seguimos encontrando la limitación a enunciar que situaciones como la disminución de la capacidad respiratoria, tensión muscular o actitudes corporales frenéticas son algunas de las consecuencias más significativas que pueden presentarse somáticamente como consecuencia de algún acontecer emotivo.

### **2.4.3 En el cuerpo, en la mente**

Sin embargo, existen autores que demuestran de manera congruente que ambas posturas revisadas anteriormente más que estar enfrentadas contienen elementos que permiten crearnos un concepto más amplio de lo que es emoción.



Como ejemplo tenemos que Rivera (2004) realiza un trabajo que se preocupa específicamente en la etapa donde se le confunde al sujeto con esa ambivalencia que se presenta gracias a la divulgación de la permisividad que permite el modo de producción capitalista y la represión otorgada por instituciones como la educativa, de salud y religión. Me refiero a la adolescencia, concepto que no tiene gran antigüedad debido a que a diferencia de la pubertad, experiencia universal con un orden en su mayoría biológico, este concepto también está determinado por lo social. La afirmación de que no es antiguo como término se debe a que es un constructo resultado del reordenamiento social provocado por el establecimiento del modelo de sociedad presente.

Después de haber tenido participación en muchas de las actividades de los mayores, a los individuos que ahora se les denominaban adolescentes se les separó prácticamente de la vida adulta y se les buscó un espacio en la escuela, templo del positivismo. Esto es, pasar de un estado de reconocimiento y valoración a un estado de desconfianza y rechazo colectivo.

Se le denomina moratoria social al tiempo que le da la sociedad al adolescente para que desarrolle las herramientas necesarias para lograr la inserción social en la adultez.

Ahora era el mundo institucional el que se encargaría de vigilar gran parte de su desarrollo. En papel social, estas instituciones son las encargadas de inculcarles valores como la competitividad, normas, etc., que lo orillan a dejar de ser él mismo, negarse a todos los niveles, incluso corporalmente hablando, flagelarse y sufrir<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Herrera (citado en López, op. cit., p. 318) considera a la institución como uno de los mecanismos que se encarga de significar socialmente los hechos al afirmar que “las ideas científicas no se fijan solo para los científicos, se convierten también en conocimientos que se introyectan a los sujetos”.

Por esta razón podríamos decir que el adolescente está determinado por procesos sociales y culturales, solo que hay que aunar el hecho de que los grupos primarios de socialización, como lo es la familia, han sido desplazados aún más por otros factores o artefactos incluso, como la televisión, además no hay que olvidar al plano económico como otro agente que determina el patrón conductual, emocional, en fin, global de un individuo de esta cronología.

Es muy común que esta etapa sea la edad donde exista mayor confrontación entre las necesidades genuinas, naturales, reales y las ideadas, las que se le instruye y obliga a seguir el resto de su vida si es que quiere llegar a ese lugar que se le ha prometido, la adultez y todos sus privilegios, inserción social, en otras palabras<sup>19</sup>.

Por medio de la racionalidad es que podrá alcanzar esa meta, esto es, renunciar a lo ajeno a la razón a costa de cuerpos cada vez más maltratado y alejados de la parte intuitiva por medio de ridiculizaciones. Pero lo anterior son cosas de las cuales no podrá desprenderse, en todo caso reprimir porque si no dejaría de ser un todo, un ser vivo.

Eso es lo que lo confunde, lo que lo hace buscar alternativas que en muchas de las ocasiones solo encuentra en un plano simbólico imaginario, como la elección de un género musical que le permite hacer lo que no le permiten en lo concreto.

Contamos entonces con un sujeto que lejos de poder canalizar positivamente posibles agentes nocivos que arrastra desde la infancia, tendrá que reprimirlos por un compromiso social que le es obligado a firmar, y no solo eso sino que también se encuentra en una etapa que lo localiza en un campo fértil de conflictos como la presentación social (corporalmente hablando en relación a los procesos de

---

<sup>19</sup> “El que la ciencia y la tecnología avalen el consumo de productos para las necesidades básicas facilita la mercantilización y materialización de los patrones de comportamiento, esto es, desde los más concretos, tales como la pareja, la sexualidad, la salud, la muerte, la educación, el comer, etc., hasta los más subjetivos, como el amor, la belleza, la inteligencia, las emociones, etc.” (Solís, citado en López, op. Cit., p 94)

obesidad, anorexia, etc.), la estigmatización del deber ser (alguien en la vida) y que la cultura del sufrir lo instruye a sobrellevarlo todo, a sufrir para lograrlo, guardando, recargando esa memoria corporal o expresando lo su cuerpo con acné, asma, etc.

Si seguimos este orden de ideas podemos percibir que dentro de la relación Salud-Enfermedad y del desarrollo humano el aspecto emocional resulta tener mayor “peso específico” del que comúnmente se maneja. Cuando digo “comúnmente” me estoy refiriendo en mayor grado a la postura científica que se especializa en estudiar cualquier trastorno en la salud de un individuo y que por razones “objetivas” descarta cualquier posibilidad de contemplar a los estados emocionales como agentes etiológicos netos no solo de cambios poco significativos del estado de salud sino también de padecimientos crónico degenerativos.

Por este motivo a continuación se presenta una teoría de la medicina tradicional de oriente que encuentra en los órganos del cuerpo humano y las emociones una relación que propone acercarnos a una descripción de los procesos de las enfermedades mismas.

## **2.5 Cinco elementos**

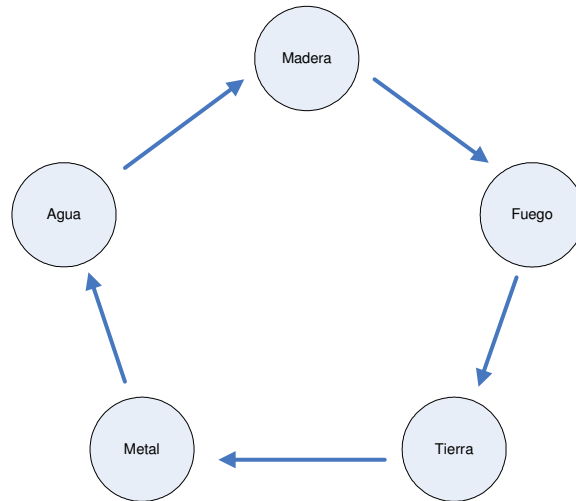
Como ya se mencionó, la teoría de los cinco elementos representa cinco fases, movimientos o transformaciones de la energía (Chi, Ki o Qi). Esta teoría tiene un sostén filosófico que data de hace 5000 años antes de nuestra era, se sostiene en la analogía del universo con el cuerpo. Así como la ciencia solo se ha limitado a aceptar analogías como la de que tanto el planeta como el cuerpo están conformados por un 75% de agua. La analogía que propone esta teoría contempla una relación entre órganos y elementos la cual está regida por el equilibrio entre lo endógeno y lo exógeno, el equilibrio del frío y del calor, de la cual ya se hizo mención. Se trata del principio de la salud orgánica y emocional ya que esta relación incluye el gusto, colores, tipo de actitud y estados emocionales. (Ver tabla 2.4)

| Cualidad de la energía elemental | Madera                | Fuego                           | Tierra                     | Metal            | Agua                            |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------|---------------------------------|
| Órgano yin                       | Hígado                | Corazón                         | Bazo-Páncreas              | Pulmones         | Riñones                         |
| Órgano yang                      | Vesícula biliar       | Intestino Delgado               | Estómago                   | Intestino grueso | vejiga                          |
| Sabor                            | Agrio                 | Amargo                          | Dulce                      | Picante          | Salado                          |
| Funciones vitales                | Sistema Nervioso      | Sangre, glándulas endocrinas    | Digestión, linfa, músculos | Respiración      | Sistemas reproductor y urinario |
| Color                            | Verde                 | Rojo                            | Amarillo                   | Blanco           | Negro                           |
| Estación                         | Primavera             | Verano                          | Final de verano            | Otoño            | Invierno                        |
| Apertura                         | Ojos                  | Lengua-Garganta                 | Labios-Boca                | Nariz            | Oídos                           |
| Característica mental            | Emoción, sensibilidad | Fuerza de voluntad, creatividad | Claridad                   | Intuición        | Espontaneidad                   |
| Emociones clima                  | Rabia/amabilidad      | Odio/alegría                    | Angustia/empatía           | Aflicción/valor  | Miedo/tranquilidad              |
|                                  | Viento                | Calor                           | Humedad                    | Sequedad         | frío                            |

**Tabla 2.4** “Las cinco energías elementales y algunas de sus cualidades y relaciones asociadas”. (Reid, op. cit., p. 82)

La correspondencia con los elementos se le conoce como primigenia (intergeneración o creación), es el principio de la creación de las cosas entre los órganos del cuerpo y los cinco elementos. Es una relación de origen y continuidad perfectamente funcional en sus componentes. Este origen nace con un principio de cooperación y ayuda mutua entre los órganos.

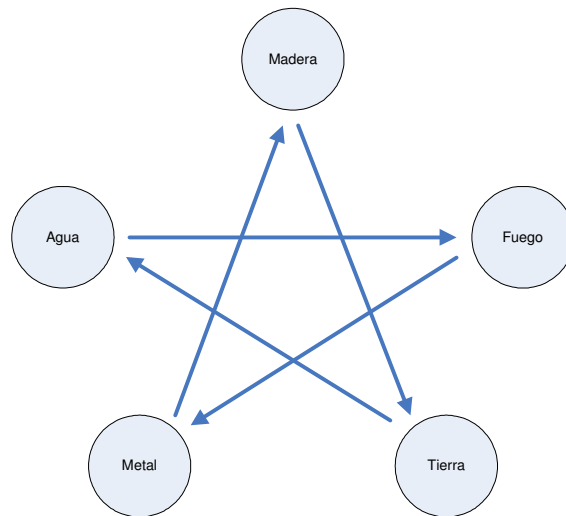
“la madera alimenta al fuego (por medio de la combustión),  
el fuego produce tierra (al agotar su expresión se convierte en cenizas),  
la tierra produce metal (minerales),  
el metal produce agua (al filtrar),  
el agua alimenta a la madera” (hasta hacerla crecer)



Pero sucede que la relación con la naturaleza, el entorno, de los individuos se ha alejado de ese principio de cooperación pasando a la competitividad, ambición, conquista y esta alteración repercute en el órgano pasando a ser dominado por una emoción.

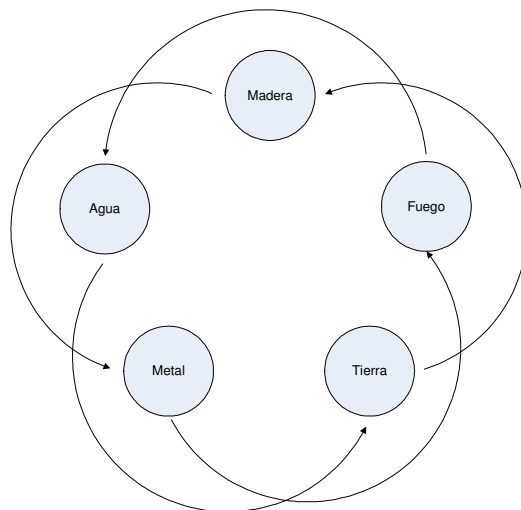
Se da entonces el ciclo de interdominancia (control, destructivo) ya que aquí el que apoya o es gestor puede ser dominado debido a la pérdida del equilibrio energético procedente de un elemento endógeno o exógeno. Es una relación donde el origen puede ser de una continuidad lógica, por ejemplo:

“Agua domina al fuego (porque lo apaga),  
 el fuego derrite al metal,  
 el metal corta la madera,  
 la madera debilita a la tierra (porque la penetra)  
 la tierra estanca al agua” (o la absorbe)



Existe otro el cual va en contra del ciclo generador, a la inversa de las manecillas del reloj, este es el de contradominancia:

“La madera daña al metal,  
 el metal daña al fuego,  
 el fuego daña al agua,  
 el agua daña a la tierra,  
 la tierra daña a la madera”



Siguiendo con una tendencia oriental encontramos que un adecuado estado de salud no se dicotomiza; sin embargo, sí existe una clasificación que incluye la base interna (energía de salud y tejido débil) cuya causa es el cuerpo débil, capacidad de resistencia y los siete sentimientos (contento, enojo, melancolía, ansiedad, aflicción, terror y susto), la base interna- externa causada por la alimentación, trabajo, descanso y vida sexual, y finalmente la base de las causas externas (energía patógena) referente a seis factores patógenos, parásitos, traumatismos, daños por animales y el factor pestilencia.

Si revisamos detenidamente lo anterior notaremos que el modelo biomédico se ha recargado más en atribuirle el mal estado de salud de las personas a las causas externas descalificando toda aproximación hacia lo que los chinos denominaron base interna.

La energía entonces, forma parte del desarrollo de un desequilibrio en una persona y esto lo hace, de entre otras maneras, por medio de la emoción. Pocos podrían objetar a la aseveración de que las emociones se desencadenan por el contacto sensorial, los cinco sentidos, sin embargo, el proponer que una emoción puede provocar daños severos a nivel orgánico produce incomodidad en el gremio biomédico.

Tomando en cuenta que esta teoría contempla lo exógeno y lo endógeno como elementos que brindan un mantenimiento o desajuste en el equilibrio o el “dorado término medio” por medio del principio de cooperación y ayuda, y asumiendo que cada momento como humanidad, sociedad, familia, individuos nos alejamos más de ese equilibrio, resulta crucial localizar los componentes de nuestro obvio mal proceder ya que todas las instancias responsables de construir nuestros hábitos, normas, etc., se rigen del principio antagónico. (Reid, op. cit.)

Esta teoría considera al cuerpo como un microcosmos que se integra en una relación armoniosa con estos elementos, cuando estos últimos se destruyen en el

planeta, el cuerpo también vive las consecuencias, desequilibrio energético. (López, op. cit). El clima, las estaciones del año, la alimentación y la forma de respirar también están relacionados.

De esta manera se considera que un exceso o cambio brusco en las condiciones del entorno pueden convertirse en mal para la persona. Así entonces, se deben tomar medidas preventivas durante la primavera por el viento (relación madera), en invierno con el frío (relación agua), en verano con el calor (relación fuego), a final del mismo verano con la humedad (relación tierra) y en otoño con la sequedad (relación metal).

Por ser la diabetes tema central de este trabajo cabe recalcar que bajo esta postura se considera que la humedad interna se debe por consumo excesivo de alcohol, café, té, frutas muy frías y refrescos azucarados ya que el azúcar blanco refinado puede obstaculizar la actividad del bazo y páncreas. Es por esto que “el mal húmedo interno generado por las formas concentradas de azúcar es considerado como una de las principales causas de diabetes, y su consumo habitual produce al mal del fuego, que quema las glándulas suprarrenales y provoca una grave inmunodeficiencia” (Reid, op. cit., p. 90)

Haciendo un análisis breve podemos ver que en cuanto a los elementos, estos han sido catastróficamente devastados o mejor dicho consumidos por el hombre dejados llevar por esos supuestos de que a la “naturaleza se le debe controlar y dominar” que la visión mecanicista y fragmentaria, “conciencia no participativa” como Berman menciona, hemos heredado.

Pero no solo los elementos son los que han sido alterados, la geografía en la que un hombre ciudadano vive se encuentra determinada en mayor proporción por cosas no naturales encontrando así que al ser humano se ha involucrado en una dinámica artificial, ajena a él, donde las prioridades son el acumular bienes, buscar el apego a una norma ya sea estética o económica, una vida de consumo, de apegos donde lo último que importa es lo que realmente necesita el cuerpo y que



los factores que tendrían que darle forma por medio del desarrollo a un recién nacido, la geografía donde nació, el modo en que se dan las estaciones del año o el clima, son ocultadas por todo lo social, creando así nuevas “necesidades” innecesarias para un cuerpo, no así para un cuerpo social.

La cultura, en el caso actual una cultura de consumo, establece las formas en las que se vive y se siente el cuerpo, a través de las autoridades médicas, religiosas, científicas, comerciales y políticas. Las formas en las que se concretan las normas pertenecen a cada individuo del grupo social. Cada uno hace su elección en el cuerpo de acuerdo con las mediaciones sociales y emocionales. Entonces, la representación simbólica se materializa en formas de ser, formas de amar, actitudes ante la vida, formas de alimentarse, de enfermarse y de morir. (López, 2000, pp 27-28) lo que creo yo que López nos dice con lo anterior lo interpreto como la construcción social de un cuerpo.

Es justificable entonces, el revisar de qué manera han contribuido las instituciones en la construcción de nuestra memoria, específicamente en este trabajo, al plano corporal, es decir, el cómo políticas alimenticias, por ejemplo, repercuten en los órganos directa o indirectamente, cómo mandamientos y creencias reprimen mis emociones, cómo me educan y no aprehendo la realidad, cómo la ciencia implanta leyes que hacen percibir de cierta manera al grado de hacer parecer que no existe relación alguna entre una cosa y otra, en este caso, entre órganos y emociones. Revisar entonces la historia de mis emociones y ver así si tienen relación con estado corporal actual resulta ser una tarea que, tal parece, está pendiente en la mayoría de nosotros.

## **2.6 Salud-enfermedad, una relación más compleja**

Retomando el tema de la diabetes mellitus bajo esta lectura epistemológica nos vemos obligados a tomar en cuenta la construcción de un individuo desde lo biológico y lo social no de forma fragmentaria sino de forma holista, incluyendo entonces la relación de la persona con su entorno.

Tenemos así que un momento histórico-social exigirá a cualquier ser humano que nazca en su espacio ser precisamente social, la familia entonces, se convierte por orden cronológico del desarrollo biológico de un hombre en el espacio primario socializador. Siguiendo con esto surge la pregunta ¿Cómo socializa la familia al individuo?, esto, siguiendo definiciones<sup>20</sup> como las que nos brinda Geertz (1973), se hace por medio de símbolos y significados, es decir, por medio de la cultura.

Por lo tanto “cada familia estructura sus formas de resistencia o resignación a la normatividad social perpetuando o alterando estos símbolos y significados”, entendiendo entonces que la familia acepta o rechaza ideales religiosos, aprende a formarse en los territorios políticos, afronta la vida de acuerdo a lo económico, etc. (López, op. cit., p 205).

Considerada entonces como un sistema, no ya como la sumatoria de personas que la componen, la familia es un sistema abierto que tiene múltiples intercambios con otros sistemas y con el contexto amplio en que se inserta; es decir, que recibe y acusa impactos sociales, políticos, económicos, culturales y religiosos.

Pero cada familia va leyendo o interpretando y adquiriendo homogénicamente la que pudiéramos denominar “sustancia activa” de estas reglas, normas, leyes que le impone cada sistema y de forma heterogénea en su totalidad. Esta homogeneidad y heterogeneidad serán filtradas al sujeto por medio de la educación, ya sea “formal” o “informal”.

Un claro ejemplo de esta interacción e interdependencia entre un sistema (persona) y otro (instituciones, transnacionales, etc.) lo podemos encontrar en la característica que comparte todo organismo, suministrar energía, aunque se haga

---

<sup>20</sup> Para Geertz “la cultura denota un esquema históricamente transmitido de significaciones (donde las significaciones representan el cuadro que un pueblo forja de cómo son las cosas en la realidad) representados en símbolos, un sistema de concepciones heredadas y expresadas en formas simbólicas por medios con los cuales los hombres, comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes frente a la vida” p.88

de forma diferente, entre los animales mismos<sup>21</sup>, el propósito es el mismo, en los humanos por ejemplo en el aspecto de la alimentación podemos encontrar que lo que determina el consumo de productos alimenticios de un habitante de una ciudad como la nuestra es toda una serie de factores menos el proveer de los recursos que necesita un humano de nuestras características y geografía. La información que a continuación presento ratifica lo expresado;

La llegada de los españoles vino acompañada de animales como el cerdo, el caballo, la vaca, el borrego, la cabra que propiciaron cambios de alimentación y en la tierra, flora y fauna de nuestra geografía, posteriormente con los proyectos de nación de cada administración que han gobernado al México independiente y que por su afán de industrializar al país y llevarlo a niveles comparables con el de las potencias mundiales se produjo, entre otras cosas, que gente del campo emigrara a las concentraciones de las grandes urbes para incorporarse a nuevos ritmos de vida que determinaba sus hábitos entre ellos el alimenticio llegando así a una transición y trasgresión del patrón alimentario (Torres, 2001).

El mismo Torres considera que “los grupos humanos definen su alimentación de acuerdo con deferentes circunstancias establecidas por la evolución cultural, el entorno físico y la disposición de recursos naturales y vegetales; esto crea hábitos y refuerza su arraigo en el tiempo” p. 142.

---

<sup>21</sup> Los cocodrilos por ejemplo pueden tener dos “comidas” en todo un año debido a que adquieren gran parte de la energía por medio de los rayos solares. Sería interesante saber de que tanto dependemos suministrarnos de energía solar directamente (directamente me refiero a exponernos a los rayos del sol) y cuantas personas están ajenas a este proceso por someterse a largas jornadas de trabajo tanto en fabricas como en oficinas. Para esto, “En 1967, en una reunión del Comité Internacional de Iluminación celebrada en Washington, C.C., tres científicos rusos presentaron los siguientes descubrimientos:

Si la piel humana no permanece expuesta a las radiaciones solares (directas o dispersas) durante largos periodos de tiempo, se presentan alteraciones en el equilibrio fisiológico del organismo humano. Los resultados son perturbaciones funcionales del sistema nervioso y deficiencia de vitamina D, con un debilitamiento de las defensas del cuerpo y una agravación de las enfermedades crónicas. La deficiencia de la luz solar se observa más notablemente en aquellas personas que habitan en las regiones polares y en las que trabajan bajo tierra o en edificios industriales carentes de ventanas.”p. 273-274 (Reid, 1989)

Este autor considera que es difícil cambiar dichos hábitos en forma radical; algunos de ellos prácticamente nunca desaparecen porque representan la esencia de una sociedad en particular: por ejemplo el consumo de maíz en México, de trigo en Europa o de arroz en Asia.

En cuanto a la evolución cultural que el autor menciona podemos suponer que se refiere precisamente a factores como el que las Grandes Corporaciones Transnacionales Alimentarias (GCTA) modifican un patrón local de consumo y que la tendencia de globalización de los mercados buscan una homogeneidad de consumo, es decir en esa construcción dietética se ha desequilibrado la balanza exageradamente del lado de la evolución cultural pasando a segundo termino por medio de conservadores, enlatado, etc. la disposición de recursos naturales y vegetales modificando lo anterior a modo de masificar producciones de unos cuantos productos en extensiones exageradas de un terreno de una nación en especial y con la utilización de “tecnología” para obtener con mayor seguridad productos que compitan en el mercado, tecnología como los transgénicos, pesticidas, etc.

Con los estilos de vida que una ciudad nos ofrece encontramos que lo que determina el perfil de la dieta de un individuo es el mercado y todo lo que conlleva además de los ingresos que obtiene, que basándonos en el porcentaje ocupado del ingreso económico familiar al ámbito alimenticio, México se encuentra entre las economías de ingresos medios a nivel mundial. Los países que se encuentran arriba de este nivel medio ocupan entre el 10 y 20% del ingreso económico familiar para los alimentos, la gente de nuestro país ocupa el 33.7%, mientras que los países que se encuentran por debajo del nuestro ocupan entre el 40 y 71% de sus ingresos.

Si tenemos en cuenta que un obrero en México gana menos que un obrero de Estados Unidos, veremos que precisamente por ganar menos aumenta el porcentaje en la ocupación de sus ingresos para obtener alimentos restándole así

posibilidades de cubrir las necesidades que la sociedad le fabrica (como obtener telefonía celular, auto, ropa de marca, etc.).

Solo para no producir una ilusión óptica, o mejor dicho, estadística, cabe mencionar que en algunas regiones de nuestro país se ocupan entre el 41,6 y 54.4% del ingreso económico para destinarlo a los alimentos sin contar a los que se autosuministran de su propia producción p. 46.

Revisando el mercado encontramos que el propósito de las GCTA es la difusión de patrones de consumo, buscando un consumo con perfil homogéneo, que obedece a una estructura de oferta también homogénea y diversificada por producto, sólo diferenciada en términos de acceso por las restricciones que impone el mencionado anteriormente ingreso familiar.

Mas aun si tomamos en cuenta que el valor en dinero influye en la adquisición de alimentos, encontramos que el precio que llega a nuestras manos esta determinado por actividades de conservación, transformación y adecuación de productos agropecuarios y pesqueros además de guardar relación con los procesos de empaque, canales de comercialización, tipos de competencia y destino de productos. Además, junto a los aparatos de distribución que imponen un tipo de oferta única, la publicidad influye de manera considerable en las decisiones de las familias para conformar la despensa.

Este patrón homogéneo de consumo se puede notar al momento de conocer las principales corporaciones transnacionales alimentarias con mayor presencia en México y los productos que ofrecen;

- Compañía Nestle, S.A.: de C.V.
- Sigma Alimentos, S.A de C:V: (carnes y embutidos)
- Herdez, S.A. de C.V.
- Grupo industrial Bimbo

- Gruma, S.A. (Marinela)
- Grupo Industrial Maseca, S.A. de C. V.
- Danone de México, S.A. de C. V.
- industrias Bachoco, S.A. de C. V.
- Jugos del Valle, S.A. de C. V.
- Grupo Embotelladora de México, S.A. de C. V. (Bebidas Gaseosas)
- Grupo modelo, S.A. de C. V.
- Fomento Económico Mexicano, S.A. de C. V. y Subs.
- Femsa-cerveza, S.A. de C. V.
- Coca cola Femsa, S.A. de C. V.
- Grupo Continental, S.A. y Subs. P. 88

Dentro de este estudio que realizó Torres encontramos una encuesta efectuada en siete ciudades del país (Culiacán, Saltillo, Colima, D.F., Puebla, Oaxaca, Mérida) hallando que en términos generales, la alimentación de las familias mexicanas como promedio por “tiempo” de comida” se conforman hoy por el consumo de tacos a base de tortillas de maíz acompañados de diversos quesos y combinaciones, tortas a base de pan blanco de trigo bajo la misma modalidad, aunque predominan las carnes frías, el huevo en más de 20 preparaciones diferentes, sopa de pasta, frijoles y arroz guisados, café soluble, leche fresca, carne en “retazo” de puerco y res en iguales proporciones, vísceras, azúcar, algunas frutas y verduras en temporada, aguas preparadas y refrescos embotellados. Lo anterior nos permite ver que el menú de las familias mexicanas se construye por los productos ofrecidos por las compañías alimentarias con más presencia en nuestro país.

Cuando López mencionó que “...la muerte peculiar de cada uno se puede encontrar silenciosa y llena de dulzura en los alimentos; la diabetes y las alteraciones endocrinas son prueba de ello” (Op. Cit.,p. 37), podemos decir que no hablaba sin sustento, ya que según esta investigación encontramos que gran parte de los alimentos que conforman el patrón de consumo contienen azúcar en

distintas cantidades (Refrescos, dulces, pan, jugos, etc.). Siguiendo esta línea, el promedio familiar mensual en el consumo de azúcar morena es de casi 3,5 Kg., el azúcar refinada casi 1.5 Kg. y la miel de abeja apenas llega a .250 Kg. P. 148.

Este producto, el azúcar morena, ha mantenido un precio mas bajo en comparación con la refinada y la miel, encontrando así relación con el precio y consumo.

Un producto que dentro de sus ingredientes encontramos azúcar son los refrescos a base de cola con un escandaloso promedio de casi 19 litros mensuales por familia, que como se sabe sus casualidades nutricionales es casi nula, aparte de las calorías, aun así se paga un 30% mas respecto a un litro de leche (precio de 1997). Viendo entonces que dentro de los productos que mantienen la hegemonía del patrón de consumo en México el azúcar morena ocupa el lugar numero ocho, solo superada por el huevo entero fresco, arroz pulido, jitomate, pastas con huevo, leche fresca, zanahoria y la mayonesa pp 19, 183.

Estando dentro del panorama que nos da la información de este autor podemos decir que el ámbito alimenticio se encuentra cruzado, o como la teoría general de sistemas propone, interactúa y es interdependiente a otros ámbitos como el económico, con la producción, oferta-“demanda”, precio y el político si tomamos en cuenta a las franquicias especializadas en la comercialización de “comida rápida” instaladas en el país después de la firma del TLC.

Frente a este desequilibrio alimenticio es que encontramos los “por qué” de la creación de mitos como el de la osteoporosis por falta de consumo de calcio. Es ya reconocido que la falta de calcio se da más por la acides que produce el azúcar, la carne, los hidratos de carbono, refinados y el alcohol ya que la acides disuelve el calcio en los huesos.

Este tipo de desajuste retoma poder al seguir inmersos en una cultura que no fomenta en lo absoluto los alimentos alcalinos, como las verduras u hortalizas.

Un ejemplo de un desajuste en la dieta común es el consumo de azúcar, desafortunadamente se consume en exceso y en la minoría de los casos proveniente de alimentos con mayores cualidades nutricionales, como la fructosa, maltosa, encontrándola con mayor frecuencia en la sucrosa, sustancia que ni siquiera es natural.

Cabe mencionar que “el azúcar en exceso es inmunosupresor, ya que obliga al páncreas a producir una cantidad anormalmente grande de insulina, que es la hormona necesaria para descomponer el azúcar, esta insulina se queda en la sangre y suprime la liberación de la hormona del crecimiento en la glándula pituitaria” (Reid, op. cit., p.127).

No está de más mencionar que en la alquimia taoísta, las enzimas son los elementos que actúan en la transformación de la esencia nutritiva en energía en todas las células del cuerpo y si tomamos en cuenta que nuestras esencias corporales provienen directamente de los alimentos, el agua y aire, comprenderemos de lo crucial no solo de conocer nuestro proceder alimenticio para saber, en parte, del por qué de nuestro estado actual, sino también resulta trascendental revisar los otros factores que la medicina tradicional oriental consideran importantes en el mantenimiento de la salud.

En cuanto al aire, es imprescindible mencionar anticipadamente que existen formas primarias de energía, como el calor, la luz, electricidad, magnetismo y fuerzas nucleares, y su relación de esta energía con el aire la encontramos cuando aspiramos a éste último ya que el aspirar nos conecta con el campo electromagnético de la tierra, de esta manera, la salud y la vitalidad depende en gran medida de la respiración.



Existen así tres factores que condicionan esta relación, el método de respiración, la calidad del aire que respiramos y la potencia del campo electromagnético en el cual respiramos, las cuales es común encontrarlos alterados en nuestras personas debido, en primera instancia, a que ni siquiera los contemplamos como cruciales en la salud y, además, por la inocultable contaminación ambiental y malos hábitos.

La inmunidad no es un objetivo a seguir para los taoístas, es un objetivo a mantener. Consideran que el hecho mismo de que los médicos alopáticos receten fármacos antagónicos al menor indicio de malestar, indica falta de fe en el poder innato del cuerpo para curarse, aun cuando se han acercado a este objetivo, con vacunas (como sabemos, la función de las vacunas es estimular el sistema inmunológico por medio de la exposición insuficientemente dañino del mismo agente patológico) por ejemplo, sin perder de vista que es un intento artificial debido a que suplen funciones orgánicas.

La falta de vitalidad es precisamente un factor que provoca el que un organismo no proceda de manera inmunológica, de esta manera, la condición más ideal sería reforzar la vitalidad y no mantenerla a medias y tapando la falla con vacunas. (Reid, op. cit.)

Por todo lo anterior considero importante la afirmación que hace López cuando menciona que no es verdad que “las características físicas, especialmente las orografías y climáticas del Valle de México son determinantes para la disposición y transformación de los contaminantes del aire”, ya que si se considera como factor determinante se deslindaría de su evidente responsabilidad a las mayores industrias, como la alimentaria, la metal mecánica, la textil, la papelera, la automotriz, entre otras (López, 2002, p. 60.)

El autor expone algunos datos que considero matizan el panorama que una ciudad como la nuestra presenta en relación a sus condiciones ambientales. Estos datos corresponden al año 1995 y son en relación a la actividad del transporte en la

ciudad de México lo cual nos demuestra la ridícula desproporción que hay entre los vehículos que emanan partículas contaminantes y vehículos supuestamente ecológicos, situando a los trolebuses en este último grupo con solo 450 unidades realizando viajes diariamente , en contraste, la ciudadanía se transportaba diariamente en 2661, 000 automóviles privados, 85, 697 taxis, 67, 000 combis y microbuses y 14, 000 autobuses urbanos, metro y tren ligero. Lo anterior nos hace pensar una vez más que las políticas, en este caso ambientales, se conforman por el suceso económico del país, un país, por cierto, que depende crucialmente del petróleo y sus derivados p. 51.

El que estemos viviendo bajo estas malas condiciones de nuestro medio ambiente, particularmente del aire, sugiere haber tenido algún origen por el “progreso” tecnológico.

La obligada tarea de revisar la historia llevó al autor a recurrir a los diarios del siglo XIX de la capital del país, como lo eran *El Tiempo*, *El Siglo XIX*, *El Municipio Libre* y *El Financiero Mexicano*. Esta revisión le permitió ver que el siglo XIX fue un periodo donde se amalgamaron una serie de costumbres, hábitos y ritos sociales que dieron sentido a las formas de vivir y de morir. Estos hábitos, costumbres y ritos fueron influenciados directamente por “la instalación de la filosofía positivista en la entonces Escuela Nacional Preparatoria (ENP), ya que esto consolidó un discurso que fomentaba el anhelo por lo moderno y por un proyecto ideológico de emulación con los países de Europa, como Francia. De esta manera la ciencia participaba en esa transición, como lo fue al sustituir a las velas por el gas de hidrogeno o la energía eléctrica tanto para el alumbrado público como al privado p. 61.

El “por qué” de la revisión de la historia del aire desde el siglo XIX de debe a que desde ahí se comenzó a ver como un problema social. Esto coincide con la conformación de las primeras políticas de salud del estado moderno de la nación, políticas que incluso reflejaban el interés por lo estético y el estatus. Se

consideraba que la higiene salvaba la especie, que la falta de higiene revelaba las condiciones de la conservación personal, así como la higiene pública la del progreso social, es decir, la carrera por parecerse más a una sociedad francesa, con cosméticos, perfumes que cambiaban la percepción de los fluidos y olores corporales, pasando de ser algo natural y normal a algo mundano, despreciable.

Esta reinterpretación de la realidad convirtió al acto de vivir en un distanciamiento con la naturaleza demandado por las nuevas tendencias para vivir en las grandes urbes, en la modernidad. Esta percepción cultivó en la sociedad, como se hace en un niño, su memoria corporal, condicionada por la cultura del asco instalada por medio de la palabra, quizás por eso sea que, como sentencia López, “no exista ningún ser que sienta asco por su cuerpo como nosotros” P. 162.

Del agua que está a nuestro alcance, ya sea del grifo o en botella, podemos decir que se presenta una especie de yatrogénesis, ya que con el objetivo de “purificarla” se le expone a procesos que involucran al cloro, fluor y filtros de carbono mismos que se ha comprobado, en contacto permanente a largo plazo, resultan ser agentes cancerígenos, siendo más específico me refiero al fluor.

De la forma en que se ha desglosado este apartado quedaría ante los responsables de la salud un cuerpo de estudio más complejo al ver la misma y aunque hasta este punto del trabajo solo se han abarcado los aspectos referentes al suministro de energía, de igual importancia sería revisar aspectos como el laboral o el religioso para así encontrar de una manera más efectiva las posibles relaciones entre estos y el estado actual de los cuerpos mexicanos, de las personas.

En lo laboral por ejemplo, encontramos que dentro de un estudio retrospectivo hecho en derechohabientes del IMSS entre 1989-1990 (Islas, op. cit.), la tasa de mayor incidencia de diabetes mellitus se registró en chóferes y empleados en transporte en general, que superaba las tasas obtenidas en categorías como las

de médicos, enfermeras, personal de intendencia, administrativos y técnicos. Junto con lo anterior si tomamos en cuenta lo que conlleva vivir de un trabajo como el de chofer, nos encontraremos que es excesivo el tiempo en el que están sentados frente al volante, esto visto superficialmente connota lo que en actividad física se denomina sedentarismo mismo que hace propenso a cualquier sujeto con mala alimentación a tener obesidad.

## **2.7 Consecuencias por proceder bajo la epistemología actual**

### **2.7.1 Plano personal**

Osho considera como obstáculos trascendentales en el proceder en la vida misma para una persona al conocimiento, intelecto, imaginación y política.

Es cierto, al hablar de que el conocimiento desarrollado por el hombre juega el papel de obstáculo suena descabellado para lo convencional, sin embargo, veremos que no suena tan descabellada la frase de que “un ciego no conoce la luz, puede tener conocimiento de ella”, es decir, que el conocer pasa a ser una experiencia, mientras que “tener conocimiento” es basarse en teoría, en una pseudos-experiencia, en otras palabras, formar tu realidad por medio de la interpretación de la verdad, entonces, bajo esta visión la verdad se conoce solo cuando no está presente la mente, mientras que la costumbre ha sido todo lo contrario, el llegar a conocer la verdad de la luz (como ejemplo) por medio de teorías, metodologías que han hecho otros menos tú y sin embargo la conoces, aunque no tengas conocimiento p. 54.

En cuanto al intelecto, ya se habló cuando se citó lo relacionado a los peldaños conformadores del hombre del error que gran parte de la humanidad hemos tomado como verdad todo lo que pase por los filtros del intelecto, al grado de que por medio de pensar y pensar se han creado realidades y se han sofisticado dándole lugar así a la imaginación, una imaginación con tal capacidad de crear que nos impide distinguir, casi de manera esquizoide, entre las necesidades

genuinas y las falsas. ¿Será por eso que a algunos no les convienen que la intuición nos refleje esas falsedades que incluso compramos?

Este tipo de bifurcación de la vida permite que el hombre siempre este intentando por todos los medios ser alguien, porque su realidad que se ha y le han construido se lo dice. Aquí entra ese otro gran obstáculo que Osho manejó como política y que otros podrían manejar como poder. Pero precisamente política para Osho significa voluntad de poder que sin sospechar ingenuamente se viene presentando como juego intrínseco al humano.

Tratando de darle lo menos posible lugar a los “quizás” y no caer en el determinismo de los “es inobjetable”, se mantienen como “razones” la fuerza física, estatura, etc., de que en ese juego, el género masculino tomó ventaja persistiendo de este modo la costumbre de ser más por ganar en esa relación convertida en competencia

Si consideramos desafortunado el que se haya acentuado a lo largo de la historia esta supuesta supremacía masculina, el patriarcado y todas sus connotaciones, a nivel personal, considero que es más desafortunado aún el hecho de que la mujer esté cayendo en un grave error. Hemos sido testigos de diferentes acontecimientos y movimientos, como el feminismo, que le han dado impulso a un cambio del papel de la mujer en todos los aspectos. Uno de los pilares en los cuales se basa este cambio de concepción de la mujer es “la igualdad con el hombre”, a estas fechas, rechazar esta afirmación te proyecta directamente en el bando del machismo, sin embargo, librado de toda ideología obsoleta, estúpida y represora, podría apoyar ese rechazo.

Esta negativa de igualdad no se inspira del miedo a perder el poder o por un recelo de ver que perdemos a un subordinado, más bien, aceptando a ese ser que, es verdad, a lo largo de la historia hemos maltratado, negado, percibido erróneamente, como a toda la realidad. El problema radica en que la mujer está

cayendo en ese mismo juego improductivo de la política; “Yo también puedo, también pienso, también lucho, razono y puedo hacer lo mismo que tú, tener las mismas ventajas”, el problema es que no podrá dejar de ser mujer, es decir, no solo está conservando lo inevitable, por ejemplo, ser el único género capaz de mantener nueve meses la vida de otro humano dentro de su vientre. La cuestión es que está obteniendo otras cualidades y por lo tanto adquiriendo los mismos errores que la impulsaron a decir “estamos cansadas”.

Ignorando si se hace masivo este error, cuánto durará y cuánto costará a la humanidad, la esperanza se encuentra en ellas mismas, en la intuición, que como hemos visto, es más cualidad de ellas que de nosotros, y que les permita apostar por la idea principal de todo lo anterior, que interese descubrir la verdad, no obtener poder.

### **2.7.2 Estado actual del cuerpo**

Si tomamos en cuenta y coincidimos en que las metas ordinarias de la existencia de un ciudadano común son el poder, las riquezas, los placeres de los sentidos, fama, es decir, todo lo relacionado con el éxito, es de esperar entonces que encontraremos que no existe un vinculo entre lo que se desea y lo que se hace en la vida real en la gran mayoría de la población ya que si alguien buscó ser el mejor, el numero uno, el primero en algo, y lo consiguió, por lo menos habrá otro que no lo logró, digo por lo menos porque quizás no sea uno, dependiendo del caso, podrán ser cientos, miles, incluso millones quienes construyeron ese anhelo de ese peldaño en el podium pero quedó en anhelo. Es entonces que se encuentran con que gran parte de la vida la han invertido para llegar a ese fin, ese era su sentido de vida y no alcanzarlo significa perder el sentido de la vida, se presenta la “nihilidad”, como Durán lo denomina.

Pero la excepción de lograr alcanzar esas metas ordinarias no implica estar exento de esta nihilidad ya que procuran satisfacciones momentáneas y no permanentes y al tener un fin dentro de la vida misma de quien las logró

desembocan en desencanto. Por esto mismo se dice que vivimos en el pasado (porque vivimos en el ideal) por errores, cosas que se hicieron y se dejaron de hacer, culpas, frustraciones, y en el futuro por lo que siempre se busca, a través del sufrimiento.

### **2.7.3 Relación médico-paciente**

Siendo más específicos en cuanto al análisis de la acción de uno de los miembros de esta relación Enfermo-Médico, me refiero concretamente al médico, encontramos en su actividad un concepto que enmarca una situación que, al parecer, no a muchos les preocupa o interesa profundizar por razones en las que más adelante se enfatizará.

Me refiero a la yatrogenesis o iatrogénico, que no es más que el resultante negativo o nocivo de la actividad de los médicos, paradójico sin duda.

La yatrogenesis clínica se presenta “cuando los estados clínicos en los cuales los remedios, los médicos o los hospitales son los agentes patógenos o “enfermantes”. Es cuando los medicamentos por ejemplo, formen hábito, sean mutágenos o reaccionen negativamente en combinación con alimentos, colorantes, insecticidas, etc. Se habla también de una prescripción equivocada, una contaminación de los mismos, falsificación y combinaciones peligrosas.” (Illich, op. cit., p. 34)

Se entiende, entonces, a esta situación como “cuando la capacidad orgánica para reaccionar de un individuo es sustituida por la administración heterogénea, administración llevada a cabo directamente por una gran empresa institucional”, una entidad autorizada al fin y al cabo p. 171.

#### 2.7.4 Plano social y cultural

Sin embargo, no solo existe esta manera iatrógena, la cual aparece, comúnmente, como la única en motivos de reflexión literaria, sino se pueden presentar, al menos, dos formas más, la social y cultural. La primera es cuando el ambiente se ve privado de las condiciones que dan a individuos, familias y vecindarios el control sobre sus propios estados internos y sobre su ambiente como lo podría ser el volumen e intensidad del tráfico como la amenaza paradójica por la inmovilidad, la amenaza de la urbanización para la habilidad de construir una verdadera morada y no un intento de vivienda de interés social de 10 x 10m.

Por otra parte, la yatrogénesis cultural se da cuando “la empresa médica mina en la gente la voluntad de sufrir la realidad” p. 171. Como vemos, se maneja de nuevo la palabra realidad y es que si recordamos lo citado de la obra de Berman en el primer capítulo, acerca de que “se aprende a figurar la realidad de acuerdo a las reglas de una cultura”, veremos que Illich fue más específico en cuanto a la relación Salud-enfermedad mencionando que “cada cultura da forma a una gestalt única de salud y una configuración única de actitudes hacia el dolor, la enfermedad, invalidez, muerte, etc.” P. 173.

De esta manera, se puede decir que la estructura social va exigiendo al individuo a insertarse en dinámicas que no corresponden a un cuerpo humano, la necesidad social de contar con una alimentación rápida y práctica (por la “naturaleza” de las actividades laborales) en las aglomeraciones urbanas obliga a las personas a nutrirse de mala forma, además de encontrar tanto en el aspecto alimenticio como en el laboral el factor de “estatus”, del “deber ser”. En el primer aspecto encontramos que se le da prestigio social los algunos alimentos, de ahí que se considere alimentos de “baja categoría” a los quelites, hojas de chaya, etc., alimentos con casualidades nutricionales superiores a las que ofrece el patrón homogéneo de productos comerciales pero que sin embargo se les ha catalogado de comida para “pobres”. En el segundo aspecto encontramos también personas



tratando de alcanzar el ser “alguien” en la vida por medio de títulos, dinero, bienes materiales, sin darnos cuenta que hemos construido estilos de vida llena de apegos.

Siguiendo con lo anterior nos encontramos con lo que son los sentimientos y emociones, por ser precisamente una dinámica artificial, el ser alguien por medio de un auto último modelo, comprar tu identidad junto aun teléfono celular equivalente a varios sueldos mínimo, por medio de ropa de marca, de un título que muchas veces es solo apariencia, de alimentos y bebidas exclusivas e incluso lugares exclusivos ( restaurantes, discotecas, clubes, etc.), nos damos cuenta así que no todos tenemos acceso a estos cánones de vida, cánones que implica belleza, poder, inteligencia y que desde pequeños se nos enseña a reconocerlos, anhelarlos, buscarlos, quererlos, amarlos, enajenarnos por ellos y que en la mayoría de los casos no conseguimos, por ser precisamente una sociedad de competencia en donde siempre debe de haber un ganador, ser el número uno por encima de todos los demás, ser el mejor, y que muchos de los pocos que lo consiguen lo hacen a costa de su salud, la anorexia, la bulimia, secuelas por consumo de los anabólicos etc.

De la otra parte, la parte “perdedora” encontraremos frustración, tristeza, envidia, odio, resentimiento que se irán guardando en la memoria corporal, si tomamos en cuenta lo que Reich proponía, lo depositaremos en el inconciente que esta en todo el cuerpo todos esos sentimientos y emociones, dándole forma de esta manera al cuerpo.

## **2.8 Propuestas**

La propuesta, entonces, “sería comenzar la búsqueda de una construcción de mecanismos para poder sobrevivir en una geografía inmediata, no en el futuro, de la modernidad y ver al problema de la salud inmerso a los procesos culturales, ambientales y políticos y no exclusivo de la medicina. Para esto se debe de trascender nuestra dependencia a lo racional ya que esta dependencia cada vez

se sofisticada más por medio de los símbolos y significados encarnados en la palabra en ascos, rencores, miedos, etc” (López, op. cit., 172)

El objetivo a seguir según Durán sería “rememorar el cuerpo desmembrado y hacerlo un todo; integrar todas las fases del ser humano esparcidas como están a través del tiempo y espacio, para una nueva construcción corporal” p. 61.

Lo que interesa a esta autora es un nuevo camino epistemológico que nos permita establecer el compromiso con realidades, más que con la especulación de ideas, por ejemplo, deshacernos de dilemas como al que ella misma se refiere, el que nos hagan vivir “capitalistamente y soñar socialistamente”, también, reflexionar con frases como “una cosa es mi percepción de la materia y otra lo que la materia es” para darnos cuenta que los determinismos pueden pasar a la historia como una excentricidad más que el hombre, en un arrebatado de intelectualidad, formó. En síntesis, percibir de manera holista reactivando una intuición que metódicamente no reaccionará sino revertirá la domesticación que las instituciones hicieron en el humano, a sus sentidos, a su cuerpo y así equilibrar esa balanza formada por el cuerpo, intuición y razón, y ¿por qué no?, abrirle los brazos a ese cambio de fase del ciclo de esta civilización que socialmente este rescribir histórico nos anuncia.

Basándonos en lo que los mismos científicos afirman, es decir, el que conocemos solo el 2% de la realidad, gracias a los filtros que van desgastando, condicionando, y en el peor de los casos, reprimiendo la realidad. Se observará que no se reprime y condiciona directamente, se hace por medio de ideologías, sociedad, religión, manipulación de las emociones, etc. De esta manera la propuesta sería concienciar de ese entrenamiento que han sufrido nuestros sentidos. Ya no solo ver la verdad, olerla también, oírla, sentirla, ya no apoyarnos en el olfato solamente para decir “algo huele mal”, acabar con los instintos corrompidos. Ya es común que las funciones de un “centro” o “parte” de tu cuerpo las realice, solape o usurpe otro, como la cabeza a los genitales, con la pornografía por ejemplo. Comenzar por no aceptar por determinismos a una pseudo-experiencia como la realidad. Tendremos que rescatar ese lado intuitivo,

“femenino”, de toda nuestra realidad, regirnos armónicamente por la influencia, que según los propios científicos, tienen ambos hemisferios en el humano, no solo por el excesivo recargo del hemisferio izquierdo, poseedor de la razón, lo lineal, metodológico, sino aceptar y dejar de reprimir el hemisferio derecho. Apoyarse en la inteligencia y no solo en el intelecto, ya que como hemos visto nos son la misma cosa, siendo la primera innata y la segunda aprehendida. Contemplar como proceder alterno al actuar de la siguiente manera; “Pasar del pensamiento al sentimiento y luego a la intuición”, no ser solo intuitivo, eso sería desequilibrar nuevamente la balanza. Osho propone considerar que el pensamiento solo puede deliberar sobre algo que ya conoce, por lo tanto, si algo está en lo incognoscible no quiere decir que no exista, y ¿cómo se accede a eso?, por medio de un salto intuitivo, no metódico, sin pasos. Para esto no nos debemos obsesionar con el éxito debido a que, bajo esta visión, el éxito es la gratificación del ego.

Dethlefsen y Dahlke proponen no conformarnos con las relaciones horizontales (si se interesa ubicar en un plano espacial para la mejor comprensión) que nos otorga el positivismo sino valernos de la analogía perseguidora de principios originales en sentido vertical.

No está de más aclarar que se tienen presente que la ciencia basa su conocimiento en la polaridad (más-menos, positivo-negativo, izquierdo-derecho, etc.), pero también hay que recordar la constante descalificación que sufre quien intente por otro medio que no sea el científico (como la metáfora) describir y proponer una respuesta ante un “por qué”.

En este ensayo de cambio epistemológico encontramos que no son dos sino más los autores que consideran que lo causal no permite el descubrimiento de una causa, en todo caso sirve como apoyo para tener presente el proceso sintomatológico que sin lugar a dudas ayudará en el conocimiento de la enfermedad.

Sin embargo, para evitar caer en confusiones, esta propuesta de la analogía no considera que la mente genere síntomas corporales ni que los procesos corporales determinen alteraciones psíquicas, lo que si maneja es que en cada plano se encuentra siempre su modelo análogo.

Sin tratar de caer en el reduccionismo se puede resumir diciendo que el síntoma es el reflejo de la activación del polo rechazado. Tomado en cuenta lo anterior y contemplando la idea de que “el hombre es el ser (conocido) con un discernimiento mayormente desarrollado, su experiencia hacia la tensión de la polaridad será más intensa y por lo tanto será quien presente mayor incidencia en cuanto a la enfermedad” ya que será un recordatorio de que estamos olvidando o dejando de ver la otra mitad de la unidad que el discernir nos impide ver, recordatorio desagradable, de lo temible, asqueroso, odiado, incomodo que hemos tratado de enterrar y que nos impide concebir como parte de la verdad completa, unidad p. 111.

Es fácil anticipar la propuesta de esta postura, el regreso a lo que somos, la integración de una unidad y es precisamente por esto que más que intentar realizar cambios de cualquier cualidad y cantidad al mundo, la clave es completar la percepción de la realidad ya que debido a esa división, a la polaridad, nos hemos condenado a ponerle cronómetro a nuestro existir, a apresurarnos y ver la mitad de lo que realmente es la vida, la tarea sería superar la dependencia a la sucesión, retomar la facultad de lo simultaneo, trascender el tiempo y conocer nuestra integridad.

Daniel Reid considera que una cosmovisión nos permite ir concibiendo al mundo a través de metáforas ya que nos solo se ve el cosmos como ese conjunto de constelaciones sino también al planeta o a las personas mismas compartiendo sus funciones y relaciones. De esta manera es accesible comprender el término claridad como fruto de una manera de proceder taoísta en beneficio de la salud ya

que se asegura que “si una mente está tranquila y clara como agua en reposo las cosas se refleja como es” p. 371.

La medicina tradicional china considera a los estados emocionales como las principales causas internas de los desequilibrios de energía, me permito citar la siguiente frase:

“sin la cálida energía emocional de la compasión, la sabiduría es fría y calculadora, sin la claridad y percepción intuitiva de la sabiduría, la compasión es una noble intención que jamás se puede llevar eficazmente a la practica”. (Reid, op. cit., p. 380)

Lo anterior permite observar que en la ecuanimidad podemos encontrar otro fruto de la concepción y practica taoísta.

Tenemos así que la longevidad sería el resultado de ese árbol de la salud, una longevidad que permita el llegar a comprender el por qué es absurdo buscar la inmortalidad terrenal pero que es posible llegar a un equilibrio que permita librar la indignante experiencia de depender de un tanque de oxígeno, inyecciones diarias o agresivos cockteles de medicamentos a edad avanzada para occidente pero a corta edad para una antigua visión oriental.

El tener una postura totalmente antagónica hacia la alopátia sería el mismo error de el que queremos salir, de asegurar que se tiene la única verdad por este motivo este autor confirma la siguiente postura:

“Cuando la enfermedad invade el cuerpo a pesar de las medidas preventivas, la nueva medicina utiliza la moderna tecnología de diagnostico para seguir la corriente de los síntomas hasta la fuente de la misma enfermedad, y entonces la trata con terapias tradicionales que estimulan los mecanismos internos de curación del cuerpo” p. 397.

Esto más que ser una propuesta determinante de ver la relación Salud-Enfermedad, es una propuesta responsable de aprovechar el conocimiento y sabiduría tanto del modelo biomédico como de la medicina tradicional, digo responsable ya que se percibe la sensibilidad del autor hacia la demanda, que cada vez se hace más grande, de la sociedad por una alternativa que, despojándose de una lucha de poder por demostrar su verdad, aumente el margen de salud, que nos muestre algo que hasta la fecha parece impensable, disminuir esa dinámica tan agresiva de estar de un lado al otro, el tránsito de la salud a la enfermedad.

## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA**

Acorde a la idea de que la metodología a emplear debe ser congruente con el marco teórico que desarrolla el o los temas centrales de este trabajo resulta idónea la metodología cualitativa, misma que como su nominación sugiere, le da mayor importancia a la cualidad de los eventos observados, sobre la cantidad de los mismos.

Se considera que los métodos cualitativos estudian la vida social en su propio marco original sin adulterar ni manipular además de contar con una descripción densa.

Por esto mismo se considera que la diferencia entre lo cualitativo y lo cuantitativo estriba en que en el primer método se estudian significados intersubjetivos, situados y contruidos, mientras que los métodos cuantitativos analizan hechos objetivos, existentes y sometidos a leyes y patrones generales.

Es así que la metodología cualitativa se apoya en pequeñas muestras no representativas estadísticamente de entrevistados, el interés radica en conocer los significados que los individuos atribuyen a sus circunstancias y el tipo de conductas que derivan de tales definiciones de la situación.

A partir de lo anterior se propone lograr;

#### **Objetivo general**

Conocer si la configuración social de la realidad condiciona la experimentación de las emociones al grado de repercutir en la salud de un individuo de tal modo que precipite la construcción de un padecimiento crónico-degenerativo,

específicamente la DM con la instauración de uno o más estados anímicos de manera permanente.

### **Objetivos específicos**

- Conocer cuales son los estados emocionales más representativos en la vida de los participantes
- Determinar cuales fueron los estados emocionales resultantes de eventos de índole familiar
- Agrupar los hábitos, rutinas y costumbres que han conformado el estilo de vida de los entrevistados.
- Analizar la manera en que los estilos de vida adoptados por los participantes contribuyeron en la configuración de sus estados emocionales.
- Conocer de qué forma se relacionó socialmente ante sus semejantes.
- Determinar cómo impactó en el estado anímico la manera en que se relacionó socialmente
- Realizar una relación de los trabajos en los que se han empleado los entrevistados para su sustento económico.
- Analizar las consecuencias emocionales que propiciaron las actividades laborales durante toda su vida.
- Analizar bajo la teoría de los 5 elementos si existe relación entre las emociones que presenta en mayor medida la vida de los participantes y el trastorno padecido, la DM.
- Profundizar el análisis anterior con la comparación entre las enfermedades más representativas de los entrevistados, es decir, los órganos en los que ha sufrido alguna enfermedad y si sus emociones correspondientes, según los taoístas, coinciden con las experimentadas.
- Determinar si existe relación entre los estados emocionales de los entrevistados con otros conformadores de la salud humana, según la teoría de los 5 elementos, como lo son los elementos a los que ha tenido mayor contacto por medio, por ejemplo, de los lugares de residencia.



- Describir el patrón alimenticio de los participantes en el transcurso de sus vidas.
- Revisar la habitualidad y cantidades con la que los participantes han consumido azúcar o productos que estén hechos a base de esta sustancia.
- Analizar el cómo los participantes conceptualizan la relación salud-enfermedad.
- Conocer cuales son las acciones que han tomado los entrevistados para el mantenimiento de la salud
- Revisar los resultados obtenidos por la elección de las acciones a seguir, es decir, la opción utilizada para el mantenimiento de la salud.
- Analizar la manera en que los entrevistados dan explicación a su padecimiento.
- Conocer las consideraciones de los entrevistados en cuanto al impacto de la DM en su vida en general.
- Analizar cómo han significado sus cuerpos los entrevistados
- Revisar las dinámicas a las que han expuesto sus cuerpos y su sexualidad cada uno de los participantes.

## **Muestra**

La muestra fue recabada de la población de derechohabientes de la clínica de Medicina Familiar “Valle de Aragón” del ISSSTE, quienes contaban con el diagnóstico de DM. El número de participantes fue de 30 adultos, hombres y mujeres, de edades de entre los 33 a los 70 años, correspondiente a la menor y mayor edad registrada, los cuales a su vez se subdividieron de acuerdo a su lugar de origen, es decir, del interior de la república o del Distrito Federal.

## **Procedimiento**

- El jefe de enseñanza e investigación de la clínica mencionada giró instrucciones a los médicos que imparten consulta para que extendieran la invitación de sus pacientes con diagnóstico de DM para acudir al aula de audiovisual con el fin de que se les realizara una entrevista.

- Al primer contacto con las personas que voluntariamente accedieron a la entrevista se les explicó a grandes rasgos los motivos de la misma, del proyecto al que pertenece el estudio mismo y del por qué la necesidad de audio grabar además de cuestionarles si estaban o no de acuerdo.
- El tiempo aproximado de la realización de las entrevistas fue de 40 minutos y una hora y media.
- Posterior a la entrevista, apoyados en las grabaciones se realizó un vaciado de la información a manera de matrices con propósitos de análisis de resultados (ver anexo 1)

## **Instrumentos**

- Entrevista semiestructurada para historia de vida (ver anexo 2).

Dentro de los métodos cualitativos encontramos a las historias de vida ideal para nuestros objetivos ya que coincidiendo con la idea de que cada sujeto aglomera las características mismas de los grupos sociales a los que ha pertenecido, y toda su cultura, costumbres, valores, etc., encontramos entonces que al conocer al individuo se conoce a su entorno social y cultural. (Manual de titulación, 2003)

Teniendo presente la esencia de nuestros objetivos se justifica el utilizar esta técnica ya que se entiende que la historia de vida capta la totalidad de una experiencia biográfica, desde la infancia hasta el presente, incluyendo necesidades fisiológicas, la red familiar, las relaciones sociales, la definición personal de distintas situaciones y eventos, momentos críticos, la inclusión o marginación de un individuo de la normatividad social circundante, etc.

- Audiograbadora

## **Análisis de la información**

Para realizar el análisis de la información, como ya se mencionó, se utilizaron matrices conformadas por categorías que, apoyados en el marco teórico, el mismo perfil de la información conformó y que en la presentación de los resultados se definen. Dichas categorías son las siguientes;

- 1) Edad
- 2) Tiempo de diagnóstico
- 3) Lugar de origen
- 4) Grado de estudios
- 5) Religión
- 6) Estado civil
- 7) Hermanos
- 8) Hijos
- 9) Familia en la periferia del nacimiento
- 10) Padre borracho, golpeador, mujeriego...
- 11) Cables, mecates, palos...
- 12) Relaciones familiares
- 13) Relaciones sociales
- 14) Residencias
- 15) Alimentación
- 16) Sabor
- 17) Color
- 18) Emoción
- 19) "Pues sentimiento"
- 20) Vida laboral
- 21) Estilo de vida o hábitos
- 22) Eventos significativos
- 23) "Lo recordaré hasta el día de mi muerte"
- 24) "¿Me casé por amor?"

- 25)Familiar incomodo
- 26)El cambio
- 27)Salud
- 28)Enfermedades de la familia
- 29)Decesos familiares
- 30)Cuerpo
- 31)Sexualidad
- 32)¿Por qué diabetes?
- 33)Tratamiento

### **Procesamiento de la información**

El análisis de los resultados obtenidos se hizo bajo la teoría de los cinco elementos descrita en el capítulo 2.

## **CAPÍTULO 4**

### **RESULTADOS**

#### **Datos demográficos**

Teniendo presente la tendencia de este trabajo, encontrar relaciones y describirlas, cabe mencionar que las primeras 8 categorías más que ser definidas y describir sus datos y relacionar ambas acciones, son utilizadas como complemento de otras. Es así que las categorías de “hijos”, “hermanos” y “estado civil” complementan categorías como “familia en la periferia del nacimiento”, “relaciones familiares”, “emoción”, “estilo de vida o hábitos”, “eventos significativos”, “lo recordaré hasta el día de mi muerte”, “familiar incómodo”, “enfermedades de la familia” y “decesos familiares”.

De la misma manera la categoría “religión” lo puede hacer con la categoría “emoción”, “pues sentimiento”, “cuerpo” y “¿por qué diabetes?”.

Por su parte, la categoría “grado de estudios” puede complementar a las “relaciones sociales”, “pues sentimiento”, “vida laboral”, “estilo de vida o hábitos”, “salud”, “cuerpo”, “sexualidad” e incluso “¿por qué diabetes?” y “tratamientos”.

La categoría “lugar de origen” dispone complementar categorías como “residencias”, “alimentación”, “vida laboral”, “estilo de vida o hábitos”, “salud”, “enfermedades de la familia” y “tratamientos”. Mientras que la “edad” y el “tiempo de diagnóstico” facilitaron la tarea de realizar una línea temporal (ver anexo 3) de todos los participantes para describir la historia de la construcción del padecimiento.

## **Familia en la periferia del nacimiento**

Antes que nada, cabe aclarar que para armar esta categoría se consideraron los aspectos relacionados al estado económico, afectivo, alimenticio y de la salud de la familia de origen antes, durante y después del nacimiento de cada persona participante.

Tomando en cuenta la media de edad de las personas entrevistadas que es de 56 años se pudo decir que las familias de los mismos en la periferia de su nacimiento se encontraban en un contexto social en el cual aun no existía una influencia tan marcada de las GCTA como en la actualidad en el aspecto del patrón alimenticio.

Encontramos así que lo declarado por Torres (op. cit.) acerca de que “los grupos humanos definen su alimentación de acuerdo con diferentes circunstancias establecidas por la evolución cultural, entorno físico y la disposición de recursos, naturales y vegetales...” tenía mayor probabilidad de vigencia en esos entonces ya que la sociedad mexicana de la mitad del siglo aun ejercía en cierta medida el autoconsumo de productos alimenticios. En el caso de no haber autoconsumo, la misma sociedad estaba comenzando a familiarizarse con la difusión constante de un discurso de parte de proyectos de nación de modernidad, mismo que contemplaba la apertura a nuevos patrones adoptados de sociedades a seguir que como sabemos al modelo estadounidense y que poco a poco y como lo reflejará la categoría correspondiente a la alimentación, en la vida de los individuos gradualmente se instauraría hasta la actualidad con la proliferación de una costumbre totalmente diferente a la del autoconsumo, la comida rápida e instantánea.

En lo referente a lo económico encontramos a la sociedad mexicana como recién deslindada de la costumbre de tener en la figura paterna el proveedor único de la familia, esto suma importancia de análisis cuando le aunamos otro factor relacionado con el campo de la salud, la expectativa de vida ya que como

sabemos, esta última tenía un promedio considerablemente más bajo en ese tiempo que en la actualidad (En 1930, 33 y 35 años para hombres y mujeres respectivamente y en el año 2000 de 73 y 78 años hombres y mujeres respectivamente), entonces si le hacemos caso a la ecuación...

#### Padre, único proveedor + esperanza de vida “corta”

...será de esperar que en muchos casos la falta del padre o la mala condición de salud del mismo (tomando en cuenta deterioros por el excesivo consumo de alcohol) mermarán las condiciones económicas de una familia.

Estos proyectos de modernidad mencionados y el obligado desapego de costumbres, en cierto modo hasta ancestrales, colocaban a la sociedad en medio de esta transición no estando del todo expuesta a lo que la biomedicina le podría brindar y abandonando gradualmente a los beneficios gozados por siglos de sabiduría en la naturaleza misma, la gestación de una híbrida costumbre.

Sin perder de vista el juego de papeles de los integrantes de una familia, es innegable la constante sumisión de parte de la mujer en la época que se maneja, sumisión que contempló la permisividad de maltrato a todo los niveles, infidelidades de parte del género masculino, situaciones que si bien no provocaban la disociación de los matrimonios sí desgastaban la atmósfera familiar a manera de tensiones emocionales. Por medio de la familia, como López (op.cit.) propone, se perpetuó la “estructuración de resistencia o resignación a la normatividad social” y que cada individuo naciente pasaría de ser un elemento más de ese sistema a ser un sistema mismo ya que habiendo adquirido de manera peculiar su sistema de valores dicotómico del eterno bien y mal.

-Los datos obtenidos en esta categoría arrojan en todos los grupos por los cuales se dividió la población una tendencia notoria de haber nacido en un contexto en condiciones deficiente abarcando aproximadamente la mitad de los entrevistados

mientras que la otra mitad se reparte entre una situación regular y buena con un porcentaje similar.

En los 4 grupos podemos encontrar que sus padres o familia en la mayoría de los casos tuvieron una alimentación deficiente condicionado esto por el factor económico el cual también se presenta en las mismas condiciones.

Aunque de manera directa hayan comentado al menos uno de los entrevistados de cada uno de los grupos del abandono o desconocimiento del padre, la categoría siguiente, indica que esta tendencia se sufrir en ambos factores es debido a que el proveedor titular familiar no cumplía con su cometido por distintas situaciones que van desde el abandono del hogar por periodos intermitentes o permanentes o por inhabilidad física específicamente por el consumo excesivo de alcohol.

Las mujeres que vivieron y nacieron parte de su vida en el interior de la república es el grupo que presentó peor estado económico en esta instancia mientras que en el grupo de las mujeres que nacieron en el DF se presentaron al menos 2 casos de estados de salud delicados de sus madres al estar embarazadas de los participantes por problemas de reumas y edad “prematura” para concebir (14 años).

Por su parte, el segundo grupo presentó mayor tendencia en cuanto a relaciones afectivas positivas entre sus familiares al nacer, es decir que en el ambiente familiar prevalecía la armonía.

Sin embargo en todos los participantes se presentó la tendencia de desconocer o contar con poca información de parte de sus mayores acerca de la situación en la cual nacieron, lo cual obliga a aplazar la ratificación o refutación, por ejemplo, en el caso alimenticio, si se presentaba ya una influencia de las GCTA o se recurría más a un autoconsumo u otra situación y esperar encontrar respuesta en la



categoría “alimentación” en la cual se describe la historia de la misma en los participantes.

Al afirmar que el ámbito económico determina a factores como el alimenticio en una población no significa más que comprobar una relación más que sabida, sin embargo, lejos de una afirmación trivial, esto nos permite vislumbrar lo que más adelante se revisará en las siguientes categorías, es decir, desgaste en las relaciones familiares, desarrollo bajo la falta de una imagen paterna apegada a lo convencional, proveedor, protector, etc.

### **Padre borracho, golpeador y mujeriego**

Esta categoría, como otras que más adelante revisaremos, es resultado de una constante a lo largo de la realización de las entrevistas, es decir, su conformación se debió a su sola presencia y no tanto el que se contemplara previamente de manera hipotética.

Continuando ubicándonos en contexto de mediados del siglo pasado, a nivel social encontramos que en el género masculino recaía el ejercicio autoritario, esto unido a una herencia de intolerancia hacia la divergencia ofrecida por instituciones como la religión conformaba una figura moral con enorme poder que paradójicamente vigilaba y castigaba la conducta ajena y caía en libertinaje propiamente.

Aterrizándolo en el plano familiar, el conformar una familia y desarrollar el rol de padre constituía privilegios sobre los demás, en la alimentación por ejemplo, al recibir más raciones o utilizar simbólicamente un lugar en la mesa, en lo afectivo no se le condenaba, en lo mínimo cercanamente posible como a la mujer, al mantener relaciones extramaritales o por la conformación de familias paralelas.

En el ámbito personal debemos recordar lo crucial que resulta la relación niño-cuidador en las diferencias individuales de las personas, es decir, que para comprender en parte del por qué del perfil de la personalidad de un individuo es de suma importancia tener presente las características de quien hizo presencia y disponibilidad en la crianza ya que fue modelo a seguir para aprender a regular las emociones.

-Por este motivo, como los testimonios mismos nos lo harán ver, se denominó a esta categoría "padre borracho, golpeador y mujeriego ya que estos adjetivos se encontraron en casi el 50% del universo manejado.

Los padres o tutores masculinos que fueron nominados de modo directo como borrachos o que se consideró consumían en exceso alcohol están presentes en todos los grupos proporcionados de modo que en total suman 9.

Solo el grupo de hombres no nacidos en el DF no presentan lo que se denominó padre mujeriego, es decir, todos los tutores masculinos que se sabía mantenían relaciones extramaritales o habían conformado otra familia además de la de los entrevistados y que los cuales conformaron 6 casos en total. El considerado padre golpeador, es decir, quien agredía físicamente a los miembros de la familia fue quien se presentó con menor incidencia, 5 casos en total, este fue detectado en el grupo de las mujeres nacidas en el interior y en el grupo de los hombres nacidos en el DF. En tanto que en el grupo 1 se presentaron 2 casos en los que el mismo individuo compartía los tres adjetivos y en el grupo 4 se presentaron 3 casos que compartían la característica de borracho y golpeador en el mismo individuo.

Al menos de acuerdo con lo visto en esta población podemos decir que tanto los hombres como las mujeres que nacieron en la ciudad de México tuvieron mayor probabilidad de crecer bajo una imagen paterna con las características que acusa esta categoría y con sus respectivas implicaciones; configurar la relación de géneros, es decir, permisividad para el hombre ante situaciones consideradas

antimorales y antisociales como la poligamia y el abuso de sustancias, particularmente el alcohol y la sumisión de parte de la mujer ante el maltrato o abuso.

### **Cables, mecates, palos, etc.**

Es un hecho que nuestra sociedad ha sufrido una transición en relación a los estilos de crianza durante los últimos 50 años.

Podemos encontrar comunes los comentarios de los ahora abuelos acerca de un presumible exceso de permisividad o libertinaje en la juventud actual que incluso llega a ser tomado como factor para una inminente desintegración familiar que se anuncia la sociedad sufre, sin embargo, también podemos encontrar quejas del exagerado perfil moratorio de los tutores de hace 5 décadas, es decir, como Lange (op. Cit.) propone, del rango más amplio de las actitudes que se podrían considerar inmorales, antisociales o antiespirituales y que se presentaban tanto en los infantes como en la juventud acarreado así reprimendas que hoy en día se podrían considerar inhumanas.

Manejo el término tutor ya que en esta categoría el responsable de aplicar tal acción no era papel exclusivo del padre como en categorías anteriores. Precisamente por ser una costumbre que el padre fuera por lo regular el único proveedor de una familia promedio de esa época, resultaba que casi no tenía acto de presencia en el hogar, recayendo la responsabilidad en la madre u otros familiares, como hermanos mayores, tíos, abuelos, incluso conocidos, lo importante a final de cuentas era contar con una figura autoritaria que con la consigna de guiar al menor se apoyaría en cualquier método para hacer dicha acción.

Las secuelas de manejar un rango demasiado amplio de acciones consideradas como negativas en el pasado se tuvieron que hacer presentes en la personalidad del adulto promedio contemporáneo, al menos esto nos dice la propuesta de

Sroufe, ya que como hemos visto, la autora propone como piedra angular la díada cuidador-bebé en la conformación de la futura autorregulación emocional de la persona, es decir, el cómo se personalizará el manejo o modulación del coraje, el miedo o la alegría ante situaciones específicas, además de no olvidar lo sugerido de considerar el promedio de prohibiciones de los padres hacia sus hijos (dependiendo de la sociedad puede llegar hasta una prohibición cada 9 minutos), es decir, el continuo adiestramiento del manejo de las emociones ante acciones ya fueran propias o ajenas.

-Lo anterior acusa la importancia que tiene el conocer bajo qué estilo de crianza se desarrollaron los entrevistados. A todo esto encontramos que la madre era la responsable de ejercer la disciplina en la mayoría de los casos en los grupos de hombres y mujeres nacidos en provincia y en las mujeres que nacieron en el DF con un total de 15 casos. Solo el grupo de los hombres nacidos en provincia crecieron bajo la disciplina de la figura paterna.

Son 4 los casos en los que tanto el tutor masculino como el femenino comparten la responsabilidad de disciplinar a los menores, esto distribuido de modo que solo el grupo 3 no presenta dicha situación.

Solo en 5 casos no se consideró haber crecido bajo un tipo de disciplina que implicara gritos, regaños, golpes o castigos, esto se presentó tanto en la categoría 1 como en la 4.

Los estilos que presentan disciplinas que se apoyaron en objetos o golpes con alto grado de agresividad para causar malestar físico fueron 9 en total, encontrando su mayor parcialidad en las mujeres que nacieron en el interior con 4 casos, le siguen los hombres del DF con 3 casos y las mujeres del DF con 2. Los hombres del interior no eran castigados de esta manera, solo la madre de un caso correspondiente al grupo 4 se apoyaba en algún objeto o golpes fuertes para disciplinar mientras que en los grupos de mujeres tanto del interior como del DF se

reportan con dos casos respectivamente. En tanto que en los grupos 1 y 4 se presenta un caso en el que ambos aplican este tipo de disciplina y otro caso en el que el padre es el responsable, esto en cada grupo.

Aparte de utilizar alguna extremidad del cuerpo para golpear, eran utilizados también objetos como mecates, varas, reatas, cueros, cables y asentadores (afiladores de navajas utilizados por peluqueros) o se implementaban castigos como el arrojar cera recién derretida al rostro.

Cabe recalcar el caso de una mujer nacida en el interior que considera excesivamente crueles los insultos que recibía por parte de su madre al ser regañada.

Aparte del anterior, son 15 los casos en los que no se utilizaba un objeto o golpes para corregir alguna acción.

-Como podemos apreciar, más allá de encontrar una diferencia entre los grupos, observamos la constante de ser la madre la figura encargada en la mayoría de los casos de aplicar la disciplina, misma que aunque en su mayoría era a base de regaños se presentaba también situaciones en los que los castigos físicos podían considerarse extremos o exagerados, teniendo así consecuencias ante dichas situaciones que en posteriores categorías se encontrarán a manera de emoción, episodios significativos para el individuo o como configurador de la calidad de la relación con el mismo miembro de la familia que ejercía dicha disciplina.

### **Relaciones familiares**

Como en las categorías anteriores, podemos decir que la familia ha estado sujeta a los cambios que ámbitos como el cultural, social o económico demandan.

Bajo esta postura comprendemos que Herrera (López, op,cit.) mencione que “la familia nuclear representa a su vez la concretización de un modelo económico de país”, es decir, digerir el por qué ahora el tener una familia solo bajo este perfil otorga estatus mientras que en el pasado la usanza era una familia extensa.

Para ambos sexos el conformar una familia era más que un logro, era un deber y que el no hacerlo estigmatizaba a cada género, en el hombre “falta de estabilidad” (aunque como la historia nos hizo ver, el tener esposa e hijos no lo garantizó) y en la mujer que se “quedara a vestir santos”, es decir, no llegar a ejercer su feminidad a plenitud por no ser madre como la norma lo exigía.

Siempre recordando la tendencia patriarcal recalcitrante con la que se percibía una familia podemos encontrar una analogía de una nación y la misma familia donde tenía que lograrse una estabilidad por medio de un gobernador capaz, el padre.

De lo anterior partía la conformación de una familia, de un padre dador de bienes materiales y representando la máxima autoridad. Teniendo “tan importantes” funciones a un padre no le quedaría tiempo para brindar afecto, eso, siguiendo con la tradición de relacionar al sexo “débil” con lo sentimental, le correspondía a la madre, quien además se encargaría de la atención de todos los miembros de la familia, atención que aun en nuestros tiempos se siguen preguntando algunos arcaicos si representará o no trabajo.

En los hijos también se presentaba la distinción del peso específico del género ya que mientras a las mujeres se les entrenaba para perpetuar el ser mujeres, es decir, vivir para los demás, a los hombres se les instruía para olvidarse de toda distracción afectiva y ocuparse de lo que “realmente era tema de ocupación”.

De esta manera debía funcionar bien una familia, la sumisión de los demás miembros hacia el género masculino.

Lo anterior avisa del por qué en cada familia se ha venido decidiendo de manera peculiar qué funciones le corresponden a cada sexo, a los jóvenes, a los ancianos, o como se mencionó en el marco teórico, quién cubre las necesidades, qué códigos de comunicación están permitidos ya sea gestuales, orales o el silenciamiento de emociones ya que guste o no, se tendrá que vivir bajo el arriesgo de no seguir los lineamientos, por eso se concibe a la familia como el lugar donde se tejen los lazos afectivos primarios, su manera de experimentarlos y expresarlos. A final de cuentas, el primer lugar en donde amamos, odiamos, tememos, regulamos por primera vez las relaciones con los demás.

A todo esto encontramos que esta categoría reportó 17 caos en los cuales existió o existe un a relación deficiente en al menos un integrante de la familia. Los hijos son los miembros con los que los entrevistados presentan mejor relación reportando un solo caso de mala relación con estos miembros tanto en el grupo de las mujeres y hombres nacidos en el interior. El primer grupo también reporta un caso de una relación regular con primogénitos.

En el padre o tutor masculino encontramos un incremento en la deficiencia de la relación siendo las mujeres del interior con 3 casos en quienes más incide. El grupo 4 permitió complementar los 4 casos en total.

5 son los casos en los que con la madre se tiene una mala relación, 4 en el grupo 1 y 1 en el grupo de las mujeres nacidas en el DF

Ambos grupos de mujeres conforman casi el total de los casos en los que con los hermanos no existe buena relación encontrando 4 casos en el grupo 1, 3 en el grupo 2 y solo un caso en el grupo de los hombres nacidos en el interior.

Es el cónyuge donde se presenta mayor porcentaje de relaciones de mala calidad, específicamente reportado por las mujeres de ambos grupos, con 6 casos cada

uno. Los casos reportados por los grupos de hombres, 1 por cada bando, conforman los 14 en total.

Es el grupo de mujeres también quien reporta la nula presencia de expresiones de afecto entre los miembros de la familia, 3 casos el primer grupo y 2 en el segundo, mientras que solo el grupo de los hombres nacidos en el DF presenta un caso de esta misma situación.

Además resulta exclusivo de los hombres de ambos grupos el reporte de un distanciamiento entre ellos y sus familiares en general o nula relación entre los mismos por situaciones como separación o divorcio.

Solo un caso del grupo de las mujeres del interior reporta tener de manera regular sus relaciones en general, mientras que los hombres del grupo 4 reportan la mayoría de casos en los que se expresa tener relaciones familiares de mala calidad en general con 3 casos completando los 4 totales con un caso del grupo 1.

8 casos son los totales reportados como relaciones de buena calidad en general. La parcialidad mayor la encontramos en los grupos de los hombres, 4 casos reportados por el grupo 4 y 1 por el grupo , mientras que el grupo 1 reporta dos casos y el grupo 2 solo 1.

Como podemos apreciar, se presenta un gran contraste entre la percepción de calidad de relación con el cónyuge entre los hombres y las mujeres ya que mientras los primeros solo reportaron dos casos de malas relaciones con sus esposas, las mujeres expresaron en gran mayoría experimentar o haber experimentado una relación conyugal deficiente. De hecho, es el género femenino quien presenta casi el total de los reportes negativos en cuanto a las relaciones familiares ya que a la conyugal le siguen la de hermanos, madre, padre y por último con un bajo índice la de los hijos.



Todo lo anterior ratifica el ya anunciado abuso de un género hacia otro ya que se considera estos testimonios una de tantas expresiones de reclamo y demanda de parte de la mujer hacia el imprudente proceder de lo masculino, de lo lineal hacia el todo, tal y como se acusa la relación de la parte racional del ser humano con la naturaleza. Incluso sin ser descabellado, apoyado en la experiencia que significó el entrevistar a los participantes, se puede decir que mientras para las mujeres resultó ser la única opción, a manera de espacio y oportunidad, de expresar algo que se han reprimido durante toda su vida, con las respectivas consecuencias, los hombres en cambio, ratifican su proceder diario, es decir, pasar inadvertidos por la igual de importante feminidad, y lo siguieron contemplando como sinónimo de servicial y secundario.

Cabe mencionar que resulta bajo el índice de los reportes de haber entablado o entablar relaciones buenas en general.

### **Relaciones sociales**

Son instituciones las responsables a nivel social de traducir lo que por medio de signos, símbolos y significados la cultura da forma a una civilización. Es en esta instancia que los principios básicos de una sociedad mantienen un estado homogéneo, es decir, en esencia, como los son el matrimonio, el ser alguien, el deber ser, la competencia, la hermandad (aunque suene incongruente, porque de hecho lo es), el mal, el bien, el dolor, lo real, el valor, que la iglesia, la forma de gobierno, de producción o la educación configuran para regular las relaciones entre la raza humana.

La familia resulta ser esa etapa de transición entre lo homogéneo y lo heterogéneo ya que al filtrar toda la información que necesita el nuevo miembro se hará en un tiempo y espacio único, "razón" misma por la cual aunque se sigan persiguiendo ideales ancestrales como el matrimonio encontramos que con el paso de los años irá cambiando el significado del mismo ya que como Capra sentencia, cada

primicia ya sea económica, política, religiosa o científica se construye bajo un estado de ánimo de quien tenga el poder de hacerla.

A todo esto podemos hacer el ejercicio de imaginarnos qué tan parecida o distinta será la explicación de “respeto al prójimo” en un contexto de invasión, independencia o revolución, retomando el ejemplo anterior, es de esperar que los padres de hace 50 años compartieran de manera directa o indirecta todo lo que representa el constructo de matrimonio de forma muy distinta que una pareja (del mismo sexo por ejemplo) de la actualidad.

Por estos motivos se considera a la familia como el espacio primario socializador ya que a nivel personal se irán gestando y haciendo cada vez más heterogéneos los principios provenientes del orden social que regularán la relación con todos los demás. Siempre teniendo como referencia nuestro propio contexto (el México de mediados del siglo XX, en relación a la muestra y la media de su edad) concebimos factible la formación de sujetos con principios que tienen como prioridad, como sentenciamos en el capítulo 2, de competir, comprar o buscar libertad por encima de la vida misma al momento de relacionarse con los demás.

-Los resultados obtenidos en esta categoría nos sugieren que casi dos terceras partes de la población estudiada reporta haber tenido durante toda su vida buenas relaciones sociales.

Las mujeres nacidas en el interior son las personas que presentan un mayor número de casos en los que han sido buenas sus relaciones sociales, esto con 9 casos, además este es el único grupo femenino que presenta un caso en el que se considera tener relaciones sociales amplias, cabe recalcar que esta persona es la única de este grupo que completó estudios a nivel licenciatura.

En este primer grupo también podemos encontrar que una mujer reportó haber entablado pocas relaciones sociales ya que el autoritarismo de su padre y esposo

se lo impedían, sin embargo se presenta otro caso en el que considera haber tenido nulas relaciones ya que “nunca tuvo libertad”.

Solo 3 mujeres nacidas en el DF reportan haber tenido buenas relaciones, dos regulares y otra, malas. Las dos mujeres restantes consideran haber tenido pocas relaciones debido a la atención que le daban al hogar.

Por otra parte, podemos apreciar que tanto en el grupo 3 como en el 4 se presenta un caso respectivamente de hombres que reportan haber tenido pocas relaciones sociales, esto originado según ellos mismos por su timidez, específicamente con el sexo femenino.

Además, solo un hombre nacido en el interior menciona haber tenido relaciones sociales amplias, mientras que en el grupo 4 son 2 los casos que presentan la misma situación.

Al respecto cabe mencionar que estas 3 personas realizan sus estudios a nivel profesional de la misma manera que el único caso de la mujer que reporta lo mismo.

En total son 7 los hombres que presentan buenas relaciones sociales, 5 hombres nacidos en el interior y 2 en el DF.

Dentro del grupo 4 se presentan 2 casos en los que consideran haberse relacionado desde muy chicos con personas mayores y que por ese motivo consideran regulares sus relaciones, uno de ellos incluso menciona que se fueron acabando las mismas desde que supieron que tenían DM.

-Lo anterior nos muestra que aunque es muy similar la tendencia a tener buenas relaciones tanto en hombres como en mujeres, el género, en este caso el masculino, depende mucho para establecer que tan amplias fueron.

Entendiéndose por “amplias” el tener relación con todo tipo de personas, como profesionistas, empleados, vecinos, etc., esto desde la infancia hasta la actualidad. Y que además del sexo, el grado escolar representa, al menos en este trabajo, otro factor que facilita la experimentación de este tipo de relaciones que por cierto se presentan en poca medida, 4 para ser exactos, tomando en cuenta el tamaño de la población, esto nos habla de la escasa tendencia a entablar relaciones con los demás de los entrevistados fuera de sus familias.

## **Residencias**

El tema del hogar es igual de antiguo que el humano mismo, sobre todo desde abandonar la vida nómada. A lo largo de la historia se han venido dando cambios en cuanto a lo que representa, desde refugio, fuente de recursos, lugar sagrado, hasta representar posesión, identidad e incluso expresión artística. Es de esperar que cuando no se cubre las necesidades inmediatas o básicas al no contar con una vivienda repercute en la estabilidad del ser humano, la cuestión se torna más compleja cuando la sociedad exige los otros aspectos mencionados como parámetros de la calidad de vida, es decir, los casos en que se decide renunciar a un lugar de campo, por ejemplo, por apegarse a la modernidad, a lo civilizado. Sin embargo basta con abarcar la ciudad por sus ejes centrales o circundantes viales para ver que estamos lejos de alcanzar la mayoría una morada con carácter artístico, o verdaderamente como lugar que brinde la oportunidad de desarrollar un estilo de vida con calidad, las ciudades perdidas, los anillos marginales y los nacientes y proliferantes imperios de interés social nos dan la razón.

Pero sin lugar a dudas el aspecto de posesión es digno de un análisis aparte por el hecho de representar poder, adquisitivo al fin y al cabo, ya fuera a manera de reino, imperio, feudo o propiedad.

La familia como ocupante extrapola esa dinámica de posesión, ya sea simbólica o literalmente cada integrante se apropia o se responsabiliza de un área de la casa. En presencia, el padre, como todo rey, se posesiona de todo el territorio, sin

necesidad de escoger, se le asigna el lugar específico del comedor, de la sala o de la alcoba, pero existe un lugar en el cual no podía reinar, la cocina, ahí es donde la mujer encontraba una identidad que perdía gracias a maltratos y sumisiones. Ahí estaba (ignoro si siga estando) el poder absoluto de la mujer. El baño es el lugar donde todos van a realizar la parte mundana del ser humano, lo sucio, desde defecar, orinar o asearse, hasta actividades de índole sexual, como la masturbación o simple contemplación corporal del hijo.

Es precisamente el poseer o no, lo crucial a nivel personal, un espacio que la sociedad indica tener y para qué tenerlo, donde cruzan aspectos como la identidad ya mencionada “ya que para ser una buena ama de casa se debe de tener una buena casa” o el tener una gran casa es sinónimo de poder adquisitivo, de poder. Además encontramos de esta manera que resulta trascendental la conformación de la vivienda en el desarrollo sexual de un miembro de la familia ya que esta sociedad y cultura decide que este ámbito se debe manejar en intimidad, es decir, que en la medida que se diseñe la estructura de la casa, las reglas se permitirá experimentar con plenitud o represión algo igual de natural e intrínseco en el humano como la respiración misma.

La conformación material de un hogar tanto en su estructura como en sus interiores (muebles), retomando una postura oriental, es también de interés ya que al considerarse hogar, por lo menos se tendría una instancia de horas de exposición por ese periodo a un sujeto a un equilibrio, exceso o escasez de elementos, según sea el caso como lo podrían ser el metal, la tierra, la madera, el agua o el fuego.

-A todo esto, sin lugar a dudas, la diferencia más significativa entre los hogares que han habitado las mujeres del interior y las nacidas en el DF se encuentra en su infancia ya que las mujeres del primer grupo reportan al menos de manera directa 5 casos en los que viven en casas construidas a base de adobe y teja además de encontrar 3 casos más en los que aunque se comentó haber vivido en

“casas de campo” en este periodo de sus vidas no se logró especificar de qué estaban hechas.

Esta diferencia es significativa ya que en el segundo grupo no se reportó un solo caso en el que se haya vivido en un lugar con características similares a las ya descritas, solo 2 personas expresaron haber vivido en hogares de madera mientras que en el grupo uno solo una persona reporta la misma situación.

En lo que sí coinciden ambos grupos es en los casos que reportaron haber vivido en cuartos redondos o máximo 2 cuartos, esto en 5 ocasiones por cada grupo.

También comparten el mismo número de casos en cuanto al haber vivido en un departamento, un caso por grupo, mientras que solo el grupo 2 presentó un caso en el que se vivió en una vecindad.

Ya en la edad adulta, específicamente en la conformación de una familia propia se presenta otra similitud entre los grupos, esta se da en el reporte del mismo número de casos en el que se expresa haber vivido la experiencia de construir gradualmente un hogar propio hasta conformar una casa con al menos 3 recamaras, cocina, baño, comedor, sala y patios, esto en 4 ocasiones por grupo.

Solo 3 casos en grupo 1 y 2 en el grupo 2 reportan haber adquirido una casa ya construida con las características recién mencionadas.

Por su parte, en el grupo de los hombres se repite solo 2 casos en los cuales se tiene la experiencia de haber vivido en una casa construida de adobe y teja, uno por cada grupo, mientras que una persona que nació en el DF, siendo niño aun, emigró al estado de Guanajuato donde vivió por un par de años en una casa de campo, que de la misma manera que en el grupo femenino, no especificó de qué estaba hecha dicha vivienda.

Los cuartos redondos resultaron ser el hogar donde más casos reportan haber vivido los hombres de la población entrevistada, esto es en 6 casos del grupo 4 y en 3 casos del grupo 3.

En lo que se refiere a la edad adulta, un caso por cada grupo masculino reportó haber vivido la situación de construir gradualmente un hogar para la familia propia, 4 mencionaron habitar departamentos, un caso del grupo 3 y 3 del grupo 4, y solo los hombres nacidos en el DF reportaron al menos en 4 ocasiones haber adquirido una casa ya construida con al menos 3 recamaras, cocina, baño, comedor, sala y patios.

Cabe mencionar que tanto en el caso de las mujeres como en los hombres que construyeron gradualmente un hogar, lo hicieron de manera que tuviera las mismas características que los hogares adquiridos ya construidos.

Además no hay que perder de vista que conforme se fue avanzando en el proceso de transición entre un cuarto y un hogar amplio la posibilidad de contar con todos los servicios también incrementó gradualmente, proceso que, claro está, estuvo condicionado por las etapas de vida de los individuos, es decir, infancia, juventud y adultez.

-Lo que esta categoría nos muestra es que el desarrollo infantil de la mayoría de la población entrevistada tuvo lugar en los denominados cuartos redondos, es decir, aquellos espacios en donde dentro de una misma pieza se encontraban las camas, la mesa y la cocina, siendo el baño el único lugar independiente de este espacio.

Retomando lo mencionado en la definición de esta categoría, acerca de la sexualidad, podemos suponer que al menos en el hogar era complicado desarrollar este ámbito plenamente, es decir, contar con pocas oportunidades para

situaciones como la masturbación o la misma contemplación corporal tanto para los hombres como para las mujeres.

Está claro que el factor económico propició esta situación ya que como la categoría “familia en la periferia del nacimiento” nos dejó ver, el poder adquisitivo en esta población en general no era tan solvente.

No hay que perder de vista además las nulas posibilidades de contar con todos los servicios en este tipo de vivienda ya que, como lo sentenciaron los mismos entrevistados, esto se fue dando de manera gradual. De esta manera encontramos infancias alumbradas con candiles más que con focos, abastecidos de agua ya fuera de ríos o transportados y depositados en contenedores de modo que se tenía que ir por este recurso a las esquinas de las calles, todo lo anterior junto con alimentos preparados por el calor de carbón o madera en mayor medida que el gas por ejemplo o de la electricidad que como ahora es de común utilidad.

Sin embargo, lejos de estas similitudes entre los cuatro grupos entrevistados, encontramos la distinción entre los materiales utilizados en la construcción de las viviendas de los hombres y mujeres del interior y los del DF ya que los primeros grupos acabados de mencionar vivieron su etapa infantil bajo la teja y el adobe mientras que los capitalinos lo hicieron en concreto y lámina. De esta manera encontramos determinante el lugar de origen al menos para delimitar el lugar de hábitat.

Se considera un parte aguas en la residencia de los individuos participantes el inicio de la conformación de una familia propia ya que esto llevó en el caso de las mujeres a vivir en casa de la suegra y que como otras categorías como “familiar incómodo” nos hacen ver, repercutió en la estabilidad anímica personal y de relación de pareja.



La otra constante presentada tanto en hombres como en mujeres fue la alternativa de rentar un lugar con cuartos separados o departamentos pero esto fue transitorio ya que la tendencia siempre fue conformar una propiedad a manera de construirla desde los cimientos hasta sus acabados, habitándola siempre durante el proceso aunque hasta en la actualidad no estuviera concluida.

Lo anterior, claro está, se logró por el incremento en las posibilidades económicas obtenidas por situaciones como el empleo laboral tanto del esposo como de la esposa y de los hijos, mismo que como se pudo apreciar, incrementaron el grado de estudios en comparación a la de los padres, permitiéndoles así ingresos más amplios y estables.

Como podemos apreciar, esta categoría se cruzó en su conformación por medio de los datos obtenidos con otras categorías como “familia en la periferia del nacimiento”, “lugar de origen”, “familiar incómodo”, “vida laboral” e incluso “grado de estudios” ya que apoyaban las respuestas a los “por qué” del proceso residencial que estos entrevistados en particular sufrieron, sufrieron en el más amplio sentido de la palabra porque como se puede observar tuvo repercusiones no solo en lo personal sino en lo familiar.

### **Alimentación**

Como se ha venido sentenciando, la alimentación de los ocupantes de cierta región va más allá de los recursos que el mismo ambiente inmediato les brinda, como el maíz en nuestro caso. Esta mezcla de costumbres indígenas e hispanicas se amplió cuando se comenzó a adoptar las costumbres resultado de la adopción de la forma de producción capitalista.

Lejos de conformar una dieta 100 % natural, nuestra sociedad se apega cada vez más a la homogeneidad en el consumo que las Grandes Corporaciones Transnacionales Alimentarias (GCTA) fomentan debido a que la difusión de un patrón de consumo de este perfil por medio de la diversificación de un producto les

permite ampliar sus arcas de ganancias ya que con menor inversión abarcará más mercado.

Al haber revisado las principales GCTA en nuestro país, se comprende más el término “diversificación de producto”, es decir que aunque parezcan ofrecer una gran cantidad de alimentos, la realidad es que abarcan una sola cualidad nutricional, por ejemplo, lácteos, harinas, bebidas, carnes, maíz y verduras pero procesadas claro está.

Por esta razón al realizar estudios como el llevado a cabo por Torres (Op. cit.) en ciudades como la nuestra encontramos que una comida promedio se conforma en la actualidad por el consumo de tacos a base de tortillas de maíz, acompañada de diversos quesos, tortas a base de pan blanco, carnes frías, huevo, sopas, frijoles, arroz, café, leche, retazos y vísceras, azúcar en todas sus modalidades y refresco. Es decir que las primicias de lo práctico por tiempo y valor las hemos comprado absolutamente.

Haciéndole caso al porcentaje escandaloso de 19 litros mensuales de refresco a base de cola por la familia mexicana, cual fuera el número de integrantes de la misma, resulta sorprendente la cantidad de azúcar que consume un cuerpo solo por un producto, esto ratifica la sospecha de que en la minoría de los casos los alimentos con mayor cualidad nutricional como los que contienen fructuosa o maltosa son los que se consumen, siendo la sucrosa la más consumida, sustancia que como se acusó, ni siquiera es natural.

Por ese motivo la cita de López en el segundo capítulo en relación a que “la muerte peculiar de cada uno se puede encontrar silenciosamente y llena de dulzura en los alimentos...”, a propósito del tema central de este trabajo.

-El revisar la historia específica de la alimentación de las personas que participaron en este trabajo permitió construir la siguiente relación de los alimentos

que resultaron ser los más consumidos a lo largo de sus vidas, no sin antes aclarar que el orden corresponde del más al menos consumido del 1 al 20 respectivamente:

- 1- Carne
- 2- Lácteos
- 3- Harinas
- 4- Frijol
- 5- Tortilla
- 6- Refresco
- 7- Comida que se le denominó rápida o antojitos como lo son los tacos, tortas, quesadillas...
- 8- Huevo
- 9- Dulces o alimentos endulzados
- 10-Embutidos
- 11-Verduras
- 12-Agua
- 13-Bebidas alcohólicas
- 14-Arroz
- 15-Autoconsumo por venta de comida como lo era el pozole, tamales...
- 16-Pescado
- 17-Vísceras
- 18-Frutas
- 19-Pulque
- 20-Cigarro

-Como podemos ver, los testimonios de los participantes colocan a la carne, tanto de pollo, res y puerco, como el alimento más consumido a lo largo de su vida.

La cantidad y calidad de la carne, es decir, cortes finos o vísceras dependen de su etapa de su vida y por ende su estado económico ya que en la infancia se

menciona en general haber tenido menos posibilidades de hacer cotidiano el consumo de esta, sin embargo el matrimonio o inicio de la vida laboral implica un incremento en el consumo de este alimento, manejando lo anterior a manera de “tener posibilidad”, es decir, como si se tratara de la escalada de peldaños de estatus, que como hemos visto de hecho lo es.

De la misma manera se ven los lácteos, segundo lugar en cuanto a productos mayormente consumidos por los participantes. Específicamente en el caso de la leche también se maneja el gradual incremento de consumo en la vida de un individuo como logro.

Las harinas, leguminosas, como el frijol, y la tortilla, tercer, cuarto y quinto lugar respectivamente en esta relación de consumo, se presentan como la base de la historia de la alimentación de los entrevistados ya que en todas las etapas de sus vidas son una constante. Cabe mencionar que a diferencia de la carne y los lácteos, los participantes se refieren de manera despectiva a su infaltable consumo del frijol.

El refresco ocupa la sexta posición de esta lista, producto que conforme incrementaba la solvencia económica y edad, su consumo tenía la misma tendencia llegando a casos tan extremos como el de consumir 3 refrescos, a base de cola de poco menos de medio litro, al día, o el consumir una caja completa de bebidas de las mismas características en 2 días por lo menos durante 5 años aproximadamente.

El ya mencionado incremento gradual del factor económico y el fomento de la comida rápida con el pretexto de las jornadas laborales por las cuales se rige un individuo colocan en esta relación a alimentos considerados “prácticos”, es decir, aquellos que su preparación requiere de un tiempo considerablemente inferior al de otros.

El huevo y los dulces o alimentos con alto grado de azúcares, considerado así por los mismos participantes, empatan la posición número 8, mientras que los embutidos y las verduras ocupan la posición 10 de los 20 que conformaron el total del patrón alimenticio de esta población.

Como podemos apreciar, la lista arrojada por estudios como el ya mencionado de Torres, coincide con el consumo de los entrevistados, teniendo así que de los 10 primeros productos más consumidos por estos individuos, al menos 4 implican entre sus cualidades nutricionales al azúcar de manera directa, garantizando así no solo el consumo sino el abuso de esta sustancia durante toda su vida.

### **Sabor y color**

En occidente los conceptos del sabor y el color representan una connotación social, al menos de manera más usual en el caso del color en dos en particular, el rosa y el azul, ya que como sabemos a estos le son asignados o representan por sí solos un género, femenino y masculino respectivamente. Esto es utilizado para reforzar la enseñanza en la distinción de usos y costumbres entre sexos. La socialización de los colores abarca otros casos como lo ha sido el significado otorgado al negro, relacionando éste último con lo negativo, lo desconocido, al blanco con lo puro, lo limpio o al rojo con la pasión o el amor.

En el caso del sabor podemos citar como ejemplo el que en la historia se le ha relacionado a lo dulce con el amor y cuando alguien carece de esto se le considera “amargado”.

No es de extrañar que este tipo de circunstancias sean potencializadas con fines comerciales, como muestra basta una fecha, los 14 de febrero, al menos en nuestra sociedad el incremento del color rojo y el sabor dulce en este día es considerable debido a la temática, el amor.

Sin perder de vista el marco de referencia en el cual nos hemos apoyado para lograr un cambio epistemológico, recordamos aquí la analogía que hace entre el cuerpo y el universo la teoría oriental de los 5 elementos. Como las obras de López y Reid nos muestran, el principio de la salud tiene relación con, entre otras cosas, el gusto, el color, el tipo de actitud y los estados emocionales. De esta manera, esta postura contempla que la madera encuentra su energía elemental en cuanto al color en el verde y en el sabor en lo agrio, el fuego en el rojo y lo amargo, la tierra en el amarillo y lo dulce, el metal en el blanco y el picante y el agua en el negro y lo salado.

-Adentrándonos a los resultados obtenidos en estas categorías, en cuanto al sabor encontramos que tanto el grupo 1 como el grupo 2 presentan los mismos números, ya que el picante se encuentra como el preferido en cinco ocasiones en cada grupo mientras que el dulce se presenta como el sabor predilecto para 2 mujeres nacidas en el interior, así como para 2 nacidas en el DF. La única diferencia es en los casos que reportan ser indistintos al gusto de un sabor, 4 para el grupo 1 y 1 para el 2, esto debido a la disparidad de población.

Por su parte, la población de hombres mostró preferencia por el sabor dulce ya que los 3 individuos del grupo 3 así como 4 del grupo 4 completan los 7 casos que reportan dicha situación.

Además 2 individuos nacidos en el DF expresan preferir el picante, a otros 2 el agrio y solo un hombre se muestra indistinto a los sabores.

Por su parte, el color resultó ser una categoría en la cual no se presenta, al menos en este trabajo, un patrón repetitivo. Solamente podemos mencionar que en los grupos de las mujeres se presenta la preferencia por el color verde, esto en dos ocasiones en el grupo 1 y un caso en el grupo 2. También el rosa se presenta al menos en una ocasión por cada grupo.

En cuanto a los grupos de los hombres podemos decir que el único color que comparten en preferencia es el rojo, esto solo en un caso del grupo de los hombres nacidos en el interior y 2 casos del grupo del DF.

De esta manera este color comparte junto con el azul los colores no solo representativos, sino únicos mencionados como preferidos entre la población masculina.

Lo anterior denota la presencia considerable de 1 participantes, 6 mujeres y 5 hombres que expresaron no tener un color predilecto, esto aunado a la variada selección en la población femenina reduce la posibilidad de encontrar un patrón que indica algún tipo de tendencia.

-Como podemos ver, el picante y el dulce son los sabores más representativos en la preferencia de la población. El picante se presenta en mayor grado en el género femenino mientras que el dulce lo es para los hombres, aunque ambos sabores se presentan en los 2 sexos.

Por otra parte, esta nula presencia de una constante en la segunda categoría revisada y tomando en cuenta los resultados de los sabores representativos, el picante y dulce y sus respectivas relaciones con los colores blanco y amarillo, según la postura taoísta, se ratifica que al menos en esta categoría no se puede entablar una relación con los demás resultados y nos vemos obligados a recalcar solamente la tendencia de expresar una actitud indistinta por los colores en la población.

## **Emoción**

Se consideran a las instituciones como uno de los mecanismos que se encargan de significar socialmente los hechos ya que son las responsables de difundir los códigos culturales que instruirán en qué momento y ante qué circunstancias se

deseará, desagradará, ignorará, sufrirá, llorará, alegrará, odiará, envidiará o entristecerá un ser humano.

Por ejemplo, en gran medida, gracias a la iglesia hemos arraigado en nuestras personas los estados emocionales del miedo o la angustia, hasta entrañaros un sentimiento de culpabilidad o responsabilidad de una acción mitológica que nos inmersa más en el juego dicotómico de escapar del mal pero sin tener indicios de estar alcanzando el bien.

No hay que olvidar los cimientos en los que la educación se ha posado para ejercer la transmisión de conocimiento, me refiero a la competencia misma que conforma odio o alegría ya sea se haya obtenido o no el primer lugar o la mejor calificación.

En la actualidad, todo bien material que esté respaldado por un sustento científico, ya sea de aprobación de calidad o recomendación de uso simplemente, forma la necesidad de adquirirlo, esto ya que, como Herrera (López, op. Cit.) menciona, “las ideas científicas no se fijan solo para los científicos, se convierten también en conocimiento que se introyecta a lo sujetos”. Entendiendo a la cobertura de toda necesidad como equivalente a satisfacción, alegría, el no lograrlo por lógica produce lo contrario y no solo eso, ya que viviendo en una cultura donde se hace creer que “cualquier puede ser presidente”..., ese resquicio de posibilidad latente te hunde en ansiedad, por ejemplo, de estar siempre en la antesala o absolutamente lejos de nuestros objetivos a seguir.

Como ya lo hemos recalcado anteriormente, la familia será la encargada de personalizar a cada uno de los miembros. En la manera que determinada familia se apegue a la religión, por ejemplo, de esa forma gozará o reprimirá su sexualidad un miembro o se presentará una sublevación o sumisión ante otro y variará la modalidad en las expresiones de afecto condicionando de esta manera su forma de experimentar los estados emocionales ante estas circunstancias de



manera particular, por estos motivos podemos encontrar que una persona puede desarrollar miedo ante el maltrato de otra y otra puede desarrollar ira ante la misma circunstancia, o satisfacción.

Sabemos entonces que a nivel personal un estado emocional origina cambios en el metabolismo o a nivel neurovegetativo, al menos así lo ha manejado la ciencia. Como hemos revisado, holísticamente hablando, esta relación más allá de presentarse de manera causa-efecto, como simple cuadro de estrés, existe relación entre órganos y emoción, como propone la teoría de los 5 elementos, donde la ira a manera de “energía elemental” le da lugar el hígado quien a su vez se relaciona con el elemento madera, a la alegría el corazón que tiene relación con el fuego, a la ansiedad el bazo-páncreas relacionados con la tierra, a la tristeza los pulmones que tienen relación con el metal, y por último al miedo los riñones relacionados con el agua.

Bajo las correspondencias entre los elementos de cada órgano podremos encontrar el camino ya sea armónico o alterado de la energía. Al presentarse la intergeneración o creación se contempla que está presente el equilibrio, pero cuando se encuentran indicios de un exceso en la instancia de algún ánimo podría estarse presentando ya la interdominancia o la contradominancia.

El que no baste tener conocimiento solo del estado emocional de una persona justifica el por qué de las demás categorías desarrolladas en este trabajo, porque como la literatura nos ha hecho ver, si el estado de salud depende en gran medida del cómo se desarrolla emocionalmente un sujeto será de suma importancia conocer cuales han sido los eventos más significativos o el tipo de relación a nivel social y personal y su impacto en este ámbito y de esta manera seguirle la pista al camino de la energía por los órganos.

-Antes de revisar los datos cabe aclarar que una sola situación, ya sea familiar, laboral, social, económica, etc., puede provocar más de una emoción, y a su vez,

varias de estas situaciones pueden provocar una sola emoción, es por esto que el número de situaciones familiares evocadoras de emoción pueden rebasar el número de los participantes de este trabajo.

A todo esto, lo que nos permite apreciar la categoría “emoción” es que la tristeza se ha presentado con mayor frecuencia que otro estado emocional en los individuos entrevistados. Solo en el grupo de las mujeres nacidas en el DF se ve superada por la ira y el miedo, sin embargo, en los demás grupos representa la emoción predominante con un total de 25 casos.

La ira es la segunda emoción más representativa de estos individuos, aparte del primer lugar ya mencionado, ocupa 2 segundos lugares en los grupos de las mujeres del interior y los hombres del DF. En el grupo de los hombres nacidos en el interior ocupa la tercera posición obteniendo un total de 21 casos que reportan la presencia de esta emoción en alguna parte de su vida.

El miedo es la tercera emoción que se presenta con más frecuencia con un total de 18 casos, esta es más representativa en la población femenina con 12 casos y los 6 restantes en los hombres.

Emociones como la alegría y la ansiedad solo son reportados en 4 y una ocasión respectivamente y son representativas solo del sexo masculino.

Por otra parte, en 39 ocasiones una situación familiar es la responsable de una o más emociones, sobre todo provocando tristeza e ira en 15 ocasiones en cada situación. Además de los estados emocionales anteriores el miedo con 9 ocasiones se presenta en esas situaciones como el principal precipitador.

La pareja sentimental, en su gran mayoría el hombre, es el segundo factor que funge como el provocador de emociones, en 7 ocasiones provocó tristeza, en 11 ira y 4 veces miedo.

La muerte de algún familiar o ser querido es el tercer factor con mayor incidencia en la producción emotiva, en 14 ocasiones provocó tristeza y en 3 ocasiones provocó ira.

Situaciones laborales o de relaciones sociales provocó que en 2 ocasiones se experimentara tristeza, otras 2 ocasiones ira, en 4 ocasiones de miedo y 3 veces se experimentó alegría.

La sensación de abandono la reportaron en 9 ocasiones de las cuales 7 de los mismos se experimentó tristeza, en una ocasión ira y en otra, miedo.

La infancia resultó ser otro evocador de tristeza en 6 ocasiones, en una ocasión ira y en 2 ocasiones miedo, mientras que la situación emocional de alguna etapa de sus vidas provocó tristeza, ira, miedo y ansiedad en una ocasión cada emoción.

-De acuerdo a los datos obtenidos podemos apreciar que se conforman cuatro rutas por las cuales estos participantes le han dado camino a su energía a través de sus órganos, esto de acuerdo con la teoría de los 5 elementos.

Guiándonos por el orden de aparición de las emociones de acuerdo a la etapa de vida y eventos significativos encontramos que la primera ruta por la cual los participantes han canalizado su energía es de acuerdo a la siguiente relación;

Tristeza → Miedo → Ira

Lo anterior, en mayor medida se presentó por la mala relación entablada con la pareja sentimental, es decir, infidelidades, maltratos hacia la mujer o maltratos del padre hacia el hijo varón y la sensación de abandono. Sin lugar a dudas esta relación es la más representativa de este trabajo.

La mala relación de la mujer con el padre o familiares mayores como el hermano conforman la segunda ruta, la cual presenta la siguiente relación;

Ira → Miedo

La tercera ruta se presentó debido en primera instancia a las dificultades con alguno de los padres y como originador de la segunda emoción la muerte de algún ser querido;

Ira → Tristeza

El haber experimentado de manera agradable la infancia pero presentar algún episodio desagradable en la adultez dio lugar a la cuarta ruta que se conforma de la siguiente relación:

Alegría → Tristeza

Cabe recalcar que aunque se manejan a situaciones laborales y sociales como precipitadores emocionales representativos en esta población, no se presentan dentro de estas relaciones, es decir, que lo hacen de manera aislada.

### **“Pues sentimiento”**

Esta categoría es otra más que no se tenía contemplada, sino después de haber llevado a cabo las entrevistas. Es pues, resultado de la construcción de la categoría “emoción”.

De la manera exacta como se denominó es como parte de los participantes reaccionaban ante cuestionamientos relacionados al ámbito emocional. Llamó la atención tal situación debido a que cuando las personas recurrían a esta frase hacia presente el campo de la ambigüedad debido a que mientras que para algunas personas le pueden dar contenido de tristeza, otros la pueden emplear para expresar algún tipo de rencor.

Cabe recordar que para autores como Lange un sentimiento deja de serlo cuando ya no es puntual, cuando se aplaza permanentemente pasa a ser un estado de ánimo. Partiendo de esto suponemos que las personas no tenían la intensión de decirnos que habían experimentado algo inferior a un estado emotivo. Lo que surge aquí es la necesidad de recurrir a la extrapolación de la tesis de Boltanski en cuanto a la relación entre la percepción del dolor y el nivel de instrucción, recordando que entre más elevado era lo anterior más se tendía a tomar el dolor como signo o síntoma de una enfermedad grave. En este caso se podría inferir (a juicio personal resultaría tema a desarrollar en un estudio aparte) que el nivel de instrucción también tiene relación en cuanto a la claridad o familiaridad de los distintos estados emocionales ya que, dependiendo del autor, es un grupo y no solo uno que se pueda denominar con el concepto de “sentimiento”.

Lo anterior, bajo esta perspectiva, resultaría de suma importancia ya que si se tuviera la intensión de conocer cuales han sido las emociones que han equilibrado o desequilibrado mi salud será imposible sin tener siquiera claro cuales son las emociones en sí.

La vida dicotómica en la que nos hemos desarrollado podría ser otro responsable de la presencia de esta situación debido a que vivimos en una cultura en donde se jura ante “el más poderoso” ser fiel en “en las buenas y en las malas” o “hasta que la muerte los separe”, porque ante cualquier situación “amaras a tus padres”, entonces, una costumbre o valor tan arraigado es causa de conflicto aun ante el abuso más despiadado de un esposo o padre y aunque toda tu humanidad te reclame, ya no descargar sino siquiera aceptar la ira que produce una violación o golpizas constantes, otra parte dogmática o social se opone a eso, colocando en una disyuntiva a una persona condenándole a cargarla toda su vida (y nominarla solo como sentimiento) si es que no se decide por alguna otra opción.

-En cuanto a lo obtenido, quienes presentaron con mayor frecuencia esta situación fueron tanto los hombres como las mujeres que nacieron en el DF. Es de llamar la atención que el grupo que presentó mayor número de casos con esta peculiaridad fueron las personas del sexo masculino del DF.

En cuanto al nivel de instrucción o grado de estudios se observa que solo 2 sujetos del grupo 4 realizaron estudios a nivel licenciatura mientras que los otros 10 mencionaron haber estudiado en su mayoría parte o la primaria completa.

-Por lo anterior se considera congruente plantear para posterior estudio la relación que Boltanski propone en su estudio hacia el campo emocional y que sus resultados más allá de sernos útiles solo si ratificara una hipótesis, nos otorgaría un conocimiento más de este ámbito que de acuerdo al marco de referencia por el cual se guía este trabajo, resultaría crucial para la concepción de la salud, lo emotivo.

### **Vida laboral**

La importancia de conocer la vida laboral de una persona surge cuando se revisan propuestas como las de Rojas (Op. Cit.) en relación a percibir que las causas fundamentales de enfermar se encuentran en la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse.

Estas posturas proponen que existen diferencias entre las clases sociales en cuanto al tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad, quien se pregunte de qué sirve saber lo anterior deberá tomar en cuenta que el hecho de estar en una u otra clase implica diferencias en cuanto a la actividad laboral.

Y es en la actividad laboral que Islas (op. Cit.) se enfocó cuando realizó su estudio a derechohabientes del IMSS entre 1989-1990 (revisado en el capítulo dos de este trabajo) en el cual detectó la presencia de una tasa de mayor incidencia de

DM en personas que desarrollaban la labor de choferes y empleados en transporte en general. Lo anterior no es aseverar que el ser chofer equivale a ser diabético, sin embargo analizando su labor conoceríamos algunas de las condiciones que predisponen a una persona a ser diabética y no solo la herencia.

Por eso resulta interesante conocer la rama de la economía en la que se trabaja, el tipo de ocupación, condiciones de trabajo, el poder adquisitivo que le otorga esa actividad y la legislación bajo la cuales se rige, por mencionar algunos.

Además conocer la historia laboral de alguien nos permite saber si se presentaron altibajos o la constancia en su poder adquisitivo ya sea para fines individuales pero también familiares, ya sea en la de origen o la propia.

Aquí, como en otras categorías se pueden presentar muchas conjugaciones, desde haber vivido esta situación como carga, obligación o a manera de oportunidad, cruzado lo anterior por situaciones de abandono paternal, la cuestión del desamparo por ser huérfano o haber residido el apoyo hasta abandonar la juventud. Si se desarrolló en actividades apreciadas, si causaron conflicto familiar por la naturaleza de las mismas o porque realmente no eran tan lo necesariamente productiva.

Son varios los frentes por los cuales podemos encontrar un impacto hacia la salud en relación al trabajo, como hemos visto, esto puede darse desde la fatiga que puede proporcionar una actividad en particular, presiones y tensiones por la misma, además de lesiones por accidentes o exposición desmedida. Sin embargo sabemos lo condicionante que resulta el poder de adquisición que te da cierta actividad para cubrir ya sea la vivienda, educación, transporte, diversión, servicios, etc. La cuestión es si realmente permite cubrir todos, la mayoría o los más necesarios y conocer las consecuencias del vivir bajo una ecuación como la mencionada;

Ingreso insuficiente → Desestabilidad emocional

...y si realmente da pauta a completarla como se propone;

Ingreso insuficiente → Desestabilidad emocional → Padecimiento Crónico D.

...y no solo la depresión, fatiga psíquica, tensiones, estados neuróticos que comúnmente se presumen.

-Los datos que arroja esta categoría permiten apreciar que, sin tomar en cuenta 3 casos, todos los participantes reportan haber iniciado su vida laboral desde su infancia. Quienes pudieron recordar la edad exacta en la cual comenzaron a trabajar conforman un rango de entre los 9 y los 16 años.

Las actividades en las que se han empleado marcan una distinción entre los sexos, ya que por ejemplo, en las mujeres se frecuentaron empleos como el de costureras, empleadas domésticas, venta de comida, intendencia, actividades de campo y oficina, cabe recalcar que el orden es de acuerdo a el patrón de frecuencia que va de mayor a menor número de reportes.

En tanto que las actividades en las que la población masculina se empleó correspondían a actividades de oficina, ayudante en general, chofer, seguridad y ayudante de comercios, específicamente en pulquerías.

La constante falta de la imagen paterna además de una precaria situación económica familiar obligaba a los entonces niños entrevistados a entre otras cosas abandonar los estudios ya fuera para, en el mejor de los casos, contribuir al gasto familiar o a tomar la responsabilidad única de encargarse de la manutención total de la misma, en el caso de las mujeres se presenta comúnmente a manera de apoyo y en los hombres en la manutención total.



-Como podemos apreciar, casi en su totalidad, los entrevistados presentan la constante de comenzar a experimentar todo lo que, en teoría ya se sabe, representa un trabajo, es decir, responsabilidad, presión, agotamiento, cuando todavía eran niños.

Como se manejó en el marco teórico, estos sujetos no experimentaron la moratoria social que se acusa debe de vivir un menor, es decir, llevar un desarrollo preparativo para a mayor edad insertarse en una sociedad de adultos. Sin afirmar que lo anterior es lo mejor, también es digno de cuestión el cómo se dio la situación de abandonar sus estudios y actividades recreativas o mezclarlas con la misma actividad laboral, ya que más que haberse llevado a cabo lo anterior de manera planeada, se realizó de manera un tanto improvisada por situaciones ya mencionadas como la ausencia de un proveedor o insuficiencia en el gasto familiar.

Se considera ser digno de cuestión por que más allá de inferir, siguiendo la lógica, estos sujetos tuvieron menos posibilidades de experimentar la atmósfera de protección que implica un ambiente en casa, en familia ya que como ellos mismos expresan, el hacerse cargo de la manutención total o parcial a menor edad los obligaba a dedicarse a jornadas enteras de trabajo y renunciar a las ya mencionadas fundamentales relaciones diádicas y experimentar, como ya se ha visto en categorías anteriores, abandono.

A propósito del aspecto emocional, como se observó al revisar dicha categoría, circunstancias de índole laboral representaron uno de los factores precipitadores de estados anímicos, como en casos en los que al recordar trabajos en los que se han visto implicados como la venta de comida, pulque o paletas, lo recuerdan o vivieron con tristeza, o al afrontar conflictos dentro del mismo ambiente laboral experimentar ira, o el hecho de iniciar a trabajar a temprana edad ocasionara en algunos miedo, mientras que específicamente en los hombres se presente la situación de recordar con alegría la experiencia laboral.

Si bien al conformar las relaciones entre los estados emocionales más representativos de los entrevistados no encontramos a aspectos laborales como parte de alguna de las cuatro rutas mencionadas, por su significativa presencia podemos considerar que dependiendo de la emoción, este ámbito impactó la salud de cada participante en alguna etapa de la conformación de estas rutas, es decir, en su historia de vida.

De esta manera ratificamos la postura de contemplar no solo a las lesiones directas resultado de la actividad física, fatiga, presiones y tensiones como únicos impactos en la integridad de un individuo debido a la actividad laboral, sino a esta última como precipitador de estados emocionales, es decir, estados permanentes como por ejemplo la insatisfacción que el trabajo les provocó por no agradales el ambiente o lo que representaba y por no cubrir lo requerido, alimentación, vestido, vivienda, etc.

### **Estilos de vida o hábitos**

La sociedad en la que nos hemos venido desarrollando está sustentada por una cultura del mínimo esfuerzo. Siempre con la primicia de controlar todo, incluso lo natural, se desarrolla conocimiento a nivel técnico para fines prácticos, lo anterior sin lugar a dudas ha conformado el estilo de vida de un ciudadano perteneciente a una sociedad moderna o en vías.

Recordando lo citado de la obra de Illich, acerca de que somos transportados más no nos transportamos o comunicados y no nos comunicamos, veremos que las ejemplificaciones de los anterior se encuentra en ramilletes, es decir que el estilo de vida a seguir gradualmente ha venido fomentando el no desarrollar gran esfuerzo físico.

Sin embargo, la misma alopátia ve en el sedentarismo un factor etiológico para el surgimiento de enfermedades. La estadística del 70 % de un México obeso implica que además del factor alimenticio, el patrón de la habitualidad ciudadana se ha dejado guiar por la oferta de facilitar la vida.

No hay que perder de vista el constructo del “deber ser” en esta categoría ya que lo podemos encontrar infiltrado en situaciones como la de estar realizando cierto tipo de labor, asistir a lugares reconocidos para recrearse, alimentarse o vestirse, y analizar de qué manera ha impactado en sus expectativas de vida o estados de ánimo el haber alcanzado o no cierto estatus en las actividades mencionados por cierto tiempo.

Es de interés saber cual era la rutina de una familia para así conocer cuales eran las situaciones costumbre y cuales eran las emociones que provocó vivir de esa manera por ciertos periodos de su vida o durante la misma y que será más accesible conocer los estados emocionales que experimentaron los miembros de la misma por tiempos considerablemente prolongados.

Obtener información de esta categoría a nivel personal ayuda a conocer cual fue el uso que un sujeto le ha dado a su cuerpo durante toda su vida, si lo ha expuesto a jornadas de trabajo agresivas o nulas en esfuerzo físico, si lo ha ejercitado o lo ha sometido a una rutina siempre de la misma manera o ha cambiado constantemente. Recordando lo que Rivera propone, siendo o no adolescente, si expresó o encontró alternativa en algún lugar una formas de expresar todo lo deseado, si sus expectativas fueron logradas o simplemente conocer si existió voluntad en las actitudes que más representan el curso de su vida.

-En los resultados obtenidos en este tema encontramos que a excepción de una mujer nacida en el DF todos los entrevistados comparten la característica de trabajar o haber trabajado en alguna parte de su vida pero sin lugar a dudas la diferencia entre ambos sexos estriba en que todas las mujeres excepto la

mencionada y otra mujer que sí trabaja, conjugan esta última actividad y la de atender al hogar, esto es, que mientras la convivencia de las mujeres con su familia aumenta en probabilidades por esta situación, en el caso de los hombres no es así por cuestiones como el abandono constante o permanente, tal y como lo expresó un participante debido a riñas con la pareja, por falta de trabajo o no cubrir la necesidades.

Otra situación a la cual recurren para explicar su ausentismo o distanciamiento con su familia es el exceso de trabajo por el cual se veían obligados o por voluntad propia a hacer.

Fuera de las actividades mencionadas, solo 2 mujeres reportan otro tipo como el yoga y ser afín a la política mientras que los hombres sí presentaron en su mayoría otro tipo de actividades que comúnmente se conocen como de esparcimiento como la práctica de fútbol, lectura, cultivo aficionado, escribir...

El tomar algún tipo de licor también se presenta como característica única del sexo masculino, al menos en 5 casos, mientras que un hombre consideró habitual el frecuentar servicios de sexo servidas.

-Como podemos observar, el género, en la población entrevistada, determinó las rutinas a seguir durante toda la vida ya que en las mujeres encontramos que el hecho de atender el hogar y realizar otra actividad laboral no le permitía lo que al hombre, realizar otro tipo de ocupaciones como las ya mencionadas ya que el género masculino no reportó casos en los que le dedicara tiempo a realizar actividades domésticas y que lejos de esto, presentaron la tendencia de alejarse del ambiente familiar provocando distanciamiento o rencores entre los integrantes, como lo mencionaron algunos participantes.

A todo esto y apoyándonos en los resultados obtenidos en la categoría anterior, podemos decir que el género femenino fue quien se expuso a jornadas que

requerían mayor esfuerzo físico ya que además de atender el hogar, es decir, realizar ocupaciones como lavar, hacer de comer, limpiar, en su propio hogar, también lo hacían en hogares ajenos o lugares públicos mientras que los hombres además de realizar actividades consideradas menos agotadoras como de oficina o personal de seguridad ocupaban el tiempo restante de su cotidianidad en situaciones más recreativas que implicaban menor desgaste físico, como leer, escribir o ingerir bebidas alcohólicas.

Como podemos ver, ni siquiera el hecho de vivir en una sociedad que contempla tener un cuidado de salud aparte de las actividades laborales, recreativas, etc., y no dentro de las mismas, no garantiza que las personas lo busquen cuando tienen la posibilidad de hacerlo, es decir, en sus ratos libres, ya que como sabemos, considerando al deporte como una actividad que fomenta la salud, solo lo realizaban por medio del fútbol algunos participantes masculinos, relegando cualquier intento de acción a favor del bienestar corporal a posibilidades casi nulas.

Lo anterior sugiere que los estilos de vida o hábitos que los participantes adoptaron representan esfuerzo, ocupación y preocupación por la manutención personal y de la familia tanto de origen como la propia, esto en mayor medida en la mujer, y una combinación de lo anterior y la búsqueda de satisfacciones intermitentes por parte de los hombres. No es de extrañar entonces que al encontrar un momento y espacio en el cual se deje de someter al cuerpo a jornadas agotadoras tanto los hombres y sobre todo las mujeres opten por lo práctico, el mínimo esfuerzo.

### **Eventos significativos y lo recordaré hasta el día de mi muerte**

Teniendo presente que todas las categorías están relacionadas, estas 2 tienen relación directa, al momento de definir las, con la de emoción. El motivo es simple,

se podría decir que estas son la extensión de la ya desarrollada ya que aquí se especifica la relación entre uno o varios acontecimientos y la emoción resultado.

De lo que se trata entonces es conocer de qué manera la sociedad ha influido en un sujeto para que este regule o reprima su experimentación hacia un estímulo de manera anímica.

En una sociedad cristiana en donde la familia es el núcleo de la misma, todo lo que sucede dentro de la atmósfera familiar tendrá gran relevancia, nos atrevemos a decir que en una historia de vida se presentan más eventos significativos en un contexto familiar, de la traición de alguno de los miembros o su muerte misma que marca su memoria, para esta propuesta, corporal.

Estas categorías nos permitieron conocer qué situaciones, que ameritan ira, tristeza o miedo, activan o reprimen el proceso de odiar, amar o anhelar algo o a alguien y rastrear el tiempo que se ha experimentado, se manejan juntos ya que aunque se pueda repetir un acontecimiento en ambas categorías, el hecho de expresar una frase como la que le da nombre a la segunda representaría mayor intensidad y duración de un estado de ánimo en una persona completando así sus posibles consecuencias “orgánicas”.

-Los eventos que resultan ser más significativos en la vida de las personas entrevistadas tenía que ver en su mayoría con la muerte de algún familiar o ser querido, esto se presenta en los 4 grupos tanto de hombres como mujeres.

Sin embargo solo en los grupos femeninos se presenta de manera similar el reporte de haber sido abandonados ya fuera por alguno de los padres, por ambos o por su pareja sentimental. Esta situación conforma el segundo grupo de eventos significativos más representativo de esta población.

También las infidelidades resultan ser situaciones representativas exclusivas del grupo femenino.

Solo el grupo de mujeres nacidas en el DF expresan que el divorcio ha representado mucho en su vida mientras que el grupo de mujeres nacidas en el interior mencionó algún tipo de accidente sufrido por ellos mismos o algún familiar que quedó marcado profundamente en su historia de vida.

Por su parte ambos grupos de hombres reportan situaciones relacionadas con su padre, como abandono como eventos importantes en su vida, algo que no se presenta en las mujeres, de la misma manera se reporta constantemente el maltrato del padre en el grupo 3 y 4.

Esta es otra de las categorías que se formó sin haberla tenido contemplada previamente, es decir que surgió a partir de su considerable presencia, al menos en casi la mitad de la población, en sus testimonios. Los casos están reportados en los 4 grupos de manera similar, es decir, que no es representativa de un solo grupo o género.

Sin embargo las mujeres que emplearon una frase similar a la que enmarcó esta categoría la emplearon en más ocasiones por las infidelidades sufridas mientras que los hombres la usaron el recordar alguna muerte de un familiar por lo general.

-Los datos anteriores corroboran la hipótesis que se tenía en cuanto a una relación entre estas categorías y la de emoción ya que los eventos más significativos en la vida considerados por los propios participantes coinciden con los factores precipitadores más representativos de estados anímicos de los entrevistados durante toda su vida. Para muestra podemos ver que la muerte de algún familiar o ser querido fue el evento que se presentó en mayor ocasiones a manera de reporte como evento significativo y que al revisar las cuatro rutas o relaciones de

emoción de la vida de los entrevistados encontramos a dicha situación en una de ellas como provocador de dicha relación, específicamente en la 3.

El segundo grupo de eventos significativos más representativo de esta muestra, la sensación de abandono, o el abandono en sí de alguno de los padres o de la pareja sentimental o la infidelidad hacia las mujeres la encontramos en la primera ruta entablada por estados emocionales en estos participantes.

Eventos como el maltrato constante, abandono, es decir, la mala o nula relación con el padre conforman la ya mencionada tercera ruta.

A todo esto hay que decir que si bien no coinciden los eventos significativos y las rutas en el orden, es decir, el primer grupo de eventos más representativos con la primera ruta de estados emocionales, se contemplan las mismas situaciones tanto a manera de precipitador como evento significativo. Lo anterior se vuelve a observar en la categoría de “lo recordaré hasta el día de mi muerte” ya que con mayor frecuencia las mujeres emplearon esta oración ante sucesos relacionados con infidelidades, situaciones confirmadoras de la primera ruta de estados emocionales mientras que los hombres la ocuparon a propósito de situaciones relacionadas con la muerte de un familiar, precipitador de la ruta emocional número 3.

Más allá de no respaldar las rutas 2 y 4 de estados emocionales por lo anterior, podemos decir que al menos los participantes tendieron a expresar de manera más abierta lo representativo que ha sido para su vida el sentirse o ser abandonados, haber sido engañados, maltratados, haberse separado o haber perdido a alguien a tal grado de emplear frases tan determinantes como la que le da nombre a la segunda categoría y que por lo tanto, bajo el marco de referencia por el cual se hace este trabajo, parece han sometido, someten y someterán a su cuerpo a dinámicas desequilibrantes que implican dichas rutas que conforman



emociones como la tristeza, el miedo y la ira hasta el día de su muerte, al menos que ellos mismos no solo digan sino que también hagan todo lo contrario.

### **¿Me casé por amor?**

Como se mencionó anteriormente, un sujeto forja sus usos y costumbres de acuerdo a lo instituido socialmente. Dentro del conjunto de deberes que implantan las instituciones encontramos el conformar una familia, desde cualquier plano, ya sea económico, social o religioso podemos encontrar su configuración basada en la familia. De la misma manera que con otros constructor, la familia no se ha salvado de un progresivo cambio por obedecer movimientos, propuestas ideológicas o reordenamientos sociales, por estos motivos encontramos una diferencia del significado que tenía por ejemplo hace 50 años al que tiene hoy, es decir, del haber pasado de ser un fin inevitable y necesario tanto para un hombre o una mujer aspirantes a lo convencional, a ser garantía de estabilidad e incluso facilitador para la adquisición de lo que hoy parece significar un artículo de lujo, es decir, la adopción de un niño.

La disponibilidad de bienes materiales ha resultado ser herramienta para conformar el perfil del modelo familiar ya que la historia urbana nos ha hecho ver que la oferta es la que determina la demanda, en las arquitecturas de los hogares por ejemplo, la reducción de espacios ha venido siendo una constante, desde las casonas que entre sus cualidades se encontraba la amplitud que podía albergar a una familia con al menos 6 u 8 integrantes o más, sin olvidar, claro está, las posibilidades económicas ya que como los testimonios mismos nos hacen ver, la solvencia material permitía en muchos casos un cuarto redondo para la convivencia, sin embargo, el modelo a seguir era, por sobre todo, una familia, una familia “extensa”. De esta manera podemos revisar la transformación gradual de un factor intrínseco a la familia, las antiguas vecindades, el auge de las unidades habitacionales y nuestro pequeño y a la vez masivo destino inmediato, las casas-cuarto de interés social que indican hasta el tamaño del vehículo a usar e incluso la cantidad de hijos a considerar, uno.

Como podemos ver, los indicativos sociales imperantes han dado por hecho la unión de 2 personas. Por su parte, la familia misma también ha jugado un rol de maneras distintas. Esta práctica humana de unión ha presentado usanzas como los matrimonios “arreglados” por medio de los cuales se podrían cubrir intereses económicos o sociales de las familias procedentes, en estos casos, claro está, el factor afectivo pasaba a planos secundarios. Es en este factor donde la familia aplica su influencia directa porque, como ya hemos mencionado, siendo el espacio primario en donde se concibe, aprende, ejerce, en este caso lo afectivo, será donde se conformen las expectativas en las futuras relaciones, en el caso de una unión sentimental de manera casi obligatoria, es el espacio donde se modulará el grado de sumisión de un individuo hacia otro, que tan represivo será, afectivo o permisivo, además de ser donde se aprenda a conformar una personalidad que permita amar a alguien por sobre todas las cosas y no odiarla por nada del mundo ya que sea por haber jurado ante dios, ante la memoria de los padres o alguien más porque en este mundo dicotómico eso es lo bueno.

Es el plano personal el que permitiría responder la pregunta “¿me casé por amor?”, ya que social o familiarmente hablando la respuesta en la mayoría de los caso sería “es lo que se debía de hacer”, sin embargo el auge de los divorcios en la actualidad hacen sospechar que no ha sido así sino por situaciones como la de evitar seguir en una atmósfera en donde no se ha estado cómodo, por ejemplo.

-Precisamente por todo lo anterior resulta importante conocer que fue lo que llevó a una persona, en este caso los entrevistados, a compartir el camino de la vida con otra y formar de esta manera una familia. Como hemos mencionado, no es solo el factor sentimental el que puede ligar a una pareja al grado de conformar un hogar. A todo esto encontramos en esta población que menos de la mitad expresaron haberse casado o compartir su vida en unión libre con una pareja por amor como motivo principal. De los 14 individuos las mujeres conforman la

parcialidad mayoritaria encontrando a solo 4 hombres que consideran haberse casado porque amaban a su pareja.

El porcentaje de personas que reportan haberse casado sin amor es muy similar tanto en los grupos de los hombres como en el de las mujeres, sin embargo el embarazo como motivo de unión se presenta con mayor frecuencia en los hombres.

Los motivos que originaron la unión van desde el “robo” sufrido por la pareja, venganza o lástima, esto en el caso de las mujeres, hasta el encontrar quien lo atendiera como un hombre reportó.

-Lo anterior nos obliga a tomar de manera muy seria lo siguiente; sabiendo que el hecho de convenir con otra persona para vivir juntos por motivos sentimentales no garantiza que vaya perdurar la tan efusiva relación inicial y menos “hasta que la muerte los separe” (a menos que uno mate al otro), las expectativas de una relación estable o plena, como se le quiera adjetivar, entre una pareja que al menos uno de los miembros no considera amar al otro se ven aun más reducidas.

Es de llamar la atención que más de la mitad de los participantes no consideren haberse casado por motivos sentimentales y aunque los resultados de esta categoría no vislumbra al género como determinante ante dicha situación, los resultados de otras categorías indican que lejos de un bienestar, un miembro de esta relación, específicamente la mujer, no encuentra en su pareja una buena convivencia y si a eso le aunamos el pequeño detalle de que al “decidir” vivir juntos implica por lo regular y por lógica pasar la mayor parte del día con esa persona que funge como pareja, encontramos factible el que la emoción producto de la relación de pareja predomine de manera permanente y que, bajo esta óptica, avasallen sus consecuencias.

## **Familiar incomodo y el cambio**

Esta es una extensión de la categoría “relaciones familiares” ya que delimita una relación en particular que ha resultado determinante para el mismo entrevistado en el transcurso de su vida.

Como hemos visto, la concepción dicotómica en la cual nos basamos para experimentar el mundo ha conformado los bandos de lo bueno y lo malo en una cultura, en una sociedad.

Términos como las “hermandad” tienen su origen precisamente de la forma de convivencia familiar, es decir que cuando uno logra una buena relación con alguien o un grupo de personas que no comparten redes familiares se puede denominar hermandad ya que así reflejará el grado de amistad, confianza, armonía y todos los términos posibles que se puedan encontrar, presenta tal relación y que son sinónimo de esa asociación de seres humanos.

Ese es el rol, hasta sagrado se podría decir, que juega la familia en la sociedad, implica entonces otros constructor como fidelidad, lealtad, respeto u obligación, sin embargo, al aterrizar la revisión precisamente al plano familiar podemos constatar que está sujeta a disgustos, conflictos, y enemistades que una cultura como la nuestra, enemiga de los conflictos, se ciega ante la realidad latente que puede presentarse en un grupo de individuos con libre albedrío, discrepancias ante situaciones vividas en común.

Esta mezcla de “mandamientos sociales” y el vivir cotidiano, o como Osho propone, el tener conocimiento y el conocimiento mismo es lo que confunde y lanza a las personas al campo de la ambivalencia entre tratar de sujetarse a la norma al respetar, amar y estar siempre junto a un familiar aun cuando el otro haga todo lo contrario.

La misma dinámica de escoger entre una y otra opción (polaridad) lleva a la persona expuesta a esa ambivalencia a escoger lo mejor para ella y de eso depende el que siga viviendo bajo abuso, maltrato y sufrimiento o renunciar a eso o provocar un cambio de quien ha contribuido a hacerle conocer que algo puede tener un significado totalmente distinto a nivel social, familiar y personal.

-En esta categoría son solo 9 las personas que consideran no haber tenido alguna relación familiar que les haya incomodado hasta la fecha. De estas personas 4 son mujeres nacidas en el interior, sin embargo, tanto este último grupo como el de las mujeres nacidas en el DF son los únicos que reportan al cónyuge como familiar incomodo, ya sea por tomar en exceso alcohol, golpearlas o serles infiel, ya sea las 3 cualidades juntas, solo dos o por separado.

Cabe recalcar que el grupo uno reporta con mayor frecuencia a la madre debido a situaciones como reclamo por falta de afecto o por considerarla una tirana, por su parte las mujeres del grupo 2 reportan con mayor frecuencia a la suegra presentándose además la situación peculiar de ser las únicas personas a las que se les ha otorgado perdón por parte de los entrevistados.

Como mencionamos, a diferencia de reportar al cónyuge, los hombres del grupo 3 y 4 tienen considerado en mayor frecuencia al padre como un familiar con el que se estuvo lejos de tener una buena relación, de la misma manera reportan a un familiar del cónyuge, como podría ser alguno de los suegros o cuñados.

Aunque son solo 7 los casos que reportan que el familiar con quien se tenía mala relación cambió de actitud de manera positiva es de llamar la atención que estos casos solo se presentaron en la población femenina siendo el esposo el familiar quien sufre esta transformación, como el caso que apenas tiene un años de haber presentado dicho cambio, otro 2, uno más 5 y el último 12.

Sin especificar qué situación se da primero, encontramos una coincidencia entre el perdón ya mencionado a las suegras y un cambio de actitud de los mismos.

Es de llamar la atención un caso en particular que expresa haber sufrido un cambio de actitud de la entrevistada misma hacia sus hijos ya que considera que a partir de estar apunto de morir hace 20 años al atorársele un palillo en la garganta, se dio cuenta gracias a esa situación lo mucho que la querían sus primogénitos aun cuando ella, por la supuesta razón de imitación, tenía la misma actitud que su madre tenía hacia ella.

-Hablar de que poco más de 2 tercios de la población entrevistada consideré haber tenido una mala relación familiar en particular es hablar de una considerable mayoría. Esta categoría permite ratificar el hecho de que solo la mujer sea el género que presente desacuerdo en cómo se ha dado las relación con su cónyuge, es decir, parecería ser la única parte que no le ha agradado a plenitud el intentar llevar a la práctica la teoría del matrimonio, sin olvidar, claro está, los motivos de su malestar; infidelidades, golpizas o maltratos estando o no de por medio el excesivo consumo de alcohol de parte del esposo.

En esta categoría sí determina el sexo ya que los hombres por su parte no tienen ninguna queja hacia su pareja. El malestar por esta parte solo se da hacia familiares del cónyuge como lo podrían ser cuñados o suegros.

Todo lo anterior explica el por qué sean los hombres (esposos de las entrevistadas) quienes presenten arrepentimiento que originó un cambio de actitud de manera positiva, ya que según lo visto no tenía nada que aceptar en el mejor de los casos.

Tomando en cuenta las fechas en las cuales se han dado los cambios de los esposos de los casos, aunado al tiempo de convivencia resulta muy relativo el impacto positivo en la persona (hablando de salud) debido a que ha sido mayor el

tiempo al que se han expuesto a las situaciones ya mencionadas que han originado las emociones ira, tristeza y miedo de manera constante, sin decir ya permanente y esto permite decir entonces que más allá de haber encontrado estabilidad emocional, de salud pues, las pocas afortunadas que reportan ese cambio, su desequilibrio originado por las ya mencionadas emociones ya marcó sus consecuencias en sus memorias corporales.

## **Salud**

Si se da por hecho el que el ser humano ha experimentado de manera parecida la relación salud-enfermedad en toda su existencia sería caer en un absurdo determinismo. Si ahora se considera como un éxito el poder mantener con vida a alguien por medio de aparatos (como la respiración artificial) o prolongar la vida de un individuo por años aun cuando éste solo sobreviva por el propósito único de no morir es debido a que como Berman lo sentenció, las reglas de nuestra cultura moldean nuestra aprehensión, nuestra concepción, ya que la ciencia médica, o mejor dicho, la empresa médica junto a los demás agentes sociales ya mencionados a lo largo de las categorías han configurado lo que se podría denominar flagelo voluntario con el pretexto de por medio de esta acción alcanzar fines, es decir, renunciar a experimentar plenamente el proceso y solo vivir de las metas.

El estar en la persecución constante de satisfacciones no permanentes, como evitar o prolongar la inevitable experimentación de dolor, es resultado de esa actitud moldeada por la previa configuración de la perspectiva hacia situaciones como el dolor mismo o la muerte como Illich propuso.

Es por esto que cada familia recibe y transmite prácticas y recursos que indican cuando se decidirá si es o no enfermedad, qué hacer con el integrante enfermo o cuándo comenzar a preocuparse o sufrir por motivos de salud. Al pasar de lado de la enfermedad en esta relación es cuando toma relevancia el tema de la salud ya que es cuando se toma conciencia de lo que se ha perdido debido a esta cultura

de alarmarse solo cuando aparece o cuando no se puede, práctica errónea, combatir el síntoma.

Como hemos podido constatar, el cómo un sujeto construya el concepto de salud pasa por muchos determinantes como el decir lo que es bueno o no para su cuerpo (como por ejemplo si las actividades o rutinas a las que expuso su cuerpo son ideales al diseño y naturaleza del mismo y si está o no voluntariamente haciéndolo), su mente, decidir y experimentar cuando está en vías o en la enfermedad misma o si su voluntad es quien decide qué acción tomar ante la necesidad de hacer algo respecto a su salud, ya que pasa por lo económico también.

De esta manera la constante en el discurso de un individuo en occidente hacia su salud pasará por la descripción de los síntomas de una enfermedad ya establecida y no de la descripción de una acción, actividad o rutina como parte de su enfermedad misma.

-Los padecimientos que reportan en mayores ocasiones los participantes de este trabajo tienen relación con las vías respiratorias, es decir que se presenta a manera de gripas, tos ferina, “problemas en los bronquios” o “problemas en la garganta”, y aunque se presenta en los dos géneros, en el femenino es más representativo.

Lo mismo pasa con el segundo padecimiento más representativo reportado por los entrevistados, nos referimos a la hipertensión. Debido a que es el padecimiento con el que más se considera tiene relación la DM para su desarrollo no está demás comentar que solo en dos casos está muy distante el diagnóstico tanto de un padecimiento como de otro.

Continuando con el género femenino, encontramos que situaciones como miomas, abortos involuntarios, el retiro de matriz, infertilidad o partos con productos



muertos resultan ser reportados con una frecuencia tal que se considera ocupa el tercer lugar de los eventos en los que la salud se ha visto disminuida.

Por su parte, los hombres hacen particular de su género la presencia de exceso en el consumo alcohol e infartos como trastornos de su salud.

El incremento en la masa corporal es una situación que comparten como característica estos individuos, en su mayoría a raíz de la conformación de una familia propia o de la iniciación de la vida laboral, sin embargo solo los hombres lo consideran como patógeno.

-Podemos decir que tanto los padecimientos en las vías respiratorias y la hipertensión se presentan como trastornos que su presencia era inminente, en el primer caso por lo común que resultan en la población en general y más al considerarse en opinión pública como comunes y anecdóticos, como las gripas o infecciones en la garganta. En el segundo caso por los antecedentes alópatas que podemos encontrar en la literatura relacionada a la DM que manejan casi como enfermedad “hermana” a la hipertensión.

Sin embargo llama la atención el patrón en el género femenino al reportar padecimientos relacionados a su aparato reproductor ya fuera antes, durante o después de haber experimentado gestaciones.

También resalta el hecho de que hayan sido los hombres quienes contemplaran su consumo de alcohol y sobrepeso como trastornos de su salud, desafortunadamente no se obtuvieron más datos que resultarían igual de importantes como el saber desde cuando lo consideran así. De cualquier modo podríamos decir que lo anterior da sustento a la propuesta que Illich dispone acerca de que a mayor estatus social-económico se tiende a aumentar el rango de contemplación de disminución de la salud y que según lo presentado, fueron los hombres quienes exhibieron características como el tener mayores grados

académicos, trabajos más remunerados y mayor reconocimiento social ya que las mujeres al verse superadas por estos renglones no muestran la tendencia a considerar al menos el sobrepeso que también padecen como trastorno y sí más como problema estético.

Lo anterior permite buscar entablar una relación de su percepción hacia su salud y sus medidas a tomar ante la disminución de la misma, que, siguiendo esta línea, encontraríamos mayor reporte de padecimiento e interés por actuar por medios como el alópata o remedios ante tal situación de los hombres por sus características ya mencionadas que por las mujeres y por ende ampliar más el panorama de lo que ha vivido, en este caso padecido, por qué y de qué manera los sujetos de interés de este trabajo.

### **Enfermedades en la familia**

Por medio de esta categoría se intenta conocer si existe la presencia del factor herencia como facilitador etiológico de la DM, al menos en la población entrevistada. Como hemos podido apreciar, la literatura de perfil alópata se apoya en este factor al momento de reagrupar los posibles componentes para el surgimiento de este trastorno en un paciente.

Sin embargo, desde una perspectiva holista esta categoría también permite conocer las formas de expresión de los cuerpos de una familia, es decir, apoyados en categorías como la de “emoción”, “relaciones familiares”, “eventos significativos”, etc., podremos vislumbrar redes de relaciones que en determinado ambiente desembocaron en padecimientos específicos, incluyendo el del entrevistado.

Es decir que estaríamos hablando no solo de una herencia a través de genes, sino también de intolerancias, represiones, abusos o de estados emocionales producto de las mismas relaciones interpersonales que, como se presume, permite la

reincidencia de uno o varios males en común entre las generaciones de un árbol genealógico.

-En cuanto a los resultados podemos observar que solo la tercera parte de la población mencionó que no se presenta o no tiene conocimiento del que algún familiar padezca cierta enfermedad crónica-degenerativa.

Por otra parte, 16 de los participantes expresaron tener al menos un familiar que se sabe padece o padeció DM, siendo en su mayoría las madres estos familiares.

Padecimientos como el cáncer y trastornos en la próstata fueron reportados en familiares de al menos 5 casos del grupo de mujeres nacidas en el interior.

También los padecimientos del corazón son representativos de los familiares del género femenino.

Los problemas originados por el exceso de la ingesta de alcohol, específicamente en el hígado y riñones lo comparten tanto los familiares masculinos de las mujeres como los de los hombres.,

A todo esto, es de llamar la atención que la hipertensión solo fue reportada como padecimiento de familiares de 2 casos, esto en los grupos 1 y 2. lo anterior lo considero algo sorprendente por la relación ya mencionada entre este trastorno y la DM.

-Como podemos observar, es la misma DM el trastorno que mayormente se reporta en la salud familiar de los entrevistados, particularmente en las madres, esto indica que además de estar inminente el factor herencia, todo lo que conlleva el ámbito familiar predispone a que al menos 2 terceras partes de los sujetos entrevistados aumenten sus probabilidades de predisposición a desarrollar dicho mal. Cuando mencionamos “lo que conlleva el ámbito familiar” nos referimos a

todas las relaciones que se han manejado a través del desarrollo de las categorías que conformaron este trabajo, es decir, de cómo un considerado “evento significativo” de índole familiar, es decir, en la relación con un hermano, hijo, padres o esposo es tan significativo que se le recordará “hasta el día de mi muerte” o/y ha propiciado a considerar a determinado individuo como “incómodo” para sustituir conceptos como “tirana” que como algunos casos manejaron, generando en las personas no un análisis de los posibles por qué de sus situaciones personales de actitudes de quien los rodea, es decir, a no reflexionar profunda y abiertamente de que quizás tal actividad de tal familiar se debe a que tuvo una infancia en la cual todos los aspectos, como el económico, sentimental o alimenticio se encontraban en deficientes condiciones y que tales situaciones propiciaron largas jornadas de trabajo distanciando así a cada miembro familiar encontrándose solo cuando ya no se quería saber nada más que descansar o a esparcirse como la sociedad demanda, tomando por ejemplo.

Pero lo que encontramos por medio de categorías como la de “emoción” y las ya mencionadas demuestran todo lo contrario a un trabajo de reflexión, nos muestra personas que reprimen y viven por largos periodos de sus vidas emociones que, siguiendo a los taoístas, repercuten en su salud, en sus órganos.

El conocer las otras enfermedades en las familias de los entrevistados y las rutas de los estados emocionales ya establecidas anteriormente nos permite conocer cuales han sido las emociones que representan a individuos en particular y cual ha sido su expresión en sus cuerpos.

### **Decesos familiares individuales y múltiples**

Dentro del discurso de la alopátia en relación al impacto (positivo) que se ha tenido en la humanidad desde su instauración como medio oficial para tratar la salud encontramos la constante de presumir que ha contribuido en el incremento de la expectativa de vida de un ciudadano común, en prevenir y combatir pestes, epidemias o pandemias, en síntesis y en teoría, que su conocimiento desarrollado

ha permitido que la humanidad en sus distintas sociedades y culturas ha encontrado en el método científico un referente para que una persona tenga más probabilidades de sobrevivir, a un parto y desarrollo, y se mantenga del lado de la salud en la relación con el tránsito a la enfermedad.

Al menos las estadísticas con las cuales sustentan y respaldan sus alcances y propuestas así lo hacen ver, como muestra tenemos los datos entregados por INEGI (y que ya se citaron anteriormente) en relación al rango de vida de un ciudadano común de hace poco menos de un siglo y uno actual.

Como se ha venido presentando, esta categoría tendría relación directa como con la de “relaciones familiares”, “emoción” o “eventos significativos” e incluso la recién revisada “enfermedades familiares” ya que permitiría conocer, si es que se presenta, algún patrón en cuanto a la presencia de un mal dentro del ambiente del entrevistado, además de conocer si este supuesto porvenir otorgado por la biomedicina permitió perdurar tanto relaciones buenas o malas.

Como se revisó, la muerte y el dolor en este contexto cultural, es sinónimo de fin o mal, entonces bajo esta lógica, la experiencia de mortandad familiar o allegada resulta ser una experiencia negativa, alejada del bienestar personal, entablando así un estado anímico permanente por ese acontecimiento representativo.

-Los datos obtenidos en esta categoría indican que son 18 los casos en los que se reportan decesos de familiares cercanos, específicamente hijos y hermanos, de manera múltiple e individual. Por múltiple entiéndase a partir de 2 decesos en adelante. Cabe recalcar que en cada grupo están repartidos este tipo de casos.

En el grupo 1 por ejemplo, se presenta un caso de 5 hijos muertos, otro de 3 partos con el producto fallecido y otro caso que expresó haber perdido 7 hermanos, unos recién nacidos y otros con escasos años de vida.

En los casos que se reportan decesos individuales siempre se trata de hijos. La explicación que se le dan a estas situaciones gira alrededor de la negligencia e ignorancia de la madre o de la entrevistada misma.

De la misma forma, en el grupo 2 encontramos 3 casos de muertes múltiples de los cuales en un caso se reportan 5 abortos, y en los otros 2 casos se presenta la pérdida de 2 hermanos respectivamente.

Además de lo anterior, 2 mujeres expresaron haber perdido a un hijo y a un hermano respectivamente, que a diferencia del grupo anterior, estas personas mencionaron como causa de los decesos a enfermedades como la tuberculosis o complicaciones cerebrales.

Por su parte, solo un caso en el grupo 3 reporta una pérdida de 2 hijos y otro caso que perdió a un primogénito, mientras que en el grupo de los hombres nacidos en el DF los 4 casos de pérdidas múltiples han sido decesos de hermanos, uno de 6 pérdidas, otros 2 de 3 y 1 de 2 hermanos muertos.

Además de lo anterior, este grupo reporta la pérdida de un hijo, esto se dio en el caso de los 2 hermanos fallecidos.

Cabe mencionar que el género masculino reportó como causantes de las muertes a enfermedades y cuestiones accidentales y económicas.

-Es de llamar la atención aquellos casos en los que se perdieron hasta 7 miembros de la familia, sin embargo no menos importante encontramos los abortos y partos de productos muertos múltiples. Lo anterior no indica que las pérdidas individuales no hayan sido impactantes para los entrevistados, pero si tomamos en cuenta lo que produce una pérdida, ira y tristeza al menos a esta población, se puede decir que con más de una repetición ese estado emotivo se multiplicará.

Se puede sospechar que por ser hermanos una parcialidad de estos casos y haberse presentado en la infancia no haya repercutido tanto en la estabilidad emocional del entrevistado pero en los demás miembros con mayor "criterio" por su mayor edad, es decir, en los padres o hermanos mayores seguramente tuvo otro impacto y que en ellos sí determinó en su actitud hacia su vida y la de los demás.

Si bien es cierto que la categoría no arrojó un patrón en relación a un padecimiento específico causante de dichas bajas mas que la pobreza, negligencia o ignorancia como agentes causantes, sí se puede afirmar que esta situación originó un estado emocional permanente o duradero en el entrevistado por la pérdida de hijos y/o productos y de los padres o familiares mayores.

### **Cuerpo y sexualidad**

La significación del cuerpo desde luego que no se libra de la visión dualista que en occidente enraizó. Ya se comentó del proceso por el cual pasó el humano para llegar a entender al cuerpo ajeno de lo psíquico, de cómo el asco se instauró como sensación oficial para afrontar todo lo relacionado a lo corporal, sin olvidar a la culpa, al pudor o lo innombrable como adjetivos de las funciones y naturaleza del cuerpo humano, de cómo en la sociedad encontramos las directrices que nos indican el cómo vivir a nuestro cuerpo con satisfacción o desagrado, ya sea por medio de algunos productos alimenticios, artículos de prenda y uso o apego a la norma estética y moral.

El grado de asco, de experimentación, de aceptación, de flagelo, de cuidado o de conocimiento hacia el propio cuerpo lo modula la familia y su espacio de hábitat. Este espacio lo determina ya que estando consientes que vivimos en una sociedad en su mayoría regidos por ideas cristianas, si la arquitectura de un hogar no permite la privacidad por el compartir la recámara, por ejemplo, para la

contemplación corporal propia o la manipulación del mismo será casi imposible o en periodos cortos reduciendo las posibilidades del conocimiento (y no tener conocimiento a través de textos) y disfrute de lo que en el cuerpo y a través de él podemos experimentar.

Como representantes de lo antisocial, antiespiritual e inmoral todo lo relacionado con el cuerpo, incluyendo la sexualidad, producen incomodidad al momento de su inevitable presencia obligando a las autoridades en turno, los padres, a reprimir cualquier acto relacionado a este ámbito.

Por estos motivos el que se contemple lo corporal ajeno al campo mental se extiende incluso en la misma conceptualización del cuerpo ya que parece ser motivo tenuemente suficiente para la reflexión personal hacia la significación del mismo.

Y es que si se toma en cuenta que ya sea por sus fluidos o su sexualidad al cuerpo se le trate de ocultar o que no implique acción de atención al menos lo menos necesario posible, encontramos a sujetos que han reducido a unas cuantas cualidades o funciones los motivos de existencia de un cuerpo.

De esta manera, el objetivo a seguir es conocer la percepción del cuerpo de las personas entrevistadas, es decir, si el significado de su cuerpo y sexualidad están regidos por todo lo anteriormente comentado o comparten la idea de poseer un cuerpo emocional, mental, ajeno tanto de la maldad del pecado como de la presencia de fluidos, olores y sensaciones absurdos y de esta manera conocer del porque se tuvo un uso determinado del mismo.

-Los datos que esta categoría arroja nos muestra que el haber estado a disgusto con lo que ha representado el cuerpo es particular del género femenino, al menos de 8 mujeres participantes. Lo anterior debido a la estética ya que todas, a excepción de una, reportan haber tenido obesidad. Son solo 2 casos de mujeres



nacidas en el interior y otras 2 nacidas en el DF quienes expresan estar conforme con su cuerpo.

Sin contar a los casos en los que se reservaron de algún comentario, los conceptos en los que se apoyan las mujeres en general al momento de armar una definición de lo que ha significado su cuerpo son en relación a la funcionalidad que puede tener al permitirles realizar actividades. También citan al cuidado que pudieron haber hecho a dejado de hacer al mismo.

El vestido o arreglo personal también tiene relación con el mencionado aspecto estético.

Por su parte, casi la totalidad de todos los hombres reportaron haber estado conforme con su cuerpo, al menos antes de padecer la DM ya que este trastorno además de haber mermado su constitución física, les acarreó malestares.

A pesar de expresar conformidad fue una constante encontrar desacuerdo con la apariencia en relación al atractivo físico. También la preocupación por estar presentables o limpios se hizo presente en el relato de algunos de los participantes, además del procurar comidas “fuertes” o “energéticas” para soportar las cargas de trabajo.

Solo un participante comentó considerar que no le dio la suficiente importancia a su cuerpo cuando habituaba fumar y tomar pero que ahora lo consideraba un templo.

Sin lugar a dudas que esta fue una de las categorías en las que se presenta un mayor número de omisiones de opinión ya que casi la mitad de la población no quiso hacer un comentario al respecto.

El género femenino fue quien más se reservó de compartir la manera que ha vivido su sexualidad.

Por otra parte, 4 mujeres nacidas en el interior y 2 hombres nacidos en el DF mencionaron experimentar una sexualidad plena.

En los demás casos femeninos encontramos que la experiencia en este ámbito se desarrolló con miedo, represión o vergüenza ya sea por los constantes reclamos de los esposos por los embarazos, por la apariencia física, por evitar ser escuchados o vistos por quienes compartían el dormitorio, es decir, sus hijos, o simplemente a partir de la separación de su pareja sentimental y perder la confianza hacia el sexo opuesto.

En los grupos de los hombres se presenta de manera particular el reporte de haber vivido a plenitud su sexualidad hasta que padecieron DM. En contraste, es de llamar la atención la aseveración que hace un participante nacido en el DF la asegurar que “es mentira que no se pueda siendo diabético”, refiriéndose a la actividad sexual.

El estar conforme al menos en alguna etapa del matrimonio, específicamente los 10 años iniciales del mismo lo presenta un caso del grupo 1 y otro del grupo 3.

-Como la categoría “salud” nos lo hizo ver, también en la categoría “cuerpo” encontramos que las mujeres entrevistadas en su mayoría no estuvieron de acuerdo nunca con su apariencia física, específicamente por su sobrepeso, es decir que por medio de los estético, a parte de su obesidad, la forma de vestir y arreglarse marca la pauta al momento de significar su cuerpo, esto aunado a la funcionalidad del mismo ya que como las otras categorías como “vida laboral” o “estilo de vida o hábitos” nos muestran, este género era muy activo por atender el hogar y trabajar, es decir que el ver al cuerpo como una herramienta que a través de sus funciones podría lograr cosas fue una percepción propia de las mujeres.

Los hombres en cambio, a pesar de que presentan la constante de reportar una percepción hacia sí mismos como sujetos con poco atractivo físico no fue motivo suficiente para llegar a estar en desacuerdo con su cuerpo. Esta conformidad sin embargo, como podemos ver, se vio marcada por las consecuencias que se experimentan al desarrollar DM, se puede decir que no solo se presentó esto por sufrir sus dolencias y malestares que representa este mal sino por la temática de otra categoría, la sexualidad, ya que como los datos muestran, la presencia de dicho trastorno provocó dejar de tener una sexualidad plena, es decir, que los hombres significaron a lo largo de su vida a su cuerpo recargados de manera determinante en lo sexual debido a la ya conocida relación que existe entre padecer dicho mal y experimentar disfunción eréctil.

Por su parte las mujeres, quienes por cierto a diferencia de los hombres, incluso vieron en el diagnóstico y padecimiento de DM una gratificación debido a la baja de peso por lo ya comentado tan trascendental aspecto estético. Este género, como era de esperarse, no desarrolló plenamente su sexualidad simplemente por eso, por ser mujer, en cambio, además de la represión y vergüenza, experimentó algo contrario a la satisfacción, es decir, un estado emocional de miedo que como hemos visto es parte de las 4 rutas presentadas en la población.

### **¿Por qué diabetes?**

Conforme transcurren los años la información en relación a esta enfermedad ha tenido mayor divulgación, desafortunadamente no tanto por los avances en cuestión de conocimiento para afrontarla sino por su inminente escalada de peldaños hacia los primeros lugares de causa de morbilidad a nivel mundial.

Como en otros trastornos, el manejo que le da la población común es distinto al profesional en cuanto a términos se refiere, esto incluye a la denominación que se le da como al origen de la misma. De esta manera es normal encontrar dentro de una plática del tema entre personas sin conocimientos profesionales médicos que

se refieran a la diabetes como “el azúcar alta” o simplemente “el azúcar”, esto quizás por la manera en que la alopátia ofrece su explicación con una supuesta intención de no caer en tecnicismos indescifrables para la mayoría.

Esto aunado a las campañas de difusión de información muy general acerca del trastorno por parte de las dependencias gubernamentales de salubridad se han encargado de crear una noción sutil de este mal.

La supuesta propuesta de prevención que se divulga para la diabetes contempla vigilar un posible exceso de peso, regular la alimentación y mantener una rutina que implique ejercitarse y tomar en cuenta el factor hereditario como facilitador hacia la propensión del trastorno.

Es precisamente este último factor que toma mayor relevancia a nivel familiar por razones obvias, sobre todo cuando sí existen antecedentes de este padecimiento. Cuando es así y se es diagnosticado, la tendencia es aceptar que el origen del mal es debido a que el padre, la madre o la abuela lo padecen o padecieron, más allá de que su proceder alimenticio y rutinario hayan tenido mayor responsabilidad en el desarrollo de dicho padecimiento.

Pero probablemente el frente al que mayormente se recurra para darle explicación es el que se maneja con mayores prejuicios y restricciones por razones de un desprestigio con sustento científico, me refiero al ser una emoción la causante de dicho mal. Ya sea a manera de “susto” o “coraje”, al momento de sugerir que se ha desarrollado este padecimiento por un estado emocional en un momento específico es inmediatamente descartado por la alopátia. Sin embargo sería un error mantener esa postura ya que omitir tantos testimonios sería privarnos de datos trascendentales para desarrollar investigación que nos llevaría a conocer más de lo que ahora solo nos permite hacer ante tan avasallador mal, describirlo y aliviar sus síntomas, es decir, librar a la propia alopátia de este trastorno que no

cuadra con su categoría patógena de enfermedad en sí, porque su cura en este horizonte no está a la vista.

-Adentrándonos a los resultados podemos observar que los participantes entrevistados le atribuyen en mayor medida a los corajes la responsabilidad de haberles desarrollado la DM. En los grupos femeninos es la explicación más representativa que le dan a su padecimiento, encontrando en el esposo o pareja sentimental el provocador principal de dichos estados anímicos, en su mayoría por infidelidades.

La dieta es la segunda causa principal a la cual se recurrió como provocador del mal, esto tanto en hombres como mujeres.

El susto, descripción en la cual se auxilian debido a una fuerte impresión por algún accidente o hecho inusitado es el tercer motivo originador citado por los participantes.

Por su parte, solo en los grupos masculinos se consideró al alcohol como originador de la enfermedad con al menos 4 casos con esta característica.

Los casos de personas que consideran desconocer las causas de su padecimiento superan por 1 a los que consideran que la herencia fue el principal factor desencadenante de la DM.

Es de llamar la atención que solo una mujer del grupo uno consideró al consumo del dulce dentro de su deficiente dieta como la principal causa de su padecimiento.

-Los resultados indican que esta población considera como factor originador de su padecimiento sentimientos que, como propone Lange, indudablemente se aplazaron permanentemente hasta formar estados anímicos.

Se considera que es así debido a que tomando en cuenta que los corajes, supuestos responsables en la mayoría de los casos del desarrollo del trastorno, y el susto, que ocupa el tercer lugar, dan lugar a la ira y el miedo, emociones que como ya se ha mencionado, encontramos en anteriores categorías y que por lo tanto conforman las 4 rutas que se determinó construyeron los participantes.

Los “por qué” de los corajes en la mayoría de los casos, surgieron reiterativamente al encontrarlos en anteriores categorías aparte de esta, lo anterior da claridad de la conformación de la relación entre;

Configuración cognoscitiva-→sucesos, eventos...-→producción emotiva a manera de al menos 4 rutas-→....

Sin embargo, el propósito de este trabajo es contemplar la última parte de esta ecuación que sería el impacto corporal.

Otros componentes, que sería un error descartarlos por cuestiones de enfoque, y que según esta postura también participan en la ecuación pasada, son contemplados en la población pero en menor medida, según su orden de frecuencia, de mayor a menor vemos que la dieta (incluyendo la ingesta excesiva de alimentos considerados dulces) y la herencia a diferencia de lo que la alopatía presume, se cree que son factor etiológico pero no en mayor medida que el aspecto anímico, esto aunado a los resultados que arroja otra categoría de este mismo trabajo en el que la DM tienen presencia en la familia de la mayoría de los participantes.

Como podemos apreciar, la única postura que sigue renuente a contemplar lo que la misma enfermedad encarnada nos dice, es decir los testimonios, es la alopatía, misma que como vemos no se descartan sus argumentos pero tampoco se les toma lectura de manera dogmática, algo que permite conformar una especie de esperanza para que esta propuesta de reorganizar la percepción hacia las cosas, de la salud, tenga aceptación.

## Tratamientos

Como en las categorías anteriores y en el marco teórico se ha mencionado, la manera en que un individuo actúa hacia sí mismo y “lo demás” depende de la percepción de sí mismo y “lo demás”.

Visto como una máquina que al averiarse encuentra compostura en refacciones, el ser humano ha dejado toda la responsabilidad de su mantenimiento en la salud en las manos de los médicos en los últimos tiempos. De esta manera los tratamientos que los alópatas practican resultan ser material, de suma importancia, de reflexión ya que de ellos ha dependido el estado de salud de la población, no solo por sus resultados positivos presumidos directamente por los propios médicos, sino por los efectos contraproducentes que se presentan en ciertos casos, al menos así lo manejan.

Es la yatrogenesis clínica que Illich denomina a la cual nos referimos y que en la literatura biomédica se maneja con una sutileza preocupante, y es que resulta fatalmente paradójico aceptar que la máxima imagen autorizada para atender lo relacionado a la salud-enfermedad sea agente patógeno, sin olvidar claro está de las políticas económicas de tanto los fabricantes de medicamentos como de los monopolios distribuidores que al tener el control absoluto de los mismos, sus intereses, alejados totalmente del bienestar ciudadano, fomentan y moldean el consumo, la dependencia de algún tratamiento alópata.

De esta manera, el poder adquisitivo de una familia y su gradual inserción hacia la modernidad perfilan la elección hacia una u otra opción cuando un integrante ve disminuida su salud, es decir, recurrir a remedios, desde los caseros hasta los más ancestrales o consumir productos que aliviaran el síntoma pero no así la enfermedad misma.

El que generaciones completas nazcan, se desarrollen y se reproduzcan en contextos ajenos a la naturaleza, es decir, un contorno urbano, aleja a los individuos automáticamente de una alternativa no sintética al momento de afrontar una enfermedad, solo situaciones como recomendaciones de gente mayor (como “los remedios de la abuela”) se pueden presentar en ciudadanos pero la gran mayoría se vuelve dependiente al enfoque biomédico.

Las mismas políticas de salud del estado ofrecen (a medias) como opción única al médico como solución ante la falta de bienestar “psíquico y corporal” ya que se establecen dentro de las prestaciones de ley, al miembro o miembros de la familia que trabajen, el seguro médico, cubriendo así a todos los integrantes de la misma.

Por lo anterior se comprende el por qué al momento de cuestionar a un sujeto de su historial de tratamientos a los que ha recurrido cuando se ha visto disminuida su salud hagan referencia a medicamentos como los únicos dignos de recordar o reconocer y mencionar, si es que son recordados, a los remedios alternativos de manera anecdótica, no tanto por los resultados obtenidos sino por el reconocimiento que como hemos visto tienen tanto una como la otra opción.

Esta es la importancia de conocer cuales son las sustancias a las que ha recurrido un individuo para recobrar su bienestar, conocer por cuales se ha inclinado, qué resultados ha obtenido y aunque no lo contemple él mismo, apoyados en las otras categorías, establecer si existe relación entre un constante suministro de medicamentos aunado a su ya comprobado efecto colateral (de cualquier medicamento) y el actual estado de salud, es decir, su padecimiento específico.

-De la población entrevistada solo 3 participantes reportan no recurrir a algún tratamiento alópata, en 14 personas fue la única opción utilizada y 13 expresaron combinarlo con remedios. Solo un individuo masculino reportó a los remedios como única opción para atender su salud, mientras que dos individuos expresaron no recurrir a nada en especial para evitar la enfermedad y mantener la salud.



En cuanto a la opción alópata, el tratamiento a base de glibenclamida es el que se reporta con mayor frecuencia en los 4 grupos con un total de 22 hombres y mujeres que mencionan consumir o haber consumido este medicamento.

La metformina y el captopril en mayor medida, resultan particulares del género femenino en su consumo, mientras que las intervenciones quirúrgicas son más representativas del grupo de mujeres nacidas en el DF que el grupo nacido en el interior.

De la misma manera se presenta en el grupo 3 y 4 ya que los hombres nacidos en el DF fueron los únicos en reportar alguna cirugía.

Estas intervenciones en su mayoría fueron relacionadas a la matriz y al corazón para las mujeres y hombres respectivamente.

Es de llamar la atención que solo 3 hombres expresaron recurrir a alternativas sin perfil alópata, encontrando así que el té es el remedio frecuentado en mayor incidencia en este género.

Lo anterior nos hace ver que las mujeres son las personas que contemplan en mayor medida otra alternativa a los medicamentos, como el té, el untarse “vaporrú”, manteca o cenizas para todo tipo de dolencia.

Cabe mencionar que 6 individuos expresaron estar conformes con los resultados que la opción elegida les brindó, 5 que combinaron la alopátia con los remedios y el otro restante solo con medicamentos.

-Podemos asegurar que el tener casi en su totalidad una población que recurra a la alopátia (o haya recurrido alguna vez) se debe en gran parte al presente que han estado viviendo, nos referimos al lugar en donde actualmente habitan, urbano

por supuesto. Se considera determinante ya que así lo hace ver el otro resultado en donde vemos que el haber nacido en condiciones citadinas aumenta las probabilidades de ser intervenido quirúrgicamente.

El abandonar un lugar implica abandonar otras cosas, como el estilo de vida y de consumo, por este motivo se presente que el haber decidido desplazarse a la urbanidad representó sino abandonar sí a disminuir la práctica de recurrir a remedios para procurar la salud, por estos motivos encontramos que la glibenclamida, metformina y captopril sean las sustancias que marquen el patrón en mayor medida de la acción de atención a su salud.

Aunque los remedios representen una parcialidad menor como recurso para recuperar la salud, siguen teniendo vigencia por medio de hierbas y a través del té, lo que nos sugiere que sus efectos positivos existen en las personas, esto aunque se manejen solo como agentes de apoyo en un “tratamiento”.

Si bien fue una minoría quienes expresaran estar conformes con los resultados obtenidos no solo con los remedios sino con la alopática, hay que decir que no se presentaron casos en los que se expresara inconformidad ni de uno ni de otra opción.

También hay que señalar que las sustancias que se considera pueden llegara a ser factor para la conformación del trastorno a tratar, como lo son los diuréticos, la Fenitoína o el Ácido nicotínico no fueron reportados por los participantes lo que sugiere que, al menos en esta población no presenta un agente etiológico.

## **Analogías**

Como se puede apreciar, al revisar todas y cada una de las categorías se observa que los participantes coinciden en un punto con la postura oriental a la cual se tomó como marco de referencia para el análisis de este trabajo. Esto debido a que ambas partes contemplaron al ámbito emocional como factor etiológico de un desequilibrio en la salud, de un trastorno o enfermedad, en este caso, la DM.

En relación a los participantes, a estos solo les faltó en su criterio para coincidir con lo arrojado por las demás categorías una de las emociones resultantes más representativas en sus vidas ya que si bien consideraron a la ira y al miedo como responsables del desarrollo de dicho mal no contemplaron a la tristeza aun siendo esta última el estado emocional que mayor presencia resultó tener en la historia de los entrevistados.

A todo esto, ya se comentó cómo la alopática ha descrito a la DM, como hemos podido constatar, considera que la diabetes se debe sobre todo a una deficiencia de Insulina, hormona que fabrica el propio cuerpo humano, en el páncreas concretamente, en unas células llamadas beta pertenecientes a los islotes de Langerhans, fabricación controlada por los azúcares que se toman a diario con la dieta. Cuanto más azúcar se come más insulina es necesaria.

La principal función de la insulina es distribuir los azúcares en donde sea preciso gastarlos. Los diabéticos, carentes de Insulina, no gastan de forma adecuada su azúcar, por lo que la tienen “muy alta en la sangre”. La Insulina ejerce su acción sobre todo haciendo que la glucosa entre en los músculos, incluido, por ejemplo, el del corazón (miocardio).

Los diabéticos tienen un déficit de la insulina (fabrican poca o nada) o bien la insulina que fabrican no puede funcionar correctamente (resistencia).

Ajenos a tecnicismos podemos decir a grandes rasgos que su proceso comprende de que a nivel metabólico la persona no puede, o lo hace deficientemente,

aprovechar de manera adecuada lo que la glucosa puede ofrecerle por este trastorno en la segregación de la insulina por parte del páncreas, trastorno que entonces se presume se desarrolló por la exigencia desmedida a la cual se sometieron las mencionadas células beta para que liberaran la necesaria insulina ante semejante insumo de azúcar. Al no ser asimilada, la glucosa se desecha por completo sin ser aprovechada ya que seguirla manteniendo solo ocasiona más daño.

Retomando la propuesta holista de tener una visión de la realidad de macro y microcosmos para explicarse el mundo, encontramos que lo que en un individuo de esta muestra se presenta a nivel metabólico también se presenta a nivel emocional por ejemplo, ya que como podemos apreciar, así como la glucosa no es asimilada, la mayoría de los entrevistados tampoco asimilaron lo que, según lo convenido socialmente, debió de hacer al menos desde la infancia, nos referimos al afecto, sentimientos o emociones catalogados de positivos, concretamente a todo lo relacionado con el amor. Y no lo hicieron porque no lo obtuvieron, como lo hemos visto, desde lo familiar, debido a ser sometidos a disciplinas estrictas y a imágenes paternas duras, a actividades con alto grado de demanda de responsabilidad, como cuidar a sus hermanos o trabajar, y que el resquicio en el que supuestamente podría encontrar lo que requerían, el amor, como el metabolismo necesita de los nutrientes, proteínas y grasas de los alimentos, específicamente de la energía que la glucosa le brinda, en la unión con el cónyuge tampoco lo encontraron e incluso, en algunos casos, obtuvieron todo lo contrario.

Como todo integrante nuevo de una sociedad, los participantes desde su nacimiento se vieron obligados a insertarse a la dinámica que el contexto presentaba, en este caso sus familias, teniendo claro que nacieron en condiciones, en general, difíciles, su destino sería igual, es decir, luchar por lo más elemental, para una visión social convencional, y dejar en segundo término otro tipo de cuestiones debido a que se han manejado como menos trascendentales, nos referimos al plano emocional.

La experimentación de la vida adulta siendo aun niños, es decir, laborar, mantener, cuidar, brindarle más tiempo a actividades “serias” sin relación diádica, sin modelo, sin maestro y renunciar a la recreación, alejó de toda posibilidad de experimentar afecto paternal, carnal, y conformó la noción de definir cuales eran las prioridades, lo que realmente valía en esta vida, todo lo carente de amor.

A todo esto podemos constatar que la información que las categorías ofrecieron presumen lo crucial que resulta el ámbito familiar en el proceso emocional y por lo tanto, de salud, en cómo por ejemplo, por medio de una relación, específicamente la del padre, los participantes consideran el haber instaurado en sus personas dos de las tres emociones representativas, la tristeza y el miedo, y que de la misma manera por motivos de estilo de crianza se presentaron los mismos estados.

El conocer la vida laboral permitió vigilar el aplazamiento de las emociones anteriores además del surgimiento e instauración de la otra emoción, la ira, y otra que aunque no lo fue tanto sí se presentó, la alegría.

La muerte de algún familiar o ser querido constituyen, ya sea desde la infancia por la atmósfera familiar, si es que corrió con la suerte de experimentarla, en la que se desarrolló, es decir, como en muchos casos, con muchas pérdidas o en la misma adultez, el establecimiento permanente de estos estados anímicos, de estas rutas que como algunos casos nos expresaron directamente, han mantenido y mantendrán estos desequilibrios energéticos a manera de rutas de las relaciones emocionales hasta el día de su muerte.

De la misma manera, conocer los motivos de la unión con otra persona y la relación entablada con la misma permitió seguir atestiguando la prolongación de estos tres estados emocionales, sin embargo, la ira y el miedo presentaron un despunte por los maltratos que los casos expresaron, particularmente femeninos.

La significación del cuerpo y la vivencia sexual, al menos en las mujeres, son reflejo de la prolongación de dichas emociones de modo que de manera conciente llegaran a experimentar vergüenza, represión y miedo.

Situaciones como las infidelidades resultaron conformadoras de eventos muy significativos de los participantes y que como consecuencia se concibió de manera desagradable a quien en teoría se debería amar, un familiar, el cónyuge, y que por lo tanto se encontrara en esta población a la ira y la tristeza como 2 de las tres emociones predominantes.

Aunque los hijos hayan sido los elementos familiares con los que se presentaran menos casos de mala relación, se puede decir que como no experimentaron ese amor que no obtuvieron, los participantes, en el mejor de los casos, aunque tuvieran algo que ofrecer al momento de convivir con alguien, incluso con sus propios hijos, no lo podía brindar ya que fue repetitiva la falta de expresión de afecto de los entrevistados con los demás, incluso, particular del grupo masculino, la presencia de distanciamiento con la familia que formó con su pareja asemejándose lo anterior con lo que el organismo hace con la glucosa, desecharla, es decir, eliminar la oportunidad de hacer recíproco el otorgar afecto con la familia propia.

Por todo lo anterior podemos decir que con el transcurrir del tiempo los participantes fueron formando un vacío ya que ese lugar destinado al cariño estaba desocupado, de ahí la sensación de abandono, incluso podríamos afirmar que en ese lugar se fue depositando otro tipo de emoción, las representativas de sus vidas. Por estos motivos la ya conocida y paradójica demanda social (por cuestiones comerciales por ejemplo) comenzó a exigir interacción con los demás, sin embargo, sin energía (Amor-Dulce) que transmitir o sin los mecanismos (Insulina-incapacidad de expresión de afecto) para hacerlo era inútil intentar interactuar, ya que no se contaba con la herramienta necesaria para hacerlo, la convivencia. Mientras tanto, hicieron esfuerzos por hacerlo, pero al no haber siquiera conocido el cómo hacer lo anterior, compartir, amar, o dicho en otras

palabras, trasportar o experimentar afecto lo intentaron a su manera, es decir, talvez unos no lo hicieron y quienes lo hicieron, lo hicieron deficientemente pero de cualquier modo no funcionó, por lo anterior como todo, el acumular en exceso algo que no servía tuvo que desecharse ya que comenzó a ser nocivo. De aquí que sean pocos los casos que consideran tener relaciones amplias y de buena calidad y que esa gran mayoría que no lo lograron ocupen ese vacío en trabajo, en prolongar ese rencor hacia alguien, es decir, alejándose cada día más de la oportunidad de experimentar el recibir y dar y viceversa.

Como la historia nos lo ha hecho ver, lo referente al sabor dulce se ha acostumbrado a relacionarlo, bajo el contexto cultural-social, con lo sentimental, especialmente con el afecto, con el amor. Retomando la situación de los entrevistados podemos decir que lo que en el plano social-familiar pasó, no obtener afecto, lo consiguieron en el plano nutricional, atiborraron su vida, supuestamente por ellos mismos vacía de amor, con la dulzura de distintos productos, sin embargo, al ser la alternativa equivocada por recurrir a esto excesivamente, y por no actuar también en el mismo plano de donde surge el desequilibrio, pasó lo mismo que cuando tuvieron una oportunidad de amar y ser amados, no saber aprovechar tan anhelada oportunidad, o no los dejaron aprovechar, nos referimos al matrimonio y conformación de familia propia, y tal y como el organismo desecha la glucosa sin ser aprovechada, así lo hicieron con el afecto que tenía destinatario, como los nutrientes del azúcar hacia todo el organismo, sus familiares o cónyuges.

Aunque en la DM el desalojo es llevado a cabo principalmente por una vía, la orina, en el plano emocional pudo ser de muchas, por maltratos, indiferencias o distanciamientos, desgastando las relaciones a tal grado de quebrarlas, quemarlas, tal y como pasa con el daño que le hace este trastorno a las glándulas suprarrenales, y a otros tantos órganos.

Se puede decir que el sabor predilecto amplió la relación ya mencionada entre los elementos y sus cualidades energéticas en otros planos ya que las mujeres al reportar al picante ratifican la relación que se presentó entre una de las enfermedades representativas, trastornos en las vías respiratorias, la emoción tristeza y el elemento metal, mientras que los hombres abiertamente aceptaron al dulce como el sabor predilecto mismo que completa la relación que existe entre este y el elemento tierra que fue uno de los más representativos al igual que sus correspondientes órganos estómago, bazo-páncreas, propios del aparato digestivo que al desordenarse originan obesidad.

Considero que en las mujeres se presentó la preferencia hacia el sabor picante a manera de identificación con su tristeza que han experimentado a lo largo de su vida mientras que los hombres sin ninguna esperanza de dejarse a si mismos la oportunidad de experimentar amor por prejuicios lo hicieron por este plano.

Como podemos ver, lo que en el marco teórico se manejó en cuanto a los intereses que perfilan el patrón de consumo es ratificado en esta población, alimentos con escasas cualidades nutricionales pero alta remuneración comercial, bajo impacto en el bienestar personal y alto impacto en la salud colectiva que tiende la alfombra y las caravanas a la entrada imperativa de nuestro destino artificial, la dependencia a otros productos para resolver la destrucción producida por una dieta desequilibrada, los fármacos.

Todo esto, al revisar lo que comúnmente han consumido los entrevistados surge la cuestión de que si realmente sería correcto nominar como “alimentos” más habitados a lo que han recurrido las personas para “nutrirse” ya que sin necesidad de ser un especialista en el tema se puede constatar de que en realidad son productos y no alimentos lo que han comido estas personas, productos que, si bien están hechos a base de algún alimento, han sufrido procesos, ya mencionados, que alejan al consumidor de las cualidades nutricionales que requiere.



Por lo anterior, desde el inicio de la realización de un análisis de lo consumido desde el taoísmo es fácil notar la tendencia de acidificar al cuerpo al consumir productos con esta cualidad, aun cuando estén hechos a base de un alimento alcalino ya que casi en todos los casos la cocción es su destino inminente.

Este ácido desequilibrio no es más que síntoma de lo alejados que se encuentran los participantes siquiera de la noción de una dieta que requiere su cuerpo, de una disciplina alimenticia que maneje armónicamente la combinación de los nutrientes, como la trofología propone.

Este notorio desequilibrio entre proteínas, grasas carbohidratos, etc., originado por este distanciamiento con lo natural, la mala combinación, la excesiva preparación o cocción y el excesivo consumo de productos que diversifican pocos alimentos provocan no aprovechar cuestiones vitales como las enzimas, obligándonos así a destinar gran parte de nuestra energía a una sola función, la digestión, esto implica esfuerzo de más de un solo órgano, como los correspondientes al sistema endócrino ya que como los resultados muestran, los hidratos de carbono tienen gran presencia encontrándolos en preparados a base de lácteos, harinas, bebidas, y que seguramente mantienen ocupado de manera forzada al páncreas para transformar y transportar la exagerada presencia de sucrosa, más que la glucosa en sí.

Continuando con una revisión apoyada en la analogía vemos que con las constantes que presenta la información ofrecida por los entrevistados en relación a su salud en el transcurso de sus vidas podemos ratificar que sus historias concuerdan con lo que la postura oriental taoísta propone en cuanto a la relación existente entre planos “distintos”.

Considerando así como representativas de esta población las ya mencionadas emociones encontramos la presencia de relaciones de estas últimas con padecimientos, esto según la teoría de los 5 elementos ya que como esta última

sugiere, cada elemento tiene representación a manera de cualidad energética en todas los planos que una persona pueda presentar.

Como ya se ha revisado, la tristeza ha tenido tal presencia en las vidas de los entrevistados a tal grado de ser la emoción que más han experimentado.

Haciéndole caso a lo anterior desde una visión holista nos vemos obligados a revisar qué ha pasado con los órganos correspondientes a este estado emocional, es decir, a los pulmones e intestino grueso, encontrando que al menos en los primeros se ha reflejado un desequilibrio por el establecimiento de dicha emoción de manera prolongada, y es que los trastornos en las vías respiratorias resultaron ser comunes en la salud de los participantes al menos en la infancia y juventud.

La existencia de la relación toma mayor sustento al encontrar que el elemento metal también se ha presentado en la cotidianidad de estas personas ya que como se observó, ha sido de utilidad para la conformación de los lugares de hábitat, es decir, que su exposición hacia el mismo se ha recargado de una sola manera descartando el que lo hayan hecho de otras maneras como en el consumo de alimentos ricos en hierro por ejemplo, como lo son las verduras y legumbres.

La visión taoista contempla a los riñones como agente crucial en la conformación y mantenimiento de gran parte de la energía del organismo, siguiendo esta lógica, el miedo resulta ser desequilibrante del bienestar de un organismo ya que instaurándose de manera permanente desajustará el estado energético en primera instancia de los planos orgánicos ya mencionados, en los riñones, por ejemplo, se pueden presentar muchas afecciones, la descompensación de líquidos propia de la hipertensión es una de ellas, padecimiento que también conforma el grupo de males que han aquejado a los participantes al igual que los trastornos como los abortos involuntarios, miomas o partos de productos muertos que son afines al

aparato reproductor, es decir, al aspecto sexual, mismo que como ya se mencionó, depende mucho del manejo energético originado por los riñones.

A diferencia de la relación anterior, los participantes no presentaron haber estado expuestos al elemento agua de manera escasa o excesiva, es decir, solo se presentó la relación entre la emoción, órganos y sus trastornos, debido a que el miedo resultó ser una emoción representativa y que la hipertensión y los trastornos en el aparato reproductor también se hicieron presentes en la vida de los entrevistados.

Aunque la ira resulte ser otra emoción con presencia significativa en la historia de la población, no presenta relación con algún trastorno en alguno de sus órganos correspondientes según la teoría oriental, sin embargo podemos decir que el elemento correspondiente, la madera, dejó de tener presencia en la cotidianidad de los individuos conforme fueron creciendo.

Contemplando a los trastornos en común de esta población, la DM y el sobrepeso, podemos hablar de un trastorno a nivel metabólico dentro del cual tanto el estómago como el bazo-páncreas son partícipes. A todo esto, podemos apreciar que el elemento correspondiente con estos órganos, la tierra, tuvo presencia de manera más natural, es decir, sin estar bajo procesos como lo podría sufrir el concreto, en la infancia, sin embargo, la emoción correspondiente no resultó tener la relevancia suficiente como las otras 3. Lo anterior sugiere que el aspecto emocional no impactó de manera directa a sus órganos correspondientes, al menos para desarrollar dichos males, lo que nos obliga a contemplar las rutas sugeridas por este trabajo para el desarrollo de la DM. Además, tratándose del aspecto metabólico el ámbito directo del órgano que presenta el desajuste en la DM resulta trascendental revisar de qué otra manera además desde lo emocional se puede presentar un desajuste energético que propicie el mal, como la inadecuada dieta que como hemos revisado conforma la sensación de que en el presente y en la mayoría de la población más que proporcionar energía la hurta.

Para concluir podemos mencionar que tal parece que así como en la alimentación, también en los tratamientos a los que se decidió recurrir dependieron del apego que se fue teniendo a lo urbano, lo ciudadano, sobre todo en la frecuencia con la que se le buscó a la alopátia, y es que a manera de ecuación observamos que entre más procesados fueron los productos consumidos mayor dependencia se tuvo hacia la alopátia, la transición de lo natural a lo urbano.

Podemos observar que así como los entrevistados permitieron toda clase de abuso o maltrato por la sencilla razón de venir de la autoridad, los padres, el hombre, el esposo, tal parece que están dispuestos a repetirlo en el plano de la salud al brindarle toda la responsabilidad a la alopátia para que se haga cargo de su rehabilitación ante cualquier trastorno, incluyendo a la DM aunque esto implique escasos resultados positivos. Situación que, basados en el ejercicio de la analogía, tal parece se presenta en todos los planos que dan conformación a cada individuo, es decir, optar por lo racional, lineal, “objetivo”, descartando consecuentemente lo que desde este punto de vista es inevitable complemento.

## Línea temporal

La realización de este orden según la edad de los entrevistados nos deja apreciar que la mitad de la población, la más joven, se ha librado del proceso de construcción de la vivienda propia que según los mismos participantes pertenecientes a la segunda mitad más longeva experimentó. Lo anterior indica que además de haber tenido una mayor estabilidad económica que le permitió adquirir una casa construida estuvieran exentos de todo lo que implica conformar su propia vivienda, ahorro permanente, ritmos de avance en la construcción hasta su culminación, etc., es decir, situaciones que obligadamente repercutieron en el estado emocional del individuo como corajes o tristezas por contemplar un avance lento o nulo en su intento por ver completado su lugar de residencia o el reajuste de la administración del sustento para llegar a la deseada meta, reajustes que posiblemente implicaba renunciar a otro tipo de adquisición como vestido, diversión, etc.

A lo que se quiere llegar con lo anterior es que la población más joven de este estudio no experimentará o transitará por un camino similar al que lo hicieron los más longevos.

Por otra parte, se puede atestiguar que el inicio de los 50 comienza a marcar otra pauta en lo que se refiere a los estilos de vida de los participantes ya que se percibe una disminución de actividad, es decir, se renuncia a mezclar la actividad laboral con otras actividades de recreación o esparcimiento como el asistir a reuniones sociales en donde se consume alcohol.

Al final de los 50 ya es más notoria esta situación al grado de dedicarse a una sola actividad o incluso a ninguna.

En cuanto a la alimentación podemos decir que hasta los 50 años en los participantes se presenta el patrón alimenticio a base de comida rápida y/o

antojitos, como lo son las tortas, tacos, tamales, quesadillas, pozole, barbacoa, etc. Sin embargo, en la primera mitad de los 50 esta dieta se ve sustituida por comida a base de leche, frijoles, carnes en guisados, pan y sopas elementalmente, no obstante, en la segunda mitad de esta década se regresa a la dieta mencionada al principio.

A partir de los 60 se repite el segundo patrón alimenticio mencionado solo que a este se le une el consumo habitual de las verduras, lo anterior se presenta hasta la edad más avanzada registrada en este trabajo, es decir hasta los 70 años.

Al interpretar lo anterior encontramos que la disminución de actividad con el pasar de los años impacta en la dieta de estas personas de modo que gradualmente se procure más por los alimentos que implican mayor inversión de tiempo tanto en el preparado como en el consumo ya que como sabemos el etiquetado de “práctico” no es ajeno a lo alimenticio.

Este ejercicio también vislumbra una relación entre la edad y el estado emocional. En este ámbito se presenta una situación parecida al de la alimentación ya que hasta los 50 años la ira es la emoción representativa del estado anímico y aunque se presenta una gradual transición entre esta emoción y la tristeza en la primera mitad de los mismos 50 hasta llegar al predominio de la última emoción mencionada, el inicio de la segunda mitad aloja de nueva cuenta la ira en las vidas de los entrevistados. Sin embargo, poco antes del inicio de los 60 se presenta el inicio del predominio absoluto de la tristeza hasta la mayor edad presentada.

Lo anterior además de ratificar las emociones más representativas de los participantes, también indica la relación que se presenta entre los eventos y las emociones como resultado ya que como se observó a través de los resultados, la rememoración de una situación experimentada en la vida provocaba en su mayoría tristeza mientras que la inercia inmediata de algún suceso representó ira, como las infidelidades por ejemplo, que emocionalmente hablando provocó ira y

que aunque en algunos casos se extendió hasta el presente también se presentó una combinación o transición con la instauración de la tristeza.

Aunque en la mitad más joven se presentan intercalados los motivos contemplados por los propios participantes que supuestamente originaron su padecimiento, es decir, la dieta, herencia y las emociones ira y miedo, en la segunda mitad de manera exclusiva se consideran a las mismas emociones con un mayor predominio de la ira. Esto ratifica lo manejado en los resultados en cuanto a no tomar en cuenta a la tristeza como factor etiológico aun cuando esta fue el estado emocional que más han experimentado en sus vidas.

Es bien sabido que conforme mayor edad se tenga, las probabilidades de haber tenido un desarrollo ligado al rigor alópata son menores por la supuesta recién creciente cobertura a todos los sectores de la población de esta visión de la salud, misma que contempla a la dieta y herencia como factores etiológicos y que por lógica se ha encargado de divulgar esta idea relegando la oportunidad de contemplar el aspecto emocional solo a aquellos que en su vida han atestiguado formas distintas a la biomédica al momento de afrontar una mal, como lo son los casos de mayor edad quienes pudieron ser testigos de formas de curar o darles respuestas incluso en algunos casos basados en conocimiento ancestral.

Es por eso que no es sorprendente que solo la población más joven sea quien coincida con los médicos en la explicación de la DM ya que esta población, por cronología está más ligada e identificada con los mandamientos científicos.

Además no hay que perder de vista la propensión de las personas con mayor edad al campo reflexivo, sobre todo de su vida misma, ejercicio que amplía las posibilidades de incrementar el autoconocimiento y que implica por lo tanto obtener esclarecimiento de los procesos que conformaron al cuerpo actual.

Gracias a las significaciones, ya revisadas, que los participantes hicieron de su propio cuerpo podemos llegar a declarar que la inconformidad con el estado corporal actual está dosificada en toda la cronología de la población, sin embargo, en las edades correspondientes a los 60 sí podemos encontrar una sola tendencia, misma que responde a una mezcla entre conformidad con su cuerpo por su estado y la consideración de haberlo sometido a dinámicas que implicó desgaste con resultados irreversibles en su salud. Esto último concuerda con la idea que se acabó de expresar en relación a un mayor ejercicio reflexivo a mayor edad, en este caso en cuanto a los procesos que conformaron al cuerpo actual.

Se podría esperar que conforme pasaran los años la vida sexual se tornaría una experiencia irrelevante por la inactividad, prejuicios que enmarcan una percepción colectiva, por supuesto errónea, de la vejez como asexual, represiones correspondientes a generaciones desarrolladas en opresión en cuanto al tema o por el mismo impacto negativo de la DM que la alopatía maneja en cuanto a este ámbito, y en un principio lo anterior lo presenta de una manera recalcada y exclusiva los testimonios de diagnósticos más recientes o que resultaron ser los más jóvenes, es decir, que expresaron con tono lamentable la disminución en cuanto al potencial sexual, el vigor y la frecuencia. Sin embargo lo anterior se presenta hasta los 50 años y sorprendentemente el rango de esta década casi completa expresa estar conforme con su vida sexual declarando lo anterior como se observó en los resultados, con adjetivos como “plena”, “buena”, “bien”, o “con comunicación”, lo anterior, en cierta medida, concuerda con el rango de edad en el que se presenta conformidad con el estado corporal afianzando así la correlación en cuanto a la forma de experimentar y percibir el cuerpo y sus funciones, necesidades, fluidos, etc.

No está de más redondear esta información con los resultados correspondientes al rango de edad restante, de los 60 a los 70 años en donde la constante son la omisión de comentario, experimentación de miedo en cuanto al tema, inconformidad o inactividad, situaciones anteriores que, algunos por supuesto, se



relacionan con el poder o prejuicios que, como ya se manejó, generaciones más longevas sufren.

El revisar la manera de explicarse, en al menos una situación de entre otras que puede haber, del por qué pudieron enfermar los entrevistados nos permite ampliar nuestro conocimiento en cuanto a la percepción que tienen de la relación salud-enfermedad. Ahora bien, conocer su proceder ante dicha situación alimenta esa amplitud de conocimiento. A todo esto, encontramos lo que se podría esperar de un conglomerado de individuos que su realidad la conformó el positivismo, fe ante lo que la medicina ofrece, y es que como los resultados indican, casi el total de la población utilizó esta opción como medio para reestablecer o mantener la salud, incluso en el rango de los 50 a los 60 casi como la única opción. Mientras que tanto los participantes más jóvenes que no estuvieron en ese rango así como los más longevos suelen combinarlo con remedios.

La situación de alternancia en las opciones de procuración del bienestar en la población de mayor edad se entiende como lógica debido al ya anunciado mayor contacto que se pudo tener con costumbres desligadas del rigor científico, pero sorprende y brinda esperanza el hecho de que las posibilidades de encontrar aceptación u oportunidad de demostrar eficacia de otros medios ajenos a la alopátia aumentan de la misma manera en que aumenta y fomenta el espíritu de seguir desarrollando otro tipo de conocimiento con el legítimo interés de armonizar un desequilibrado micro y macrocosmos y liberarnos de la dinámica que maniat a los hombres agresivamente debido a intereses de unos cuantos.

## CONCLUSIONES

Como se intentó demostrar, dentro de las prioridades de este trabajo se presentó el esfuerzo por librarnos de una práctica que solo en apariencia, en teoría, nos ha dado resultados, me refiero al determinismo arropado por un sustento científico. Sin embargo, considero que sería caer en el mismo error presentar lo que este trabajo arrojó como información antagónica a lo que la alopática ofrece y que como resultado se conforme otra postura que dejándose llevar por ese antagonismo se encierre en una dinámica de competencia por demostrar que esta propuesta es la verdadera.

De ahí lo interesante de apostar, optar, ¿por qué no?, tener fe, o como se le quiera denominar, decidirse, a final de cuantas, por un cambio epistemológico, un cambio dirigido por conocimiento que aun ante el máximo y agresivo esfuerzo por desaparecerlo sigue ahí, lejos de lo obsoleto a lo cual la técnica rehúye. Un cambio impulsado por un solo interés, el bienestar en todos los niveles, en este caso en particular, corporal.

De esta manera podemos describir a estos estudios (los pertenecientes al proyecto cuerpo) como ejercicios de relaciones entre componentes de un todo que se suponen ajenos y que tal pareciera se considerara por lo convencional que lo que los mantuviera relacionados fuera un pequeño detalle, sin caer en existencialismos, el ser humano.

Y es que la inquietud por poder hacer más en pro del hombre se dispara al hacer conciencia de lo que ha podido lograr una postura con solo especializarse de manera separada en un racimo de temas de entre un campo entero.

Por estos motivos, más allá de presentar los resultados obtenidos en este trabajo como conformadores de una propuesta de norma y dejando claro que no somos depositarios de una postura con falta de compromiso, ofrecemos esta información

como una organización de relaciones que, al menos en esta población, se encontró y que más que descubrirlas se realizó la tarea de resaltarlas en un mar de experiencias llamada historias de vida por medio de los testimonios mismos.

Es gracias al mencionado cambio de percepción que nos enfrentamos a una amplificación de lo que en un principio creíamos material de información hasta un cierto límite para explicarnos en este caso la DM. En el ámbito familiar, por ejemplo, al despojaros del prejuicioso marco de referencia positivista obtuvimos que el factor herencia deja de ser el único agente que presenta patrones que indiquen su presumible incidencia etiológica casi exclusiva o con mayor responsabilidad en este rubro.

La disposición holista nos permitió vigilar el como estas personas diabéticas procedieron en lo familiar, es decir, cómo fue su interacción, el cómo fue su interdependencia, el cómo afectaron a su entorno familiar y cómo el entorno familiar los afectó.

Coincidiendo con lo ofrecido por la teoría de los 5 elementos, en cuanto a la condición emocional como trascendente en la relación salud-enfermedad, resultó ser la familia el agente precipitador de estados emocionales por excelencia de esta muestra. Esto debido a la relación secuencial y las situaciones y eventos familiares que, a grandes rasgos, se presentó de la siguiente forma; nacimiento y desarrollo en una familia de origen en condiciones difíciles en todos los aspectos, es decir, en lo sentimental, económico, alimenticio y de hábitat. Además de la ausencia de imagen paterna o presencia de la misma imagen en con cualidades contrarias a la de proveedor, protector o afectuoso, situación que obligó a que la madre se posicionara casi absolutamente de todas las funciones de tutor incluyendo la disciplina pero excluyendo a lo afectivo. Lo anterior fue lo que reinó en sus subsecuentes relaciones con los demás miembros de la familia, carencia de afecto, y que en la siguiente oportunidad de poder encontrarlo, el matrimonio,

tampoco lo garantizó sino todo lo contrario a tal punto de darle lugar a los eventos más significativos de carácter desagradable.

Bajo esta perspectiva resultó ser, si no el factor más importante sí uno de los más determinantes en el desequilibrio emocional de los individuos, y por consiguiente, de la pérdida del bienestar en la salud de los entrevistados ya que instauró en sus cuerpos estados anímicos de manera permanente, unos en mayor medida que otros, como la tristeza que ha tenido presencia a lo largo de sus vidas, en gran parte por esta sensación de abandono o falta de afecto, de no ser queridos como hubieran deseado. Del miedo que experimentaron producto de las experiencias vividas por necesidad, como insertarse en actividades laborales adecuadas para adultos más no para infantes, sin olvidar las palizas que hasta cierto momento ya sabían que iban a sufrir de parte de los padres o el cónyuge o por impresiones ocasionadas por cuestiones inesperadas como accidentes propios o de familiares. Siendo, además, la ira el estado anímico más reciente que ha desequilibrado la salud de los entrevistados.

Por otra parte, los resultados más que vislumbrarnos el impacto anímico que provocó el proceder cotidiano de estas personas, nos ofrecen la imagen de individuos que no se permitieron en ningún momento otra cosa más que trabajar, es decir, hacer y ofrecer lo que les fue ofrecido, un modelo de sujeto que deja como secundario lo sentimental para darle paso únicamente a lo que para ellos aparentemente tiene mayor importancia, lo serio, lo formal. Como ya se revisó, en las mujeres se presenta con el matrimonio en actividad prolongada, dentro y fuera del hogar y en los hombres con un distanciamiento de la familia cada que cesa la exigencia de actividad, cada que hay oportunidad. Como podemos ver, aunque en un principio se considera rescatar un análisis en este aspecto más inclinado a las dinámicas a las que se expusieron, termina teniendo relación con la negativa de obtener y brindar afecto.

Los resultados obtenidos en categorías distintas como “cuerpo” y “sexualidad” resultan ser otro medio por el cual se llega a la misma conclusión anterior, ya que al momento de definirlo las mujeres lo hicieron de acuerdo a la funcionalidad, de manera positiva claro está, ya que les permitió o les sigue permitiendo realizar las actividades que, como ya hemos mencionado, colman su día entero y que aun estando en casa las aleja de sus seres queridos, no tanto así los hombres quienes como pudimos constatar expusieron menos sus cuerpos a jornadas de actividades extenuantes.

Como era de esperarse, solo el género masculino fue quien reportó satisfactoriamente su sexualidad ya que ellos no fueron sometidos a maltratos, abusos, burlas y reclamos por la apariencia física que se obtiene por, entre otras cosas, inadecuadas dinámicas cotidianas y procesos de embarazo, además de haber sido hombres en un contexto en el que por serlo pudieron experimentar situaciones, como la comentada, a su antojo.

En el ámbito laboral se le encontró complemento al peculiar desarrollo de estos individuos ya que esa incompleta constelación familiar obligó a los entrevistados en su mayoría a ser adultos desde su infancia, se habituaron a sentirse y ser tratados como gente grande, evitando al máximo expresiones de afecto, de ternura, protección, de sentirse procurados en algún momento de su vida, al menos de sus memorias. A cambio, construyeron una vida con todas sus etapas menos la infantil, o con esta etapa muy pequeña, por estos motivos, podemos decir que estas personas consideran no haber sido niños en toda la extensión de la palabra y que por lo tanto siendo esa edad de las que más oportunidad se tiene de ser querido, para ellos no hubo esa oportunidad, vulnerándolos en todo caso a otros sentimientos, a estados emotivos propios de un modelo adulto moderno, estresado, vacío, triste, molesto, enojado con la vida por todas estas situaciones.

Como si lo anterior fuera poco, la información obtenida fue nada alentadora, de hecho resultó haber contribuido a convertir al cuerpo de los entrevistados en un

verdadero campo fértil para la conformación de cualquier padecimiento, sin embargo en estos casos fue la DM lo que se desarrolló.

Este estudio resultó ser una copia fiel, en cuanto a los resultados en este ámbito, a menor escala del realizado por Torres, y del cual ya se hizo mención, ya que el patrón que presume este autor representa la dieta base de los mexicanos se de de la misma manera en esta población participante. Una dieta que efectivamente, como la alopatía anuncia, al ocasionar obesidad propensa a los individuos a trastornos crónicos-degenerativos, sin embargo, esos por qué que tan ambiguamente trata la medicina en relación al consumo de ciertos productos se aclaran al saber que las posibilidades económicas, limitadas, de las personas, sus estilos de vida “prácticos”, y la manejada así por obvios intereses, “única y homogénea” oferta de alimentos por parte de las GCTA, es decir, la configuración de la realidad de los individuos, en este caso de su realidad nutricional, más allá de ser cuestionada se le sigue al pie de la letra aun cuando las secuelas de este proceder son más que descaradas.

Es importante la claridad con la que se presenta la extrapolación que los individuos han hecho en sus vidas de una cuestión de perfil emotivo al nutricional ya que como se manejó, al contemplarse carentes en todos los ámbitos desde su infancia, conforme va creciendo sabemos de la dificultad que representa el que de un día para el otro cambie una actitud hacia los demás seres, más tratándose de lo afectivo, el desinhibirse, como sabemos, a veces se logra con sustancias y no más, sin embargo, al no haber trato social directo con el chocolate o el dulce y al aumentar las posibilidades adquisitivas pues con estos alimentos más que desinhibirse basta con comenzarlos a frecuentar, ahí no hay ni crítica o reclamo de nadie, al menos a corto plazo y obtuvieron así lo que en otro plano no se permitieron, sin embargo, el reclamo sí llegó ya que aunque se trate de planos “distintos”, el proceder, como Delkhense propuso, es similar, es decir, el exceso impidió continuar con la simulación de relleno en ese vacío formado tanto por no recibir como por no permitir recibir y por lo tanto desechar sin ocupar y sin dar, tal

y como el metabolismo hace con la glucosa al no asimilarla y desecharla sin poder ser ocupada.

Como si no bastara con la analogía anterior, al revisar los padecimientos que más se presentaron en las vidas de los entrevistados se encontró que en los órganos que se presentaron los trastornos más comunes, como las desarrolladas en las vías respiratorias o en el aparato reproductor, bajo la visión tradicional oriental resultan tener relación con los riñones los primero y los riñones el segundo ya que los taoístas consideran que la energía sexual tiene origen renal.

Como ya se anunció, estos órganos depositan la energía de acuerdo a los estados emocionales de la tristeza y el miedo, mismas representan prolongados episodios de las vidas de los participantes.

Por lo anterior más que sorprender el hecho de que los participantes consideren a las emociones dentro de sus principales explicaciones de su enfermedad, afianza la idea de encontrar en los enfermos la solución a sus mismos problemas de salud ya que son los principales testigos de los procesos por los cuales transcurre una enfermedad, sin embargo, habría quien cuestionara del por qué si conocen los orígenes de su mal no proceden acorde a ese conocimiento y la respuesta es muy sencilla, porque en occidente se nos ha instruido a no relacionar las cosas, a ver la realidad causa-efecto, a considerar que lo externo nos daña lo interno, que en lo objetivo, los genes, las glándulas, está el trastorno, por eso de nuestro proceder guiado por la alopátia aun cuando sospechamos que algo tan “subjetivo” como las emociones no nos deja vivir con bienestar, con equilibrio.

Al fin y al cabo quizás sea más cómodo conformarse o resignarse por estar destinado a ser diabético por herencia genética que actuar en contra de toda lógica moral, social y espiritual, aceptar, sentir y expresar las emociones para seguirle dando flujo a mi energía y no estancarla en un órgano.

Sin embargo, todos conocemos el camino que comúnmente es elegido por la mayoría, el primero, es decir, no solo buscar cura o alivio en el mejor de los casos sino también consuelo en los fármacos, como esta muestra hace ver, ser curado y no rehabilitarse por cuenta propia.

Al desarrollar este trabajo bajo principios holistas, como lo son los que dan forma a una perspectiva oriental como el taoísmo, resulta intrínseco aplicar el ejercicio del compartir, es decir, brindar esta información a la gente que esté propensa al padecimiento central del trabajo, que como intentamos proponer, cualquier persona que siga optando por los actuales estilos de vida regidos por lo práctico, lo competitivo, lo racional, se colocará en la vulnerabilidad no solo de este mal, sino que dependiendo de la naturaleza de sus eventos propiciados de emociones y del manejo de las mismas situaciones, en la medida de lo anterior será el problema a desarrollar, conformando un panorama posible de un ajuste futuro en la conceptualización de la DM de modo que se le adjunte a su actual etiología “oficial”, como ha pasado en otros trastornos como los relacionados a la próstata por ejemplo, el que tal pareciera que por ampliar el rango de expectativa de vida, las personas sean garantía en su edad más avanzada desarrollar el mal, a manera de consuelo, que por “naturaleza” mayor longevidad equivale a mayor número de trastornos, algo que el taoísmo, a través de su disciplina y conocimiento, descartaría prácticamente.

Esta es la expectativa, a juicio personal, de quienes de cierta manera conformamos este proyecto, que la información recopilada, esperemos, motive en quien se exponga a la misma a un cuestionamiento al ritmo que se desee, siempre y cuando sea comprometido, tan rápido que ayude a librarse de este destino, que parece nos quieren obligar a experimentar, de enfermedades crónico-degenerativas y tan lento que evite caer en radicales conflictos existenciales que solo colmarían el abanico de conflictos mal afrontados, es decir, empezar por revisar cómo concebimos el conflicto y por qué lo vemos así, y de esta forma con



un nuevo proceder intentar darle solución a los problemas que siguen quedando inconclusos hasta que ese abanico tome más forma de ciclos.

Este cuestionamiento mencionado estaría dirigido a nuestro proceder diario en todos los ámbitos, del por qué como lo que como, por qué me enoja ante determinados hechos o personas, por qué he de encontrar la felicidad solamente en algo o en alguien, por qué quiero ser el número uno, incluso dejando atrás a quien por otra parte juro es mi ser querido (Madre, padre, pareja, hermano, amigo, etc.) o por qué espero hasta enfermarme para procurar mi salud y no procedo en la vida realizando ese procurar en menores dosis y más apegadas a la naturaleza de propio ser.

Ante la pregunta “¿por qué habría de cambiar?” surgiría la obligación de vigilar quién realiza dicho cuestionamiento, si proviene de una persona que poseyera un estado de salud tan estable que se apostaría viviría más de 100 años sin calvarios de trastorno alguno tal vez tendría “razón” para preguntarse eso, pero si no es así, si el historial clínico social, familiar o individual sugiere que frecuenta algún mal, que está inconforme ya no con todos los ámbitos de su vida sino con uno solo, ya que con uno solo basta para hacer de su vida un “infierno”. En este caso considero que es aceptable el cuestionar el actual proceder que ha dejado un rencor hacia alguien que, según el dios que se considere, debería amar, que a torneado un cuerpo que da todo menos satisfacción o el mismo estilo de vida que posiblemente originó un distanciamiento con lo demás que, como hemos visto, resulta ser parte de mi, de un todo.

La congruencia entre la intención del cambio con la concretización del mismo se torna más accesible con el mismo cambio de visión que presenta cada individuo, que permita percibir las funciones, cualidades y dimensiones del ser humano que nunca se habían perdido pero que han permanecido bajo llave y se han olvidado aunque en nuestro proceder diario siguieron incidiendo, me refiero al instinto y a la intuición.

Al reencontrarnos con lo anterior hallaremos que ha sido absurdo temerle al conflicto y nos brindará una oportunidad de ver esta situación como la antesala de un cambio, que como todos los cambios que se dan a manera de ciclos en la vida en general, es necesario para ese, a veces tan trillado, crecimiento que nuestros seres se han negado a experimentar y que esta actitud nos libraré de estancamientos que, como las emociones que se sospecha, precipitaron esta DM al perpetuarse en un sitio y desequilibrar la balanza a instancias hasta ahora irreversibles.

Sin embargo no solo por el hecho de conocer esta historia de la DM actualmente hasta la irreversibilidad significa que ya no se considere hacer nada por parte de los que ya la desarrollaron, por lo contrario, por ser los que encarnan a manera de testimonio un particular mal proceder significa, según los resultados de este trabajo, que por el simple motivo de vivir tendrían ya no solo la oportunidad sino la obligación, por el compromiso con sus cuerpos, de experimentar la otra manera de vivir que nunca han “probado”, el dejar, por primera vez en sus vidas, de darle sus órganos, su energía, sus vidas a la tristeza, al miedo y a la ira y comprobar si realmente es secundario el aspecto afectivo, si realmente no es cosa seria la cuestión sentimental, porque a final de cuantas ya orillaron a su cuerpo a optar, sabiamente por parte de él, para subsistir por una decisión ante la ineptitud de determinado proceder. Considero interesante abrirle las puertas a otra forma de expresar que seguramente el cuerpo optaría con otra forma de proceder, una que incluya al amor.

Lo anterior sería mi propuesta para quienes talvez sin percatarse del todo hicieron un gesto de compartir, gesto que indica de la capacidad que solo necesitaran moldear para llegar al objetivo, el bienestar. Interpretese esta propuesta como un agradecimiento hacia las personas que al sufrir este trastorno se convirtieron participantes de este trabajo, insistiendo y cerrando de la misma manera que como se inició, valorando y recalando de esa capacidad que tal vez aun no se

han dado cuenta en mayor medida se torna en amor, el amor que siempre reclamaron.

El sugerir una propuesta a manera de receta sería un error, sin embargo, como en el marco teórico observamos, la primera medida a tomar sería estudiar quién es el que tiene que cambiar primero, el mundo o uno mismo, teniendo siempre presente de la necesidad de ambos cambios claro, por el caos global actual.

El optar por un propio cambio implica aceptar al mundo como es, a no maquillar la realidad, de esta manera el “problema” se torna más claro, se conoce más y por lo tanto se obtienen más argumentos para alcanzar los objetivos.

Este cambio de percepción a las realidades implicaría visitar lo que se había mantenido relegado, lo instintivo, solo relegado ya que si no hubiéramos dejado de ser seres vivos, y nos daríamos la oportunidad de influenciarnos en mayor medida por la intuición que tanto le hace falta a esta vida “moderna” y que las mismas mujeres comienzan a transgredir por el anhelo de la “igualdad”.

El darle lugar a lo anterior reduciría el poder del tercer conformador, según el taoísmo, de un ser humano, el pensamiento, desatando así renunciadas automáticas a persecuciones de deberes anhelados casi de manera involuntaria por ser instaurados. Nos dejaríamos de mortificar por alcanzar cosas que, claro está, resultan exclusivas de unos cuantos, obligaría a un reordenamiento en la configuración de los roles de cada uno de nosotros.

El ampliar la composición de un individuo nos permite conocerlo más, incluyéndonos a nosotros mismos, y así sabiendo que nuestro estado actual se debe, además de lo siempre manejado, a procesos de índole emocional, fisiológico, cognitivo, social, cultural, histórico, y que al momento de aglomerarse en un sujeto, no lo hacen un tanto en caos y desorden, sino a manera de sentidos, de relaciones, de ciclos, de armonías, pero el no comprenderlo así, el proceder de

modo que “comiendo así, con eso tengo para aguantar...” o “me aguanto esto porque soy hombre...” o “por ser mujer de menos debo simular esto...”, es decir, el someter al cuerpo a una dinámica de depósito solamente, solo acumular y acumular impidiéndole cada vez más agresivamente continuar con esas relaciones, ciclos y armonías.

El deshacerse de esas costumbres de proceder como el dueño de la naturaleza, ajeno a lo demás al grado de consumirlo mas no aprehenderlo, equilibra la relación del todo del que no solo soy parte sino también función, dependencia. Ese todo que lo conforman, entre otras cosas, las sociedades, las familias, compañeros, árboles, ríos, aire, sangre, órganos, planos o dimensiones.

El ejemplo que yo mismo manejo para explicarme un proceso de reversión por los caminos que, han quedado claros, llevan a un desequilibrio resulta muy burdo pero a la vez totalmente accesible de comprender. Este es el de vernos como una persona que estando en un campo inmenso con gran variedad de paisajes se encontró en su camino un hoyo a manera de cráter, con una profundidad tal que esta persona decidió acceder a él por medio de unas escaleras, cuando lo hizo y lo inspeccionó comenzó a surgir en este individuo la necesidad de alimentarse, de abrigarse, etc., para esto sabía que tenía que ir en buscar de alimento o abrigo, sin embargo al no encontrarlo en ese espacio comenzó a intentar ir a los lados solo que la estructura curva del espacio impedía su avance. Ya estando urgido por satisfacer sus necesidades se dio cuenta que un camino era el mismo que lo había llevado a ese lugar, la escalera, así que tomó el camino en sentido contrario y dejó de lado o atrás aquel episodio en su vida que le permitió conocer parte mas no todo el terreno que tenía en sus horizontes.

De esta manera ese campo o terreno que en un principio y al final tenía esa persona resultaría ser toda nuestra realidad, el hoyo o cráter (solo en cierta medida peyorativamente hablando) sería la era en la que hemos estado inmersos los que atestiguamos la instauración positivista. Por otro lado, las barras laterales

de la escalera, como guías, serían el método científico, las ciencias, los textos, los números, una sola forma de percepción, mientras que los escalones serían los órganos, la personalidad, emociones, conductas instituidas por intereses contruidos más no naturales dirigidos a todos los ámbitos de la vida como el proceder en la alimentación homogenizada, estructuración social, familiar, personal.

El momento que comenzó a sentir la necesidad de continuar, de seguir creciendo como todo organismo, es nuestra actualidad de contemplar no solo un parte sino toda la realidad de horizontes que hay más allá de las paredes del cráter, no solo adelante sino también a los lados, sin embargo, la reciente experiencia de haberse dirigido por medio de las escaleras lo hace dudar de que lo pueda hacer de la misma manera por otro lugar, así que por ese mismo medio toma el camino de regreso, no en contra del tan endiosado progreso, sino de regreso a la oportunidad de aprehender más y no solo un rincón que la vida nos ofrece.

## REFLEXIONES

*“¿Estamos conformados de tal manera que  
diariamente necesitamos minúsculas dosis de muerte  
para ejercer el oficio de vivir?”*

**Virginia Woolf**

La reflexión inmediata a la que hago alusión al momento de contemplar el proceso que ha resultado ser este trabajo es que afortunadamente conforme lo fui desarrollando me fui convenciendo cada vez más que acerté en escoger el tema de la diabetes, y es que decidirse por una opción para estudiar en la cual se considere no haber mucha identificación ya sea por no sufrir el mal ningún ser querido o propiamente en un principio resultaría muy arriesgado ya que como sabemos, se necesitan ciertos tipos de incentivos, en este caso, el propósito de encontrarle respuesta a una situación personal, para que se conforme una pasión que aliente e impulse la búsqueda de conocimiento, sin embargo, la recolección de información en distintos niveles de la realidad desvaneció la posibilidad de formar un desinterés por darle continuidad a este trabajo.

Todo lo anterior se debe a la manera en que me incliné por la diabetes mellitus como trastorno a revisar desde lo psicosomático, ya que esto se dio debido a que en ciertos momentos de mi vida he atestiguado de manera involuntaria relatos de desconocidos al compartir el transporte público, de ex compañeros de trabajo (choferes), y familiares, testimonios que con toda “razón” se presentaban con altas dosis de lamento, resignación y con un manejo inquietantemente sutil debido a la vergüenza que se conforma en algunos casos alrededor del infortunio de padecerla.

Así fue como me decidí a abordar este tema que al igual que otros males que no se supondría representarían prejuicios sociales, no así el VIH por ejemplo, tendría el mismo manejo abierto al comentarlo o compartirlo social o familiarmente hablando, pero siempre me inquietó el que no fuera así, me desconcertaba el

presenciar relatos en los que se omitía el nombre alópata del mal sin siquiera sustituirlo por uno de dominio público, esto solo de vez en cuando.

En cuanto al tono de lamento me hacía cuestionar el por qué tratándose de una situación tan seria de pérdida de salud, basándome en el cómo se expresaba la gente del mal, no tenía la misma difusión que otras que parecían sí ser dignos de una divulgación global como el cáncer o el mismo VIH, ya que esos lamentos iban acompañados de esa misma resignación-condena que caracteriza a las enfermedades que nunca se irán de nuestros cuerpos.

Sin embargo, la mera descripción que la biomedicina hace del trastorno a manera de explicación es suficiente para comprender la magnitud de tan semejante desajuste.

En lo absoluto pretendo una postura catastrófica por lo anterior, más bien pretendo expresar mi asombro al presenciar el gran esfuerzo del cuerpo por canalizar sabiamente, a manera de último recurso, ante nuestro brutal mal proceder, ya que así me he acercado más a la comprensión de por qué un componente del cuerpo, el páncreas, llegó a su límite y obliga al cuerpo a reorganizar sus procesos para verse lo menos afectado posible de manera benévola y no tanto como un villano defectuoso destinado a funcionar mal en determinada etapa de la vida de manera casi obligatoria por el resto de la misma.

Considero tardío al tono de lamento en cada referencia de lo que implica el padecer diabetes ya que la diferencia entre oportunos y a destiempo estriba en que si lo hicieran antes de atrofiar casi en su totalidad a esta glándula en particular evitarían el mal, sin embargo, como ya vimos, las situaciones no se prestan en nuestra sociedad para que se presenten estilos de vida en pro de la misma. Ahora, instalado el mal, el cuerpo recurre a mandar mayor número de avisos ante un estado determinado que necesita cierto tipo de cuidados, los mimos que se ignoraron en un principio.

También le di cierto sentido al tan peculiar manejo que se le da al trastorno en la sociedad, ya que como se puede observar por medio de una revisión de sus consecuencias encontramos que su cobertura desequilibrante tiene alcances en ámbitos que como sabemos afectan la identidad personal, como lo es la sexualidad, específicamente en los hombres al desencadenar disfunción, y es que en este contexto resulta lapidante ser diabético ya que se asocia automáticamente a lo que se ha idealizado como sinónimo de carencia de masculinidad.

Como si no hubiera bastado lo anterior para involucrarse de lleno a todo lo que se refiere al tema, al momento de justificar el trabajo se amplificó la magnitud de mi asombro al conocer cual es la realidad actual y el panorama futuro que los números muestran, sobre todo porque es de los trastornos, mejor dicho, el principal, que incrementa su ritmo de alcance en la población de manera única, con mayor velocidad, siendo ya contendiente por adjudicarse el título de padecimiento con mayor presencia a nivel mundial.

Lo anterior podría tener muchas lecturas, como el que implica que cada vez más personas recurren a los caminos que llevan a este mal, es decir, homogenizar estilos de vida y que pareciera despertar más interés llegar a la meta de globalizar que el prever lo que podría incluso estar pasando ya.

También se podría suponer que se ha desarrollado mucho conocimiento en relación a este tema científicamente hablando, sin embargo los mismos números, como hemos visto, sugieren que no se sabe lo suficiente ni para evitarla ni para revertirla, talvez la información ahí esté, en cada testimonio pero simplemente no nos permitimos verla.

Por otra parte, algo que lejos de sorprenderme, ratificó el dualismo heredado por siglos, fue la manera en que la psicología la han o se ha involucrado en este trastorno considerado fisiológico. Sin embargo, claro que llama la atención el que



siendo este trastorno en particular en los que más se busque en lo emocional una explicación por los propios mórbidos se siga presentando una postura renuente ante dicha posibilidad, esto para mi ha significado darle la ventaja del mundo, literalmente hablando, al trastorno, y es que, al menos hablando en primera persona, antes de cualquier estudio, esto del vínculo entre algún estado anímico y la diabetes es de dominio público, del dominio de los entes propios que experimentan en carne propia el mal.

Por otra parte, por nada se pretendió restarle y adjudicarle responsabilidad a uno u otro factor considerable en la actualidad por cualquier postura como agente etiológico, ya que considero quedó claro evitar esto en el desarrollo del tema alimenticio, por ejemplo, ya que al igual, o paralelamente, de importante resulta ser ya que la concordancia entre lo teórico y lo obtenido en este estudio sigue descartando a este ámbito como vehículo del cómplice que somos quienes decidimos nutrirnos de determinada manera y que simulamos obtener de forma fácil lo que en otro plano no lo obtenemos tan así.

Esa es la diferencia entre decir “usted padece esto por su mala alimentación, estilo de vida y obesidad”, y sugerir que atrás de la decisión de llevarse a la boca determinado producto se encuentran transnacionales alimentarias (intereses materiales), sucesos culturales (como conquistas e implantación de patrones o adopción de modelos), significaciones socioculturales (dulce=amor), estados y necesidades anímicas (falta de amor), condiciones económicas sujetas al poder adquisitivo, etc.

La información obtenida en cuanto al aspecto anímico, a mi parecer, fue de lo más contundente en cuanto a patrón se refiere.

Los datos me dirigieron a la interpretación de la vida de los entrevistados carente de experiencias y relaciones personales con contenido afectivo, esto sin duda a lo largo de sus vidas.

Por cuestiones lógicas estos individuos tuvieron la oportunidad de obtener o construirse una explicación de los por qué de su situación afectiva desde pequeños, y es que más que analizar las explicaciones de su escasa experiencia afectiva, configuraron su concepto de amar, por eso el por qué sea tan difícil convenir una definición de dicho término. Ya sea que haya sido por la falta de uno o ambos padres, nulas expresiones de los mismos si es que tuvieron presencia, por la manera de ser disciplinado o por sus propios estilos de vida, en ocupaciones, laborales en su totalidad desde la infancia, todo lo anterior formó el ideal de relacionarse con los demás, sin embargo quizás solo de adultos, talvez apenas en la actualidad a sus 50 años, detuvieron su dinámica que les ha heredado todos sus problemas actuales, y se preocupan por buscar los motivos de su infancia sin imágenes paternas, por la expectativa de vida que predominaba en esos tiempos por ejemplo, o hasta su edad adulta le dieron oportunidad y/o aceptación a la posible razón de que sus padres requieran de todo su tiempo y atención solamente al trabajo para mantener a la familia extensa y renunciar a momentos de convivencia que implicarían cariño, por ejemplo.

Además podría ser el caso el haber hecho conciente por primera vez en la actualidad de sus vidas y darse la explicación de haber conformado en respuesta de necesidades y carencias tal situación y que esto les ocupó en su totalidad desde niños condenándolos a dejar pendiente el amar o dejar ser amados, en estos casos los hombres, y renunciar al anhelo de sentir con plenitud que los aman, específicamente las mujeres.

Por todo lo anterior resultaba congruente esperar la actitud renuente de los participantes en cierta medida, pero por otras razones como por escepticismo, al inicio de todas y cada una de las entrevistas, pero me atrevo a decir que esa actitud inicial cambió, en algunos casos gradual y en otros drásticamente pero que al final de cada recopilación de información cambió sin lugar a dudas.

Además de argumentarme en los casos en los que se me hizo saber directamente, apoyado también en esa actitud final y por el contenido emotivo de las entrevistas, asevero que para la gran mayoría de los entrevistados, tanto hombres como mujeres, esos minutos u horas que duraron sus testimonios han representado el único tiempo y espacio, además de sus cuerpos, en el que han compartido sus experiencias de manera original, desde su punto de vista claro está, ya que partiendo de esto se buscó en todo caso el conocer precisamente eso, el como su manera de aprehender el mundo conformó sus cuerpos, sus males.

Por eso que, al momento de ofrecerles mis agradecimientos por haberme compartido sus historias de vida encontré lo mismo de ellos hacia mí, porque más allá de aclarar cuanto les pudo haber servido esa experiencia, lo trascendente es que, según ellos mismos, les sirvió, les sirvió hacer una revisión, y no a escondidas, de esas permanencias emotivas que no han siquiera aceptado, afrontado y mucho menos resolver, es decir, que si una dinámica de entrevista logró lo que en sus vidas enteras les ha costado tanto trabajo, compartir o dejar que les compartan, las probabilidades de que otras medidas a tomar en su cotidianidad contrarias a las que los llevaron a desarrollar la DM repercutan a favor de su estado de salud aumentan considerablemente.

Por ser los primeros que se atrevieran a permitirse contemplar a sus estados anímicos como los responsables directos de su padecimiento tendrían entonces el privilegio de ser los primeros también en experimentar la alternativa de revertir por los mismos caminos su padecimiento y volver a compartir valientemente, como lo hicieron al menos en este trabajo, lo que hipotéticamente obtendrían, que seguramente por la naturaleza de la propuesta no sería negativo, ya que lo negativo es lo que se dejaría de lado, las costumbres influenciadas solo por el consumismo, como en la alimentación, la competencia, como en cualquier ámbito de la vida, la conquista, entre géneros por ejemplo o de la misma naturaleza, y de esta manera nos queda ahora sí “tener conocimiento” de sus testimonios para

estar concientes que los caminos que ellos transitan nos pueden llevar a la encarnación de rencores, miedos y depresiones.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alpizar, S. M. (2001). Tratamiento. En: **Guía para el manejo integral del paciente diabético**. (165-192). México, D.F.: Manual moderno.
- Berman, M. (1987). El reencantamiento del mundo. Chile.: Cuatro vientos
- Boltanski (1975). **Los usos sociales del cuerpo**. Argentina.: Ediciones Periferia.
- Brussel (1967). **Psiquiatría al alcance de todos**. (60-70). México.: Continental.
- Capra, F. (1996). **El punto crucial**. Argentina.: Editorial estaciones.
- Dethlefsen, T. & Rüdiger, D. (1983) **La enfermedad como camino**. México, D.F.: Ediciones Debolsillo.
- Durán, N., D. (2004). **Cuerpo, Intuición y razón**. México.: CEAPAC ediciones.
- Durant, W. (1978). **Historia de la filosofía**. (29-128). México, D.F.: Editorial Diana.
- Figuerola, D. (2003). La diabetes a lo largo de la historia. En: **Diabetes**. (1-10). Barcelona.: Editorial Masson.
- Gadotti, M. (1998). **Historia de las ideas pedagógicas**. México, D.F.: Siglo XXI editores.
- Geertz, C. (1973). **La interpretación de las culturas**. (88). México, D.F.: Gedisa editorial.
- Guzmán, M. A. (1992). **Manual de psiquiatría**. (28-29). Caracas.: DisinLimed, C.A.
- Illich, I., D. (1978). **Némesis médica**. México, D.F.:Editorial Joaquín Mortiz
- Islas, A. S. (1999). Clasificación y contexto epidemiológico. En: **Diabetes mellitus**. (1-2). México. : McGraw-hill.
- Juárez, A. G. (2002). **“Una aproximación psicológica de las enfermedades psicosomáticas y el abandono corporal”**. Tesis de licenciatura en psicología no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Krall, P. L. & Beaser, S. R. (1992). **Manual Joslin de diabetes**. Barcelona.: Ediciones científicas y técnicas.

- Lange, S. (2001). **El libro de las emociones**. Madrid: Ediciones psicología personal.
- Lerman, G. I. (1994). Clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. En: **Atención integral del paciente diabético**. (7-24). México, D.F.: McGraw-hill
- LeRoith, D. (2003). Definición y clasificación. En: **Diabetes mellitus; fundamentos y clínica**. (406-415). México, D.F.: McGraw-hill.
- López, R., S. (2000). **Zen y cuerpo humano**. México, D.F.: CEAPAC, Verdehalago.
- López, R., S. (2002a). **Historia del aire y otros olores en la ciudad de México, 1840-1900**. México.: CEAPAC.
- López, R., S. (2002b). **Lo corporal y lo psicosomático I**. México.: CEAPAC/Plaza y Valdés.
- López, R., S. (2002c). **Lo corporal y lo psicosomático II**. México.: Zendová Ediciones.
- López, R., S. (2003). **Lo corporal y lo psicosomático III**. México.: CEAPAC ediciones.
- McDermott, M. D. (1999). Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. En: **secretos de la endocrinología**. (23-32). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Moncada, L. E. (1984). **Educación en diabetes**. Barcelona.: Científico médico.
- Mueller, F. L. (1976). **Historia de la psicología; de la antigüedad a nuestros días**. México, D. F.: Fondo de cultura económica.
- Osho (2001). **Intuición**. México, D.F.: Grijalbo.
- Otte, J. (1995). **El gran libro de la salud**. (58, 89, 163, 170,450-466). México.: Reader's Digest.
- Reid, D. (1989). **El Tao de la salud, el sexo y la larga vida**. Barcelona.: Urano.
- Reid, D. (1993) **Los tres tesoros de la salud**. Barcelona.: Ediciones Urano.
- Rivera, M., M. (2004). **El adolescente, su cuerpo y la sociedad moderna**. México.: CEAPAC ediciones.

- Rojas, S. R. (1995). **Capitalismo y enfermedad**. México.: Plaza y Valdés.
- Sahakian, W. S. (1986). Psicología de la antigüedad griega y latina. En: **historia de la psicología**. (13-34). México, D.F.: Trillas.
- Sanmartí, A. M. (1991). Qué es la diabetes mellitus. En: **Lo fundamental en diabetes mellitus**. (1-3). Barcelona.: Ediciones Doyma.
- San Martín, H. (1981). **Salud y enfermedad**. México.: Prensa médica mexicana.
- Schor, I. (1983). Qué es ser diabético. En: **Vivir como diabético; guía práctica para una vida plena**. (7). Buenos Aires.: Editorial Celsius.
- Solomon, P. (1976). **Manual de psiquiatría**. (147-160). México.: Manual Moderno.
- Sroufe, A. (2000). **Desarrollo emocional**. México, D.F.: Ediciones Oxford University Press.
- Tierney, L. (2004). Diabetes sacarina e hipoglucemia. En: **Diagnóstico clínico y tratamiento**. (1093-1122). México, D.F.: Manual moderno.
- Torres, T.F. (2001). **La alimentación de los mexicanos en la alborada del tercer milenio**. México, D.F.: Porrúa.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2003). **Manual de titulación. Carrera de psicología**. México.: Autor.
- Villalobos, B. E. (2004). **“Diabetes, adherencia al tratamiento y apoyo social”**. Tesis de maestría en modificación de conducta no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Woolf, V. (1983). Orlando. España.:Edhasa.
- Zarate, T. A. (1989). Concepto de diabetes mellitus. En: **Diabetes mellitus; bases para su tratamiento**. (11-26). México.: trillas.

<http://www.inegi.gob.mx/>

<http://www.uanl.mx/>

**ANEXO # 1**  
**RESULTADOS EN MATRICES**



### Grupo de mujeres nacidas en el interior de la república

| Casos           | Edad (años) | Tiempo del diagnóstico (años) | Lugar de origen   | Grado de estudios                 | Religión   |
|-----------------|-------------|-------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| M. "Calabacita" | 70          | 14                            | Nació y vivió en Puebla hasta los 30 años               | Estudió algunos meses la primaria | .Católica<br>.Se apoya<br>.No hay relación   |
| M. "Galleta"    | 64          | 3                             | Cuahutitlán Izcalli                                     | Profesional Derecho               | "Le gusta la parte espiritual"   |
| M. "Leche"      | 62          | 2                             | Nació y vivió en San Juan Teotihuacan hasta los 11 años | Tercero de primaria               | .Católica<br>.Se apoya<br>.No hay relación   |
| M. "Cóctel"     | 59          | 10                            | Vivió en Michoacán hasta los 15 años                    | Primero de primaria               | Católica<br>.Se apoya<br>.No hay relación  |
| M. "Tortilla"   | 59          | 10                            | Vivió en Puebla hasta los 3 años                        | Primaria                          | Católica<br>.Se apoya<br>.No hay relación  |
| M. "Sándwich"   | 54          | 3                             | Nació y vive en Santa Ana Mazatla                       | Primero de primaria               | .Católica<br>.Se apoya<br>.No hay relación   |
| M. "Sope"       | 54          | 6 meses                       | Nació y vivió en Metepec, Guerrero hasta los 16 años    | Segundo de contaduría pública     | Católica<br>.Se apoya<br>.No hay relación  |
| M. "Miel"       | 52          | 15-17 aprox                   | Nació y vive en Santa Ana Mazatla                       | Quinto de primaria                | .Católica<br>.Se apoya<br>.No hay relación   |
| M. "Pan dulce"  | 52          | 2                             | Vivió en Michoacán hasta los 15 años                    | Cuarto de primaria                | .Católico<br>.Se apoya<br>.Antes creía que había relación pero ha investigado y ya no cree |
| M. "Coca"       | 51          | 22                            | Nació y vive en Santa Ana Mazatla                       | Sin estudios                      | .Católica<br>.Se apoya<br>."Si cristo sufrió..."   |

|    |            |    |   |  |                                    |              |
|----|------------|----|---|--|------------------------------------|--------------|
| M. | "Fritanga" | 40 | 2 | Nació y vivió en Ver. hasta un año de edad | Segundo de veterinaria profesional | Cree en dios |
|----|------------|----|---|--|------------------------------------|--------------|

| Estado civil  | Hermanos   | Hijos | Familia en la periferia del nacimiento  | Padre borracho, golpeador, mujeriego...            | "Cables, mecates, palos..."   |
|---|--|-------|---|--|---|
| Casada desde los 24 años                                  | Es la sexta de 9                                 | 12    | Tanto la economía como la alimentación eran deficientes. Justo en su nacimiento su padre se iba a casar con otra señora | B<br>M<br>G*<br>*Tanto a la madre como a los hijos | El padre<br>"Autoritario... mucha disciplina"<br>.Mecate<br>.Cera en la cara          |
| Casada desde los 26 años                                  | Es la menor de 9                                 | 5     | Buena situación en general  | No se presenta                                     | .Disciplina enfocada a la alimentación<br>.Regaños y a veces con la "vara"            |
| Casada desde los 18 años                                  | Es la tercera de 7                               | 4     | Mala situación en general   | B<br>G<br>M  | .Nunca le pegaron, la trataron bien, solo una señora la regañaba mucho                |
| Casada desde los 18 años                                  | Es la cuarta de 5 hermanos                       | 3     | Regular en todos los aspectos   | No se presenta                                     | .La madre era más estricta<br>."No tenía libertad de nada"                            |
| Se casó a los 20 años y duró 25                           | Es la tercera de 15 hermanos y 4 medios hermanos | 5     | Mala situación en general   | No se presenta                                     | .La madre era más estricta<br>.La golpeaban con reata                                 |
| "Robada" desde los 18 años<br><br>"No me quedaba de otra" | 7  | 6     | Mala situación en general   | No se presenta                                     | Madre muy estricta  |
| Casada desde los 25 años                                  | Es la segunda de seis hermanas                   | 3     | En todos los ámbitos era regular la situación excepto en el afecto entre los padres ya                                  | No se presenta                                     | Por parte de la madre regaños, gritos, golpes<br>"Me decían mazacuata"<br>(Serpiente) |

|   |                             |   |  |                |   |
|---|-----------------------------|---|--|----------------|---|
|   |                             |   | que era mala   |                |   |
| Casada desde los 30 años  | Es la mayor de 6 hermanos   | 1 | Buena en todos los aspectos menos en el económico (Alimentación era autoconsumo, siembra, granja...) | No se presenta | No se presenta                                  |
| Casada desde los 23 años  | Es la mayor de 10           | 4 | Buena situación en general   | No se presenta | La madre era más estricta pero solo con regaños |
| Casada desde los 15 años  | Es la tercera de 5 hermanos | 7 | Mala situación en general  | No se presenta | .Madre maltratadora "Era muy mala"              |
| Unión libre, primera relación de los 21 a los 27 años y de los 34 a la fecha otra unión libre | Mayor de dos hermanos       | 1 | Afectivamente era buena situación y en lo demás era regular  | No se presenta | No se presenta                                  |

| <b>Relaciones Familiares</b>   | <b>Relaciones sociales</b>  | <b>Residencias</b>  | <b>Alimentación</b>  | <b>Sabor</b> | <b>Color</b> |
|--|---|---|--|--------------|--------------|
| .Mala relación con papá por golpes.<br>.Bien con los demás pero anheló una hermana.<br>.Bien con los hijos pero no les demostró afecto porque le daban celos a su esposo.<br>.Hijos mal con papá | Pocas por el autoritarismo de su padre y esposo                   | .Cuarto de adobe y teja junto al campo de cultivo<br>.En un cuarto redondo hasta los 40<br>.Compraron terreno con servicios y fueron construyendo recamaras, baños, cocina... | .Frijoles, salsa, carne, tortilla y leche<br>.Frijoles, sopa y arroz<br>.Vísceras en caldo, sopa y verduras<br>.no ha tomado mucho refresco y le gustan las verduras | Picante      | Blanco       |
| Muy buenas a lo largo de su vida (Expresiones de   | Amplias, con todo tipo de personas se llevó bien y el noviazgo no | .antes de ir a la primaria vivió en granja  | ."Estricta disciplina para estar balanceada, carne, frutas, verduras   | Dulce        | Verde        |

|   |                                   |   |  |            |         |
|---|-----------------------------------|---|--|------------|---------|
| afecto de todo tipo)  | era su prioridad pero sí los hubo | .En dos cuartos en el centro de Méx.<br>.Casa de tres recamaras, sala, comedor...(con servicios siempre)  | .Aumento de refresco y pasta<br>.Le gusta las galletas con queso<br>.No consumía mucho dulce   |            |         |
| .Buenas con todos<br>.Mala con esposo por no tener trabajo y golpearla  | Buenas en general                 | .De niña vivió de cuarto en cuarto (De adobe y teja) con gente que la encargaban<br>.Cuarto redondo<br>.Renta de casa "amplia"<br>.En un terreno fueron construyendo su casa con cuartos, baño, cocina, a la par de la llegada de los servicios | .Tortillas, verdura, pollo, a veces carne, siempre leche, refresco<br>.Un tiempo puras vísceras de pollo en caldo<br>.Desde casada un litro de agua en ayunas, para limpiar el organismo según su esposo | Indistinto | Rosa    |
| .Quería mucho a su padre porque le demostraba mucho afecto<br>.La madre no lo demostraba mucho<br>.Con todos los demás bien                           | Nulas<br>"Nunca tuve libertad"    | .2 cuartos de adobe, uno para dormir y otro para la cocina<br>.Una casa "grande" de casada  | .En su juventud era mala, 1 0 2 al día, frijoles, sopa y agua<br>."Mejoró" con 3 comidas, arroz sopa, guisado y refresco   | Picante    | "Todos" |
| .Con los padres mala, más con la madre<br>.Con suegra muy mal<br>.Esposos muy mal<br>.Antes con los hijos era buena pero por haberse separado es mala | Buenas                            | Cuartos redondos hasta que se casó y empezaron a construir gradualmente la casa con recámaras, baño, cocina...  | .Frijoles, pulque, chito, salsa y su preferido tortillas<br>.Sopes, caldos, pozole, jugos, pan, café<br>.empeoró en cantidad por lo económico<br>."Mejoró" e implementaron Barbacoa por ejemplo          | Picante    | Rojo    |

|  |       |   |   |            |                  |
|--|-------|---|---|------------|------------------|
| Mal con madre, hermana y esposo, con los demás bien  | Buena | .Cuarto redondo de madera<br>.Casa con recamaras, baño, cocina y todos los servicios  | .Café, leche, frijoles y pan<br>.Por trabajar de sirvienta con estadounidenses consumían sándwich, pollo y papas fritas, carne molida, refresco<br>.Sopa, agua, pulque, pan blanco y mucha tortilla | Indistinto | Indistinto       |
| .Su abuelo fue lo máximo, fue el único que la apapachó<br>.Regular con los padres<br>.Bien con familia de su esposo<br>.Hace 6 años sus hijos le reclamaron por no demostrarles afecto<br>.Su hija menor le guarda rencor "porque es muy caprichosa" | Buena | .Cuarto redondo de adobe dividido por tela<br>.Departamento con recamaras, sala, comedor y todos los servicios                                  | .Queso, tortilla, café, pancita, bistec, albóndigas, su favorito sopes<br>.consumió lo de sus ventas,; pozole, tamales...   | Picante    | Amarillo y verde |
| .Muy buena con todos<br>.Solo un hermano una vez le reprochó "por no darle hijos a su esposo"  | buena | Siempre ha vivido en los mismos terrenos, en donde construyen casas de recamaras, cocina, baño, sala, con todos los servicios y de adobe y teja | .Leche, huevo, pollo y pan<br>.No come jamón, salchicha, queso de puerco, enlatados," por no ser naturales"   | Indistinto | Indistinto       |
| Buena con todos excepto con la hermana más chica<br>.Bien con hijos y esposo<br>.Desde la familia de origen no hay expresiones de afecto   | Buena | .En el campo era una casa de adobe y teja, dos cuartos y la cocina<br>."Casa amplia"  | .(Tres comidas al día)<br>Leche, pan, sopa, frijoles, guisado, caldo de res, hacían mucho pepita de calabaza y no le gustaba  | Picante    | Verde            |

|  |   |  |   |            |            |
|--|---|--|---|------------|------------|
| pero "sabe que sí se quieren"  |   |  |   |            |            |
| .Mal con padres<br>.Mal con esposo e hijos al principio de su matrimonio por imitar a su madre   | Buena   | Casa en el campo de madera con dos recamaras, cocina, baño<br>.Actualmente es de cemento pero con animales y siembra | .Toda su juventud en su casa comía del diario caldo de habas<br>.Tortas, gorditas, quesadillas, tacos de bistec, longaniza<br>.ella sola se acababa una caja de coca cola en dos días desde los 30 años por "varios años" | Indistinto | Indistinto |
| .Bien con padres y hermanos<br>.Desde la adolescencia se desgastó con los hermanos porque "tienen carácter fuerte"<br>.Con sus parejas ha sido agresiva la relación por celos o porque son posesivos<br>.Con el hijo se lleva bien pero se ven poco por su trabajo | .En el trabajo son malas las relaciones ya que considera que por ser mujer la tratan diferente<br>.Bien con los amistades | .Dos cuartos y baño con cocina<br>.Dos cuartos, sala, comedor, baño, cocina, con todos los servicios                 | .Recalentado, pan, huevo, verduras, fruta, leche<br>.Muchas fritangas, pollos rostizados, gorditas, quesadillas, tacos, tortas y fruta  | Dulce      | Negro      |

| <b>Emoción</b>   | <b>"Pues sentimiento"</b> | <b>Vida laboral</b>   | <b>Estilo de vida o Hábitos</b>   | <b>Eventos significativos</b>   | <b>"lo recordaré hasta el día de mi muerte"</b> |
|--|---------------------------|---|---|---|---|
| .MIEDO por su padre y esposo<br>.TRISTEZA por no tener hermana, muerte de hijos y diagnóstico DM<br>CORAJE por su esposo y por lavar ajeno | No se presenta            | .Trabajo en el campo<br>.Hogar<br>.Cocer, lavar, planchar "ajeno" | .Atender al hogar<br>.Trabajar<br>.De casada le fue peor por no poder hacer otras cosas | .Demanda a su padre por maltratos(entre ella y sus hermanos)<br>.Afrontar enfermedades de sus hijos sola<br>.Le regalaron una niña producto de la violación | No se presenta                                  |

|  |                |  |  |   |  |
|--|----------------|--|--|---|--|
| .MIEDO por un intento de asesinato hacia su hermano hace como 40 0 45 años y por choque de su hija hace 4 años<br>.CORAJE por el mismo intento de asesinato  | No se presenta | .A los 24 años trabajó en Reforma Agraria, en campañas del PRI y catedrática de la UNAM<br>.Actualmente pensionada | .Estudio<br>.Trabajo<br>."La política"<br>*considera que en cualquier actividad es muy calculadora | .Desde los 6 años aprox. se separó de sus padres para estudiar en Méx.<br>.El intento de asesinato de su hermano a los 16 años<br>.A los 27 años muerte de su padre<br>.Hace cuatro años lo del accidente de su hija  | No se presenta   |
| .TRISTEZA por no vivir con su familia, por abandono de su esposo estando embarazada, por vender comida en las construcciones, por esposo borracho y golpeador y por la muerte de un hijo de 6 meses hace 35 años (considera que guardó esa emoción por 4 años) | No se presenta | .A los 16 años entró a trabajar en un restaurante<br>.Vendió comida en construcciones                              | .Trabajar<br>.Hogar  | .Abandono de su padre a los 3 años<br>.Atropellada antes de los 11 años<br>.Abandono de su esposos al saber del embarazo<br>.Vender comida en construcciones a los 30 aprox.<br>.Muerte de hijo hace 35 años<br>.Cambio de actitud de su esposo hace 5 años | No se presenta   |
| .Tristeza por muerte de su hijo (no quiso especificar la fecha), por que los hijos se van cuando se casan  | No se presenta | .Desde los 10 años de sirvienta hasta casarse  | .Trabajar<br>.Hogar  | Muerte de su hijo   | No se presenta   |
| .TRISTEZA por su infancia, por el diagnóstico de la diabetes, por las crisis   | No se presenta | .Desde su infancia en talleres de calzado<br>.Intendencia hace 22 años   | .Estudiar y cuidar hermanos<br>.Trabajar<br>.Hogar   | .Era la única que no recibía zapatos<br>.La regalaron por 2 años a una maestra  | "Se te queda para toda la vida"<br>*por el comentario que le hizo su madre |

|   |                |   |  |   |  |
|---|----------------|---|--|---|--|
| que le dan ya que se siente abandonada  |                | .5 años después empezó de secretaria  |  | .No se casó con el novio que quería mucho<br>.No la dejaban convivir las fiestas con la familia misma<br>.Hace un año vio después de 40 a una tía que es casi seguro que sea su verdadera madre   | cuando tenía 30 años: “naciste como un perro”  |
| IRA por la difamación de su hermana hacia ella, por infidelidad del esposo y porque su hija no le dice cuanto dinero tiene ahorrado   | No se presenta | .De los 12 a los 17 de sirvienta<br>.Actualmente vende calzado por catalogo | .Trabajar<br>.Hogar  | .Regaño de su madre cuando niña por ponerse unas pantaletas ajenas<br>.Por tener un hijo entre hermanos hubo mucha tensión<br>.Acusación de su hermana de supuesto engaño con su marido<br>.infidelidad a los 8 días de casada<br>.Negativa de su hija de informarle cuanto dinero tiene ahorrado | “No se me olvida... solamente hasta que me muera yo”<br>(A las infidelidades de su esposo)                   |
| TRISTEZA por no recibir cariño de sus padre, por malos recuerdos de su infancia, porque a los 22 años murió su abuelo, por la muerte de su segundo hijo a los 30 años (de ella), por dos infidelidades, por la muerte de su hermano menor hace 18 años, por no poder demostrar afecto<br>.MIEDO a su abuela<br>.IRA por las infidelidades | No se presenta | .Vendió comida por algunos meses  | .Estudiar y cuidar a sus hermanos<br>.Hogar<br>.Trabajo<br>.Yoga desde hace 6 años | .Infidelidades de su esposo al menos en dos ocasiones<br>.La última hace 16 años<br>.Muerte de su abuelo cuando tenía 22 años   | No se presenta   |
| .TRISTEZA por no poder tener hijos y por el reproche de su hermano<br>.ALEGRIA en su infancia y juventud  | Se presenta    | En su juventud trabajó en el campo con su padre                             | .Trabajar en el campo<br>.Hogar  | .Abortos involuntarios de los 30 a los 40<br>.El reproche del hermano<br>.Hace 14 años murió su padre   | “Es algo que no se me olvida pero... hasta que me muera se me va a quitar”<br>(Por no poder tener más hijos) |
| .TRISTEZA por que hace 25 años le dio poliomeilitis a su hijo y   | Se presenta    | .Entre los 15 y 18 aprendió a cocer y lo hace cada que                      | .Hogar<br>.Trabajo   | .Accidente de niña al caerle piedras de un camión   | No se presenta   |



|  |                |   |                    |  |  |
|--|----------------|---|--------------------|--|--|
| utiliza un aparato ortopédico para caminar<br>(sentimiento de culpa ya que no lo vacunó)   |                | necesita dinero   |                    | .El padecimiento de su hijo hace 25 años   |  |
| .”Mezcla de TRISTEZA e IRA por la madre y le esposo}<br>.MIEDO por los espasmos sollozos que padece su nieto y un balazo que recibió su esposo hace 3 años | No se presenta | .De los 9 a los 18 de ayudante de sirvienta<br>.Como a los 30 años estableció un puesto de comida con su hija | .Trabajo<br>.Hogar | .La corrió su mamá a los 9 años de casada<br>. hace como 20 años en peligro su vida por tragar un palillo y por eso se dio cuenta que la querían en su casa y cambió de actitud hacia sus familiares | “Me moriré y no se me olvidará lo que me hiciste”<br>(En relación a su esposo) |
| .IRA por cuestiones del trabajo y relaciones amorosas<br>.MIEDO por el trabajo y el diagnóstico<br>.TRISTEZA por muerte de su cuñado                       | No se presenta | Desde estudiante trabajaba de medio tiempo y a los 27 años entró la PGR de agente                             | .Trabajo<br>.Hogar | .Abandono de su primer pareja<br>.Separación del primer novio<br>.Fallecimiento de cuñado  | No se presenta   |

| “¿Me casé por amor?”   | “Familiar incomodo”        | “El cambio”    | “Salud”   | Enfermedades en la familia   | Decesos Familiares   |
|--|----------------------------|----------------|---|--|--|
| .No sabe si fue así o el coraje por el abandono de su padre que la impulsara a hacerlo | .Esposo golpeador e infiel | No se presenta | .Tosferina, sarampión y viruela<br>.Por candil problemas respiratorios<br>.Desde la llegada a México problemas para dormir<br>.Hipertensión “recientemente” | .Esposo cáncer de colon y problemas de la próstata desde hace 6 años | .5 hijos de recién nacidos por neumonía<br>.Se considera culpable por ignorancia y negligencia |

|   |  |  |  |   |   |
|---|--|--|--|---|---|
| Por amor  | No se presenta   | No se presenta   | .Infecciones en las anginas<br>.Dolor de cabeza<br>.A los 49 años el exceso de calcio provocó problemas en pezones   | .Su padre murió por problemas de próstata   | No se presenta                                      |
| Por amor  | Esposo golpeador y borracho  | Considera que su esposo cambió su actitud positivamente hace 5 años por Dios | .Asma desde hace 35 años por tener que recurrir a los baños públicos para bañarse y estar expuesta a los cambios bruscos de temperatura<br>.Operación de miomas hace 20 años | Solo ella padece algo crónico   | Muerte de un hijo a los 6 mese de edad hace 35 años |
| Sin comentario                                  | No se presenta   | No se presenta   | .Hipertensión a la par de la diabetes<br>.Consumió alcohol por algunos meses por la muerte de su hijo  | ."Un familiar" tiene cáncer<br>."Si tienen diabetes no lo dicen"  | .Muerte de un hijo                                  |
| No se casó por amor                             | .Madre no la quiere<br>.Esposo infiel, borracho y golpeador<br>.Suegra | No se presenta   | .Su esposo la golpeó tanto que ella sufrió de una fisura en la pierna pero él se la fracturó   | Madre diabética   | No se presenta                                      |
| Se la robó su esposo<br>"No me quedaba de otra" | .Madre<br>.Hermana   | No se presenta   | .Desde los 13 años se mareaba "por los nervios"<br>.Hace 3 años le diagnosticaron hipertensión   | .El padre padece de enfermedades respiratorias por trabajar con carbón<br>.La madre padece diabetes desde hace 10 años<br>.Una tía murió de | 3 partos de hijos muertos                           |

|  |  |   |  |  |   |
|--|--|---|--|--|---|
|  |  |   |  | cáncer hace 10 años  |   |
| No lo quería<br>"No me lo iba a quitar<br>de encima"<br>(Gradualmente lo fue<br>queriendo)                           | Abuela   | No se presenta  | .Varicela, sarampión,<br>gripa<br>.Bajó 12 Kg. A partir<br>de la infidelidad<br>.diagnóstico de<br>hipertensión hace un<br>año y medio | .Padre y abuela con<br>diabetes<br>.La familia de la madre<br>diabética<br>.Madre diabética y<br>problemas del corazón | Un hijo muerto en el<br>parto   |
| No quería casarse<br>porque estaba<br>contenta con su vida<br>pero sí quería a su<br>esposo "porque es<br>muy bueno" | Hermano  | .Solo fue por un<br>tiempo esa mala<br>actitud  | .Sarampión, viruela,<br>gripa<br>.Aborto involuntario<br>.Embarazo delicado  | Madre y 3 hermanos<br>con diabetes   | Un aborto   |
| Por amor   | No se presenta                                 | No se presenta  | .De niña se le subió<br>tanto la temperatura<br>que estuvo a punto de<br>morir<br>.Hipertensión a la par<br>de la diabetes             | .Poliomelitis de su<br>hermana y de su hijo<br>.Esposo, hijo y ella de<br>hipertensión                                 | No se presenta  |
| Por amor   | .Madre tirana<br>.Esposo infiel y<br>golpeador | .De esposo hace un<br>año<br>.Ella misma cambió<br>hace 20 años por la<br>situación del palillo | .Gripas constantes<br>.Ácido úrico<br>.Reumas  | Solo ella padece algo<br>crónico   | Muerte de 7<br>hermanos recién<br>nacidos o escasos<br>años de edad por<br>negligencia de la<br>madre |
| Por amor   | No se presenta                                 | No se presenta  | .6 meses antes del<br>diagnóstico de la<br>diabetes sufrió de<br>pancreatitis por<br>varicela  | Toda la familia de su<br>padre es diabética  | No se presenta  |

| Cuerpo   | Sexualidad   | ¿Por qué Diabetes?   | Tratamiento  |
|--|--|--|--|
| .No ha estado a gusto por ser obesa y bajita de estatura desde niña impidiéndole vestirse bien, "elegante"               | .Los 10 primeros años de su matrimonio los disfrutó pero después por el coraje hacia su esposos ya no. Además ya no puede su esposos por sus padecimientos | Por que 2 días antes del diagnóstico "pasó" un coraje con su esposo por pleito y golpes hacia ella u hacia su hija   | .No fue al médico hasta tener a sus hijos<br>."Micondrina o nicondrina"<br>.Metformina<br>.Té de gordolobo, Vaporrú<br>*está conforme con los resultados |
| ."Para que realiza funciones como caminar"   | .Plena, hay comunicación de lo que le gusta a la pareja  | .Porque hace 4 años chocó su hija y fue muy impactante   | ."Sulfas" y operación por las anginas<br>.Cremas para pezones<br>.Té de hierbabuena, bardo...  |
| .Antes solo le interesaba vestirlo bien pero desde que padece asma considera que debe cuidarlo                           | Sin comentario   | Considera que es por haber presenciado un asesinato dentro de un asalto el cual sufrió el transporte en el cual iba "Leche" hace 10 años aprox.<br>"Desde ahí lo traigo" | .Abstin "para relajarme"<br>.Dinovax<br>.Glibenclamida<br>.Tónico naturista: "ocreje"  |
| No sabe, nunca se lo ha preguntado   | Sin comentario   | No sabe  | . Glibenclamida<br>.Metformina<br>.Bensafibrato<br>.Metoprolol<br>.Captropil<br>.Ácido acetilsalisílico  |
| .Lo más feo que te puedas imaginar, gorda, chimuela, fea"<br>.Su nieto es la única persona que le ha dicho que es bonita | Sin comentario   | .Infidelidad de su esposo<br>.Por corajes  | Ninguno  |
| Molesta con el mismo "no debe tratarme de esta forma"  | Sin comentario   | Por "guinas" (corajes) con su marido por que él le reclama de todo   | .Vitaminas<br>.Pastillas para la hipertensión<br>.Té de tila para la diabetes  |

|   |                               |   |   |
|---|-------------------------------|---|---|
|   |                               |   | Está conforme con ambos   |
| .Valiosísimo por estética y personalidad<br>.No se concibe incompleta   | Se ha desarrollado plenamente | No sabe   | . Glibenclamida y metformina para la diabetes<br>.Benzafibrato para la hipertensión<br>Ácido acetilsalicílico<br>.Ha consumido mucho XL 3 y desenfriol<br>.Té, infusiones, vaporrú, manteca untada  |
| Conforme aunque esté gordita<br>.No ha maltratado a su cuerpo porque antes de casarse no tuvo relaciones sexuales                       | “Todo nos platicamos”         | Por mala suerte                                       | .Antes tomaba Glibenclamida y glucovante y ahora toma dimefor<br>.”Hierbas”, manteca, cenizas, carbonato, “nonishcuash”, alcohol (todo untado)<br>Está conforme con ambos                           |
| De joven no le interesaba pero ahora lo debe de cuidar  | Sin comentario                | .Por descuidar la dieta<br>.Por comer mucho pan dulce | Glibenclamida para la diabetes<br>Captopril para la hipertensión<br>Ácido acetilsalicílico  |
| Ahora aprecia su cuerpo pero antes por la obesidad le daba pena y se quería morir por eso y quería que le diera diabetes para adelgazar | Sin comentario                | .Por las grasas, por los corajes y por los sustos     | .Durante 22 años de padecer diabetes no tomó ningún medicamento. Fue hasta el 2004 que tomó Glibenclamida, clonasepan<br>.Paroxitica para la hipertensión<br>.Cenizas para reumas<br>.Ajo para todo |
| .No le ha gustado por obesidad<br>.Por la diabetes está contenta por  | “Bien”                        | .Mala alimentación<br>.Problemas con su mando         | ninguno   |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| que ha bajado 10 kg. Desde el diagnóstico |  | inmediato 2 meses antes del diagnóstico<br>.Herencia |  |
|---|--|--|--|

### Grupo de mujeres nacidas en el Distrito Federal

| Casos                | Edad (años) | Tiempo del diagnóstico (años) | Lugar de origen | Grado de estudios     | Religión   |
|----------------------|-------------|-------------------------------|-----------------|-----------------------|--|
| M. "Papita"          | 69          | 6                             | DF              | Sin estudios          | .Católica<br>.No se apoya<br>.No hay relación                  |
| M. "Canela"          | 68          | 20                            | DF              | Sin estudios          | .Católica<br>.Se apoya<br>."Es castigo porque no hay herencia" |
| M. "Arroz con leche" | 63          | 15                            | DF              | Tercero de primaria   | .Católico<br>.Se apoya<br>.No hay Relación                     |
| M. "Enchilada"       | 57          | 1                             | DF              | Carrera comercial     | .Católica<br>.No se apoya<br>.No hay relación                  |
| M. "Pepsi"           | 54          | 10                            | DF              | Preparatoria          | Sin religión   |
| M. "Helado"          | 54          | 3                             | DF              | Secretariado          | .Católico<br>.Se apoya<br>.No hay relación                     |
| M. "Fideo"           | 50          | 5-6 aprox.                    | DF              | secundaria            | .Católica<br>.Se apoya<br>.No hay relación                     |
| M. "Pipían"          | 40          | 2                             | DF              | Primero de secundaria | Cree en dios   |

| Estado civil                                     | Hermanos   | Hijos | Familia en la periferia del nacimiento   | Padre borracho, golpeador, mujeriego...       | "Cables, mecates, palos..."   |
|--|--|-------|--|---|---|
| Casada Desde los 20 años y separada hace 23 años | Es la sexta de 12  | 7     | Tanto la economía como la alimentación eran deficientes. Buena relación entre los padres, "nunca se separaron". Madre padeció de reumas y tomaba "pastillas y la inyectaban para lo mismo" | B   | El padre era estricto   |
| Casada desde los 18 años                         | Es la mayor de 3 hermanos  | 6     | Mala situación en general  | B   | Ambos solo la regañaban   |
| Casada desde los 22 años y separada hace 3 meses | .9 medios hermanos por parte de su padre .Un medio hermano por parte de su madre (Hijo del padrastro con quien convivió) | 1     | La alimentación y la salud de la madre era buena pero el padre la abandonó al nacer "arroz con leche"  | M (Padrastro) (Muy agresivo pero no golpeaba) | Madre muy estricta  |
| Casada desde los 22 años                         | Mayor de otro hermano  | 2     | Solo la situación afectiva era buena. En los demás aspectos era mala situación   | No se presenta                                | Madre más estricta pero sin golpes  |
| Casada desde los 20 años aprox.                  | Es la segunda de 8 hermanos  | 2     | .Su madre nunca quiso a su padre .Su madre tuvo su primer embarazo a los 13 años .En los demás aspectos era regular la situación   | M   | La madre era la que regañaba y a veces golpeaba "porque mi papá fue un cero a la izquierda" |
| Casada desde los 22 años y duró así 10 años      | Es la segunda de 5   | 3     | Buena situación en general   | No se presenta                                | La madre tenía un carácter muy fuerte "Cuerazos"  |

|   |                                 |   |   |                |   |
|---|---------------------------------|---|---|----------------|---|
| Se juntó con un casado-separado a los 18 años y se separó hace 9 años       | Es de los menores de 8 hermanos | 4 | Tanto en la salud como en el afecto era buena situación pero la economía era mala | No se presenta | .Madre enérgica con regaños<br>.Padre consentidor |
| Se casó a los 14 años y se divorció a los 20 y no se ha vuelto a relacionar | Es la quinta de 6 hermanos      | 3 | Afectivamente era buena la situación pero en lo demás estaba mal                  | No se presenta | Madre más estricta                                |

| <b>Relaciones Familiares</b>   | <b>Relaciones sociales</b>                                    | <b>Residencias</b>  | <b>Alimentación</b>   | <b>Sabor</b> | <b>Color</b> |
|--|---|---|---|--------------|--------------|
| .Sin expresiones de afecto de sus padres pero "sí la querían"<br>.Mal con esposo por la suegra<br>.Buena con hijos pero problemas por el mantenimiento del hogar | .Pocas por atender al hogar                                   | .En su juventud era un cuarto de madera y lámina<br>.vivió en casas "ajenas"<br>.En un terreno con todos los servicios fueron construyendo recamaras, baño, sala... | .En su infancia eran desayunos y comidas del gobierno (leche, pan, guisado)<br>.Tortas, tacos, sopa, poca leche<br>.4 o 5 comidas al día, 3 refrescos, papitas, chocolates, caldos, tacos | Dulce        | Indistinto   |
| .Desde niña mala relación con hermana menor<br>.Mala con su esposo<br>.Bien con los demás  | .Pocas por atender el hogar                                   | .Un cuarto de vecindad con cocina y baño<br>.En un terreno de una colonia sin servicios poco a poco fueron llegando y construyendo, recamaras, baño, sala....       | .Café con leche o con canela, mucho huevo, frijoles, bistec<br>.Pocos dulces y todos los sábados chicharrón en caldillo   | Indistinto   | indistinto   |
| .Buena con primos y tíos<br>.Mamá nunca hizo cariños   | ."Solo con hombres porque el mundo de las mujeres es muy feo" | .Cuarto redondo con jardín, cocina y baño<br>.Renta de un cuarto para evitar al padre   | .Entre 3 y 4 comidas al día<br>.Leche, atole, guisado<br>.comida de patrones  | Dulce        | Morado       |



|   |  |  |  |         |                                    |
|---|--|--|--|---------|------------------------------------|
| .Mala con esposo y suegra<br>.Sustituyó a su esposos con su hijo en lo afectivo y no lo ve mal  |  | .Una casa que entre su hijo y ella han ido construyendo con todos los servicios siempre  | porque madre trabajaba de sirvienta<br>.Arroz con leche, mole verduras, pescado  |         |                                    |
| En general han sido buenas  | Buenas   | .Cuartos de tabique y techos de lámina<br>.Una casa con recamaras, sala, comedor, baño, garaje, con todos los servicios                      | .(3 comidas al día) leche, pan, tortas, pan dulce, sopa, guisado, frijoles, verduras, tacos, enchiladas su preferida, huevo y mucho dulce<br>.Implementó posteriormente el cereal, plátanos y refresco | Picante | “Claros”<br>(Rosa, azul, amarillo) |
| .Con padres y hermanos fue regular<br>.Con la madre, esposo y su familia muy mal<br>.Con hijo muy bien  | Regulares  | .Cuartos redondos<br>.Cuartos en la casa de la suegra<br>.Casa de la madre<br>.Casa propia con recamaras, cocina, baño y todos los servicios | .Consumía lo que vendían los padres, tamales, gelatinas y guisados<br>.Sopa, frijoles, pan blanco, “pepsicola”<br>.Fruta, refresco y lo que fuera  | Picante | Indistinto                         |
| .Buena con todos menos con el hermano mayor, “era un malilla”<br>.Con esposo en la segunda mitad de su matrimonio ya no se llevaron bien<br>.Bien con sus hijos | Bien con todos pero no le ha gustado “intimidar con nadie para evitar chismes” | .Siempre en departamentos con recamaras, baño, cocina, comedor y todos los servicios   | .Sopas, carne de res, pollo y puerco, frijoles, leche, refresco y aguas<br>.Le gustaba mucho el helado y los dulces  | Picante | Verde                              |
| .Bien con todos excepto con un hermano “un poco   | Bien   | .Dos recamaras de tabique y lamina con cocina  | .3 comidas<br>.Frijoles, sopa de fideo su preferida, carne de  | Picante | “Colores pastel”                   |

|   |                               |   |   |         |      |
|---|-------------------------------|---|---|---------|------|
| mal”<br>.Con el esposo regular porque es borracho<br>.Con los hijos bien                              |                               | .Un terreno con un cuarto y fueron construyendo con todos los servicios                                 | res, pollo, tortilla, agua, café, leche<br>. No consume ni refresco ni dulce  |         |      |
| .Bien con los padres<br>.Mal con la suegra<br>.Mal con el esposo por la suegra<br>.Bien con los hijos | Mala porque es muy “grillera” | .Terrenos con dos cuartos<br>.Cuarto en casa de la suegra<br>.Cuartos rentados, con todos los servicios | .3 comidas<br>.huevo, sopa, guisado, frijoles, torillas, leche, pan de dulce, su preferido el pipían con pollo o puerco<br>.Barbacoa, carnitas, mixotes<br>.Consumía las gorditas que vendía por 3 años<br>.2 o 3 vasos de coca cuando vendía | Picante | Rosa |

| <b>Emoción</b>   | <b>“Pues sentimiento”</b> | <b>Vida laboral</b>                               | <b>Estilo de vida o Hábitos</b>            | <b>Eventos significativos</b>   | <b>“lo recordaré hasta el día de mi muerte”</b>          |
|--|---------------------------|---|--|---|--|
| .TRISTEZA por una infancia sin atención y poco dinero<br>.MIEDO a que le robaran su hijo y sentirse sin hogar<br>.IRA porque su esposo “está gozando lo de los dos”              | No se presenta            | .Desde los 13 años de costurera hasta que se casó | .Antes era solo trabajo y después al hogar | .A los 11 años se fue a vivir con su tía y le gustó (por un año)<br>.de casados vivieron con su suegra y la pasó mal<br>.Divorcio desde hace 23 años<br>.Divorcio de su hijo hace 10 años | No se presenta   |
| .TRISTEZA por peleas de sus padres, las borracheras de su esposo, por la partida de sus hijos y problemas de los mismos con sus esposas<br>.MIEDO de recién casada por su esposo | Se presenta               | .No ha trabajado fuera de casa                    | .Al hogar                                  | .Peleas de sus padres<br>.Partida de sus hijos para casarse<br>.Hace ocho meses la nuera abandonó a su hijo por otro hombre   | “Pero no se me olvida nada”<br>(en relación a su esposo) |

|   |                |  |  |   |                                  |
|---|----------------|--|--|---|----------------------------------|
| <p>.TRISTEZA porque su madre no se acercó a ella, por su esposo y por su salud, por la muerte de su abuela hace 15 años y la de su madre hace 7</p> <p>.CORAJE por su esposo y por su salud</p> <p>.Miedo por intento de robo de su hijo en dos ocasiones</p> | Se presenta    | <p>.A los 10 años empezó a cocer, trabajó en lavandería y en hoteles hasta los 18</p> <p>.Comenzó de casada a trabajar pero a petición de su hijo dejó de hacerlo hace 15 años</p> | <p>.Trabajar por que su madre no la dejaba tener novio</p> <p>.hogar</p> | <p>.Cuando nació su hijo se separó de su esposo por tres años y en ese lapso le intentaron robar al niño en dos ocasiones</p> <p>.Desde hace 20 años su esposo tiene otra familia</p> <p>.Muerte de su abuela hace 15 años</p> <p>.Muerte de su madre hace 4 años</p>                 | No se presenta                   |
| <p>.IRA hacia su padre por no hacer mucho cuando murió su madre, por infidelidad de su esposo hace 2 años</p> <p>.MIEDO por no poder tener hijos</p>  | Se presenta    | Cuando iba a finalizar su escuela realizó labores de oficina   | <p>.Trabajar</p> <p>.Hogar</p>   | <p>.A los 18 años se infartó su madre y curó muy delicada 4 años hasta su muerte</p> <p>.Desintegración familiar por la muerte de la madre</p> <p>.Tuvo su primer hijo hasta los 8 años de casada</p> <p>.La infidelidad de su esposo hace dos años</p>                               | "La marcó" la muerte de su madre |
| <p>IRA por violación hacia su hermana, por cancelar su boda por supuesta infidelidad, por infidelidad de su esposo, por parto de hijo muerto, por perder a su sobrino y por la violación hacia su hija de parte del</p>                                       | No se presenta | <p>.Desde los 13 años en una fábrica de hilados y tejidos</p> <p>.Secretaria</p>   | <p>.Estudiar</p> <p>.Trabajar</p> <p>.Hogar</p>                          | <p>.Ver a su papá con otra mujer de niña</p> <p>.Violación de su hermana en la adolescencia</p> <p>.Infidelidad de su prometido</p> <p>.La negativa del mismo a tener sexo antes del matrimonio</p> <p>.Infidelidad de su esposo hace 10 años</p> <p>.Violación de su hija hace 5</p> | No se presenta                   |

| novio  |                |   |                    | años   |  |
|--|----------------|---|--------------------|--|--|
| IRA hacia su hermano y su esposo<br>.MIEDO a su hermano y a por su padecimiento  | No se presenta | .De los 18 a los 28 de ayudante en general<br>.A los 32 entró a la SEP<br>.A los 37 en un corporativo<br>.Desde hace 14 años en la Sec. De administración (ahora SAT)<br>(De secretaria todo)<br>."Los dos últimos años ha sido muy estresante" | .Trabajo<br>.Hogar | .Divorcio a los 32 años<br>.Hace 10 años la muerte de su cuñado<br>.Hace 20 años la muerte de su padre<br>.Hace 3 años la muerte de su madre<br>"perdió a sus apoyos"  | No se presenta                                       |
| TRISTEZA por no seguir estudiando, por los golpes de su hermano mayor, por intentar abortar a su hijo el menor, por la infidelidad de s esposo hace 9 años, por la muerte de su madre hace 4 años y la de su padre hace 14<br>.IRAY MIEDO por o de su hermano, por la golpiza a su hijo por parte de los porros poco antes del diagnóstico | No se presenta | .Desde los 12 años de costurea hasta los 18<br>.De intendencia en la SEP  | .Hogar<br>.Trabajo | .A los 16 su hermano la golpeo y la corrió de la casa<br>.Poco antes del diagnostico un "susto" por la golpiza a su hijo<br>.Muerte de sus padre<br>.Abandono de su esposo   | No se presenta                                       |
| .TRISTEZA por carecer de dinero en su infancia, por los golpes de su esposo, por el distanciamiento de su hijos, por su enfermedad, por muerte de su padre hace 4 meses, porque su nuera le quitó a su nieto<br>.MIEDO le tuvo a su esposo por los golpes<br>.IRA por la muerte de su padre y por quitarle a su                            | No se presenta | .Desde los 20 años de costurera<br>.Sirvienta de cónsul<br>.Un año en centro América de lo mismo<br>.Puest de dulces y gorditas<br>.Negocio de comida en la FES Aragón  | .Trabajo<br>.Hogar | .De niña no hubo dinero para sus zapatos y pidió su madre prestado<br>.Ver a la familia de su esposo desunida<br>.Un año sin ver a sus hijos por trabajo<br>.Hace 4 años murió su padre<br>.La nuera le quitó a su nieto | "Eso sí no lo supero"<br>*Que le quitaran a su nieto |

|       |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|
| nieto |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|

| <b>“¿Me casé por amor?”</b>  | <b>“Familiar incomodo”</b>  | <b>“El cambio”</b>  | <b>“Salud”</b>  | <b>Enfermedades en la familia</b>  | <b>Decesos Familiares</b>                           |
|--|---|---|---|--|---|
| .Por amor  | .Esposo golpeador<br>.La suegra le hizo la vida “de cuadritos” pero la perdonó en vida y hasta la fecha | La suegra cambio con ella al final de su vida   | .Doctor advirtió posible bocio pero no apareció<br>.Paperas<br>.Várices desde su primer hijo  | .Solo ella padece algo crónico   | No se presenta                                      |
| .Por amor  | .Esposo borracho  | .Su esposo hace 12 años   | .Dolores de cabeza desde niña   | .Tía diabética<br>.Hijo diabético<br>.Tíos murieron por problemas de hígado por tomar en exceso          | .Un hermano murió a los 8 meses por “algo cerebral” |
| Por embarazo y amor  | .Suegra (Ya la perdonó)<br>.Esposo mujeriego  | Su suegra cambió de actitud positivamente   | .Tosferina<br>.Sarampión  | Solo ella padece algo crónico  | 5 abortos por “problemas en la matriz”              |
| Por amor e identificación con él porque también era huérfano           | No se presenta  | No se presenta  | .A los 14 años retenía la menstruación<br>.Tratamiento de fertilidad exitoso<br>.Hace dos años le quitaron la matriz  | .Toda la familia de parte de la madre con diabetes<br>.Madre y hermano diabéticos y operados del corazón | No se presenta                                      |
| Por vengarse se su exprometido (No quería a su esposo y no le gustaba) | Familia de su esposo  | Su esposo cambió de actitud positivamente hace 2 años pero es incomodo tanto para “pepsicola” como para su hija | .4 tendones cercenados por romper un vidrio con la mano por la IRA de saber de la infidelidad<br>.Parto de un hijo muerto (intentó abortarlo ya que nunca lo deseó) | Solo ella presenta un padecimiento crónico   | Parto de hijo muerto                                |
| Por amor “Lo quería mucho”   | Esposo por borracho y agresivo  | No se presenta  | .Siempre infecciones en la garganta<br>.Hace 14 años comenzó a fumar y lo dejó hace 4   | .Familia del padre y un hermano diabéticos<br>.Familia de la madre padecen problemas                     | No se presenta                                      |

|  |                              |                |   |   |  |
|--|------------------------------|----------------|---|---|--|
|  |                              |                | .Hace 7 años le quitaron la matriz por miomas y hemorragias<br>.Operación de tumor benigno en la espalda                                      | del corazón, la madre murió de enfisema pulmonar  |  |
| Se casó con él porque había sido abandonado por su esposa, "por lástima" | .Hermano<br>.Esposo borracho | No se presenta | .Gripa<br>.Tosferina que la hacía arrojar sangre  | No se presenta                                    | Muerte de dos hermanos, desconoce las causas y su edad                       |
| Por amor   | .Suegra<br>.Esposo golpeador | No se presenta | .Padeecía de bronquios hasta hace 4 años<br>.Hipertensa desde hace 15 años<br>.Hace "poco tiempo" a punto estuvo de darle un derrame cerebral | Abuelos y padres diabéticos<br>.Abuela hipertensa | .dos hermanos muertos, uno al nacer y el otro a los 11 años por tuberculosis |

| <b>Cuerpo</b>   | <b>Sexualidad</b>  | <b>¿Por qué Diabetes?</b>   | <b>Tratamiento</b>   |
|---|--|---|--|
| Acomplejada desde que tiene várices y por no estar delgada  | .Con miedo la vivió porque cada que se embarazaba eran reclamos de su esposo | .Por el miedo que vivió de casada y coraje porque ahora su esposo "la está gozando" | .yodo y leche para evitar bocio<br>.Operación de várices hace 10 años<br>. Glibenclamida desde "hace poco" y solo cuando se siente mal<br>.yodo untado para paperas<br>.Licuado de nopales<br>*Está conforme con ambos |
| .Ya no tiene esa herramienta que le permitía hacer todo<br>.A gusto con su apariencia hasta que tuvo hijos<br>.Le gusta que su esposo le diga cosas como "tú no eres fea" | .Sin comentario  | .Por culpa de su esposo "Tú me provocaste esto"                                     | . Glibenclamida<br>."Mejoral" con canela y vaporrú   |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Está agradecida con Dios porque su cuerpo la deja hacer actividades                            | Sin comentario  | Por los problemas de matriz que le provocaron hemorragias, anemia y abortos, por todo esto le realizaron una transfusión y considera que al chocar la sangre se disparó el azúcar | .Transfusión por hemorragias<br>. Glibenclamida<br><br>*Está conforme   |
| No le he dado importancia  | Sin comentario  | .Por la alimentación ya que subió de 70 a 90 Kg.  | .Cirugía y retiro de matriz<br>. Glibenclamida  |
| .No le gustaba por estar flaca<br>.Por embarazo le gustó<br>.Ahora no le gusta por obesidad    | Muy representativa su primera relación sexual porque su prometido no quiso "para llegar al altar los dos vírgenes" y al enterarse que estaba por ser padre con otra mujer la ira la impulsó a tener relaciones con el actual esposo y así fue como quedó embarazada de su primer hijo | Sin comentario  | Glibenclamida   |
| Sin comentario   | Dejó de confiar desde su separación y sabe que se reprime pero está tranquila   | .Por un secuestro "express" hace 3 años dentro de un taxi por unos minutos<br>.Por corajes<br>"soy muy corajuda"  | .Inyecciones para infecciones de la garganta<br>.Amaril para diabetes<br>.Captopril para la hipertensión<br>.Calcio para la osteopenia diagnosticada hace 2 meses |
| "Nunca me lo había preguntado"<br>.antes del padecimiento se arreglaba pero ahora "¿para qué?" | No quería tener relaciones con su esposo por temor a ser escuchados por sus hijos y por vergüenza por los comentarios de su esposo "pinche vieja panzona"   | .Por el susto de la golpiza de su hijo  | .Medicamento para la gripe y tos ferina<br>.Ocote cocido y vaporú   |

|  |                |  |  |
|--|----------------|--|--|
| No lo valoró ni lo cuidó a pesar de que era vanidosa | Sin comentario | Por la alimentación<br>. Por la herencia | .Penicilina<br>.Paracetamol<br>.Metoprolol<br>.Norvax<br>.Metformina<br>. Glibenclamida<br>.A los 11 años operación en las cuerdas vocales<br>.a los 24 operación de la vesícula<br>.Té, leche caliente y arroz para el estomago |
|--|----------------|--|--|

### Grupo de hombres nacidos en el interior de la república

| Casos               | Edad (años) | Tiempo del diagnóstico (años)                      | Lugar de origen                               | Grado de estudios                         | Religión                                   |
|---------------------|-------------|--|---|---|--|
| H. "Mazapán"        | 69          | 25   | Nació y vivió en Guanajuato hasta los 10 años | Primaria                                  | Ninguna                                    |
| H. "Café con leche" | 64          | 3 meses<br>(Cree que la padece desde hace 10 años) | Jalapa Veracruz                               | Profesional<br>Administración de empresas | .Católico<br>.Se apoya<br>.No hay relación |
| H. "Viznaga"        | 59          | 4-5 aprox  | Vivió en Michoacán hasta los 27 años          | No terminó la primaria                    | Católico<br>.Se apoya<br>.No hay relación  |

| Estado civil                                 | Hermanos               | Hijos | Familia en la periferia del nacimiento              | Padre borracho, golpeador, mujeriego... | "Cables, mecates, palos..."   |
|--|------------------------|-------|---|---|-------------------------------|
| Se casó a los 22 años y separado hace 4 años | Es el tercero de 4     | 4     | Mala situación en general.<br>No conoció a su padre | B*<br>*Padrastro                        | "Muy enérgico"*<br>*Padrastro |
| Casado Desde los 37 años                     | El mayor de 2 hermanos | 4     | Buena situación en general                          | No se presenta                          | ."Padre exageradamente        |



|                          |                           |   |   |                |  |
|--------------------------|---------------------------|---|---|----------------|--|
|                          |                           |   |   |                | disciplinado”<br>.”Muy meticuloso con<br>limpieza y orden”<br>“Padre duro” |
| Casado desde los 20 años | Es el mayor de 4 hermanos | 6 | Entre regular y buena la situación en general | No se presenta |  |

| <b>Relaciones Familiares</b>  | <b>Relaciones sociales</b>  | <b>Residencias</b>   | <b>Alimentación</b>   | <b>Sabor</b> | <b>Color</b> |
|---|---|--|---|--------------|--------------|
| .Heranos mayores se ausentaban y no se veían<br>.Un “abismo” con sus hijos por distanciamiento<br>.Rencor de un hijo hacia él por lo mismo<br>.Buena relación con nieto | .Muy tímido y más con mujeres<br>.Inseguro porque le dijo su esposa que le olía la boca | .Cuartos “grandes” (3 x 4 m aprox.) y aparte la cocina (hasta la fecha)  | .Hasta su juventud solo una comida con sopa, frijoles y tortillas, a veces guisado<br>.tres comidas con lo mismo en mayor cantidad, pan dulce, bolillo, leche “nestlé”, litro y medio de refresco, mazapanes...                       | Dulce        | Indistinto   |
| .Muy buenas a lo largo de su vida<br>.De apoyo y comprensión<br>(una sola discusión con su esposa)  | Amplias y buenas  | .Cuarto redondo dividido con tela, aparte cocina y baño<br>.Departamento con tres recamaras, cocina, baño...   | .Mucha disciplina al respecto por su padre, verduras, carnes, pescados, agua, café con leche era su preferido<br>.Comía en los mejores restaurantes<br>.Tomó y lo dejó hace 14 años y fumó una cajetilla al día y lo dejó hace 3 años | Dulce        | Indistinto   |
| .Han sido buenas las relaciones<br>.Con su padre se desgastaron cuando se casó “Viznaga”, por problemas en la   | Buenas  | .Cuarto redondo de adobe y teja<br>.Compartió el cuarto con los padres estando casado por “varios años”<br>.Problemas entre él, su hermano y su padre por la | .Frijoles, tortillas, poca carne, refresco o agua, muchos dulces como los “Tomy” y viznagas, camote...<br>.Pollo, tacos, tortas   | Dulce        | Rojo         |

|   |                           |   |   |   |   |
|---|---------------------------|---|---|---|---|
| repartición del hogar adquirido por ambos   |                           | casa que construyeron y terminó vendiéndole su parte y construir poco a poco en otro lugar, recámaras, baño...          | .Mucho dulce  |   |   |
| <b>Emoción</b>  | <b>“Pues sentimiento”</b> | <b>Vida laboral</b>   | <b>Estilo de vida o Hábitos</b>   | <b>Eventos significativos</b>   | <b>“lo recordaré hasta el día de mi muerte”</b>             |
| .TRISTEZA por el sufrimiento de su madre, de él y toda su familia<br>.MIEDO por discusiones entre la madre y el padrastro y al saber que iba a ser padre  | Se presenta               | .Desde los 12 años en bodegas de fierros, talleres de bocinas<br>.Servicio postal<br>.Chofer poco antes del diagnóstico | .Trabajar<br>.Fútbol<br>.Ausencias constantes y prolongadas de su casa por problemas de celar a su esposa | .Su primera separación de su esposa por dudar de la paternidad del embarazo “repercutió para siempre en la relación”                        | No se presenta  |
| .ALEGRÍA por vivir en Jalapa<br>.Miedo por un accidente de niño, por no haber asegurado su futuro “estoy destinado a trabajar hasta el último día de mi vida”<br>.TRISTEZA por muerte de su padre y por trabajar con mayores<br>.ANSIEDAD hace 10 años por falta de dinero<br>.CORAJE por muerte de su hijo | No se presenta            | .La muerte de su padre lo obliga a lavar escusados<br>.En bancos y financieras hasta la actualidad                      | .Trabajar<br>.Publicó un libro de administración y está por publicar otro                                 | .A punto de ser atropellado de niño<br>.Muerte de su padre a la edad de 14 años<br>.Hace 8 años murió su hijo                               | “Estoy destinado a trabajar hasta el último día de mi vida” |
| .IRA hacia su padre, con su hermano<br>.TRISTEZA por la muerte de su hijo hace 15 años, por su madre y por el diagnóstico de la diabetes  | Se presenta               | .En el campo<br>.En empresas de electrónicos<br>.Intendencia en el DDF<br>.Jubilado                                     | .Trabajar   | .Cuando tenía 14 su madre iba a morir<br>.Cuando tenía 18 años su padre le pegó tanto que lo hizo orinar<br>.Muerte de su hijo hace 14 años | “Lo tengo guardado”<br>*En relación a la muerte de su hijo  |

| <b>“¿Me casé por amor?”</b> | <b>“Familiar incomodo”</b>   | <b>“El cambio”</b> | <b>“Salud”</b>  | <b>Enfermedades en la familia</b>  | <b>Decesos Familiares</b>  |
|-----------------------------|--|--------------------|---|--|--|
| .Por embarazo de su esposa  | .No se presenta  | .No se presenta    | .Cuando era niño lo dejaban todo el día en una caja de madera y por eso le salió “una bola” en la pierna que al reventar curó<br>.Hernia en abdomen por hacer ejercicio | .Diagnóstico de diabetes a su esposa poco antes que a él   | No se presenta   |
| Por amor                    | .Cuñada (Hermana de su esposo) por meterse en su vida y en el tema religioso | No se presenta     | .Solo ha padecido de diabetes   | .Familia de su madre en su mayoría es diabética<br>.Bacteria rara en riñón de hijo provocó su muerte | El hijo menor hace 8 años  |
| Por embarazo de su esposa   | .Padre<br>.Hermano   | No se presenta     | .Subió de peso al independizarse de los padres<br>.Infección en vías urinarias hace 10 años<br>.Consumió alcohol cada 15 días desde casado                              | .Muerte de padres por infección en los riñones   | .2 hijos, uno a los 6 meses por neumonía y el otro a los 7 años por meningitis |

| <b>Cuerpo</b>  | <b>Sexualidad</b>   | <b>¿Por qué Diabetes?</b> | <b>Tratamiento</b>   |
|----------------|---|---------------------------|--|
| Sin comentario | .Cuando se masturbaba, al terminar de hacerlo se golpeaba la mano hasta herirse por sentir culpa<br>.Conforme hasta los primeros 10 años de casado, después fue | No sabe                   | . Glibenclamida (desde hace 2 o 3 años)<br>.Tratamiento para infecciones urinarias<br>.Ranitidina para soportar los tratamientos anteriores<br>*Está conforme con los resultados |

|  |                                       |   |   |
|--|---------------------------------------|---|---|
|  | perdiendo el apetito sexual           |   |   |
| .Cuando fumaba y tomaba no era nada pero por miedo a enfermarse dejó de hacerlo y ahora lo ve “como un templo” | Sin comentario                        | No tiene idea   | . Glibenclamida<br>.Complejo B  |
| .Estaba conforme con él hasta enfermar ya que ahora no puede disfrutar de una fiesta por no tomar              | Satisfecho hasta que padeció diabetes | .Por los corajes con su hijo que consume drogas, por el otro que estuvo en la carcel hace 15 años, con los familiares<br>.Por tomar un mes completo hace 6 años ya que se ganó unas vacaciones en su trabajo y le permitió viajar a su pueblo | ."Un medicamento" para controlar la temperatura cuando enfermó de las vías urinarias<br>. Glibenclamida |

### Grupo de hombres nacidos en el Distrito Federal

| Casos        | Edad (años) | Tiempo del diagnóstico (años) | Lugar de origen | Grado de estudios                        | Religión  |
|--------------|-------------|-------------------------------|-----------------|--|---|
| H. "Gansito" | 68          | 2                             | DF              | Primaria                                 | ."Nació en cuna católica pero está en desacuerdo con la religión" |
| H. "Búlgaro" | 61          | 15                            | DF              | Primaria                                 | Católico<br>.No se apoya<br>.No hay relación                      |
| H. "Licuado" | 58          | 7                             | DF              | Segundo grado de profesional Veterinaria | Sin religión  |

|    |           |    |             |    |                                   |  |
|----|-----------|----|-------------|----|-----------------------------------|--|
| H. | "Tuétano" | 55 | 8-9 aprox.  | DF | .Profesional<br>.Contador público | .Católico<br>.Se apoya<br>.No hay relación   |
| H. | "Brandy"  | 52 | 4           | DF | Profesional<br>comunicólogo       | ."Creyente"<br>.Se apoya<br>.No hay relación   |
| H. | "Paleta"  | 50 | 11          | DF | Licenciatura                      | .Católico<br>.Se apoya de lamisca<br>forma que como lo<br>hace con lo que ha<br>vivido en AA<br>.No hay relación |
| H. | "Jamón"   | 50 | Año y medio | DF | Primaria                          | .Católico<br>.Se apoya<br>.No hay relación   |
| H. | "Torta"   | 33 | 3           | DF | Secundaria                        | .Católico<br>.Hay relación porque<br>rompió un juramento   |

| <b>Estado civil</b>  | <b>Hermanos</b>             | <b>Hijos</b>      | <b>Familia en la periferia del nacimiento</b>  | <b>Padre borracho, golpeador, mujeriego...</b> | <b>"Cables, mecates, palos..."</b>                          |
|--|-----------------------------|-------------------|--|--|---|
| Casado desde los 23 años   | Es el tercero de 5 hermanos | 4                 | Mala situación en general  | B<br>G   | .No se presenta debido a que considera que hubo desatención |
| Vivió con 2 parejas. La primera relación empezó cuando tenía 15 años aprox. y duró 23 años. Después de 3 años vivió con otra mujer durante 15 años, desde hace 5 que está separado | Es el mayor de 4 hermanos   | "Supuestamente 2" | Considera que la relación entre los padres era buena pero en los demás aspecto era mala la situación | .el padre tenía otra familia                   | Maltratos de la madre con cables de luz de la plancha       |

|  |  |   |  |                |   |
|--|--|---|--|----------------|---|
| Casado desde los 22 años   | Es el tercero de 4 hermanos                  | 2 | Muy buena situación en general   | No se presenta | "No hubo necesidad de regaños"  |
| Casado desde los 26 años   | Mayor de 6 hermanos                          | 4 | Regular en todos los aspectos  | M              | "Mi papá era un tirano... nos daba unas palizas"<br><br>Uno de los castigos era hincarse en ladrillos y retener agua con las manos y por cada gota de agua derramada era golpeado con un "cable de luz" |
| Se casó a los 25 y se divorció a los 30 sin tener hijos de ese matrimonio .A los 40 se juntó con quien vive actualmente y que es la madre de sus hijos | Es el cuarto de 7                            | 2 | En general la situación era difícil pero la alimentación era "buena" porque comían lo que los patronos | No se presenta | "La madre era más dura"   |
| Casado desde los 25 años   | Es el tercero de 7 hermanos                  | 1 | Mala situación en general  | B<br>G         | Padre y madre golpeaban mucho   |
| Casado desde los 20 años   | Es el tercero de nueve hermanos              | 4 | Regular la situación en general  | G<br>B         | "Ambos eran duros"<br>*Lo golpeaban con el asentador (afilador de navajas de peluquero)   |
| Casado desde los 22 años   | El segundo de 3 hermanos y 2 medios hermanos | 2 | Mala situación en general (el padre abandonó a la familia cuando "torta" recién nació)                 | B              | La madre golpeaba y gritaba   |

| <b>Relaciones Familiares</b>  | <b>Relaciones sociales</b>   | <b>Residencias</b>   | <b>Alimentación</b>  | <b>Sabor</b>    | <b>Color</b> |
|---|--|--|--|-----------------|--------------|
| .Han sido buenas las relaciones pero muy distantes  | .Por timidez se le dificultaba entablar relaciones directas pero le gustaba el protagonismo en el fútbol y las fiestas al bailar                       | .Cuarto de adobe (4x4m)<br>.Cuarto con cocina y baño<br>(Con servicios siempre)  | .(Raquíica) Frijoles, a veces pollo y refresco, pasta, carnes, atole, jugos, galletas, gansitos<br>.(“Mejóro”)Carnes, barbacoa, 1, 2 o 3 refrescos, chicharrón<br>.Licuado con dos huevos, mariscos                    | Picante y dulce | Azul         |
| .Ausencia del padre<br>.Mal con la madre por maltratos<br>.Entre hermanos bien<br>.La primera pareja lo golpeaba<br>.No hay relación con los supuestos hijos<br>.Buena con los sobrinos | Por sus trabajos tuvo que relacionarse con personas mayores a él y considera haber sido abandonado desde el momento en que se enteran de su enfermedad | .Siempre vivó en cuartos de “mediana” dimensión<br>.Adquirió una casa de interés social                                  | .Comían mucho la leche de búlgaros y no le agradaba, guisado, frijoles, leche, atole (3 comidas)<br>.consumió mucho refresco y alcohol y considera que no ha comido mucho dulce  | Picante         | Azul         |
| Buena con todos hasta la fecha  | .”De maravilla”<br>.Solo fue una etapa de tensión en su trabajo porque se le pidió imponer el orden pero después mejoró                                | .Dos recamaras, cocina, baño<br>.Departamento “chico”, una recamara, baño...<br>.Casa de tres recamaras, baño, cocina... | .Leche, carne y huevo<br>.Chocolates, licuados con 8 huevos, avena y leche por 3 años ya que iba al gimnasio y doble o triple ración de comida<br>.Disminuyó por dejar de hacer ejercicio pero siguió con el chocolate | Dulce           | Indistinto   |
| .Mal con el padre porque este no dejaba que apapacharan a la madre<br>.Con los hermanos se formó una especie de   | Buenas y amplias   | .Cuarto de un edificio<br>.Casa con recamaras, baño, comedor, cocina y todos los servicios                               | .Fruta, guisados, cremas, leche, huevo, pan dulce<br>.Gracias a su trabajo podía comer mucho   | Indistinto      | indistinto   |

|   |  |  |  |       |            |
|---|--|--|--|-------|------------|
| <p>paternalismo ya que cuidaba de ellos<br/>         .Con su familia estaba bien pero por los viajes de su trabajo se formó un distanciamiento</p>  |  |  | <p>marisco y platillos “sofisticados”, sopas de tuétano y bebidas de todas</p>   |       |            |
| <p>.Bien con familia de origen<br/>         .Se divorció porque se formó una competencia entre la pareja<br/>         .Bien con la pareja actual<br/>         .Fue “un poco agresivo” con sus hijos cuando estaban más chicos<br/>         .Mal con hermano</p> | <p>.Antes muy bien, muy sociable “por eso estudié esa carrera”<br/>         .El alcohol facilitaba<br/>         .Sin el alcohol ya no se “desenvuelve” tan bien</p>  | <p>.Cuartos en las casas donde daban servicio sus padres<br/>         .En Guanajuato en una casa en el campo, con animales<br/>         .Departamentos con recamaras, sala, cocina, baño</p> | <p>.Huevo, pescado, tortillas, frijoles<br/>         .consumió mucho alcohol (Brandy) y cigarro<br/>         (Desde los 23 hasta hace 5 años aprox.)</p>   | Dulce | Rojo       |
| <p>.Mal con la familia de origen<br/>         .Con esposa en algún momento estuvo bien pero en la mayor parte del tiempo ha sido mala<br/>         .Con la hija mal por un distanciamiento</p>  | <p>Considera que se desarrolló en un ambiente de mayores desde chico y que lo impulsó a realizar actividades precoces como estar besando y abrazando a las niñas</p> | <p>.Construcción constante de pisos y cuartos<br/>         .Dos pisos, sala, comedor, cocina, recamara y todos los servicios</p>   | <p>.3 comidas<br/>         .Té, café, avena, atole, pan, frijoles, guisado, tortas, enchiladas, mole, paletas, dulces<br/>         .Alcohol, fritangas, barbacoa</p>   | Agrio | Indistinto |
| <p>.Con su familia de origen bien<br/>         .Con su esposa bien (“me aguantó mucho ella”)<br/>         .Con los hijos bien</p>   | Bien   | <p>.Cuarto con loza y lámina<br/>         .Cuartos parecidos con cocina y baño, con todos los servicios</p>  | <p>.Huevo, frijoles, café, té, carne, agua, pan, su preferido el jamón, dulces, refresco<br/>         .solo huevo, retazo, frijoles y sopa<br/>         .Chicharrón, gorditas, quesadillas, tacos<br/>         .Alcohol, mucha</p> | Dulce | Rojo       |



|   |                           |  |   |   |   |
|---|---------------------------|--|---|---|---|
|   |                           |  | cerveza   |   |   |
| .Bien entre todos pero el padrastro y la madre no se llevaron bien<br>.Con hijos bien   | Buenas                    | .Dos recamaras con techo de lámina<br>. casa con 3 recámaras, cocina, baño, comedor y todos los servicios                    | .3 comidas<br>.leche, café, pan, sopa, guisado<br>.Muchas tortas, tacos, tamales por andar en la patrulla | Agrio   | Azul  |
| <b>Emoción</b>  | <b>“Pues sentimiento”</b> | <b>Vida laboral</b>  | <b>Estilo de vida o Hábitos</b>   | <b>Eventos significativos</b>                                   | <b>“lo recordaré hasta el día de mi muerte”</b> |
| .TRISTEZA por el abandono de su padre y el distanciamiento de la familia y “Gansito”<br>IRA por el abandono de su padre y los golpes que le daba el mismo a su madre<br>.ALEGRÍA por jugar fútbol y ser “chambelán” | Se presenta               | .A los doce años en imprenta y posteriormente en carpintería y hasta la fecha<br>.Mantuvo su hogar desde que su padre se fue | .Trabajar<br>.Fútbol<br>.Bailes<br>.Fumar   | .Abandono de su padre por irse con otra mujer                   | No se presenta                                  |
| .TRISTEZA por su madre, por su paternidad, por su salud actual, por muerte de su padre hace 21 años y de su abuela<br>.IRA hacia su expareja que lo golpeaba  | Se presenta               | .Desde que iba en la primaria trabajó de empleado en distintos comercios<br>.Actualmente es desempleado                      | .Trabajar y tomar licor, pulque o cerveza   | .Lo mal que la pasó su mamá cuando él era chico                 | No se presenta                                  |
| .TRISTEZA a los 15 años por el divorcio de sus padres (el padre   | Se presenta               | .Comenzó a los 22 años en el DDF haciendo labores de   | .Estudio<br>.Ejercicio<br>.Trabajo  | .El divorcio de sus padres a los 15 años<br>.Hace 5 años aprox. | No se presenta                                  |

|  |                |   |  |   |   |
|--|----------------|---|--|---|---|
| tenía otra familia)<br>.ALEGRIA que el trabajo le ha dado y su infancia  |                | arquitecto y posteriormente de seguridad (Feliz con sus trabajos)                                   |  | su trabajo fue muy estresante   |   |
| .MIEDO en su infancia (Su padre lo veía como un hombre pequeño que podía realizar ciertos trabajos y no como un niño)<br>IRA y TRISTEZA al recordarlo  | No se presenta | .Ayudante de su padre en las construcciones<br>.Empleado de fábricas<br>.Auditor en “niveles altos” | .Trabajar, trabajar y trabajar*<br>.Leer de medicina<br>.Cultivar plantas recientemente<br>**“Mi locura el dinero”, “me regí por el deber ser” | .Castigo en su infancia con el cable de luz<br>.”Por sublevarnos ante el padre en la mayoría de edad se fue”<br>.Hace 10 años volvió a ver a su padre en un mal estado de salud por la diabetes | No se presenta  |
| .TRISTEZA por cambio de Guanajuato hacia México, por los viajes de su padre a los Estados Unidos, por la muerte de un toro que tenía como mascota y de un hermano a los 20 aprox., por separarse de su novia, pro divorciarse al grado de pensar seriamente en el suicidio y por llevarse mal con uno de sus hermanos<br>.MIEDO por una acusación laboral de haberse robado algo | No se presenta | .Desde los 9 años ayudante de carpintero<br>.Desde los 21 en trabajos relacionados a su carrera     | .Trabajo<br>.Fiestas<br>.Tomar   | .La muerte de su toro en la infancia<br>.A los 20 se muere su hermano<br>.”Susto” por acusación de robo a los 38 años   | La muerte de su hermano no sabe si todavía “la trae”                    |
| .MIEDO a muchas cosas, a su padre, a que su esposa lo dejara<br>.IRA hacia su padre, suegros y cuñados<br>TRISTEZA por la muerte de su madre y   | Se presenta    | .Desde niño vendía paletas, pulque y lavaba autos<br>.Trabajos eventuales de contratista            | .Estudiar<br>.Trabajar<br>.Tomar<br>.Prostitutas<br>.Jugar fútbol  | .Vender las paletas a los 8 años<br>.Muerte de su madre a los 13 años<br>.Andar mal vestido por falta de dinero<br>.Vender pulque<br>.Las agresiones de su                                      | .La muerte de su madre y los rencores hacia su padre, suegros y cuñados |

|   |                |  |   |   |  |
|---|----------------|--|---|---|--|
| por el diagnostico  |                |  |   | padre   |  |
| .IRA porque su madre engaño a su padre y de ese relación nació un medio hermano, pro problemas con su hermana al momento de adquirir un terreno, pro problemas de organización con los vecinos<br>.TRISTEZA por muerte de un hijo y por su condición física | No se presenta | .A los 12 años comenzó a trabajar como ayudante de peluquero, carpintero taxista<br>.Desde los 23 años es peón en la universidad | .Trabajar<br>.Tomar<br>.Jugar fútbol            | .A los 16 supo que su hermano era producto del engaño de su madre a su pare<br>.A los 25 atropellaron a su hijo<br>.A los 35 muere su madre   | “Está grabado lo del medio hermano”<br>“Lo de mi hijo lo sigo guardando” |
| .TRISTEZA por no tener pare ya que faltó “afecto de padre”<br>.IRA hacia su padrastro y su suegra<br>.MIEDO por cuestiones de trabajo   | Se presenta    | .Desde los 15 años trabajó de ayudante<br>.Se enlistó en el ejército a los 19 por 5 años<br>.Seguridad privada, policía auxiliar | .Trabajar en la patrulla todo el día<br>. Tomar | .Solo una vez festejó su cumpleaños gracias a un hermano<br>.Hace 6 años a punto de ser encarcelado por tomar<br>.Hace 5 años murió su madre<br>.El coraje que le hizo pasar su suegra poco antes del diagnóstico | “No he desquitado el coraje que mi suegra me hizo pasar”                 |

| “¿Me casé por amor?”                             | “Familiar incomodo” | “El cambio”    | “Salud”   | Enfermedades en la familia  | Decesos Familiares                                |
|--|---------------------|----------------|---|-----------------------------|---|
| .Por embarazo<br>.“pero no me desagradó la idea” | No se presenta      | No se presenta | .Columna desgastada por trabajo<br>Bronquios afectados por tinner, polvo y un descuido en el cambio de temperatura brusco | Solo él padece algo crónico | No se presenta                                    |
| No sabe  | Madre               | No se presenta | .Amputación de una pierna por diabetes<br>.Operación del  | Padre murió por diabetes    | 3 muertes de hermanos por el consumo de aspirinas |

|  |                |                |   |                                |  |
|--|----------------|----------------|---|--------------------------------|--|
|  |                |                | simpático hace un año<br>.Inminente amputación<br>de la otra extremidad   |                                | por parte de la madre<br>en el embarazo                            |
| Por embarazo de su<br>esposa   | No se presenta | No se presenta | .Desde los 8 o 9 años<br>usa lentes<br>.Entre los 19 y 22 años<br>subió de 58 Kg. A 105<br>por el ejercicio<br>.De los 18 a los 50<br>fumó<br>.Hace un año le dio un<br>paro cardiaco         | Solo él padece algo<br>crónico | No se presenta   |
| “Sí la amaba pero no<br>sé porque me casé”                                     | Padre tirano   | No se presenta | .Desde casado<br>aumentó su consumo<br>de alcohol hasta ser<br>alcohólico, dejó de<br>tomar hace 13 años<br>.Infarto por su trabajo<br>hace 8 0 9 años aprox.<br>.Retenedor de ácido<br>úrico | Padre murió por<br>diabetes    | No se presenta   |
| El primer matrimonio<br>por amor y el<br>segundo “porque me<br>dijo mi esposa” | Hermano        | No se presenta | .Casi no enfermaba<br>.tomó desde los 23<br>hasta la fecha  | Solo él padece algo<br>crónico | 6 muertes de<br>hermanos al nacer<br>por “pobreza o<br>enfermedad” |

|   |                                |                |   |  |  |
|---|--------------------------------|----------------|---|--|--|
| Se casó porque necesitaba quien le hiciera de comer, planchar, lavar... | .Padre<br>.Suegros<br>.Cuñados | No se presenta | Desde los 15 años hipertenso  | .2 hermanos con diabetes   | .3 muertes de hermanos en parto          |
| Por amor  | No se presenta                 | No se presenta | .Desde chico y hasta la fecha de la garganta<br>.A los 25 años comenzó a tomar en exceso y a no comer por 3 meses por el atropellamiento de su hijo | .Las familias de los padres son diabéticos<br>.Un primo tiene problemas en el riñón<br>.el padre murió de cirrosis | .2 hermanos muertos<br>.Hijo atropellado |
| Por amor  | .Padrastro<br>.Suegra          | No se presenta | . a los 5 años no podía caminar por tener "un pie mal", nunca supo de qué se trataba<br>.Considera que ha llevado una vida sedentaria               | Las hermanas de su madre padecen diabetes  | No se presenta                           |

| Cuerpo   | Sexualidad   | ¿Por qué Diabetes?  | Tratamiento  |
|--|--|---|--|
| Conforme pero inseguro por no considerarse "bien parecido" | Sin comentario   | Por las "malpasadas" que el trabajo producía              | .Solo ha tomado un medicamento para problemas en los bronquios pero para diabetes no |
| Lo utilizó al máximo y le interesa estar limpio            | Desde su padecimiento está triste por no poderla ejercer | Por su alimentación y por la ingesta de alcohol (hasta la | .Operación en el simpático<br>.Amputación  |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  |   | fecha)  | . Glibenclamida desde la amputación pero no es constante su consumo  |
| Conforme   | .Bien<br>."No es cierto que no se puede con diabetes"   | No sabe   | .Operación al corazón hace un año<br>.Para el corazón:<br>.Disorvide<br>.Captopril<br>.Ácido acetilsalisilico<br>.Metroprolol<br>.Para diabetes:<br>Glibenclamida                        |
| ."Lo ha sido todo y pensaba que con comer fuerte podía hacer todo pero no es así"                              | Plena   | .Presiones<br>.Mala alimentación<br>.Herencia de su padre   | .Cateterismo<br>.Tratamiento enzimático<br>.Glibenclamida  |
| Lo admira pero le gustaría no ser tan flaca  | Sin comentario  | .Por "corajudo", corajes con su esposa y por el susto de la acusación del trabajo                             | Glibenclamida.<br>.Té de manzanilla, ruda y pimienta para el dolor de muela  |
| Pensaba que el atractivo era lo principal y no le gustaba por estar desalineado                                | .Eyaculador precoz "porque mi esposa es frígida"  | .Por rencor, miedos y mal pasadas de alcohol<br>.Antes le echaba la culpa a su esposa y familiares pero ya no | Glibenclamida.<br>.Una "vacuna" para la diabetes hecha de su orina misma, una inyección cada 30 días por 7 meses aprox.<br>.Té de manzanilla, arroz con agua<br>.Está conforme con ambos |
| .Lo es todo, su fuerza, energía, lo máximo, herramienta<br>.Estaba bien contento porque estaba bien "ponchado" | .Antes conforme porque o hacía cada 8 días pero por la diabetes "ha menguado" a 20 días o más | .Por herencia<br>.Por el coraje que hizo con su hermana días antes del diagnóstico                            | ,Pastillas llamadas "uger" para reducir la orina   |

|  |                              |   |   |
|--|------------------------------|---|---|
|  |                              |   |   |
| Anhela su estado físico anterior al padecimiento por las dolencias y cansancio | “Conforme hasta hace un año” | .Por dejara la disciplina del ejercito<br>.Por tomar<br>.Por jurar dejar de tomar por un tiempo y no cumplir (un año antes del diagnóstico) | . Glibenclamida<br>.Una sola vez le inyectaron insulina |

**ANEXO # 2**  
**GUÍA DE ENTREVISTA PARA**  
**PADECIMIENTOS**  
**PSICOSOMÁTICOS**



## (HISTORIA DE VIDA)

### Circunstancias de embarazo y nacimiento

- a) Historia del embarazo.- En el caso de que el paciente entrevistado sea un adulto. Se obtendrá toda la información que la persona sepa sobre el embarazo de su madre. Cuando se trate de un niño, los padres proporcionaran la información al respecto.

### Nacimiento

- a) Historia del embarazo. Incluir toda la información relativa a la concepción, en la que se debe recopilar datos en relación con el tipo de alimentación de la madre, vigilancia médica (control periódico, si existió alguna enfermedad y los tratamientos administrados), tipo de atención que recibió.
- b) Situación de la madre durante el embarazo. Relación emocional de los padres con el hijo. Estuvo sola, en pareja (condiciones de vida de la madre y del padre en general hasta llegara al parto), con familiares, otros. Relaciones emocionales de los padres durante el mismo; embarazo deseado, planeado, por falla en el método anticonceptivo o impuesto.
- c) Parto. Asistido por un médico (cesárea, fórceps o normal), una partea o sola.
- d) Lactancia y cuidados posteriores. Fue amamantado por la madre o con leche de fórmula (tiempo), tipos de alimentos.

Crianza, crecimiento y padecimiento: desde el nacimiento hasta la edad actual (la idea de detectar en lo posible los principios del padecimiento).

- a) Estilo de crianza; de qué manera era corregido, al cuidado de quién estuvo y con quienes convivía, ya sea porque compartieran la casa o por que se frecuentaran.
- b) Alimentación: qué comía, con quién comía, cuántas veces al día, dónde come, cuáles son los alimentos que prefería y rechazaba, sabores predominantes en la familia (agrio, dulce, amargo, picante y salado) sí considera que algunos alimentos le hacen daño (antes y ahora).
- c) Salud, servicios médicos de que es usuario, formas en que atiende sus padecimientos, con qué frecuencia asiste, enfermedades más comunes que ha padecido y si puede identificar en qué épocas, qué tipo de tratamientos recibe o ha recibido, los medicamentos así como su dosificación. Cuáles han sido los resultados en la búsqueda de su salud, tratamientos alópatas, alternativos, pronóstico y expectativas. (diagnóstico, tratamiento y resultados).
- d) Relaciones emocionales: familiares y extrafamiliares; quienes integran su familia, qué lugar ocupa en ella, actividades, rutinas,

- rituales, qué emociones experimenta y cómo las expresa, con cada uno de los miembros de su familia. Relaciones con otros: indagar al respecto de cómo construye las relaciones emocionales: si se basan en el odio, resentimiento, tristeza, miedo, angustia, etc., y sus expresiones como vínculos afectivos como mamá, papá, hermanos, maestros, amigos, parejas, hijos, jefes y compañeros de trabajo.
- e) Trabajo, qué necesita hacer para vivir, dónde trabaja, horarios, qué emociones experimenta con relación al trabajo, proyecto de vida, expectativas de la misma, relaciones emocionales con los compañeros de trabajo.
  - f) Escolaridad, qué nivel de estudios tiene, escuela en la que estuvo, cómo fue su desempeño. Si entabló relaciones emocionales, de qué tipo, con quiénes y cómo las expresaba.
  - g) Tipo de vivienda, cómo es la casa donde vive, de qué material está hecha, cómo es la distribución del espacio en la misma, desde cuando vive ahí, con qué servicios cuenta, ubicación geográfica (si es ciudad, área conurbana, zona rural, etc., oxigenación, altura); orientación geográfica (norte, sur, este y oeste).

#### Concepción de la enfermedad

- a) Tratar de profundizar en su proceso de construcción de la enfermedad, cómo la persona la vive, es decir, si la considera castigo divino, herencia, “ya me tocó”, “bajó del cielo”, contagio u otros. Crisis; tratar de encontrar qué hace cuando entra en crisis en su enfermedad, es decir, si se deprime, se esconde, llora, se exhibe, se trata de suicidar, etc., entender cómo afecta la enfermedad a su familia.
- b) Concepto del cuerpo y de su cuerpo: antes y después de la enfermedad para saber cómo lo vive. Buscar su construcción personal respecto al género y su ideal de belleza, lo mismo que el ejercicio de su sexualidad.

Creencia religiosa: preguntar la fe que profesa y cómo la practica tratando de encontrar la relación con su enfermedad (castigo o bendición).

**ANEXO # 3**  
**LÍNEA TEMPORAL**

|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li># de Caso</li> <li>Edad</li> <li>Tiempo de diagnóstico</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>1-Torta (h)</li> <li>33</li> <li>3</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>2- Fritanga (m)</li> <li>40</li> <li>2 meses</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>3- Pipian (m)</li> <li>40</li> <li>2</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>4- Jamón (h)</li> <li>50</li> <li>1</li> </ul>   |
| Algunos aspectos representativos   |   |   |  |   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>Residencia</li> <li>Trabajo</li> <li>Hábitos</li> <li>Alimentación</li> <li>Actual estado emocional</li> <li>Causas de la DM</li> <li>Edo corporal</li> <li>Sexualidad</li> <li>Medio para reestablecer o mantener la salud</li> </ol>                      | <ol style="list-style-type: none"> <li>Casa con todos los servicios</li> <li>Policía</li> <li>Trabajar y tomar alcohol</li> <li>Comida rápida y antojitos</li> <li>Ira</li> <li>Por no cumplir juramento</li> <li>Disminuido por DM</li> <li>Conforme hasta hace 1 año</li> <li>alopatía</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>Casa con todos los servicios</li> <li>Policía</li> <li>Trabajar y hogar</li> <li>Comida rápida y antojitos</li> <li>Ira</li> <li>por dieta y herencia</li> <li>Conforme por bajar de peso por la DM</li> <li>"Bien"</li> <li>Ninguno</li> </ol>                                | <ol style="list-style-type: none"> <li>Cuartos con todos los servicios</li> <li>Venta de comida</li> <li>Trabajar y hogar</li> <li>Comida rápida y antojitos</li> <li>Ira</li> <li>Por dieta y herencia</li> <li>Lo cuida y lo valora</li> <li>Sin comentario</li> <li>Alopatía</li> </ol>             | <ol style="list-style-type: none"> <li>Cuartos con todos los servicios</li> <li>Peón</li> <li>trabajar, tomar alcohol y jugar fut bol</li> <li>Comida rápida, antojitos y alcohol</li> <li>Ira y tristeza</li> <li>Por la ira y herencia</li> <li>Anhela su fortaleza antes de la DM</li> <li>La actividad disminuyó por la DM</li> <li>Remedios</li> </ol> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>5- Fideo (m)</li> <li>50</li> <li>5 o 6</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>6- Paleta (h)</li> <li>50</li> <li>11</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>7- Coca (m)</li> <li>51</li> <li>22</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>8- Pan dulce (m)</li> <li>52</li> <li>2</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>9- Brandy (h)</li> <li>52</li> <li>4</li> </ul>  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>Casa con todos los servicios</li> <li>Intendencia</li> <li>Trabajar y hogar</li> <li>Carne, tortilla, leche y agua</li> <li>Ninguno en específico</li> <li>Por miedo</li> <li>Nunca se lo ha preguntado</li> <li>Sin actividad</li> <li>Alopatía</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Casa con todos lo servicios</li> <li>Contratista eventual</li> <li>Trabajar, tomar alcohol y jugar fut bol</li> <li>Comida Rápida, antojitos y alcohol</li> <li>Ira y tristeza</li> <li>Por ira, miedo y alcohol</li> <li>Inconforme</li> <li>Mal por eyaculación precoz</li> <li>Alopatía y remedios</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Casa en campo con todos los servicios</li> <li>Hogar</li> <li>Hogar</li> <li>Comida rápida y antojitos</li> <li>Ira</li> <li>Por ira, miedo y dieta</li> <li>lo aprecia porque adelgazó por la DM</li> <li>Sin comentario</li> <li>alopatía</li> </ol>                         | <ol style="list-style-type: none"> <li>Casa con todos los servicios</li> <li>costurera eventual</li> <li>Hogar y trabajo</li> <li>Leche, pan, frijoles, guisado y sopa</li> <li>Tristeza</li> <li>Por dieta y mucho dulce</li> <li>ahora lo cuida</li> <li>Sin comentario</li> <li>Alopatía</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Depto. Con todos los servicios</li> <li>Comunicaciones</li> <li>Trabajar, fiestas y tomar</li> <li>Tortillas, carne, frijoles y alcohol</li> <li>Tristeza</li> <li>Por ira y miedo</li> <li>Lo admira pero está inconforme</li> <li>Sin comentario</li> <li>Alopatía</li> </ol>                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>10- Miel (m)</li> <li>52</li> <li>15 o 17</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>11- Sope (m)</li> <li>54</li> <li>6 meses</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>12- Sándwich (m)</li> <li>54</li> <li>3</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>13- Helado (m)</li> <li>54</li> <li>3</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>14- Pepsicola (m)</li> <li>54</li> <li>10</li> </ul>   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>Casa en campo con todos los servicios</li> <li>hogar</li> <li>Hogar</li> <li>Leche, huevo, pollo y pan</li> <li>Tristeza</li> <li>Por mala suerte</li> <li>Conforme</li> <li>Hay comunicación</li> <li>Alopatía</li> </ol>                                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>Depto. Con todos los servicios</li> <li>Hogar</li> <li>Hogar y yoga</li> <li>Comida rápida y antojitos</li> <li>tristeza</li> <li>No lo sabe</li> <li>Valora lo estético</li> <li>Plena</li> <li>Alopatía</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>Casa con todos los servicios</li> <li>Venta de calzado por catálogo</li> <li>Hogar y trabajo</li> <li>Sopa, guisado, tortilla, pan, agua y pulque</li> <li>Ira</li> <li>Por ira</li> <li>Molesta con su cuerpo</li> <li>Sin comentario</li> <li>alopatía y remedios</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Depto. Con todos los servicios</li> <li>Secretaría</li> <li>Hogar y trabajo</li> <li>Sopa, carnes, agua y helados</li> <li>No</li> <li>Por ira y miedo</li> <li>Sin comentario</li> <li>Se reprime</li> <li>Alopatía</li> </ol>                                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>Casa con todos los servicios</li> <li>Hogar</li> <li>Hogar</li> <li>Fruta refresco y "lo que sea"</li> <li>Ira</li> <li>Sin comentario</li> <li>Inconforme por obesidad</li> <li>Sin comentario</li> <li>Alopatía</li> </ol>   |

|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15- Tuétano (h)</li> <li>• 55</li> <li>• 8 o 9</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 16-Enchilada (m)</li> <li>• 57</li> <li>• 1</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 17- Licuado (h)</li> <li>• 58</li> <li>• 7</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 18- Vznaga (h)</li> <li>• 59</li> <li>• 4 o 5</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 19- Tortilla (m)</li> <li>• 59</li> <li>• 10</li> </ul>  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Casa con todos los servicios</li> <li>2) Auditor</li> <li>3) trabajar y cultivo aficionado</li> <li>4) Fruta, guisados, cremas y pan</li> <li>5) Ira y tristeza</li> <li>6) Por dieta, herencia y presiones</li> <li>7) lo es todo</li> <li>8) Plena</li> <li>9) Alopátia</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Casa con todos los servicios</li> <li>2) Hogar</li> <li>3) Hogar</li> <li>4) Leche, pan, verduras y comida rápida</li> <li>5) Ira</li> <li>6) Por dieta</li> <li>7) No le da importancia</li> <li>8) Sin comentario</li> <li>9) Alopátia</li> </ol>                         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Casa con todos los servicios</li> <li>2) Seguridad</li> <li>3) Trabajo</li> <li>4) Leche, carnes y chocolates</li> <li>5) Alegría</li> <li>6) No sabe</li> <li>7) Bien</li> <li>8) Conforme</li> <li>9) Alopátia</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Construyó casa con todos los servicios</li> <li>2) Jubilado</li> <li>3) Jubilado</li> <li>4) Pollo, comida rápida y antojitos</li> <li>5) Tristeza</li> <li>6) Por ira y tomar</li> <li>7) Disminuyó por la DM</li> <li>8) Inconforme desde DM</li> <li>9) Alopátia</li> </ol>                           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Construyó casa con todos los servicios</li> <li>2) Secretaria</li> <li>3) Hogar y trabajo</li> <li>4) Comida rápida y antojitos</li> <li>5) Tristeza</li> <li>6) Por ira</li> <li>7) "Lo más feo"</li> <li>8) Sin comentario</li> <li>9) Ninguno</li> </ol>                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20- Coktel (m)</li> <li>• 59</li> <li>• 10</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 21- Búlgaro (h)</li> <li>• 61</li> <li>• 15</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22- Leche (m)</li> <li>• 62</li> <li>• 2</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 23- Arroz con leche (m)</li> <li>• 63</li> <li>• 15</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24- Café con leche (h)</li> <li>• 64</li> <li>• 3 meses</li> </ul>   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Casa con todos los servicios</li> <li>2) Hogar</li> <li>3) Hogar</li> <li>4) Arroz, sopas, guisados y refresco</li> <li>5) tristeza</li> <li>6) No sabe</li> <li>7) Nunca se lo ha preguntado</li> <li>8) Sin comentario</li> <li>9) Alopátia</li> </ol>                             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Casa con todos lo servicios</li> <li>2) Desempleado</li> <li>3) Desempleado</li> <li>4) Guisados, leche y frijoles</li> <li>5) Tristeza</li> <li>6) Por dieta y alcohol</li> <li>7) lo utilizó al máximo</li> <li>8) No la ejerce por la DM</li> <li>9) Alopátia</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Construyó casa con todos los servicios</li> <li>2) Hogar</li> <li>3) Hogar</li> <li>4) Tortilla, pollo, verdura, leche, agua y refresco</li> <li>5) Tristeza</li> <li>6) Por miedo</li> <li>7) Le interesa cuidarlo</li> <li>8) Sin comentario</li> <li>9) Alopátia y remedios</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Construyó casa con todos los servicios</li> <li>2) Hogar</li> <li>3) Hogar</li> <li>4) Leche, guisado, verduras y refresco</li> <li>5) Ira y tristeza</li> <li>6) Por una transfusión</li> <li>7) agradecida por permitirle hacer actividades</li> <li>8) Sin comentario</li> <li>9) Alopátia</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Depto. Con todos los servicios</li> <li>2) Administrador</li> <li>3) Trabajar y escribir</li> <li>4) Guisados, pescado, agua y leche</li> <li>5) Ira y tristeza</li> <li>6) No sabe</li> <li>7) Lo ve como un templo</li> <li>8) Sin comentario</li> <li>9) Alopátia</li> </ol> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 25- Galleta (m)</li> <li>• 64</li> <li>• 3</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 26- Gansito (h)</li> <li>• 68</li> <li>• 2</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 27- Canela (m)</li> <li>• 68</li> <li>• 20</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 28- Papita (m)</li> <li>• 69</li> <li>• 6</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 29- Mazapán (h)</li> <li>• 69</li> <li>• 25</li> </ul>   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Casa con todos los servicios</li> <li>2) Pensionada</li> <li>3) Hogar y "política"</li> <li>4) Carne, fruta, verdura y refresco</li> <li>5) Miedo</li> <li>6) Por miedo</li> <li>7) Bien por funcional</li> <li>8) Buena comunicación</li> <li>9) Alopátia y remedios</li> </ol>     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Cuarto con todos los servicios</li> <li>2) Carpintero</li> <li>3) Trabajar</li> <li>4) Carnes, pastas, comida rápida y antojitos</li> <li>5) Tristeza</li> <li>6) Por dieta</li> <li>7) desgastado por trabajo</li> <li>8) Sin comentario</li> <li>9) Alopátia</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Construyó casa con todos los servicios</li> <li>2) Hogar</li> <li>3) Hogar</li> <li>4) huevo, frijoles y carne</li> <li>5) Tristeza</li> <li>6) Por ira</li> <li>7) Ya no tiene esa herramienta</li> <li>8) Sin comentario</li> <li>9) Alopátia</li> </ol>                                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Construyó casa con todos los servicios</li> <li>2) Hogar</li> <li>3) Hogar</li> <li>4) Comida rápida, antojitos, chocolate y refresco</li> <li>5) Ira</li> <li>6) Por ira y miedo</li> <li>7) Acomplejada por várices y obesidad</li> <li>8) Con miedo</li> <li>9) Alopátia y remedios</li> </ol>        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Cuartos con todos los servicios</li> <li>2) Chofer</li> <li>3) Trabajo</li> <li>4) Sopa, guisado, frijoles, tortilla, pan y azúcar</li> <li>5) Tristeza y miedo</li> <li>6) No sabe</li> <li>7) Sin comentario</li> <li>8) Inconforme</li> <li>9) Alopátia</li> </ol>           |